

# Guía práctica del manejo de la disfagia en Atención Primaria





# Guía práctica del manejo de la disfagia en Atención Primaria

### Coordinador/coordinadora del documento

- Miralles Xamena, Jerónima. Enfermera del Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares.

### Autoría

- Sánchez Álvarez, Úrsula. Enfermera Gestora de Casos CS Platja de Palma, Dietista-Nutricionista. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares.

### Revisión

- Gorreto López, Lucía. Coordinadora del Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Olle Moliner, Montserrat. Médico Otorrinolaringólogo Hospital Universitario Son Llàtzer. Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Fiol Roig, Jaume . Médico Otorrinolaringólogo Hospital Universitario Son Llàtzer. Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Sureda Benejam, Ester. Logopeda Unidad de Otorrinolaringología Hospital Universitario Son Llàtzer .Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Martorell Dols, Neus. Logopeda Unidad de Otorrinolaringología Hospital Universitario Son Llàtzer .Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Miquel Coll, Teresa Enfermera Unidad de Otorrinolaringología Hospital Universitario Son Llàtzer .Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Borrachero Almodóvar, Selena. Dietista-Nutricionista Hospital de Manacor. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Micó Pascual, Lydia. Dietista-Nutricionista Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Illes Balears.
- Pérez Rodríguez, Olatz Farmacéutica de Atención Primaria. Comisión de Seguridad del Paciente/PROA Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Amoros López Núria, Logopeda. Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares.

### Edición

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Enero de 2026

### ISBN

978-84-09-82183-9



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. La licencia se puede consultar aquí <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

## Presentación

La disfagia constituye un problema clínico de alta prevalencia, especialmente en personas mayores, en pacientes con patologías de cabeza y cuello y con enfermedades neurológicas o crónicas.

La disfagia constituye un problema clínico de alta prevalencia en la población general y, especialmente, en colectivos con mayor vulnerabilidad funcional. A pesar de su frecuencia, sigue siendo una condición infradiagnosticada y, en muchos casos, invisibilizada en la práctica asistencial, lo que contribuye a un retraso en su identificación y abordaje.

Las personas con disfagia pueden presentar complicaciones relevantes, entre ellas malnutrición, deshidratación y alteraciones respiratorias pudiendo llegar a provocar neumonía. Todo ello incrementa la morbimortalidad. Estas consecuencias no solo afectan a la evolución clínica, sino también al uso de recursos sanitarios y sociales.

Por otra parte, la disfagia impacta de forma notable en la calidad de vida, limitando la autonomía, la interacción social y el disfrute de la alimentación, además de generar ansiedad en pacientes y cuidadores.

Esta guía propone visibilizar este problema de salud, ofrecer un marco común de actuación y facilitar herramientas que permitan un abordaje seguro, homogéneo y basado en la evidencia.

Desde la Atención Primaria, los profesionales sanitarios desempeñan un papel clave en la identificación, valoración y seguimiento de los pacientes con dificultad para deglutir.

El documento integra los principales métodos de cribado y evaluación (EAT-10, MECV-V), el marco de adaptación de texturas IDDSI y las recomendaciones actualizadas de las sociedades científicas internacionales (ESSD, ESPEN, SENPE, ASHA), con una orientación eminentemente práctica que favorece la toma de decisiones en el día a día clínico.

Esta guía práctica nace con el objetivo de impulsar una herramienta útil y accesible para los equipos asistenciales, que facilite un abordaje homogéneo, basado en la evidencia científica y adaptado a los recursos disponibles en nuestro entorno.

La elaboración de esta guía ha sido posible gracias al trabajo multidisciplinar de profesionales de medicina, enfermería, nutrición y dietética, logopedia y otorrinolaringología de las distintas áreas de salud.

Su contenido refleja el compromiso de la Atención Primaria con la seguridad del paciente, la humanización de los cuidados y la promoción de prácticas que garanticen una alimentación adecuada y adaptada a las necesidades de cada persona

Confiamos en que esta guía contribuya a mejorar la detección temprana de la disfagia, optimizar su manejo clínico y fomentar la coordinación entre niveles asistenciales, reforzando así la continuidad y calidad de la atención.



## Índice de contenidos

Introducción.....	8
Tipos de disfagia .....	9
Detección de la disfagia .....	10
Métodos de Evaluación funcional clínica: .....	13
Tratamiento disfagia .....	20
Dieta texturizada .....	24
Complicaciones asociadas a la disfagia .....	28
Derivación .....	31
Situaciones especiales .....	33
Referencias bibliográficas .....	35
ANEXOS .....	36
Anexo 1. <i>Eating Assessment Tool-10</i> .....	37
Anexo 2. Hoja de recogida de datos para el método exploración clínica volumen-viscosidad ..	38

### Lista de abreviaturas y acrónimos:

<b>ACV</b>	<i>Accidente Cerebrovascular</i>
<b>AP</b>	<i>Atención Primaria</i>
<b>EAT10</b>	<i>Eating Assessment Tool-10</i>
<b>EA</b>	<i>Enfermedad de Alzheimer</i>
<b>EDA</b>	<i>Endoscopia Digestiva Alta</i>
<b>ELA</b>	<i>Esclerosis Lateral Amiotrófica</i>
<b>ERGE / RGE</b>	<i>(Enfermedad por) Reflujo Gastroesofágico</i>
<b>ESPEN</b>	<i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i>
<b>FEES</b>	<i>Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing</i>
<b>IDDSI</b>	<i>International Dysphagia Diet Standardisation Initiative</i>
<b>MECV-V</b>	<i>Método de Exploración Clínica Volumen–Viscosidad</i>
<b>MNA</b>	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
<b>MUST</b>	<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>
<b>NE</b>	<i>Nutrición Enteral</i>
<b>NRS-2002</b>	<i>Nutritional Risk Screening 2002</i>
<b>PEG</b>	<i>Gastrostomía Endoscópica Percutánea</i>
<b>SENPE</b>	<i>Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral</i>
<b>SNG</b>	<i>Sonda Nasogástrica</i>
<b>SNO</b>	<i>Suplementos Nutricionales Orales</i>
<b>VO</b>	<i>Vía Oral</i>
<b>VFS</b>	<i>Videofluoroscopia de la deglución</i>

---

## Introducción

---

La disfagia se define como una alteración en el proceso de la deglución que dificulta o impide el transporte seguro y/o eficaz del alimento o del líquido desde la cavidad oral hasta el esófago. No constituye una enfermedad en sí misma, sino un síntoma asociado a trastornos estructurales o funcionales que afectan la secuencia neuromotora de la deglución.

Está incluida en la *International Classification of Diseases (ICD/CIE)* y en la *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF/CIF)*, lo que subraya su relevancia como problema de salud que afecta tanto a la estructura y función corporal como a la participación en las actividades de la vida diaria. Además, desde 2016 se reconoce como un síndrome geriátrico, dada su elevada prevalencia en personas mayores y su relación con fragilidad, deterioro funcional y aumento de la morbimortalidad. Este marco conceptual es especialmente importante en Atención Primaria (AP), donde la detección y valoración integral del paciente adquieren un papel central (1).

La disfagia se relaciona directamente con un incremento de la morbimortalidad, debido a las consecuencias derivadas tanto de la alteración de la eficacia como de la seguridad de la deglución. La ineficacia deglutoria limita la ingesta y conduce a desnutrición y deshidratación, mientras que la inseguridad deglutoria aumenta el riesgo de aspiración, con la consiguiente aparición de infecciones respiratorias y neumonía aspirativa.

La dificultad para tragar limita la ingesta y la eficiencia nutricional, lo que favorece la pérdida de masa y fuerza muscular y, en consecuencia, el deterioro funcional. Dado que muchos pacientes no comunican su dificultad o la perciben como un cambio normal del envejecimiento o de su patología, el papel de la AP es clave en la identificación precoz de signos sutiles y en la derivación oportuna a evaluación y tratamiento especializado. Estas complicaciones nutricionales y respiratorias contribuyen, a su vez, al desarrollo o agravamiento de la fragilidad y la sarcopenia, especialmente relevantes en personas mayores o con comorbilidad. La identificación temprana de la disfagia es esencial para prevenir estas consecuencias y comprender su papel como factor que impacta de manera decisiva en el estado funcional, la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes.

Es importante mencionar la **presbifagia**, concepto que describe los cambios fisiológicos de la deglución asociados al envejecimiento. Esta no constituye una alteración patológica, pero se observa en un 56–78% de las personas mayores frágiles y está condicionada por modificaciones progresivas en la dentición, la disminución del flujo salival, la pérdida de elasticidad de las estructuras orofaríngeas y la menor coordinación neuromuscular. Estos cambios, aunque esperables con la edad, reducen el margen de seguridad funcional de la deglución y pueden facilitar la aparición de disfagia ante enfermedades agudas, crónicas o situaciones de fragilidad. Este enfoque integrado refuerza a la vez la conexión con el protocolo de malnutrición en el adulto mayor de 70 años, promoviendo una atención coordinada y preventiva.

Más allá de las complicaciones asociadas, la disfagia tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas. Las dificultades durante la alimentación pueden generar miedo al atragantamiento, aumento de la dependencia, pérdida de autonomía y cambios significativos en la participación social, favoreciendo el aislamiento, la ansiedad y la depresión. A pesar de su elevada prevalencia y de sus repercusiones funcionales y emocionales, la disfagia continúa siendo un problema de salud pública infradiagnosticado e infratratado, especialmente en el ámbito comunitario. La falta de identificación precoz y la ausencia de protocolos sistematizados contribuyen a que muchos casos pasen desapercibidos hasta la aparición de complicaciones o deterioro clínico evidente.

En este contexto, la AP desempeña un papel clave, al ser el primer nivel asistencial capaz de detectar cambios en la función deglutoria, iniciar intervenciones precoces y coordinar un abordaje multidisciplinar que garantice una atención segura, integral y continuada (2). Abordar la disfagia de manera integral en este nivel de atención permite mejorar la calidad de vida del paciente, minimizando riesgos y optimizando el tratamiento según las causas subyacentes.

---

## Tipos de disfagia

---

La disfagia puede clasificarse según la zona donde se produce la alteración, diferenciándose en disfagia orofaríngea y disfagia esofágica. Además, desde el punto de vista etiológico, en cualquiera de estas localizaciones puede deberse a alteraciones estructurales (mecánicas) o a disfunciones neuromusculares (2).

### Principales tipos de disfagia

#### Disfagia orofaríngea

Alteración que afecta a las fases oral y faríngea de la deglución, es decir, al momento en que el bolo se prepara en la boca y se transporta hacia la faringe y de allí hacia el esófago. Se manifiesta como dificultad para iniciar la deglución, tos durante o después de comer, sensación de que los alimentos “se quedan en la garganta” o signos de penetración/aspiración, o bien un reflujo del bolo hacia la nasofaringe. Puede comprometer la seguridad y/o la eficacia del tránsito del bolo hacia el esófago (2).

#### Disfagia esofágica

Afecta a la fase en la que el alimento o el líquido desciende por el esófago hacia el estómago. Se caracteriza por la sensación de detención del bolo en el pecho o detrás del esternón, regurgitación, o dificultad para el paso del alimento una vez iniciada la deglución. En este caso, la alteración se localiza en el cuerpo esofágico o en la unión esofagogástrica (2).

La principal diferencia entre la disfagia orofaríngea y la esofágica, es que en la primera el paciente tiene dificultad para realizar la deglución, y en la segunda el paciente puede deglutir correctamente, aunque su alteración se encuentre a nivel esofágico.

