Especiales

Detección precoz y manejo de la disfagia orofaríngea en personas adultas

Asensio Nieto, C.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM), España.

Fecha de recepción: 13/04/2026. Aceptada su publicación: 17/04/2026

https://doi.org/ 10.66423/OSZZ7608

Resumen

La disfagia orofaríngea (DO) representa un desafío de salud pública creciente debido al envejecimiento poblacional y la cronicidad de patologías. En el área de Talavera de la Reina, la integración de niveles asistenciales es clave para evitar el "paciente invisible".

Este artículo resume el protocolo de actuación integral, "Detección precoz y manejo de la disfagia orofaríngea en personas adultas, guía práctica para la valoración y el tratamiento multidisciplinar" promovida su elaboración desde la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La guía abarca desde el cribado sistemático con el test EAT-10 hasta la intervención nutricional y farmacológica, a fin de reducir la incidencia de neumonías aspirativas y mejorar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Disfagia orofaríngea, cribado, MECV-V, seguridad alimentaria, malnutrición, multidisciplinar.

Abstract

Early detection and management of oropharyngeal dysphagia in adults

Oropharyngeal dysphagia (OD) represents a growing public health challenge due to population aging and the chronicity of diseases. In the Talavera de la Reina area, the integration of care levels is key to avoiding the "invisible patient."

This article summarizes the comprehensive action protocol, "Early Detection and Management of Oropharyngeal Dysphagia in Adults: A Practical Guide for Multidisciplinary Assessment and Treatment," developed by the Regional Ministry of Health of the Government of Castilla-La Mancha. The guide covers everything from systematic screening with the EAT-10 test to nutritional and pharmacological intervention, aiming to reduce the incidence of aspiration pneumonia and improve patient safety.

Keywords: Oropharyngeal dysphagia, screening, MECV-V, food safety, malnutrition, multidisciplinary.

Autor de correspondencia:
Carlos Asensio Nieto. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM), España. Email: canieto@sescam.jccm.es

Introducción

La deglución es el proceso vital de transporte de alimentos y líquidos desde la boca hasta el estómago, con el fin de nutrir e hidratar al individuo. Este proceso debe cumplir dos requisitos fundamentales: eficacia (ingesta necesaria para el mantenimiento nutricional) y seguridad (ausencia de paso de material a la vía respiratoria) (1, 2).

La DO se define como la dificultad o imposibilidad para deglutir con seguridad, pudiendo causar aspiraciones traqueobronquiales (3). Desde 2016, se reconoce formalmente como un síndrome geriátrico debido a su alta prevalencia en ancianos, afectando hasta al 47,5% de los pacientes mayores ingresados y al 80% de aquellos con enfermedades neurodegenerativas (4). Su impacto clínico es severo, incrementando la morbimortalidad a través de la neumonía aspirativa, la deshidratación y la malnutrición.

La disfagia se detecta al diagnóstico en el 28% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y hasta el 50% en pacientes con cáncer faríngeo. Puede además aparecer como complicación aguda o crónica debido a la invasividad de los tratamientos quirúrgicos, radioterápicos o quimioterápicos. Por ello, la prevalencia de la disfagia va aumentando en estos pacientes desde el diagnóstico hasta los efectos a largo plazo del tratamiento, llegando así a prevalencias de disfagia en supervivientes de estas neoplasias del 45 al 75%. La neumonía aspirativa se observa en un 24% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados con quimiorradioterapia, con graves consecuencias, ya que a los 30 días del ingreso la mortalidad de estos pacientes asciende al 30% (5, 6) (Tabla 1).

La disfagia no es una enfermedad *per se*, sino un síntoma de una alteración subyacente que afecta a la seguridad y eficacia de la deglución.

