

NOTA DE PRENSA

Día Mundial de la Disfagia, 12 de diciembre

LA GRIPE, LOS VIRUS RESPIRATORIOS Y LOS RESFRIADOS AGRAVAN LAS COMPLICACIONES EN LAS VÍAS AÉREAS EN PACIENTES CON DIFICULTADES PARA TRAGAR (DISFAGIA)

- *En el contexto actual de gripes, resfriados y enfermedades respiratorias existe una mayor tasa de complicaciones respiratorias en los pacientes con disfagia*
- *Las infecciones respiratorias incrementan las complicaciones pulmonares en personas con disfagia por mayor carga de secreciones y peor protección de la vía aérea*
- *Ocurre en perfiles muy concretos: mayores frágiles, pacientes neurológicos, personas tras UCI o cirugías de cabeza/cuello/tórax y neonatos con inmadurez orofaríngea*
- *La detección precoz y la valoración del médico rehabilitador son clave para prevenir aspiraciones, neumonías y sus consecuencias asistenciales*

Madrid, diciembre de 2025.— La Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) advierte, a través de su filial la Sociedad de Rehabilitación Foniátrica (SOREFON), de que las infecciones respiratorias típicas de estos meses de frío como la gripe, los virus respiratorios y los resfriados agravan las complicaciones respiratorias en pacientes con dificultades para tragar (disfagia). Con motivo del Día Mundial de la Disfagia, que se celebra el 12 de diciembre, la Dra. Paola Díaz Borrego, presidenta de SOREFON, ha explicado que “en los meses de frío y en el contexto actual de gripes, resfriados y virus respiratorios existe una mayor tasa de complicaciones respiratorias en las vías áreas en pacientes con disfagia”.

Según explica la médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación “estas complicaciones se deben especialmente por un aumento de secreciones que pueden ser aspiradas, además de una peor eficacia en la capacidad de proteger la vía aérea, en relación a mayor fatigabilidad muscular, disminución del estado de alerta o mayor letargo, y obstrucción nasal, que aumentan la necesidad de respiración oral (incluido el momento de la deglución cuando el alimento está en la faringe), tos frecuente o respiración más rápida que facilita la desorganización del ciclo respiración-deglución”.

La presidenta de SOREFON ha explicado que “la disfagia favorece la aspiración y que la causa por la que la disfagia orofaríngea se relaciona de forma directa con la posibilidad de aspiración de alimentos sólidos, líquidos, medicamentos e incluso su saliva sería la falta de protección de la vía aérea durante el proceso de la deglución”.

Durante el transporte del bolo desde la boca al esófago, ha explicado la médica rehabilitadora, “sucedería un paso inesperado de ese alimento a la tráquea y posteriormente a los pulmones generando una contaminación bacteriana y, consecuentemente, una neumonía”.

“Esta protección insuficiente es de origen múltiple”, ha detallado la especialista de SOREFON, quién ha apuntado a “que están implicados factores como bajo nivel de conciencia, deterioro del sistema inmunitario, debilidad de musculatura deglutoria, reducción del reflejo tusígeno o problemas de coordinación deglución-respiración”.

PACIENTES MÁS VULNERABLES ANTE INFECCIONES RESPIRATORIAS Y RIESGO DE ASPIRACIÓN

En relación con los perfiles más susceptibles, la presidenta de la filial de Rehabilitación Foniátrica de la SERMEF ha afirmado que “los pacientes de mayor riesgo son: pacientes frágiles, tanto mayores con sarcopenia (pérdida progresiva de masa, fuerza y función muscular) y presbifagia (problemas de deglución, común en paciente anciano, por la pérdida de dentadura); los pacientes neurológicos y los que presentan una estancia prolongada en UCI (que han necesitado intubación o traqueostomía)”. Ha añadido que “no debemos olvidar tampoco a los pacientes que se encuentran ingresados tras una intervención quirúrgica, especialmente en el área de cabeza/cuello-tórax (pacientes oncológicos, cirugías de columna cervical...)”.

Respecto a los neonatos y lactantes, la especialista ha detallado que “los tres factores claves son, en primer lugar, la inmadurez fisiológica, que incluye debilidad de la musculatura orofaríngea, inmadurez del reflejo de la deglución o patrones de succión lentos, débiles e inestables y un sistema pulmonar inmaduro o débil. En segundo lugar, la presencia de una desorganización de los patrones reflejos; y por último, la existencia de patologías subyacentes de riesgo, como las encefalopatías hipóxico-isquémicas, enfermedad neurológica, cardiopatías isquémicas, enfermedad pulmonar crónica/displasia broncopulmonar o alteraciones anatómicas tipo fisuras palatinas”.

SÍNTOMAS DE ALARMA QUE EXIGEN VALORACIÓN INMEDIATA POR REHABILITACIÓN

La Dra. Díaz Borrego ha señalado que “las señales claves incluyen la presencia de escapes de saliva o babeo, tendencia al sueño, restos orales importantes tras la ingesta, aumento prolongado del tiempo para comer o tragar, tos con la deglución, fiebre o mocos persistente sin origen claro”. Ha destacado, en este sentido, que la solicitud de valoración del paciente por el médico rehabilitador “viene determinada por la necesidad de confirmar una alteración de la deglución orofaríngea, especialmente de la seguridad de esta, que se haya sospechado previamente mediante un test de cribado o la presencia de signos sugestivos: tos, secreciones no bien gestionadas, voz húmeda, y descoordinación respiración-deglución”.