### Etiología de la disfagia

Desde el punto de vista etiológico, existen múltiples condiciones que pueden llegar a contribuir a la aparición de la disfagia. Algunas de ellas son (1):

- Accidente cerebrovascular (ACV).
- Enfermedades del esófago: esofagitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), acalasia o tumores esofágicos.
- Trastornos estructurales o tumorales, como tumores de cabeza y cuello, anillos esofágicos congénitos o adquiridos.
- Efectos secundarios de cirugías en cabeza, cuello o esófago y traqueotomías.
- Enfermedades neurológicas como ELA, Alzheimer, parálisis cerebral o enfermedad de Huntington.
- Efectos secundarios de la radioterapia dirigida a cabeza y cuello.
- Deterioro cognitivo.

## Detección de la disfagia

La disfagia es una manifestación clínica que debe ser valorada con cautela en el ámbito de la AP, ya que puede estar relacionada con múltiples patologías, desde condiciones benignas hasta enfermedades graves. La detección incluye la valoración física, la identificación de signos y síntomas clínicos, y la aplicación de herramientas de cribado específicas (1).

### Exploración física

La exploración física, puede revelar signos neurológicos, musculoesqueléticos, cutáneos o endocrino-metabólicos útiles para conocer la etiología (1). Debe enfocarse en la inspección de la cavidad oral, evaluación de reflejos faríngeos y signos de desnutrición y/o deshidratación, por lo que debe incluir (4):

#### Exploración física general

Se debe valorar el estado cardiopulmonar, el nivel de alerta, la capacidad comunicativa y de respuesta a órdenes, el control tronco-cervical, postura en reposo, asimetrías faciales, babeo y/o, sialorrea y degluciones espontáneas.

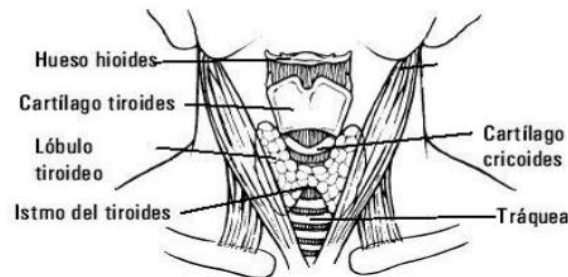
#### Exploración de cabeza y cuello

Debe inspeccionarse la cavidad oral (capacidad de apertura, masticación, ausencia de piezas dentarias, presencia de restos de alimentos y cualquier alteración de la anatomía, adaptación correcta de la prótesis dental si la tiene) y orofaringe.

#### Valoración motora de las estructuras que intervienen en la deglución

- Movilidad labial: Se solicita al paciente que pronuncie la “l” abriendo la boca y la “u” cerrando la boca.
- Movilidad lingual: Se pide al paciente que toque con la punta de la lengua los laterales de la boca y que pronuncie la consonante “k” (insuficiencia velopalatina) y la vocal “a” (posible afectación laríngea). Además de que saque la lengua con la boca abierta.
- Sensibilidad oral
  - Exploración de reflejo palatino (tocar en la línea media justo después de su unión al paladar duro) y reflejo nauseoso (tocar la base de la lengua o la pared posterior de la faringe) y el reflejo tusígeno (al entrar material extraño en vía aérea).
  - Observación de la elevación de la laringe: observar cómo durante la deglución existe una elevación de la musculatura prelaríngea (hueso hioides, cartílago tiroides, y cartílago cricoides).

Imagen 1. Esquema anatómico de las estructuras del cuello anterior.



Fuente: Adaptado de Moore et al

## Exploración neurológica exhaustiva

- Nivel de consciencia (escala de Glasgow o equivalente).
- Lenguaje expresivo y comprensión (afasias, demencia, etc.)
- Habla (disartria, apraxia del habla)
- Fuerza y tono muscular facial: simetría, paresia facial, movimientos voluntarios (sonreír, cerrar los ojos, succión de mejillas).
- Movimientos linguales: protrusión, lateralización, elevación, movilidad y tono.
- Sensibilidad facial y oral: tacto, temperatura (4).

## Valoración de los signos y síntomas característicos de la disfagia

- Dificultad para iniciar la deglución: Problemas al comenzar a tragar, indicativos de alteraciones en la fase inicial de la deglución.
- Motilidad de la lengua limitada e imposibilidad de formar el bolo inicial.
- Babeo o acumulación de saliva.
- Imposibilidad de sellado de labios
- Tiempo prolongado para comer
- Evitación de ciertos alimentos o texturas.
- Sensación de alimentos atorados: Puede haber sensación de que la comida o líquidos se quedan atascados en la faringe, acompañada de tos o atragantamiento durante o después de las comidas.
- Cambios en la voz (voz húmeda o ronca tras ingerir líquidos o alimentos).
- Regurgitación: Alimentos o líquidos vuelven a la boca (puede indicar reflujo o problemas esofágicos)
- Pérdida de peso inexplicada del 10% en menos de 6 meses.
- Tos (durante o después de comer).
- Picos febriles inexplicables.
- Cambios en el patrón respiratorio.
- Carraspeo frecuente.
- Residuos orales postingesta.
- Neumonías de repetición (3).

## Factores de riesgo importantes

- Edad avanzada.
- Antecedentes de ACV o enfermedades neurológicas.
- Reflujo gastroesofágico (3).
- Edad avanzada: Por el debilitamiento natural de los músculos de la deglución y una menor coordinación motora y sensorial.
- Procedimientos médicos previos: Intubación prolongada, traqueostomía, cirugías en cabeza, cuello o esófago; radioterapia en la zona orofaríngea (por rigidez y disminución de la saliva).
- Medicación que pueda alterar la deglución por:
  - Reducir la saliva (anticolinérgicos, antihistamínicos, algunos antidepresivos, etc.)
  - Relajar demasiado la musculatura (sedantes, benzodiacepinas, relajantes musculares).
  - Irritar el esófago si no se toman con suficiente agua (ciertos antibióticos, antiinflamatorios, suplementos).
- Factores orales: prótesis dentales mal ajustadas, falta de piezas dentarias, mala masticación.
- Factores de estilo de vida: Tabaquismo (irritación crónica y cambios en tejidos), consumo elevado de alcohol (afecta coordinación y sensibilidad).
- Factores físicos o funcionales: Postura inadecuada al alimentarse, fatiga general (en personas con poca fuerza muscular), alimentos de textura difícil para personas con debilidad o problemas de coordinación.
- Boca seca (xerostomía) por deshidratación, medicamentos o reducción de saliva.

## Herramientas de Cribado

El cribado de la disfagia es un paso fundamental para la detección precoz de pacientes en riesgo, especialmente en entornos de AP. La identificación temprana permite priorizar la derivación a una evaluación clínica más exhaustiva, reducir complicaciones asociadas como la desnutrición o la aspiración, y optimizar la planificación de intervenciones terapéuticas. Para ello, se dispone de diversas herramientas de cribado, que facilitan la detección inicial del problema sin sustituir a las pruebas diagnósticas instrumentales en caso de necesitarlas.

### ***Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)***

Entre los instrumentos disponibles, el *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10, [anexo 1](#)) (5) es uno de los cuestionarios de autopercepción más utilizados y validados, incluido en guías de AP y protocolos hospitalarios. Evalúa el riesgo de disfagia y su impacto en la calidad de vida, siendo útil tanto para la valoración inicial de la gravedad de los síntomas como para el seguimiento de la respuesta al tratamiento en distintos contextos clínicos.

La versión validada al español consta de un cuestionario de 10 ítems, que el paciente responde de forma subjetiva mediante una escala de 0 a 4 puntos, donde 0 indica “ningún problema” y 4 “problema grave”. Por ello, la puntuación total oscila entre 0 y 40 puntos, considerándose un punto de corte  $\geq 3$  como indicativo de riesgo de disfagia.

No obstante, debe tenerse en cuenta que el EAT-10 se basa en la percepción subjetiva del paciente, lo que puede limitar su precisión en personas con deterioro cognitivo, trastornos del lenguaje, alteraciones de la conciencia o dificultades de comunicación. En estos casos, el cuestionario puede ser cumplimentado por un cuidador, circunstancia que añade un componente adicional de subjetividad y obliga a interpretar los resultados con cautela, siempre en combinación con la valoración clínica.

La actuación desde AP deberá ser la siguiente:

- **Puntuación < 3 puntos:** No sugiere disfagia clínicamente relevante. La intervención desde AP será la de recomendar educación para la salud, refuerzo de hábitos higiénico-dietéticos, vigilancia clínica y reevaluación si aparecen nuevos síntomas.
- **Puntuación  $\geq 3$  puntos:** Indicativa de sospecha de disfagia. Ante la posibilidad de disfagia orofaríngea, se recomienda completar la valoración mediante una exploración clínica estructurada, como el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), siempre que el profesional esté entrenado y no existan criterios de contraindicación, y valorar la derivación a atención especializada (ORL, logopedia, rehabilitación) según el riesgo detectado.

---

## Métodos de evaluación funcional clínica

---

Antes de iniciar la evaluación funcional clínica, debe tenerse en cuenta que el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) está diseñado exclusivamente para la valoración de la fase orofaríngea de la deglución. Por tanto, no está indicado en casos de sospecha de disfagia de origen esofágico. Ante síntomas sugestivos de disfagia esofágica (sensación de detención del bolo a nivel retroesternal, regurgitación tardía, dolor torácico asociado a la ingesta o disfagia progresiva de sólidos a líquidos), se recomienda la derivación directa a atención hospitalaria con derivación al servicio de digestivo, sin realizar MECV-V.

### Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)

El MECV-V es una evaluación clínica funcional de la deglución, y no un método de cribado ni una prueba diagnóstica instrumental. Constituye una adaptación simplificada del *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST), herramienta con elevada sensibilidad para la detección de disfagia orofaríngea y ampliamente validada en el ámbito asistencial (7). En el contexto clínico español, el MECV-V se ha consolidado como el método clínico de referencia para valorar la seguridad y la eficacia de la fase orofaríngea de la deglución, siendo un procedimiento seguro, sencillo y reproducible, aplicable por profesionales sanitarios debidamente entrenados (7).

El fundamento del método se basa en que, en pacientes con disfagia orofaríngea, la reducción del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad pueden mejorar la seguridad de la deglución, al favorecer un mayor control del bolo, enlentecer el tránsito faríngeo y prolongar el tiempo de apertura del esfínter esofágico superior. El MECV-V evalúa la capacidad del paciente para manejar bolos de distintos volúmenes y viscosidades (5, 10 y 20 ml), correspondientes a los niveles IDDSI: 2, 0 y 4, siguiendo el orden de administración descrito por los creadores y validadores del método, diseñado para maximizar la seguridad del paciente y la sensibilidad en la detección de alteraciones de la deglución (7).

El procedimiento consiste en la administración progresiva y controlada de los distintos volúmenes y viscosidades, con observación sistemática de signos clínicos de alteración de la seguridad y/o eficacia antes, durante y después de la deglución, con el objetivo de establecer la textura más adecuada para una ingesta segura.

Antes de iniciar la evaluación funcional clínica, es importante recordar que el MECV-V es una prueba diseñada exclusivamente para valorar la fase orofaríngea de la deglución. Por tanto, las disfgias de probable origen **esofágico no** deben someterse a MECV-V, sino que en presencia de síntomas sugestivos de disfagia esofágica (sensación de detención del bolo en retroesternón, regurgitación tardía, dolor torácico relacionado con la ingesta o disfagia progresiva de sólidos a líquidos), la conducta adecuada es la derivación directa hospitalaria para estudio específico.

### Objetivos del MECV-V

- Detectar la presencia de disfagia orofaríngea.
- Identificar el riesgo de aspiración.
- Determinar el volumen y la viscosidad más seguros y eficaces para la alimentación oral del paciente.

