



GEROINFO
REVISTA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

AÑO 2026
VOL. XXI
ISSN 1816-8450



Artículo de Revisión

**Comparación de estrategias no farmacológicas y profilaxis antibiótica para la
prevención de neumonía aspirativa en la disfagia geriátrica**

Comparison of non-pharmacological strategies and antibiotic prophylaxis for the
prevention of aspiration pneumonia in geriatric dysphagia

Cristihian Gabriel Marín-Ortega^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8379-1941>

¹Hospital "Dr. Domingo Guzmán Lander", Barcelona, Anzoátegui, Venezuela.

*Autor para correspondencia: cgmarinortega@gmail.com

Cómo citar este artículo: Marín-Ortega CG. Comparación de estrategias no farmacológicas y profilaxis antibiótica para la prevención de neumonía aspirativa en la disfagia geriátrica. GeroInfo-Revista de Gerontología y Geriatria. 2026; 21:e370.

RESUMEN:

Introducción: La neumonía aspirativa es una causa principal de morbilidad y mortalidad en adultos mayores con disfagia, y genera una elevada carga asistencial. Existe controversia sobre la estrategia preventiva óptima.

Objetivo: Comparar la efectividad, seguridad y aplicabilidad de las intervenciones no farmacológicas frente a la profilaxis antibiótica para prevenir la neumonía aspirativa en esta población.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática (PRISMA) en PubMed, Scopus y SciELO (2018-2025). Se emplearon criterios PICOS y se evaluó el riesgo de sesgo con herramientas ROB-2, AMSTAR-2 y Newcastle-Ottawa. La certeza de la evidencia se graduó con GRADE.

Resultados: De 432 registros identificados, se incluyeron 26 estudios. La evidencia demostró una clara superioridad de las estrategias no farmacológicas (adaptación dietética IDDSI, higiene bucal, rehabilitación deglutoria) en la reducción de episodios de neumonía, con un perfil de seguridad óptimo. La profilaxis antibiótica no mostró beneficios significativos y se asoció con riesgos como resistencia bacteriana e infección por *Clostridioides difficile*.

Discusión: Las intervenciones no farmacológicas abordan las causas fisiopatológicas de la aspiración, son costo-efectivas y promueven la autonomía. La profilaxis antibiótica solo aborda el componente infeccioso de forma transitoria y no reduce la mortalidad.

Conclusiones: Las intervenciones no farmacológicas constituyen el pilar fundamental de la prevención. La profilaxis antibiótica debe restringirse a casos excepcionales de alto riesgo y por tiempo limitado, dentro de un enfoque multidisciplinario.

Palabras clave: Neumonía por aspiración, Adulto Mayor, Estrategias no farmacológicas, Profilaxis antibiótica, Seguridad del paciente.

ABSTRACT:

Introduction: Aspiration pneumonia is a leading cause of morbidity and mortality in older adults with dysphagia, generating a high healthcare burden. There is controversy regarding the optimal preventive strategy.

Objective: To compare the effectiveness, safety, and applicability of non-pharmacological interventions versus antibiotic prophylaxis for preventing aspiration pneumonia in this population.

Methodology: A systematic review (PRISMA) was conducted in PubMed, Scopus, and SciELO (2018-2025). PICOS criteria were used, and risk of bias was assessed using the ROB-2, AMSTAR-2, and Newcastle-Ottawa tools. The certainty of the evidence was graded using GRADE.



Results: Of 432 records identified, 26 studies were included. The evidence demonstrated a clear superiority of non-pharmacological strategies (IDDSI dietary adaptation, oral hygiene, swallowing rehabilitation) in reducing episodes of pneumonia, with an optimal safety profile. Antibiotic prophylaxis showed no significant benefits and was associated with risks such as bacterial resistance and *C. difficile* infection.

Discussion: Non-pharmacological interventions address the pathophysiological causes of aspiration, are cost-effective, and promote autonomy. Antibiotic prophylaxis only addresses the infectious component temporarily and does not reduce mortality.

Conclusions: Non-pharmacological interventions are the cornerstone of prevention. Antibiotic prophylaxis should be restricted to exceptional high-risk cases and for a limited time, within a multidisciplinary approach.

Keywords: Aspiration pneumonia, Older adults, Non-pharmacological strategies, Antibiotic prophylaxis, Patient safety.