Tabla 1: Pacientes con riesgo de disfagia

Categoría	Ejemplos de Enfermedades / Causas
1. Enfermedades neurológicas	• Ictus. • Trastornos del movimiento: Enfermedad Parkinson, parkinsonismos, ataxias, coreas, distonías. • Demencias: Enfermedad Alzheimer, Demencia por Cuerpos de Lewy, Degeneración corticobasal. • Tumores primarios del sistema nervioso central y metástasis. • Enfermedades de motoneurona: Esclerosis Lateral Amiotrófica, Amiotrofias musculares espinales. • Hereditarias: Enf. Huntington, Distrofia oculofaríngea. • Traumatismo craneoencefálico (TCE). • Enfermedades autoinmunes: Esclerosis múltiple, Síndrome Guillain-Barre, encefalitis autoinmune.
2. Enfermedades musculares y de placa motora	• Miastenia gravis y otros síndromes miasteniformes. • Miopatías inflamatorias: Polimiositis, dermatomiositis y miositis por cuerpos de inclusión. • Distrofias musculares (Steinert, Duchenne, oculofaríngea). • Miopatías endocrinológicas: tirotoxicosis, mixedema, Cushing. • Miopatías infiltrativas (amiloidosis) y otras conectivopatías. • Miopatías farmacológicas. • Síndromes paraneoplásicos[21]. • Miopatías metabólicas.
3. Causas estructurales o anatómicas	• Neoplasias: cabeza, cuello, esófago, tiroides. • Malformaciones congénitas y alteraciones maxilofaciales. • Lesiones traumáticas o postquirúrgicas de cuello. • Patología columna: osteofitos cervicales anteriores, Hiperostosis esquelética difusa idiopática. • Digestivas: Divertículo de Zenker. Membranas y anillos. Esofagitis eosinofílica.
4. Alteraciones funcionales	• Hipoperistaltismo esofágico: enfermedad por reflujo gastroesofágico. • Alteraciones de la motilidad esofágica: espasmo esofágico difuso, Acalasia cricofaríngea, Disinergia del esfínter esofágico superior. • Síndrome de Sjogren, Esclerodermia y otras conectivopatías.
5. Causas iatrogénicas	• Ventilación mecánica, intubación prolongada, traqueostomía. • Polifarmacia: anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, ansiolíticos. • Secuelas quirúrgicas. • Radiación.
6. Enfermedades infecciosas	• Infecciones ORL. Absceso retrofaríngeo. • Encefalitis infecciosas. • Poliomielitis y Sd postpolio. • Tuberculosis. • Botulismo. • Sífilis. • Virus Herpes Zóster. • Enfermedades priónicas (Creutzfeldt-Jakob).
7. Relacionado con la senescencia	• Presbifagia. • Disfagia sarcopénica.
8. Enfermedades respiratorias crónicas	• EPOC, ASMA, SAOS, COVID-19 persistente.

En el contexto de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Talavera, donde la dispersión geográfica y el perfil demográfico envejecido son factores determinantes, la DO se presenta como una "epidemia silenciosa". Esta "epidemia" tiene un impacto clínico; la aspiración silente ocurre en un 40% de los pacientes con DO, lo que deriva en ingresos recurrentes por infecciones respiratorias y un impacto eco-

nómico, ya que el coste de un ingreso por neumonía aspirativa supera significativamente la inversión necesaria en programas de cribado y formación.

Material y Métodos

Población Diana y Criterios de Inclusión

El protocolo se dirige a pacientes mayores de 18 años con patologías de alto riesgo, tales como (2):

- Neurológicas: Ictus, Parkinson, demencias o ELA.
- Estructurales: Neoplasias de cabeza y cuello o secuelas quirúrgicas.
- Iatrogénicas: Intubación prolongada o polifarmacia.

Se justifica el cribado ante la presencia de dos o más signos de alarma, clasificados en:

Alteración de seguridad: Tos, carraspeo, cambios en la voz tras deglutir o caída de la saturación de oxígeno ≥ 3%.

Alteración de eficacia: Babeo, resto de alimento en la boca, deglución fraccionada o pérdida de peso inexplicable.

Evaluación Clínica Subjetiva (EAT-10)

Se propone el uso del *Eating Assessment Tool* por su rapidez y validación internacional. Una puntuación ≥3 activa automáticamente la sospecha clínica (7).

Exploración Clínica Objetiva (MECV-V)

El Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad, que utiliza bolos de 5, 10 y 20 ml en viscosidades néctar, líquida y pudin para determinar el volumen seguro y la viscosidad óptima. Este método permite identificar: signos de alteración de la seguridad como tos, cambios en la voz (voz húmeda) y desaturación de oxígeno ≥3% y signos de alteración de eficacia: Sello labial insuficiente, residuo oral o deglución fraccionada (8, 12).

Ante un resultado positivo en DO, el protocolo SESCAM exige cuatro actuaciones inmediatas para garantizar la continuidad asistencial:

Cribado Nutricional (MNA-SF)

Dado que la DO es la causa principal de desnutrición secundaria en el anciano, se aplica el *Mini Nutritional Assessment* en su versión abreviada para detectar riesgo de malnutrición antes de que sea irreversible. La aplicación sistemática del MNA-SF en mayores de 65 años o el MUST en menores de esa edad permite detectar riesgo de desnutrición, complicación que a su vez compromete el sistema inmunitario y aumenta la colonización orofaríngea (9, 10, 11).