## Material necesario

Para la valoración clínica de la deglución (MECV-V) y la adaptación dietética en pacientes con disfagia, se recomienda preparar tres tipos de consistencias líquidas de acuerdo con los niveles estandarizados del sistema IDDSI (*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*) (8).

Tabla 1. Ejemplos de texturas y niveles de viscosidad según la clasificación IDDSI (8).

Nivel IDDSI	Denominación	Descripción sensorial y ejemplos
Nivel 2 – Néctar (viscosidad media)	Líquido ligeramente espeso que fluye de forma continua pero más lenta que el agua.	Ejemplos: gelatinas líquidas, yogur líquido, néctar de frutas o líquidos espesados con productos comerciales hasta alcanzar esta textura. Puede beberse directamente del vaso o con pajita. Si se toma con cuchara no mantiene su forma, al verterlo cae en un hilo de gotas espesas y deja un residuo fino en la superficie.
Nivel 0 – Líquido delgado	Agua, caldo claro o leche sin espesar.	Agua, infusiones, caldos claros, zumos naturales sin espesante.
Nivel 4 – Pudding (alta viscosidad)	Preparaciones con consistencia tipo puré o crema espesa.	Ejemplos: puré de patata, natillas, yogur firme o líquidos espesados con preparados comerciales hasta este nivel. Solo pueden tomarse con cuchara, al cogerlos mantienen su forma y al verterse caen en bloques. No se pueden beber ni sorber.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Lista de materiales necesarios para realizar el MECV-V (4)

Elemento	Descripción / uso	Cantidad recomendada
Jeringa de 10ml	Para administrar volúmenes controlados de agua (5ml, 10ml)	1 unidad
Jeringa de 20ml	Para administrar volúmenes controlados de agua (20ml)	1 unidad
Espesante comercial	Se recomienda preparar espesantes de nueva generación justo antes del uso para garantizar seguridad	Según preparación (≈2-4g por vaso)
3 vasos, con las 3 viscosidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Líquida (IDDSI 0)</li> <li>▫ Néctar (IDDSI 2)</li> <li>▫ Pudding/Puré (IDDSI 4)</li> </ul>	1 vaso (≈100ml) por viscosidad
Gasas estériles o no estériles	Para limpiar pérdidas o posibles restos durante la prueba	2-3 unidades
Empapador desechable	Para proteger la ropa del paciente	1 unidad
Mascarilla quirúrgica	Recomendable por higiene si hay contacto cercano	1 unidad
Guantes	Protección higiénica del profesional	1 par
Pulsioxímetro	Para control de saturación durante la prueba (descenso ≥ 3% indica posible aspiración)	1 unidad
Aspirador o sistema de succión	Para eliminar secreciones o restos sólidos tras la expulsión	1 unidad
Hoja de registro MECV-V	Para anotar observaciones, volúmenes administrados, signos de seguridad y resultado final	1 hoja

Fuente: Elaboración propia.

## Elaboración de la prueba

Los pasos que se deben realizar durante la elaboración de la prueba se describen a continuación (7):

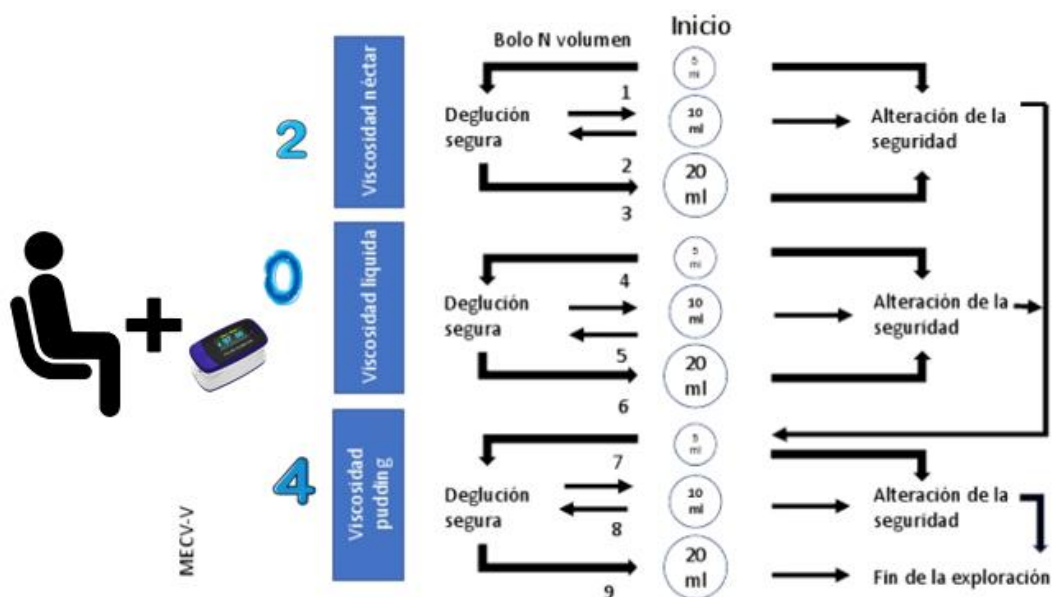
- Paso 1: Preparación del paciente
  - El paciente debe estar sentado, vigil y colaborador, con la cabeza erguida o ligeramente flexionada.
  - Colocación de guantes y pulsioxímetro, para control de la saturación de oxígeno.
  - Preparación de tres recipientes con líquidos ajustados a tres niveles de viscosidad IDDSI (0, 2 y 4) mediante espesante calibrado.

▫ Paso 2: Realización de la prueba

- Paciente **sentado a 90°**.
- Administración de bolos con jeringa, siguiendo una secuencia progresiva de volúmenes: 5 ml → 10 ml → 20 ml.
- En cada viscosidad se observa la respuesta clínica antes de avanzar al siguiente volumen.

La exploración se inicia con IDDSI 2 → IDDSI 0 → IDDSI 4 (consideradas más seguro ese orden), progresando solo si no aparecen signos de aspiración o alteración de la seguridad. El profesional observa la respuesta clínica tras cada deglución, antes de continuar.

Imagen 2. Esquema del procedimiento del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V).



Fuente: Elaboración propia basada en Clavé et al. Clin Nutr. 2008;27(6):806–815.

▫ Paso 3: Observación clínica

En cada deglución se valora la presencia de signos de alteración de la seguridad o de la eficacia de la deglución. Ante la aparición de cualquiera de estos signos, la prueba debe detenerse y no progresar a volúmenes mayores ni a viscosidades más líquidas.

- **Signos de alteración de la seguridad** (riesgo de aspiración):
  - Tos durante o después de la deglución.
  - Voz húmeda o gorgoteante.
  - Descenso de la saturación de oxígeno  $\geq 3\%$ .
- **Signos de alteración de la eficacia:**
  - Deglución fraccionada o repetida.
  - Necesidad de múltiples intentos para un mismo bolo.
  - Residuos orales evidentes.

▫ Paso 4: Interpretación

- Deglución segura y eficaz: se continúa con el siguiente volumen o viscosidad.
- Alteración de la seguridad: se suspende la prueba y se registra el último nivel seguro.
- Exploración completada sin incidencias: la deglución se considera segura y eficaz, sin datos clínicos sugestivos de disfagia orofaríngea.

▫ Paso 5: Resultado

El MECV-V permite determinar:

- La textura IDDSI más segura para la alimentación oral.
- El volumen máximo tolerado (5, 10 o 20 ml).
- La necesidad de derivación para evaluación instrumental (FEES o videofluoroscopia), según los hallazgos clínicos.
- Signos de eficacia. Estos indican alteraciones en la mecánica de la deglución, es decir, indican que el paciente no consigue transportar el bolo alimentario de forma completa y coordinada desde la boca hasta el esófago, aunque pueda hacerlo de forma segura (sin aspirar). Estos signos se detallan en la tabla 3.
  - **Sello labial insuficiente:** El paciente no puede mantener los labios completamente cerrados durante la fase oral de la deglución.
  - **Residuo oral:** Parte del alimento permanece en la cavidad oral tras la deglución, especialmente en el surco gingivolabial o bajo la lengua.
  - **Deglución fraccionada:** El paciente necesita varias degluciones consecutivas para un mismo bolo.
  - **Residuo faríngeo:** Parte del bolo queda retenido en la faringe después de la deglución, en las vallecúlas o senos piriformes.

Tabla 3. Signos de eficacia de la deglución, observación clínica e implicaciones (4)

Resultado en MECV-V	Signos observados	Implicación clínica	Recomendación
Eficacia conservada	Sin residuos, deglución única, buen manejo del bolo, sello labial adecuado	Deglución funcional	Dieta oral normal
Eficacia levemente alterada	Residuos mínimos, necesidad de 2 degluciones, ligera dificultad para formar el bolo	Disfagia leve-moderada	Adaptar volumen/instrucciones posturales/reeducación
Eficacia moderada-severamente alterada	Residuos evidentes, múltiples degluciones, escapes anteriores por mal sello labial	Disfagia moderada-severa	Adaptar viscosidad, reducir volúmenes, derivar
Ineficacia en todas las viscosidades	Residuos importantes, imposibilidad de control del bolo	Alto riesgo de desnutrición y deshidratación	Mantener vía oral solo si existe alguna viscosidad segura para la seguridad deglutoria. Si NO la hay, suspender la vía oral y valorar sonda nasogástrica (SNG) o Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG)

Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, la **interpretación de los resultados** será la siguiente:

- Sin signos de seguridad ni eficacia → deglución funcional (el paciente traga sin dificultad).
- Signos de eficacia sin seguridad → disfagia leve/moderada (el paciente no aspira ni tose, pero su deglución es ineficiente).
- Signos de seguridad → disfagia con riesgo de aspiración (aparecen tos, carraspeo, cambios en la voz o desaturación durante o después de tragar). Indican que parte del bolo entra en la vía respiratoria o se aproxima a ella.
- Signos con todas las viscosidades y volúmenes → disfagia grave (el paciente presenta signos de seguridad y eficacia alterados con todas las viscosidades (IDDSI 0–4)).

Tabla 4. Resultados del MECV-V, grado de disfagia, riesgos y recomendaciones clínicas (4)

Resultado MECV-V	Signos observados	Grado de disfagia	Riesgo principal	Recomendación
Sin signos	Ninguno	Deglución funcional	Ninguno	Dieta normal
Solo eficacia	Residuos, múltiples degluciones	Leve / moderada	Desnutrición / deshidratación	Texturas adaptadas, reeducación
Seguridad alterada	Tos, voz húmeda, desaturación	Moderada / severa	Aspiración	Adaptar viscosidad y derivar
Signos en todas las pruebas	Seguridad + eficacia alteradas	Grave	Aspiración y fallo deglutorio	Suspender VO, valorar SNG o PEG

Fuente: Elaboración propia.

La presencia de estos signos sugiere disfagia funcional, aunque no necesariamente riesgo de aspiración. Se recogerán los resultados en una hoja de recogida de datos, tal como se muestra en el anexo 2.

### Recomendaciones generales

- Ajustar la dieta (modificar las consistencias y volúmenes que el paciente puede ingerir de manera segura). No se trata de restringir alimentos, sino de modificar su presentación. La adaptación de la textura debe realizarse sin disminuir el aporte nutricional global, evitando déficits de energía, proteínas o micronutrientes.
- La viscosidad y el volumen recomendados serán los que resulten seguros y eficaces según MECV-V.
- No debe prescribirse una viscosidad concreta (p. ej., IDDSI 3 o 4) ni limitar el volumen de forma generalizada sin haber identificado previamente en la prueba cuál es la combinación volumen-viscosidad que el paciente tolera sin signos de aspiración ni ineficacia.
- Considerar otros estudios más avanzados, como una videofluoroscopia o una endoscopia de la deglución, si es necesario.

