



5 REGISTROS PARA EVALUAR DISFAGIA

Observación clínica en adultos.



01

Historia clínica y síntomas

Antecedentes, inicio y dificultades referidas.



Historia clínica y síntomas		
		☐
		☐
		☐
		☐

02

Exploración orofacial

Estructuras, movilidad y función oral.



Exploración orofacial		
		☐
		☐
		☐
		☐

03

Signos durante la ingesta

Tos, voz, residuos y esfuerzo observado.



Signos durante la ingesta		
		☐
		☐
		☐
		☐

04

Alimentación e hidratación

Ingesta habitual, duración y cambios de peso.



Alimentación e hidratación		
		☐
		☐
		☐
		☐

05

Autonomía y contexto

Postura, apoyos, entorno e impacto cotidiano.



Autonomía y contexto			
			☐
			☐
			☐
			☐



Disfagia en adultos · Entrevista inicial

Nombre o código: _____ Edad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Profesional: _____ Contexto: _____
Informante: ☐ Paciente ☐ Familiar/cuidador ☐ Historia clínica

1 INICIO Y EVOLUCIÓN

Motivo de consulta: _____
Inicio: _____ ☐ Brusco ☐ Progresivo ☐ No consta
Evolución y situaciones en que empeora: _____

2 ANTECEDENTES RELEVANTES

Diagnósticos neurológicos, respiratorios y de cabeza/cuello: _____
Cirugías, radioterapia, intubación, traqueostomía o sondas: _____
Medicación habitual y cambios recientes: _____
Neumonías/infecciones respiratorias y cambios de peso: _____

3 SÍNTOMAS REFERIDOS

ASPECTO	SÍ	NO	NC	DETALLES
Dificultad con alimentos sólidos	☐	☐	☐	_____
Dificultad con líquidos	☐	☐	☐	_____
Dificultad con saliva o secreciones	☐	☐	☐	_____
Dificultad con comprimidos	☐	☐	☐	_____
Dificultad para masticar	☐	☐	☐	_____
Tos o atragantamiento al comer/beber	☐	☐	☐	_____
Cambios de voz tras la ingesta	☐	☐	☐	_____
Dolor al tragar	☐	☐	☐	_____
Sensación de alimento retenido	☐	☐	☐	_____
Regurgitación oral o nasal	☐	☐	☐	_____
Fatiga o comidas prolongadas	☐	☐	☐	_____
Evita alimentos o reduce la ingesta	☐	☐	☐	_____
Miedo o malestar al comer	☐	☐	☐	_____

NC: no consta.

En detalles, anotar frecuencia, inicio y alimento implicado.

4 SITUACIÓN ACTUAL Y VALORACIONES PREVIAS

Vía de alimentación y dieta actual: _____
Pruebas previas, fecha y resultados: _____
Tratamientos y recomendaciones vigentes: _____

5 SÍNTESIS Y SEGUIMIENTO

Hallazgos relevantes y derivaciones: _____
Próxima revisión: _____



Nombre o código: _____ Edad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Profesional: _____ Contexto: _____

1 CONDICIONES DE LA EXPLORACIÓN

Alerta y atención: _____
Colaboración/compreensión: _____
Dolor, fatiga o limitaciones: _____
Prótesis y dispositivos presentes: _____

2 ESTRUCTURAS OROFACIALES

ASPECTO	QUÉ OBSERVAR	S	H	NV	OBSERVACIONES
Rostro	Simetría y movilidad facial	☐	☐	☐	_____
Labios	Cierre, movilidad y escape de saliva	☐	☐	☐	_____
Mandíbula	Apertura, cierre y movilidad	☐	☐	☐	_____
Lengua en reposo	Posición, aspecto y simetría	☐	☐	☐	_____
Movilidad lingual	Protrusión, elevación y lateralización	☐	☐	☐	_____
Paladar	Aspecto y movilidad velar	☐	☐	☐	_____
Dentición y encías	Piezas, estado y molestias	☐	☐	☐	_____
Prótesis dentales	Presencia, ajuste y estabilidad	☐	☐	☐	_____
Mucosa oral	Lesiones, humedad y sequedad	☐	☐	☐	_____
Higiene oral	Placa, restos y cuidados	☐	☐	☐	_____
Sensibilidad oral	Hallazgos según exploración profesional	☐	☐	☐	_____

3 FUNCIONES RELACIONADAS

ASPECTO	QUÉ OBSERVAR	S	H	NV	OBSERVACIONES
Saliva y secreciones	Acúmulo, babeo y manejo espontáneo	☐	☐	☐	_____
Deglución espontánea	Presencia y frecuencia observada	☐	☐	☐	_____
Voz basal	Calidad, intensidad y cambios	☐	☐	☐	_____
Tos voluntaria	Presencia y fuerza percibida	☐	☐	☐	_____
Carraspeo	Presencia y capacidad de aclaramiento	☐	☐	☐	_____
Respiración en reposo	Patrón, esfuerzo y soporte respiratorio	☐	☐	☐	_____
Habla	Inteligibilidad y cambios articulatorios	☐	☐	☐	_____

S: sin hallazgos aparentes · H: con hallazgos · NV: no valorado.
Si no aplica, indicar NA en observaciones. Describir el hallazgo y la tarea utilizada.