Revisión farmacológica

Es crítico para el facultativo identificar fármacos que empeoran la DO, como aquellos que producen xerostomía (anticolinérgicos, diuréticos), sedación excesiva (benzodiacepinas, neurolépticos) o miopatías (estatinas, corticoides). Se debe priorizar la medicación líquida, bucodispersable o la trituración según compatibilidad.

El uso de espesantes de nueva generación (gomas) es preferible a los basados en almidón, ya que mantienen la viscosidad constante ante el contacto con la amilasa salival, garantizando que el bolo llegue seguro al esófago.

Educación Sanitaria

Formación obligatoria al paciente y cuidador en medidas higiénico-posturales (sedestación a 90°, mentón ligeramente flexionado) y de higiene oral para reducir la carga bacteriana y el riesgo de neumonía en caso de aspiración silente.

Valoración Clínica Individualizada

Derivación a especialistas y diseño de un plan de cuidados integrales que incluya la formación de cuidadores que sepan qué alimentos presentan texturas peligrosas (texturas mixtas como sopa de fideos, frutas con abundante contenido en agua como la sandía o alimentos que se desmenuzan).

Discusión: el papel de la otorrinolaringología

Desde el servicio de ORL, nuestra misión es doble:

Diagnóstico Estructural y Funcional: Realizar la fibrolaringoscopia para descartar patología orgánica o evaluar la motilidad cordal y la acumulación de secreciones en los senos piriformes (12).

Liderazgo de Equipos: Coordinar con Rehabilitación (Logopedia), Nutrición y Enfermería para que el plan de cuidados sea coherente. El paciente que recibe el alta debe llegar a su centro de salud con una pauta de texturas clara y documentada.

Conclusiones

La implementación de este protocolo multidisciplinar no solo busca la detección precoz, sino una reducción directa de la morbilidad, la mortalidad y el elevado gasto sanitario derivado de las complicaciones de la disfagia. Como especialistas, el registro detallado en la historia clínica y la concienciación de que la DO es un problema de seguridad clínica son los ejes para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Conflictos de intereses

Declaraciones de interés: Ninguna.

Declaración de Financiación

No se ha recibido financiación específica para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Barrón V, González MA, Solano LA, García V, Sanhueza M, Fuentes F. Guía de Nutrición en Disfagia. 2020. Chile: Universidad del Bio. Disponible en: https://www.restauracioncolectiva.com/ana1/guia_disfagia_digital.pdf
2. Ricote M, Alcalde S, Rodríguez R. Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP. 2020. España: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Disponible en: https://www.semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf
3. González-González A, de la Fuente R, Blanco M, Fernández de Bobadilla B, Entrenas M, Montoliú C et al. Morbimortality associated with dysphagy in patients hospitalized in a university hospital. Med Clin Soc. 2020; 4(3):114-8
4. Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaríngea, un nuevo síndrome geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53(1):3-5.
5. Clavé P, García-Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 2015. España, Barcelona: Glosa. Disponible en: https://www.nestlehealthscience.es/sites/default/files/202004/guia_de_diagnostico_tratamiento_nutricional_y_rehabilitador_de_la_disfagia_orofaringea.pdf
6. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008; 117(12):919-24.
7. Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool – 10) para el despistaje de la disfagia. Nutr Hosp. 2012; 27(6): 2048-5.
8. Lin Y, Wan G, Wu H, Shi J, Zhang Y, Chen H et al. The sensitivity and specificity of the modified volume-viscosity swallow test for dysphagia screening among neurological patients. Neurol frontal. 2022;13:961893.
9. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10:466-85; discussion 485-7.
10. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al; MNAInternational Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA SF): a practical tool for

identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009; 13:782-8
11. Todorovic V, Russell C, Elia M. Manual explicativo 'MUST'. Guía para el 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST': 'Instrumento universal para el cribado de lamalnutrición') para adultos. BAPEN. 2011. Reino Unido, Redditch: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Disponible en: https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-exp-bk.pdf
12. Gutierrez Fonseca R, Guilen M. Disfagía Orofaríngea: conceptos y conocimientos necesarios para el especialista de ORL. 2017. Madrid: Asociación Madrileña de Otorrinolarignología (AMORL). Disponible en: https://zenodo.org/records/10647914

Si quieres ampliar información de este artículo contacta con:

Contacta con los autores en: canieto@sescam.jccm.es

Como citar este artículo: Asensio Nieto, C. Detección precoz y manejo de la disfagia orofaríngea en personas adultas. Revista SALUX nov. 2026; 21:20-24. https://doi.org/10.66423/OSZZ7608