### Algoritmo de diagnóstico y seguimiento

El siguiente algoritmo resume el proceso de abordaje inicial de la disfagia en Atención Primaria. Parte de la identificación de síntomas de alarma, continúa con un cribado estructurado mediante el cuestionario EAT-10 y, posteriormente, orienta la clasificación según la posible localización del problema (orofaríngea vs. esofágica). En caso de sospecha de disfagia orofaríngea, se procede a la evaluación funcional mediante el MECV-V. Si los síntomas sugieren una disfagia de origen esofágico, el paciente debe ser derivado directamente al hospital para estudio específico.

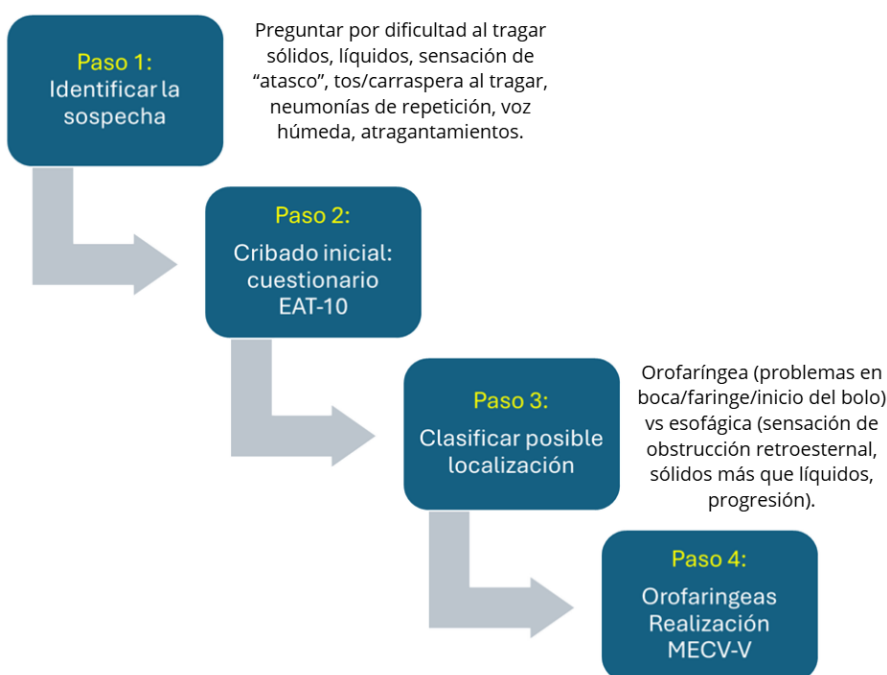


Imagen 3. Algoritmo de diagnóstico y seguimiento de la disfagia.

Fuente: Elaboración propia.

## Pruebas complementarias

En la práctica clínica, la mayoría de los casos de disfagia orofaríngea pueden identificarse a partir de la sospecha clínica, el cribado mediante el cuestionario EAT-10 y la evaluación funcional con el MECV-V. En función de los hallazgos obtenidos, se valorará la derivación a atención especializada para la realización de pruebas complementarias cuando sea necesario.

Las pruebas complementarias en disfagia corresponden a procedimientos diagnósticos instrumentales que permiten confirmar, caracterizar y cuantificar las alteraciones detectadas en la valoración clínica. Su finalidad es evaluar de forma objetiva la seguridad y la eficacia de la deglución, así como orientar el abordaje terapéutico. Estas exploraciones deben solicitarse o derivarse cuando la disfagia no puede ser adecuadamente manejada desde AP, ya sea por su etiología, gravedad, complejidad clínica o por la persistencia de síntomas pese a las medidas iniciales.

### Videofluoroscopia de la deglución (VFS)

Es considerada la prueba de referencia para el estudio dinámico de la deglución. Permite visualizar, en tiempo real, las fases oral, faríngea y esofágica, evaluando el tránsito del bolo con diferentes volúmenes y viscosidades contrastadas. Aporta información detallada sobre:

- Penetración y aspiración (manifiesta o silente).
- Residuos orales y faríngeos.
- Coordinación de los distintos eventos deglutorios.
- Eficacia de maniobras compensatorias y adaptaciones posturales.

Está indicada especialmente cuando existe discordancia entre clínica y exploración funcional, sospecha de aspiración silente, necesidad de definir estrategias terapéuticas complejas o valoración del componente esofágico proximal.

### Evaluación endoscópica de la deglución (FEES)

La fibroendoscopia de la deglución permite la visualización directa de la anatomía faringolaríngea antes y después de la deglución, sin exposición a radiación. Es especialmente útil para valorar:

- Presencia de residuos faríngeos.
- Penetración o aspiración.
- Sensibilidad laríngea.
- Estado estructural y funcional de la laringe.

Resulta de gran utilidad en pacientes con patología neurológica, disfagia persistente, necesidad de seguimiento evolutivo o cuando la videofluoroscopia está contraindicada o no disponible.

### Otras exploraciones

Según la sospecha etiológica, pueden ser necesarias otras pruebas complementarias, como:

- Endoscopia digestiva alta.
- Estudios de motilidad esofágica.
- Pruebas de imagen cervical o torácica.

Estas exploraciones están indicadas principalmente cuando existe sospecha de disfagia esofágica, patología estructural o síntomas atípicos.

Tabla 5. Pruebas instrumentales para la evaluación de la deglución (9,10)

Prueba	Descripción	Información que aporta	Ventajas / limitaciones
VFS - Videofluoroscopia de la deglución (o "Swallowing Study")	Radiografía dinámica que registra la deglución de diferentes volúmenes y viscosidades mezcladas con bario.	Evalúa todas las fases de la deglución (oral, faríngea y esofágica superior). Permite detectar aspiraciones silentes, residuo faríngeo, reflujo y alteraciones de coordinación.	Permite visualizar toda la secuencia deglutoria. Limitada por excelencia a radiación y necesidad de equipo radiológico especializado.
FEES – Endoscopia funcional de la deglución (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing)	Introducción de un nasofibroscoPIO para observar directamente la faringe y laringe durante la deglución.	Detecta penetraciones y aspiraciones, residuo postdeglutorio y respuesta protectora. Permite observar anatomía laríngea y faríngea.	No visualiza la fase oral ni el tránsito esofágico. Puede causar molestias leves. No usa radiación.
Endoscopia digestiva alta (EDA)	Visualización directa del esófago y estómago.	Diagnóstico de causas estructurales (estenosis, tumores, divertículos).	No evalúa función deglutoria dinámica.

Fuente. Elaboración propia.

### Indicaciones generales de derivación para pruebas complementarias

Desde AP, debe valorarse la derivación para estudio instrumental cuando concorra alguna de las siguientes situaciones:

- Signos de aspiración o compromiso de la seguridad no controlables clínicamente.
- Fracaso o dudas tras la evaluación funcional (MECV-V).
- Sospecha de aspiración silente.
- Disfagia persistente o progresiva.
- Repercusión nutricional o respiratoria significativa.
- Necesidad de definir con precisión el tratamiento rehabilitador.

### Resumen de las fases de valoración de la disfagia

Tabla 6. Comparativa de las fases de valoración de la disfagia (2)

Nivel	Objetivo	Ejemplo	Características
Cribado	Detectar riesgo de disfagia	EAT-10, observación inicial	Simple, rápida, sin manipular alimentos
Evaluación funcional clínica	Valorar la seguridad y eficacia de la deglución, determinar textura segura	MECV-V	Estructurada, requiere observación directa y personal entrenado
Diagnóstico instrumental	Confirmar alteraciones fisiológicas específicas	VFS, FEES	Visualización interna, alta precisión

Fuente: Elaboración propia.

---

## Tratamiento disfagia

---

Los principales objetivos en el tratamiento de los pacientes con disfagia van orientados a conseguir una deglución eficaz y segura, lo que implica (4):

- Adaptar la textura a las necesidades de cada paciente, manteniendo los nutrientes necesarios para mantener una dieta equilibrada. Si es necesario, adaptando todos los elementos necesarios (cubierta y posición) para que el paciente pueda alimentarse de forma autónoma, siempre que sea posible.
- Educación a paciente y familiares en la texturización de los alimentos
- Formar al paciente y cuidador respecto a las medidas de seguridad a considerar durante el acto de la alimentación (teniendo en cuenta: posibles distractores, maniobras pautadas, etc.).
- Reforzar la importancia de una buena higiene bucal tras las comidas, con el objetivo de reducir las complicaciones médicas asociadas, especialmente la neumonía aspirativa por su elevada morbimortalidad. (Se debe explicar a los pacientes cómo realizarla, con especial atención a aquellos pacientes con disfagia a líquidos)
- Conseguir mantener la máxima funcionalidad de la deglución y que el paciente mantenga un estado adecuado de hidratación y nutrición.
- Valorar las necesidades y formas más adecuadas de suplementación nutricional.
- Orientar al paciente y familiares acerca de otras vías de alimentación no oral si están indicadas.
- Revisión periódica de la situación actual, para adaptar las nuevas necesidades

Ante complicación en la consecución de los pasos anteriores, se recomienda valorar la derivación a Otorrinolaringología (ORL) para coordinación con servicio de logopeda y nutrición.

### Recomendaciones generales

A continuación, se relatan una serie de recomendaciones generales que pueden mejorar el bienestar del paciente que padece disfagia en el momento de alimentarse:

- El paciente debe estar alerta y bien despierto, sentado, posición erguida y cabeza y cuello en correcta posición.
- Mantener un ambiente agradable, con buena iluminación y tranquilo durante la alimentación.
- Evitar distracciones como la televisión o la radio. No hacerle hablar mientras come.
- Respetar el ritmo de alimentación, recomendando una masticación meticulosa.
- Programar las comidas en los momentos en que la persona está más descansada.
- El plato debe estar apoyado y por debajo de la altura de la cabeza, cerca del cuerpo.
- Asegurarse de mantener la boca vacía antes de una nueva ingesta.
- Favorecer que el paciente coma por sí sólo el mayor tiempo posible.
- Tras las comidas debe mantenerse incorporado entre 30 y 60 minutos.
- Si el paciente no responde al estímulo de la comida que se le ofrece o mantiene el alimento mucho tiempo en la boca sin tragarlo, se puede estimular su respuesta, por imitación, gesticulando delante de él abriendo la boca y simulando tragar. También haciendo una ligera presión con la cuchara sobre el labio inferior.
- Usar alimentos homogéneos, evitando grumos o espinas. Intentar que presenten una textura jugosa y fácil de masticar.
- Evitar la mezcla de líquidos y sólidos en una misma preparación (galletas con leche, sopas con pasta cereales con leche, yogur con frutas, etc.).
- Se recomienda diversificar la presentación de la alimentación, mediante la variación de preparaciones, colores y grupos de alimentos, para favorecer la aceptación de la dieta y el mantenimiento del placer alimentario (4,11).

## Posturas

En la disfagia la postura al comer es fundamental:

- Posición corporal de seguridad segura durante y tras la ingesta.
- Sentado a 90°, espalda apoyada, pies en el suelo.
- Si está en cama: cabecero elevado mínimo 45°, idealmente 90°.
- Mantener la posición 20-30 minutos tras la ingesta para evitar regurgitación y broncoaspiración.
- En hemiparesias está indicado rotar la cabeza hacia el lado afectado, esto favorece el paso del bolo alimenticio por el lado sano.
- La flexión anterior del cuello protege la vía respiratoria ya que sella la parte posterior entre la lengua y el paladar (sello palatogloso), reduce la distancia entre la base de la lengua y la faringe y acerca la epiglotis a la laringe.
- La flexión posterior facilita el drenaje gravitatorio faríngeo y mejora la velocidad del tránsito oral. Es efectiva cuando hay mal sello labial con caída del alimento por la boca, en pacientes con problemas de propulsión posglosectomías parciales y cuando hay mal sello nasofaríngeo, siempre y cuando a nivel faríngeo la deglución sea segura.
- Evitar la hiperextensión del cuello.
- En caso de tener que ayudarlo para alimentarse, el cuidador deberá colocarse frente al paciente, pero a una altura por debajo del asiento del paciente para tenerlo a la altura de sus ojos.