4 SÍNTESIS Y SEGUIMIENTO

Hallazgos relevantes y limitaciones: _____
Necesidad de otras valoraciones o derivación: _____
Próxima revisión: _____



Nombre o código: _____ Edad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Profesional: _____ Contexto: _____

1 CONDICIONES DE LA OBSERVACIÓN

Tipo: ☐ Comida habitual ☐ Exploración protocolizada Protocolo utilizado, si procede: _____
 Alerta, colaboración, postura y soporte respiratorio: _____
 Dieta indicada, utensilio y ayuda recibida: _____
 Registrar únicamente ingestas indicadas y valoradas por el profesional.

2 MUESTRA OBSERVADA

Alimento o bebida: _____ Consistencia/nivel IDDSI: _____
 Cantidad por toma y cantidad total: _____ Duración: _____
 Textura verificada: ☐ Sí ☐ No ☐ No consta
 Completar una hoja por muestra o condición observada.

3 SIGNOS Y DIFICULTADES

QUÉ REGISTRAR	P	A	NV	MOMENTO	OBSERVACIONES
Escape de alimento o líquido por labios	☐	☐	☐	_____	_____
Dificultad de masticación	☐	☐	☐	_____	_____
Dificultad de manejo oral del bolo	☐	☐	☐	_____	_____
Residuos visibles en boca	☐	☐	☐	_____	_____
Degluciones múltiples por toma	☐	☐	☐	_____	_____
Tos	☐	☐	☐	_____	_____
Carraspeo	☐	☐	☐	_____	_____
Cambio de voz respecto a la basal	☐	☐	☐	_____	_____
Cambios respiratorios observados	☐	☐	☐	_____	_____
Regurgitación nasal	☐	☐	☐	_____	_____
Fatiga o esfuerzo aumentado	☐	☐	☐	_____	_____
Dolor referido al tragar	☐	☐	☐	_____	_____
Sensación de retención referida	☐	☐	☐	_____	_____
Rechazo o interrupción de la ingesta	☐	☐	☐	_____	_____

P: presente · A: ausente · NV: no valorado.

Momento: antes, durante o después. Describir frecuencia, duración y respuesta.

4 INCIDENCIAS Y ACTUACIONES

Signos que motivan interrupción y momento: _____
 Actuación realizada y respuesta observada: _____
 Limitaciones de la observación: _____

5 SÍNTESIS Y SEGUIMIENTO

Hallazgos y necesidad de evaluación instrumental/derivación: _____
 Próxima revisión: _____



Nombre o código: _____ Edad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Profesional: _____ Contexto: _____

1 SITUACIÓN ACTUAL

Vía: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Mixta ☐ Otra: _____
 Fuente de información: ☐ Paciente ☐ Cuidador ☐ Registro de ingesta
 Dieta y modificaciones indicadas por el equipo: _____
 Alimentos: nivel IDDSI: _____ Bebidas: nivel IDDSI: _____
 Espesante/preparación y verificación de consistencia: _____

2 REGISTRO DE INGESTA

HORA / COMIDA	ALIMENTO / BEBIDA	CONSISTENCIA	OFRECIDO	CONSUMIDO	INCIDENCIAS

Anotar cantidades y unidades: g, mL o proporción consumida.

Total de líquidos por vía oral: _____ mL Período registrado: _____
 Aporte por sonda y otros aportes, si procede: _____
 Duración habitual de las comidas: _____ min Ayuda necesaria: _____

3 CAMBIOS Y DIFICULTADES

ASPECTO	SÍ	NO	NC	DETALLES
Menor apetito o reducción de ingesta	☐	☐	☐	_____
Evita alimentos o bebidas	☐	☐	☐	_____
Fatiga o comidas prolongadas	☐	☐	☐	_____
Dificultad para tomar medicación	☐	☐	☐	_____
Dificultades de acceso o preparación	☐	☐	☐	_____
Rechazo o mala tolerancia de la dieta	☐	☐	☐	_____
Uso de suplementos nutricionales	☐	☐	☐	_____

NC: no consta. Describir frecuencia, evolución y repercusión.