CONSECUENCIAS ASISTENCIALES: ESTANCIAS PROLONGADAS, MÁS REINGRESOS Y MAYOR MORTALIDAD

Sobre el impacto clínico y asistencial, la presidenta de SOREFON ha señalado que “la neumonía por aspiración generalmente prolonga la estancia hospitalaria”. Ha añadido que “el coste medio de la atención sanitaria requerida por una neumonía por aspiración se ha estimado en aproximadamente 6.020,1 euros en España”. También ha destacado que “el riesgo de infecciones respiratorias es 2,39 veces mayor en pacientes mayores con disfagia; tienen una probabilidad 1,82 veces mayor de reingresos por neumonía y hasta 5,07 veces más de reingresos por aspiración pulmonar”.

En este contexto, la especialista de la SERMEF explica que “hasta un 50% de los pacientes que aspiran desarrollará neumonía aspirativa, siendo causa de muerte con una tasa de mortalidad a 30 días del 21%”.

En población pediátrica, ha indicado que “los datos son menos numerosos”, aunque ha desgranado que “en pacientes con patologías complejas que requieren cuidados especiales (como cáncer, trauma y enfermedades cerebrovasculares), la presencia de dificultades en la deglución es un factor que contribuye a estancias hospitalarias prolongadas, con rangos observados entre 1 y 84 días en unidades especializadas, siendo los pacientes con disfagia los que coinciden con la mayor duración”.

AUMENTO DE LA CARGA ASISTENCIAL Y ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE REHABILITACIÓN

Durante el pico epidémico actual de gripe, la Dra. Díaz Borrego ha confirmado que “aumenta la carga asistencial y la solicitud de valoración de la deglución al médico rehabilitador”. Ha desgranado que “realmente lo que sucede es que la capacidad deglutoria en ese contexto empeora por lo que aumenta el riesgo de aspiración; también disminuye la ingesta empeorando el estado nutricional del paciente, lo que favorece aún más la debilidad, letargo,

bajo apetito, deterioro del sistema inmune, favoreciendo deterioro de la capacidad de toser, de eliminar secreciones...”.

Ha señalado, además, que “al ingreso, lo más importante es poder conocer si el paciente presenta disfagia o no”. Por ello, ha hecho hincapié en que “la implantación de cribados de detección precoz es tan importante”. Ha explicado que enfermería “cumple un papel decisivo en esa primera línea de detección y que el equipo rehabilitador participa y colabora en reconocer los pacientes de riesgo”.

Respecto a los tipos de pacientes en los que se solicita interconsulta, la presidenta de SOREFON ha explicado que “nos suelen consultar sobre todo en relación a dos tipos de pacientes ingresados: los que ingresan por una neumonía que se sospecha de origen broncoaspirativa. En estos pacientes la consulta al médico rehabilitador es para realizar su diagnóstico y establecer el plan terapéutico durante el ingreso, que incluirá medidas indirectas y la programación con logopedia de las técnicas directas específicas según la clínica”.

“El segundo grupo —ha añadido— son el de los pacientes que ingresan por otra causa, pero durante el ingreso desarrolla la neumonía por aspiración. En estos casos, el médico rehabilitador colabora también en la confirmación de la presencia de disfagia orofaríngea y su posible relación con el desarrollo de la broncoaspiración. Además, establece medidas indirectas adaptadas al paciente según clínica y causa y colabora en la programación de la terapia directa con logopedia en los casos indicados”.

ABORDAJES TERAPÉUTICOS MÁS EFICACES

La Dra. Díaz Borrego ha subrayado que “no diría que la infección respiratoria se ve agravada por la disfagia, pero sí que ambas circunstancias se retroalimentan empeorándose y complicándose por igual”. Ha indicado, de esta forma, que las estrategias más efectivas “son las que se adaptan a la situación del paciente en cada momento”, y que pueden incluir “desde la no ingesta por vía oral, a la modificación de las texturas y/o consistencia de los líquidos, la corrección de la postura, el adecuado control del nivel de conciencia, la mejora de la capacidad tusígena, el drenaje de mucosidad... siempre dirigido por su médico especialista y el terapeuta especializado”.

Ha insistido en que “no hay una medida más importante que otra; la estrategia más eficaz es la adecuada selección de las intervenciones más idóneas según la clínica y el origen de la disfagia del paciente”.

MENSAJE PARA LA SOCIEDAD: PREVENIR SIEMPRE ES LA MEJOR CURA

Para la población general, la presidenta de SOREFON ha señalado que “el mensaje fundamental es que ante una sospecha de problemas para tragar, con síntomas asociados como dificultad para masticar sólidos, sensación de que la comida se queda parada en la garganta, aparición de tos con la ingesta o mucosidad en la faringe no justificada, se debe consultar a su médico especialista en disfagia orofaríngea”. La Dra. Borrego ha reiterado que “establecer protocolos de cribados hospitalarios es fundamental para evitar complicaciones respiratorias en estos pacientes”.

En su reflexión final, la médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación ha advertido de que “el hecho de que un problema de deglución no detectado a tiempo pueda generar una infección respiratoria que retrase el alta del paciente y puede ocasionar un mayor deterioro físico y cognitivo”. “Esto supone que la vuelta a casa sea más complicada, con mayor número de comorbilidades, cuidados y tiempo de recuperación e incluso secuelas que no sean recuperables al 100%”. “Prevenir siempre es la mejor cura”, ha concluido.

Para más información:

Gabinete de prensa SERMEF

Docor Comunicación 94 423 48 25

Mónica Sánchez 617 359 128 / Iñaki Revuelta 678 538 552