Las estrategias posturales reducen aspiraciones en aproximadamente el 25% de los pacientes en los que se aplican. Son útiles incluso en pacientes con déficit cognitivo, rigidez o limitaciones de movilidad. En la siguiente tabla se muestran las diferentes estrategias posturales (4,12).

## Ayudas técnicas

- Para la ingesta de sólidos se puede emplear tenedor o cuchara mediana para la alimentación y se deben evitar pajitas, porrón, jeringas o botellas.
- La cuchara permite observar la deglución y la presión en la lengua estimula el reflejo deglutorio.
- Para beber líquidos pueden utilizar vasos adaptados para evitar la extensión del cuello y favorecer la deglución (4).

## Adaptación de texturas y espesores (Marco IDDSI)

El **IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)** es una iniciativa internacional creada en 2013 con el objetivo de unificar la terminología y clasificación de los alimentos con textura modificada y las bebidas espesadas utilizadas en personas con disfagia, independientemente del país, entorno sanitario o edad del paciente. Su propósito es garantizar la seguridad y eficacia de la deglución, evitando errores derivados de terminología usada hasta ahora: (“néctar”, “miel”, “pudding”) que antes variaban según el fabricante o la región.

El marco IDDSI establece **8 niveles progresivos (0–7)**, que describen desde líquidos totalmente finos hasta alimentos sólidos normales, con códigos de color, etiquetas y métodos de prueba estandarizados (8). Se recomienda su aplicación conjunta con la valoración clínica y logopédica del paciente (MECV-V, VFS o FEES).

Los niveles 3–4 son transicionales, es decir, pueden aplicarse tanto a líquidos espesados como a alimentos muy blandos.

Imagen 4. Clasificación internacional de niveles de textura y viscosidad según el marco IDDSI, 2019(8).



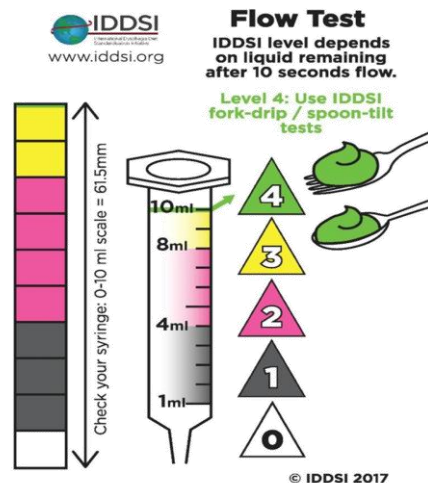
Fuente: Adaptado de International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), 2019.

### Métodos de prueba IDDSI (8)

Estos métodos permiten verificar de forma práctica que la consistencia del alimento o bebida corresponde al nivel deseado. Son sencillos, reproducibles y no requieren equipamiento especializado.

- **Test del flujo con jeringa (para líquidos)**
  - Utiliza una jeringa de 10 ml (sin aguja).
  - Se llena con el líquido y se deja fluir libremente durante 10 segundos.
  - El volumen restante tras ese tiempo determina el nivel:
    - Nivel 0: 0 ml (fluye completamente)
    - Nivel 1: 1–4 ml restantes
    - Nivel 2: 4–8 ml restantes
    - Nivel 3: 8–10 ml restantes
    - Nivel 4: No fluye (no sale líquido)

Imagen 5. IDDSI Flow Test para la clasificación de la viscosidad de líquidos mediante jeringa de 10 ml. (8).



Fuente: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), 2017.

▫ **Test del tenedor o de la cuchara (para sólidos):**

Se observa si el alimento mantiene su forma y cae lentamente entre los dientes del tenedor. El objetivo es evaluar si la comida tiene la dureza y cohesión adecuadas según el nivel IDDSI (niveles 4 a 6). Existen dos tipos de prueba:

- Test de goteo del tenedor (8): Se usa para alimentos espesos o semilíquidos (niveles 3–4). Se coloca una porción en un tenedor y se observa:
  - Si gotea lentamente en hilos o porciones, es Nivel 3 (moderadamente espeso).
  - Si no gotea y se mantiene sobre el tenedor formando una pequeña “montañita”, es Nivel 4 (puré).
- Test de presión con el tenedor (para sólidos) (8): Se usa para comidas más sólidas o blandas (niveles IDDSI 5–6). Se presiona la muestra con el tenedor hasta que la uña del pulgar se blanquee (esa presión equivale a la fuerza de la lengua (~17 kPa)) y se observa el resultado:
  - Si el alimento se aplasta fácilmente y no se desmenuza, la textura es adecuada.
  - Si resiste mucho o se deshace en migas, no cumple la textura.

Imagen 6. Prueba del tenedor IDDSI (fork pressure / fork drip test) para la verificación de la textura de alimentos (8).



Fuente: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), 2017.

- Test de inclinación de la cuchara: se valora si el alimento se desliza sin líquido libre y sin fragmentarse al inclinar la cuchara. El objetivo es comprobar si una preparación tiene la textura adecuada para ser comida con cuchara (niveles IDDSI 4 o 5) y el procedimiento es el siguiente: Se toma una cucharada del alimento, se inclina la cuchara suavemente hacia un lado o se gira y se observa qué pasa con el contenido.
  - Textura adecuada (Nivel IDDSI 4 – Puré):
    - El alimento mantiene su forma sobre la cuchara (es cohesivo).
    - Cae de la cuchara al inclinarla o sacudirla suavemente.
    - No es pegajoso, aunque deja una pequeña cantidad adherida.
    - Al caer, se dispersa ligeramente sobre el plato.
  - Textura inadecuada:
    - No cae (demasiado espeso o pegajoso).
    - Si se escurre o gotea como líquido (demasiado fluido).

Imagen 7. Prueba de inclinación de la cuchara (Spoon Tilt Test) para la verificación del nivel 4 IDDSI (8).



Fuente: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), 2017.

## Dieta texturizada

El objetivo primordial para un paciente con disfagia es conseguir una alimentación segura (reduciendo al máximo las complicaciones respiratorias) y eficaz, es decir, en suficiente cantidad para conseguir un buen estado nutricional y de hidratación siempre individualizando el tratamiento según las características del paciente e integrando dichas modificaciones dietéticas dentro del ámbito social y familiar.

Los “alimentos texturizados” son elaboraciones culinarias que modifican las características de los alimentos con la finalidad de que sean seguros, eficaces, nutritivos y atractivos (organoléptica y visualmente) para las personas con problemas de masticación y/o deglución (4).

En el manejo nutricional de la disfagia, es fundamental distinguir entre los alimentos triturados tradicionales y los alimentos texturizados adaptados según el marco IDDSI. Aunque ambos procedimientos buscan facilitar la deglución, difieren notablemente en homogeneidad, cohesión, seguridad y control de la viscosidad. La siguiente tabla resume las principales diferencias entre ambos tipos de preparación, destacando por qué los alimentos texturizados ofrecen mayor seguridad deglutoria, mejor control reológico y un resultado sensorial más atractivo para el paciente.

Tabla 7. Comparación entre alimento triturado normal y alimento texturizado según la clasificación IDDSI.

Aspecto	Triturado normal	Alimento texturizado (según IDDSI)
Definición	Mezcla de alimentos procesados mecánicamente (batidora, robot, pasapurés). No se controla su densidad, homogeneidad ni capacidad de cohesión.	Preparación controlada y estandarizada en textura, humedad, cohesión y densidad, adaptada a la capacidad deglutoria del paciente según el nivel IDDSI (3-7).
Objetivo	Facilitar la masticación.	Garantizar una deglución segura y eficaz, evitando aspiraciones o residuos orales.
Homogeneidad	Puede contener grumos, fibras o doble textura (líquido + sólido).	Debe ser completamente homogéneo, sin grumos.
Cohesión / Pegajosidad	Inestable: puede separarse el agua del sólido (“se corta”). Riesgo de aspiración.	Cohesivo: el bolo mantiene su forma, no se dispersa en la boca, fluye lentamente y se controla fácilmente.
Viscosidad y fluidez	Variable, depende del tipo de batidora o del agua añadida. No medible.	Controlada y comprobable mediante test de IDDSI (jeringa, tenedor o cuchara).
Seguridad de deglución	No garantizada. Puede provocar aspiraciones, residuos, atragantamientos o tos.	Seguridad validada según pruebas clínicas (MECV-V, IDDSI Testing Methods).
Atractivo sensorial	Sabor y color poco definidos, aspecto poco apetecible (“todo mezclado”).	Mejor presentación (por separado o moldeado), color, olor y sabor definidos. Facilita la adherencia y el placer de comer.
Aplicación clínica	Uso tradicional, sin evaluación funcional.	Recomendado por ESSD, IDDSI y guías clínicas actuales. Se basa en una valoración logopédica y nutricional previa.

Fuente: Elaboración propia.

La adaptación de las texturas de los sólidos y la viscosidad de los líquidos se considera en la actualidad la intervención más sencilla, valiosa y con gran eficacia terapéutica, ya que mejora la seguridad y minimiza las aspiraciones.

Imagen 8. Ejemplos de alimentos con textura puré (IDDSI 4). Fuente: Roche Dietitians (niveles y descripciones).



En la alimentación de un paciente con disfagia hay que considerar los alimentos con textura de riesgo. En la tabla siguiente se muestra de cada clase de alimento las opciones que se presentan (11).

Tabla 8. Alimentos con texturas de riesgo en pacientes con disfagia (4).

Clase de alimento	Opciones
Con dobles texturas/texturas mixtas	Leche con galletas, sopas con pasta/arroz, purés con carne o pescado, cereales con leche o muesli, yogures con trozos.
Que pueden fundirse	Helados, gelatinas.
Pegajosos	Leche condensada, caramelos, bollería, miel, chocolate, plátano.
Resbaladizos (se dispersan en la boca)	Almejas, guisantes, habas, arroz, lentejas, garbanzos.
Que desprenden líquido al morderse	Sandía, melón, mandarina, naranja, pera de agua.
Crujientes secos o duros	Pan de cereales, tostadas, biscotes, frutos secos, pan, galletas, patatas
Con pieles o semillas	Grumos, pescados con espinas, mandarinas, uvas, fresas, tomates.
Que se desmenuzan en la boca	Carne picada, galletas de hojaldre, tostadas.
Fibrosos	Piña, lechuga, espárragos, apio.
Que no forman bolo	Arroz, legumbres, guisantes.

Fuente: Elaboración propia.

En general, **las raciones deben ser pequeñas**, con más tomas repartidas a lo largo del día (el tiempo de deglución aumenta de 2 a 4 veces) y Se recomienda que no exceda los 30 minutos. Una comida demasiado larga fatiga la musculatura orofacial y faríngea, reduciendo la eficacia de la deglución. Por tanto buscar alimentos de alta calidad nutricional para que con menor cantidad sea lo más nutritivo posible. Mantener tiempos razonables favorece la seguridad y la adherencia a la pauta alimentaria.