4 PESO Y VALORACIÓN NUTRICIONAL

Peso actual: _____ kg Fecha: ____ / ____ / ____ Peso habitual: _____ kg
 Cambio involuntario de peso y periodo: _____
 Cribado nutricional utilizado, fecha y resultado: _____
 Valoración de hidratación/nutrición y profesional responsable: _____

5 COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO

Necesidades detectadas y derivación a nutrición/equipo: _____
 Indicaciones vigentes y dificultades para cumplirlas: _____
 Próxima revisión: _____



Nombre o código: _____ Edad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Profesional: _____ Contexto: _____
 Informante: ☐ Paciente ☐ Cuidador ☐ Observación profesional

1 AUTONOMÍA Y APOYOS EN LAS COMIDAS

ACTIVIDAD	I	S	AP	AT	OBSERVACIONES
Mantener postura y estabilidad	☐	☐	☐	☐	_____
Manejar vaso y cubiertos	☐	☐	☐	☐	_____
Llevar alimento o bebida a la boca	☐	☐	☐	☐	_____
Regular ritmo y cantidad por toma	☐	☐	☐	☐	_____
Seguir indicaciones individualizadas	☐	☐	☐	☐	_____
Comunicar molestias o pedir ayuda	☐	☐	☐	☐	_____
Preparar la dieta indicada	☐	☐	☐	☐	_____
Realizar la higiene oral	☐	☐	☐	☐	_____

I: independiente · S: supervisión · AP: ayuda parcial · AT: ayuda total.

Si no se valora o no aplica, anotar en observaciones.

2 ENTORNO Y CUIDADORES

Lugar y compañía durante las comidas: _____
 Asiento, mesa, utensilios y apoyos disponibles: _____
 Ruido, distracciones, iluminación y tiempo disponible: _____
 Cuidador principal y formación recibida: _____
 Dificultades para preparar o aplicar las indicaciones: _____
 Barreras de acceso y recursos necesarios: _____

3 IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA

ASPECTO	SÍ	NO	NC	DETALLES
Miedo o preocupación al comer	☐	☐	☐	_____
Menor disfrute de las comidas	☐	☐	☐	_____
Evita comer con otras personas	☐	☐	☐	_____
Limita salidas o actividades sociales	☐	☐	☐	_____
Cambios importantes en las rutinas	☐	☐	☐	_____
Sobrecarga referida por el cuidador	☐	☐	☐	_____
Dificultad para expresar necesidades	☐	☐	☐	_____

NC: no consta. Registrar lo referido por paciente/cuidador.

4 PREFERENCIAS Y OBJETIVOS

Preferencias y prioridades del paciente: _____
 Objetivos acordados y apoyos necesarios: _____
 Participación del paciente y cuidador en las decisiones: _____

5 COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO

Necesidades detectadas y profesionales implicados: _____
 Indicaciones vigentes y plan de seguimiento: _____
 Próxima revisión: _____



1 CÓMO INTERPRETAR LOS HALLAZGOS

- Integrar historia clínica, exploración, ingesta, nutrición y contexto.
- Diferenciar síntomas referidos, signos observados y resultados de pruebas.
- No sumar casillas ni asignar gravedad: estos registros no tienen puntuación validada.

2 DEL HALLAZGO A LA DECISIÓN CLÍNICA

HALLAZGO REGISTRADO	QUÉ VALORAR Y PLANIFICAR
Dificultad de masticación, escape o residuos en boca.	Explorar función oral y dentición. Planificar apoyos y rehabilitación según el déficit identificado.
Tos, cambios de voz o respiración durante la ingesta.	Revisar seguridad con el equipo. Valorar FEES o videofluoroscopia; los signos clínicos no confirman aspiración.
Menor ingesta, pérdida de peso o dificultades de hidratación.	Coordinar valoración nutricional y médica. Revisar dieta indicada, aportes y seguimiento.
Dependencia, postura inestable o barreras del entorno.	Ajustar apoyos, utensilios y entorno. Formar al cuidador y comprobar la aplicación de las indicaciones.
Miedo, aislamiento o menor disfrute de las comidas.	Incorporar preferencias y objetivos del paciente. Ofrecer educación y apoyo; coordinar atención psicológica si procede.

3 INDIVIDUALIZAR LA INTERVENCIÓN

-  **Rehabilitación:** seleccionar objetivos y ejercicios según la alteración evaluada.
-  **Compensación:** comprobar la utilidad de posturas, estrategias y cambios de textura.
-  **Cuidados:** incluir higiene oral, apoyos y educación del paciente/cuidador.
-  **Seguimiento:** revisar respuesta, tolerancia, ingesta y participación.

La selección de maniobras y consistencias requiere valoración profesional individualizada.

4 PLAN Y REEVALUACIÓN

Objetivo funcional acordado: _____

Actuación, responsable y frecuencia: _____

Indicador de progreso y fecha de revisión: _____

Necesidad de otras pruebas o derivación: _____

La ausencia de tos no descarta aspiración silenciosa.
Dolor, empeoramiento progresivo o infecciones respiratorias recurrentes requieren valoración médica.