Se recomienda **evitar las pajitas** en pacientes con disfagia orofaríngea, ya que aumenta la velocidad y presión del flujo del líquido hacia la faringe, reduciendo el control oral del bolo, y dificultando la coordinación entre respiración y deglución. Utilizar cucharas, evitando jeringas (permite observar la deglución y la presión en la lengua estimula el reflejo deglutorio), administrando pequeñas cantidades cada vez, procurando que el paciente no hable mientras coma, evitando que se acumulen alimentos, y asegurándose de que la boca esté vacía antes de administrar una nueva cucharada de alimento.

### Cambios de volumen y viscosidad del bolo

Los cambios de volumen y viscosidad del bolo alimenticio son fundamentales en el manejo de la disfagia (7), ya que afectan directamente la seguridad y eficacia de la deglución. El volumen del bolo también se ajusta para mejorar la seguridad:

- Volumen bajo: Cucharita de café (5 ml)
- Volumen medio: Cucharita de postre (10 ml)
- Volumen alto: Cuchara sopera rasa (20 ml)

La viscosidad del bolo se adapta para facilitar su control y reducir el riesgo de aspiración. Se clasifican en tres niveles principales:

- **IDDSI 2:** Consistencia ligeramente espesa, cae en hilo fino. Se puede beber con pajita o taza.
- **IDDSI 3:** Más espesa, cae en gotas. Se toma con cuchara o taza, no con pajita.
- **IDDSI 4:** Muy espesa, cae en bloques. Solo se toma con cuchara y mantiene su forma

Estas adaptaciones permiten que el bolo se desplace más lentamente, dando tiempo a los mecanismos de protección de las vías respiratorias.

Casi todos los fluidos que se beben son «finos» o de baja viscosidad, pero para el paciente con disfagia suponen el mayor riesgo de aspiración hacia la vía aérea (7).

Tabla 9. Modificación de viscosidades de fluidos según American Dietetic Association y British Dietetic Association

Tipo de textura		Descripción
Cualitativa	Cuantitativa	
Líquidos finos	1-50	Agua. Sin modificación de viscosidad
Néctar (nivel 1)	51-350	Se puede beber en vaso o con pajita. Al caer, forma un hilo fino y deja un residuo fino (p. ej.: zumos con pulpa).
Miel (nivel 2)	351-1750	Se puede beber en vaso o con cuchara. Al caer, forma gotas gruesas y deja un residuo grueso (p.ej.: miel).
Pudín (nivel 3)	>1750	Solo se puede tomar con cuchara. Al caer mantiene su forma (p. ej.: aguas gelificadas).

Fuente: Adaptado de Clavé Civit, P. *et al.* (2013).

## Espesantes y sus indicaciones

La mayoría de los líquidos consumidos en la alimentación habitual presentan una viscosidad insuficiente para garantizar una deglución segura. Por este motivo, es necesario emplear **espesantes comerciales** que permitan modificar y controlar la consistencia de los fluidos, ajustándolos a los niveles de seguridad deglutoria definidos por el **marco IDDSI**.

Es fundamental **educar** al paciente y a sus cuidadores en el uso correcto de estos productos, incluyendo su identificación, la técnica de preparación y la comprensión del comportamiento reológico del espesante sobre distintos tipos de alimentos y temperaturas (8,13). Los espesantes se clasifican principalmente en dos grupos según su base tecnológica:

- **Derivados del almidón:** Tradicionalmente los más utilizados. Cada gránulo de almidón absorbe agua y se expande, aumentando la viscosidad del líquido. Sin embargo, su estabilidad puede verse afectada por el tiempo, la temperatura o la acción enzimática (por ejemplo, la amilasa salival).
- **Basados en gomas** (Goma Xantana, Goma Guar...): Generan una red molecular que retiene el agua entre las partículas, proporcionando una textura más homogénea, estable y resistente a los cambios de temperatura o pH. Permiten un control más preciso del nivel de espesamiento y una mejor aceptación sensorial.

## Hidratación

Los pacientes ancianos frágiles, con enfermedades oncológicas o neurodegenerativas presentan con frecuencia una disminución de la sensación de sed y una menor ingesta hídrica espontánea, lo que aumenta el riesgo de deshidratación. Aunque sus pérdidas insensibles pueden ser algo menores debido a la reducción de masa muscular y actividad física, las necesidades hídricas mínimas no disminuyen de forma proporcional.

De acuerdo con las recomendaciones de ESPEN (2023) (14) y SENPE (15), el requerimiento hídrico diario orientativo se sitúa entorno los **30 mL/kg/día**, con un mínimo de 1,2–1,5 litros al día, salvo contraindicación médica (p. ej., insuficiencia cardíaca o renal). En el paciente con disfagia, la hidratación debe planificarse de forma proactiva y fraccionada, adaptando la consistencia de los líquidos al nivel de seguridad deglutoria establecido según el marco IDDSI.

Cuando la vía oral no sea segura o no permita cubrir las necesidades hídricas, la persona debe ser remitida para valoración especializada o atención hospitalaria, siguiendo las indicaciones del programa de malnutrición. De este modo, el texto mantiene su función pedagógica en AP (adaptación de líquidos y planificación proactiva) y, a la vez, se alinea con las recomendaciones sobre continuidad asistencial.

- **Nivel 2 (ligeramente espeso):** adecuada para pacientes con buena propulsión lingual y leve retraso del reflejo deglutorio.
- **Nivel 3 (moderadamente espeso) o Nivel 4 (extremadamente espeso / puré):** recomendados cuando existe disminución significativa de la fuerza lingual o de la protección de la vía aérea.

El aporte hídrico suele lograrse mediante **líquidos espesados o aguas gelificadas**, preferiblemente administradas entre horas (media mañana, merienda y antes de dormir), asegurando una distribución regular a lo largo del día, para evitar el desplazamiento de la ingesta de alimentos con mayor carga nutricional durante las comidas principales.

Siempre que sea posible, se recomienda **enriquecer** los líquidos espesados para que aporten, además de hidratación, energía y nutrientes (por ejemplo, geles a base de leche, yogures o postres cremosos). Esta estrategia contribuye a mejorar la ingesta calórica y proteica global y favorece el mantenimiento del estado nutricional.

La **educación** del paciente y sus cuidadores en el uso correcto de espesantes o aguas gelificadas, así como en el reconocimiento de los signos de deshidratación (sequedad de mucosas, diuresis escasa, confusión, hipotensión), es un aspecto esencial del manejo integral de la disfagia.

## Nutrición Enteral

En general, la nutrición enteral (NE) por sonda u ostomía en pacientes con disfagia grave para mantener o mejorar el estado nutricional es una recomendación A de la ESPEN, indicada en pacientes que ingieren menos del 50 % de sus requerimientos nutricionales por vía oral, pero el tracto digestivo es funcional. Es importante saber que no prolonga la supervivencia, no protege de las aspiraciones ni de la colonización de las secreciones orales, no previene ni cura las úlceras por decúbito, y presenta pocos beneficios en pacientes con demencia avanzada.

La elección del tipo de acceso depende de la duración prevista de la nutrición enteral, la tolerancia gástrica y las condiciones clínicas del paciente (14).

### Contraindicaciones relativas o absolutas (11)

- Supervivencia estimada < 6 semanas o situación terminal sin objetivo rehabilitador.
- Coagulopatías graves no corregidas.
- Sepsis activa o inestabilidad hemodinámica.
- Insuficiencia respiratoria o cardíaca descompensada.
- Obstrucción intestinal o isquemia mesentérica.

En todos los casos, la indicación de NE debe realizarse tras una valoración clínica individualizada y con consentimiento informado del paciente o su representante legal, conforme a los principios de ética asistencial y calidad de vida.

En los pacientes en los que las alteraciones de la eficacia o la seguridad de la deglución requieran nutrición enteral prolongada (más de 4–6 semanas) y la expectativa de vida sea superior a 6–8 semanas, puede estar indicada la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Este procedimiento se realiza habitualmente bajo sedación consciente y anestesia local, y presenta baja morbilidad, con un perfil de seguridad adecuado incluso en pacientes geriátricos o con enfermedades neurodegenerativas. La indicación de PEG debe basarse en una valoración clínica integral e interdisciplinar, considerando los objetivos terapéuticos, la calidad de vida esperada y la voluntad del paciente o sus representantes (15).

---

## Complicaciones asociadas a la disfagia

---

Las complicaciones de la disfagia dependen del tipo y de la gravedad de esta. Pueden variar desde una dificultad moderada hasta una imposibilidad total de la deglución. De una forma u otra, éstas se asocian con un aumento de la morbilidad y la mortalidad del paciente. Las complicaciones pueden clasificarse en dos vías definidas (1,3).

### Complicaciones relacionadas con la seguridad deglutoria

#### Neumonía por aspiración

La neumonía aspirativa ocurre cuando material de la cavidad oral colonizado por patógenos es aspirado al pulmón. Los síntomas incluyen tos y asfixia durante la deglución; puede ser asintomática (silente) en algunos casos. Hasta el 50% de los ancianos y pacientes con enfermedades neurológicas pueden experimentar aspiraciones, siendo la prevalencia de neumonía por aspiración de entre el 6-53%. En ocasiones es necesario realizar cambios en la vía de alimentación, optando por sonda nasogástrica o gastrostomía, aunque no eliminan completamente el riesgo de aspiración.

#### Atragantamiento y aspiración traqueobronquial

### Complicaciones relacionadas con la eficacia deglutoria

#### Malnutrición por defecto

La disfagia constituye un factor de riesgo importante de desnutrición, debido a la dificultad para mantener una ingesta oral adecuada y segura. Se estima que hasta el 44 % de los pacientes con disfagia presentan pérdida de peso en el momento del diagnóstico. En patologías específicas, como el cáncer de cabeza y cuello, la prevalencia de desnutrición puede oscilar entre el 20 % y el 88 %.

La desnutrición se asocia con un mayor riesgo de complicaciones médicas, retraso en la recuperación funcional y peor pronóstico vital. Por ello, la valoración nutricional sistemática resulta esencial para detectar precozmente el riesgo y monitorizar la evolución del estado nutricional. Además, tanto la desnutrición como la deshidratación aumentan significativamente el riesgo de neumonía aspirativa y otras infecciones respiratorias.

#### Deshidratación

La dificultad para tragar líquidos incrementa el riesgo de déficit hídrico, especialmente cuando se restringen las tomas sin una adecuada compensación. Los signos clínicos de deshidratación incluyen:

- Sequedad de mucosas y piel
- Disminución de saliva o expectoración
- Hipotensión ortostática
- Confusión o letargia
- Reducción de la diuresis

Estos síntomas no solo comprometen el estado general, sino que agravan la dificultad para deglutir, favoreciendo un círculo vicioso que incrementa el riesgo de aspiración y deterioro funcional. Por ello, la evaluación periódica del estado de hidratación debe formar parte del seguimiento integral del paciente con disfagia.

### Impacto psicosocial

La disfagia afecta profundamente la calidad de vida. Muchos pacientes experimentan ansiedad, depresión o aislamiento social, especialmente durante las comidas, que dejan de ser un acto placentero y se convierten en una fuente de miedo o vergüenza. Asimismo, los cuidadores suelen enfrentarse a sobrecarga emocional y física, derivada del tiempo y la atención que requiere la alimentación adaptada. El abordaje integral debe incluir apoyo psicológico y educación al cuidador.

## Complicaciones de la nutrición artificial

El uso de sondas de alimentación (nasogástrica o enteral por ostomía) puede ser necesario para mantener una nutrición segura en casos de disfagia severa, pero no está exento de riesgos. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran:

- Úlceras por presión en zonas de apoyo o del tubo
- Infecciones locales o sistémicas
- Intolerancia digestiva (diarrea, distensión, reflujo)

La supervisión periódica por parte del equipo es clave para detectar y resolver de forma temprana cualquier incidencia.

## Complicaciones asociadas a los fármacos

Diversos fármacos pueden inducir, agravar o precipitar la disfagia, ya sea por efectos directos sobre la motilidad orofaríngea y esofágica, por alteraciones del nivel de consciencia, o por efectos secundarios locales, como la xerostomía o la esofagitis medicamentosa. El conocimiento de estas interacciones es esencial en el ámbito de la AP, donde la polimedicación y el manejo de pacientes crónicos son frecuentes. La siguiente tabla resume los principales grupos farmacológicos implicados, su mecanismo de acción y algunos ejemplos clínicos relevantes (16).

Tabla 10. Grupos farmacológicos asociados a alteraciones en la deglución (16)

Grupo farmacológico	Efecto principal	Ejemplos clínicos
Anticolinérgicos	Disminuyen la secreción salival → xerostomía y dificultad para formar el bolo	Antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, antipsicóticos
Benzodiacepinas y sedantes	Disminuyen el nivel de alerta y reflejos deglutorios	Lorazepam, diazepam, zolpidem
Relajantes musculares	Reducen el tono faríngeo y esofágico	Baclofeno, tizanidina
Antiparkinsonianos (en exceso)	Pueden inducir discinesias orofaciales y descoordinación deglutoria	Levodopa, pramipexol
Opioides	Disminuyen motilidad esofágica, provocan náuseas	Tramadol, fentanilo, morfina
Antipsicóticos y neurolépticos	Riesgo de distonías, rigidez, sialorrea o hipersalivación	Haloperidol, risperidona
Antibióticos orales irritantes	Riesgo de esofagitis medicamentosa si no se acompañan de suficiente agua	Doxiciclina, clindamicina
Suplementos de hierro/potasio	Irritantes esofágicos si quedan retenidos	Sulfato ferroso, cloruro potásico

Fuente: Elaboración propia.

En todos los pacientes con disfagia es fundamental realizar una revisión sistemática del tratamiento farmacológico, con el objetivo de garantizar la seguridad de la deglución y la adecuación galénica de los medicamentos prescritos (16).

### 1. Adecuación del Tratamiento

- Identificar fármacos susceptibles de deprescripción
- Determinar los fármacos necesarios, según objetivos terapéuticos, situación clínica, y preferencias del paciente.
- Reducir número de dosis orales.

### 2. Evaluar el posible efecto de los medicamentos sobre la deglución

- Revisar si alguno de los fármacos puede agravar o inducir disfagia (por xerostomía, alteraciones neuromusculares, disminución de la consciencia o irritación esofágica).
- Comprobar que las presentaciones farmacéuticas sean seguras y adecuadas para el grado de disfagia del paciente.

- Valorar si existen alternativas más seguras. En caso de no existir y sea necesario la manipulación de la cápsula o del comprimido confirmar que es posible y cómo debe hacerse
- Sólo se deben fraccionar los comprimidos ranurados, en cuyo prospecto se indique específicamente que puede hacerse.
- En general, sólo se pueden triturar los comprimidos sin cubierta y abrir las cápsulas de gelatina dura sin cubierta. Mezclar con un alimento blando o agua gelificada y administrar inmediatamente.
- Las cápsulas con microesferas o microgránulos, no se pueden triturar, pero sí abrir y administrar con agua gelificada y agua con espesante.
- Comprimidos efervescentes deben disolverse con agua esperando a su completa disolución para evitar el burbujeo.
- No deben manipularse las formas farmacéuticas de liberación prolongada, cápsulas de gelatina blanda, grageas, formas farmacéuticas de cubierta entérica ni los comprimidos sublinguales (no es necesario ya que no hay que tragarlos).
- Evitar triturar o manipular comprimidos de liberación modificada, cápsulas entéricas, medicamentos no estables tras su apertura, medicamentos de estrecho margen terapéutico o medicamentos que sean lesivos o irritantes para la mucosa o de sabor desagradable.
- Se recomienda manipular y administrar cada medicamento por separado.
- Si el medicamento se puede mezclar con alimentos se hará con una pequeña cantidad de alimento (puré, crema, compota) evitando por lo general los lácteos.
- Si no se puede mezclar con alimentos se le puede añadir a agua espesada con un módulo de espesante que permita lograr una viscosidad adecuada al paciente
- Si se requiere manipular la medicación, se debe registrar en la receta electrónica, especificando las instrucciones en "Consejos al paciente" para garantizar un uso correcto y homogéneo por parte de cuidadores o personal auxiliar.

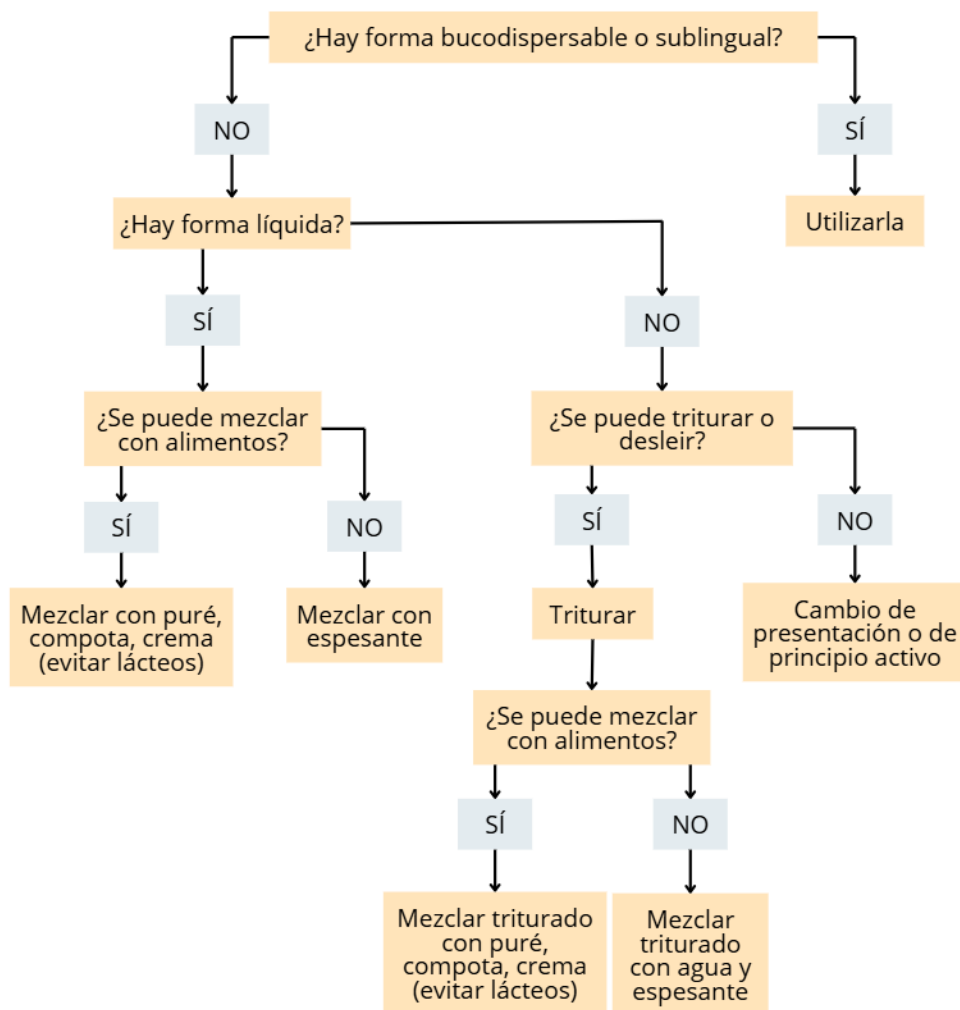
### 3. Compatibilidad con espesantes

- Tener en cuenta que no todos los medicamentos mantienen su estabilidad o biodisponibilidad cuando se administran junto a espesantes o gelificantes y que algunos medicamentos pueden aumentar o disminuir la viscosidad de la solución
- Ante la duda, consultar con el farmacéutico de atención primaria o recurrir a fuentes validadas, como la aplicación Deglufarm, que permite verificar la compatibilidad y forma óptima de administración de los medicamentos en pacientes con disfagia.

### 4. Coordinación interdisciplinar

- La revisión debe realizarse de forma coordinada entre médico de familia, enfermería y farmacia de AP, especialmente en pacientes polimedicados o institucionalizados.
- Documentar las adaptaciones realizadas y reevaluar periódicamente su efectividad y tolerancia.

Imagen 9. Algoritmo de decisión para la administración de medicación oral en pacientes con disfagia (16).



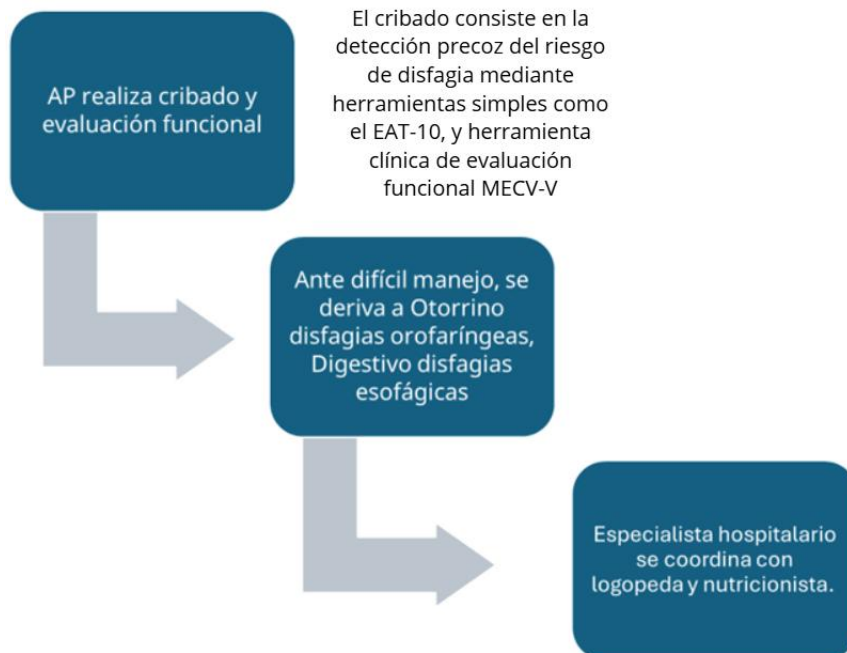
Fuente: Elaboración propia basada en recomendaciones de farmacia clínica y guías de manejo de la disfagia.

## Derivación

Una vez realizado en AP el cribado y la evaluación funcional (cuyo resultado es de difícil manejo en el ámbito de AP), o cuando existe una sospecha de disfagia esofágica, se debe derivar a los servicios hospitalarios indicados en los circuitos establecidos por sector. En ocasiones, y ante la ausencia de circuitos oficiales, se coordina la intervención a través de la EGCC. Debemos tener en cuenta, que a nivel hospitalario en ocasiones contamos con la figura de nutricionista y logopeda, profesionales clave en el tratamiento de esta patología.

Cada sector sanitario dispone de una unidad o equipo de referencia encargado de coordinar la atención entre AP y el ámbito hospitalario, asegurando la continuidad asistencial. El especialista hospitalario (Otorrinolaringología o Aparato Digestivo, según el caso) actúa como coordinador del abordaje multidisciplinar, integrando la intervención del logopeda, nutricionista, enfermería y equipo médico de referencia.

Imagen 10. Circuito asistencial en disfagia.



Fuente: Elaboración propia

---

## Situaciones especiales

---

### Demencia

La disfagia es frecuente en pacientes con demencias avanzadas, afectando a más del 70 % en los estadios terminales. Puede comprometer la fase oral (por apraxia o descoordinación motora) y/o la fase faríngea, especialmente en demencias vasculares y neurodegenerativas. A medida que progresa el deterioro cognitivo, aumentan las dificultades para alimentarse, siendo la neumonía aspirativa una de las causas más comunes de muerte.

En la enfermedad de Alzheimer (EA), la disfagia se asocia con la afectación del neocórtex y sistema límbico, lo que altera la conducta alimentaria, reduce el interés por la comida y compromete el estado nutricional. La pérdida de peso en la EA tiene causas tanto primarias (atrofia cortical, menor apetito) como secundarias (problemas dentales, fármacos). Algunos medicamentos, como anticolinérgicos o ansiolíticos, pueden agravar la disfagia.

Durante la evolución, el tiempo de ingesta se prolonga, la fase oral se enlentece y aparecen retención de alimentos, tos o atragantamientos. El MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad) resulta útil para valorar la seguridad y eficacia de la deglución en estos pacientes.

En etapas terminales de la demencia avanzada, se desaconseja el uso de sondas o gastrostomías, ya que no mejoran el estado nutricional ni reducen las complicaciones, y pueden aumentar el riesgo de colonización bacteriana oral (11).

### Ictus

El cribado debe realizarse antes de iniciar la alimentación oral, idealmente dentro de las primeras 24 horas post-ictus. La disfagia orofaríngea afecta a más del 30 % de los pacientes con ACV, con una prevalencia entre el 25 % y el 55 %. Los estudios muestran alteraciones de la deglución en hasta el 90 % de los casos agudos, con aspiraciones confirmadas en el 22-42 %. El hallazgo más frecuente es el retraso en el reflejo deglutorio, seguido de disminución de la peristalsis faríngea y déficit de control lingual.

Aunque el centro de la deglución se localiza en la sustancia reticular del tronco cerebral, la disfagia post-ACV también se presenta en lesiones hemisféricas:

- Hemisferio izquierdo: afecta principalmente la fase oral (apraxia, descoordinación).
- Hemisferio derecho: altera más la fase faríngea, con mayor riesgo de broncoaspiración.

La disfagia post-ictus incrementa el riesgo de desnutrición, dependencia funcional y neumonía aspirativa, esta última principal causa de mortalidad en el primer año tras el evento (3).

### Parkinson

En la enfermedad de Parkinson (EP), la rigidez facial y orofaríngea dificulta la masticación y el tránsito del bolo hacia la faringe, aumentando el riesgo de atragantamiento y aspiración. Con la progresión de la enfermedad, la deglución se vuelve más lenta e ineficiente, por la reducción de la peristalsis faríngea y la movilidad lingual.

El tratamiento farmacológico puede producir sequedad bucal o sialorrea, agravando las alteraciones deglutorias. Hasta el 50 % de los pacientes con EP avanzada presentan disfagia, aunque muchos no la perciben debido a su progresión gradual (17).

## Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)

La ELA cursa con debilidad y atrofia muscular progresiva, afectando motoneuronas superiores e inferiores. Puede comenzar en las extremidades (forma espinal) o en la región bulbar, donde la disfagia es especialmente precoz y evidente. La parálisis y atrofia lingual dificultan la masticación y el paso del bolo, volviendo las comidas agotadoras. Cuando la faringe o la laringe están afectadas, la deglución se vuelve ineficaz y se producen aspiraciones recurrentes; la tos se torna inefectiva si hay debilidad espiratoria.

Las estrategias recomendadas incluyen:

- Adaptación de texturas según IDDSI.
- Espesamiento de líquidos y ajustes posturales (ej. inclinación anterior de la cabeza).

Si las aspiraciones son frecuentes y el estado clínico lo permite, debe valorarse la nutrición enteral mediante gastrostomía percutánea, idealmente antes de la pérdida ponderal significativa o la insuficiencia respiratoria. Las guías ESPEN (2021) desaconsejan el uso de gastrostomía en demencias avanzadas, dado que no mejora la supervivencia ni la calidad de vida (3).

## Esclerosis múltiple

En la EM, las lesiones desmielinizantes multifocales pueden afectar las vías motoras, sensoriales y cognitivas, provocando disfagia en el 24-65 % de los pacientes. La alteración de la deglución es más marcada en líquidos, debido al compromiso de las vías geniculadas y al deterioro cerebeloso, que también interfiere con la coordinación respiratoria, aumentando el riesgo de aspiración.

La disfagia puede fluctuar con los brotes o la fatiga muscular (3). Las medidas recomendadas incluyen:

- Ajustar la textura de los alimentos y líquidos
- Evitar la hiperextensión cervical al beber
- Entrenamiento deglutorio individualizado.

## Cuidados paliativos

La disfagia es muy frecuente en el contexto de cuidados paliativos, especialmente en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, enfermedades neurológicas avanzadas o fragilidad al final de la vida. El objetivo del manejo es priorizar el confort, la dignidad y el alivio del sufrimiento por encima de la nutrición o hidratación óptimas. Algunas recomendaciones de manejo son:

- Fraccionar las comidas en pequeñas porciones, evitando dietas restrictivas.
- Suplementos orales si la ingesta es insuficiente, priorizando la tolerancia sobre el contenido calórico.
- Evitar sondas o gastrostomías en fase terminal, salvo en obstrucción que justifique la desnutrición.
- Hidratación paliativa: valorar la sed como síntoma subjetivo; suele aliviarse con cuidados orales y sorbos pequeños. Si se indica hidratación, 1 L/día vía subcutánea es suficiente y segura en domicilio.

En la toma de decisiones se debe respetar la voluntad del paciente y su situación clínica, favoreciendo un enfoque integral centrado en el confort y la calidad de vida, que tenga en cuenta el perfil de cada paciente y sus necesidades. La decisión sobre la hidratación en las fases avanzadas de la enfermedad debe individualizarse, considerando el estado clínico, el pronóstico y las preferencias del paciente (18).

En esta etapa, la sensación de sed suele deberse más a la sequedad de la mucosa oral que a un verdadero déficit hídrico, por lo que suele aliviarse eficazmente mediante cuidados orales frecuentes y pequeños sorbos de líquido según la tolerancia.

Cuando se opta por mantener hidratación, un aporte aproximado de 1 L/día suele ser suficiente para el confort del paciente. La vía subcutánea (hipodermoclisis) es la opción más recomendable en el domicilio, ya que es sencilla, bien tolerada y con menor riesgo de complicaciones que la vía intravenosa. Las decisiones deben tomarse de manera compartida con el paciente y la familia, priorizando el bienestar y la dignidad sobre intervenciones invasivas innecesarias. Este enfoque integral evita intervenciones invasivas innecesarias y favorece un final de vida en condiciones de confort y respeto.

---

## Referencias bibliográficas

---

- 1) Suarez-Escudero JC, Lema-Porto KS, Palacio-Patiño D, Izquierdo-Moreno M, Bedoya-Londoño CL. Disfagia orofaríngea neurogénica: concepto, fisiopatología clínica y terapéutica. Arch Neurocienc. 2022;27(4).
- 2) Méndez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Ais Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. Rev Andal Patol Dig. 2017;40(3).
- 3) Clavé P, Shaker R. Dysphagia: from pathophysiology to management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;12.
- 4) Clavé P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Glosa; 2013.
- 5) 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.
- 6) Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión española de la escala EAT-10. Proc Congr SENPE. 2011.
- 7) Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra M. Volume-viscosity swallow test for clinical screening of dysphagia and aspiration. Dysphagia. 2008;23(3):245–55.
- 8) International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). IDDSI framework: complete framework (levels 0–7). 2019.
- 9) Martin-Harris B, et al. MBS measurement tool for swallow impairment (MBSImp). Dysphagia. 2008;23.
- 10) Langmore SE. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. Dysphagia. 1991;6.
- 11) ESPEN Guidelines on Clinical Nutrition in Neurology. Clin Nutr. 2023;42(4):1143–78.
- 12) Cichero JAY. Development of International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. J Texture Stud. 2017;48.
- 13) Matta Z, Chambers E IV, Garcia JM, Helverson JM. Sensory characteristics of beverages prepared with commercial thickeners used for dysphagia diets. J Am Diet Assoc. 2006;106(7):1049–54.
- 14) Volkert D. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38.
- 15) Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Documento de consenso sobre disfagia orofaríngea. 2018.
- 16) Vaamonde Lago P, et al. Disfagia producida por medicamentos. En: Rodríguez Acevedo MN, et al., editores. Disfagia orofaríngea: actualización y manejo en poblaciones específicas. 2018.
- 17) Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd ed. Austin (TX): Pro-Ed; 1998.
- 18) Del Olmo García MD, Moreno Villares JM, Álvarez Hernández J, Ferrero López I, Bretón Lesmes I, Virgili Casas N, et al. Nutrition in palliative care: guidelines from the Working Group on Bioethics, Spanish Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SENPE). Nutr Hosp. 2022;39(4):936–44.

---

# ANEXOS

---



## Anexo 1. Eating Assessment Tool-10

### EAT 10

(Eating Assessment Tool-10) herramienta de cribado validada para detectar de forma rápida y sencilla la presencia de disfagia orofaríngea.

#### OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.  
Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

#### A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.  
¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

- |  |   |
|--|---|
| <b>1</b> Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>                          | <b>6</b> Tragar es doloroso<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>  |
| <b>2</b> Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/> | <b>7</b> El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/> |
| <b>3</b> Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>                                  | <b>8</b> Cuando trago, la comida se pega en mi garganta<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>                |
| <b>4</b> Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>                                   | <b>9</b> Toso cuando como<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>  |
| <b>5</b> Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>                                 | <b>10</b> Tragar es estresante<br>0 = ningún problema<br>1<br>2<br>3<br>4 = es un problema serio <input type="checkbox"/>   |

#### A. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.    
Puntuación total (máximo 40 puntos)

#### C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 2008; 117 (12):919-24.



## Anexo 2. Hoja de recogida de datos para el método exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)

### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARA EL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Estado de conciencia: \_\_\_\_\_ Posición en evaluación: \_\_\_\_\_

*Método de Exploración Clínica Volumen – Viscosidad (Pere Clavé)*

Viscosidad	Néctar (IDDSI 2)			Líquido (IDDSI 0)			Pudín (IDDSI 4)		
<b>ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD</b>									
<b>VOLUMEN</b>	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml
<b>TOS</b>									
<b>CAMBIOS EN LA VOZ</b>									
<b>DESATURACIÓN DE OXÍGENO &gt;3%</b>									
<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>									
<b>ALTERACIONES O SIGNOS DE LA EFICACIA</b>									
<b>VOLUMEN</b>	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml
<b>ALTERACIÓN EN CIERRE LABIAL</b>									
<b>RESIDUO ORAL</b>									
<b>DEGLUCIÓN FRACCIONADA</b>									
<b>RESIDUO FARÍNGEO</b>									
<b>EVALUACIÓN FINAL:</b>									
DISFAGIA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
TIPO DE DISFAGIA: <input type="checkbox"/> LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> SÓLIDOS <input type="checkbox"/> MIXTA									
Observaciones: _____									
Recomendación inicial:									
<b>VISCOSIDAD</b>	<b>NÉCTAR (IDDSI 2)</b>			<b>LÍQUIDO (IDDSI 0)</b>			<b>PÚDIN (IDDSI 4)</b>		
<b>VOLUMEN</b>	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml

Elaboración propia, basada en el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad descrito por Clavé et al.  
 Diseño y adaptación para uso clínico: Úrsula Sánchez Álvarez.



**Servei de Salut**  
Atenció Primària de Mallorca