Recibido: 01/01/2026

Aceptado: 20/02/2026

INTRODUCCIÓN:

La neumonía aspirativa representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica, y constituye entre el 5 % y el 24 % de los casos de neumonía adquirida en la comunidad en este grupo etario, con una incidencia ascendente vinculada al envejecimiento demográfico y a la alta prevalencia de comorbilidades crónicas. ⁽¹⁾ En el ámbito de las residencias geriátricas, se erige como la primera causa de fallecimiento, lo que genera una carga asistencial y económica sustancial debido a hospitalizaciones prolongadas y demandas de cuidados intensivos. ^(2,3) Estudios recientes en cohortes amplias evidencian que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes hospitalizados por este cuadro presenta disfagia, condición que prolonga la estancia hospitalaria y aumenta el consumo de recursos sanitarios. ⁽⁴⁾ La dependencia para la alimentación afecta a cerca del 50 % de los residentes institucionalizados, lo que incrementa significativamente el riesgo de aspiración y, consecuentemente, la incidencia de neumonía. ⁽⁵⁾ La mortalidad asociada resulta



especialmente elevada en adultos mayores frágiles y pluripatológicos, lo que subraya la relevancia clínica y epidemiológica de este problema. ^(3,6)

La disfagia orofaríngea se identifica como un factor de riesgo determinante para el desarrollo de neumonía aspirativa en el adulto mayor. ⁽⁶⁾ Su alta prevalencia en síndromes como la demencia, el evento vascular cerebral o la enfermedad de Parkinson, donde coexisten alteraciones deglutorias y del reflejo tusígeno, favorece la aspiración silente y la progresión hacia la neumonía. ^(6,7) Las consecuencias funcionales incluyen deterioro de la calidad de vida, hospitalizaciones recurrentes y el desarrollo de sarcopenia asociada a la neumonía, caracterizada por pérdida de masa y fuerza muscular en la musculatura deglutoria y respiratoria. ^(8,9) Además, la disfagia se asocia con malnutrición, deshidratación e inmunodepresión, y perpetúa un ciclo de deterioro funcional y complicaciones infecciosas. Por ello, el manejo multidisciplinario y las estrategias preventivas basadas en evidencia resultan fundamentales para reducir la incidencia, mortalidad y costos derivados de esta entidad en la población anciana. ^(5,8) Ante la controversia existente entre el uso de intervenciones no farmacológicas y la profilaxis antibiótica como estrategias preventivas, esta revisión sistemática tiene como objetivo comparar la efectividad, seguridad y aplicabilidad de las intervenciones no farmacológicas frente a la profilaxis antibiótica para prevenir la neumonía aspirativa en esta población.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión sistemática conforme a las directrices PRISMA, a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad, seguridad y aplicabilidad comparativa de las intervenciones no farmacológicas frente a la profilaxis antibiótica en la prevención de la neumonía aspirativa en adultos mayores (≥ 65 años) con disfagia confirmada? Para responder a esta pregunta, se definieron criterios de elegibilidad basados en el marco PICO: Población (adultos ≥ 65 años con disfagia confirmada), Intervención (medidas no farmacológicas o profilaxis antibiótica), Comparador (cuidado estándar o placebo), Resultados (incidencia de neumonía, mortalidad, eventos adversos) y Diseño (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios observacionales).



prospectivos, y se excluyeron series de casos y literatura no sin evaluación por pares). La estrategia de búsqueda, acotada al período 2018-2025 y a los idiomas inglés, español y portugués, se ejecutó en las bases PubMed, Scopus y SciELO, con el uso de una combinación de términos controlados (MeSH/DeCS) y libres con operadores booleanos: (“*aspiration pneumonia*” OR “*deglutition disorders*”) AND (“*aged*” OR “*frail elderly*”) AND (“*prevention*” OR “*antibiotic prophylaxis*”). La selección de estudios se realizó mediante doble cribado independiente con la herramienta Rayyan QCRI. Los datos fueron extraídos mediante una plantilla estandarizada que recogía características del diseño, población, intervenciones y resultados. La evaluación del riesgo de sesgo se efectuó con las herramientas ROB-2 para ensayos clínicos, AMSTAR-2 para revisiones sistemáticas y la escala Newcastle-Ottawa para estudios observacionales. La síntesis de la evidencia se realizó de forma narrativa y mediante tablas comparativas, y la certeza global de la evidencia para los desenlaces críticos se graduó a través del sistema GRADE, considerándose los dominios de limitaciones del estudio.

RESULTADOS:

La búsqueda sistemática identificó un total de 424 registros. Tras la eliminación de duplicados, se cribaron 116 registros, de los cuales 49 fueron excluidos por no cumplir con los criterios PICO al revisar el título y el resumen. Se recuperaron para evaluación de texto completo 67 artículos. Tras esta evaluación, 41 estudios fueron excluidos por los siguientes motivos principales: diseño de estudio no elegible (n=14), población no ajustada a la definición (n=11), intervención fuera del alcance de la comparación (n=9), resultados no relevantes (n=4) y artículos no disponibles en texto completo (n=3). Finalmente, 26 estudios cumplieron con todos los criterios de elegibilidad y fueron incluidos para la síntesis de la evidencia en esta revisión. El proceso de selección se detalla en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).



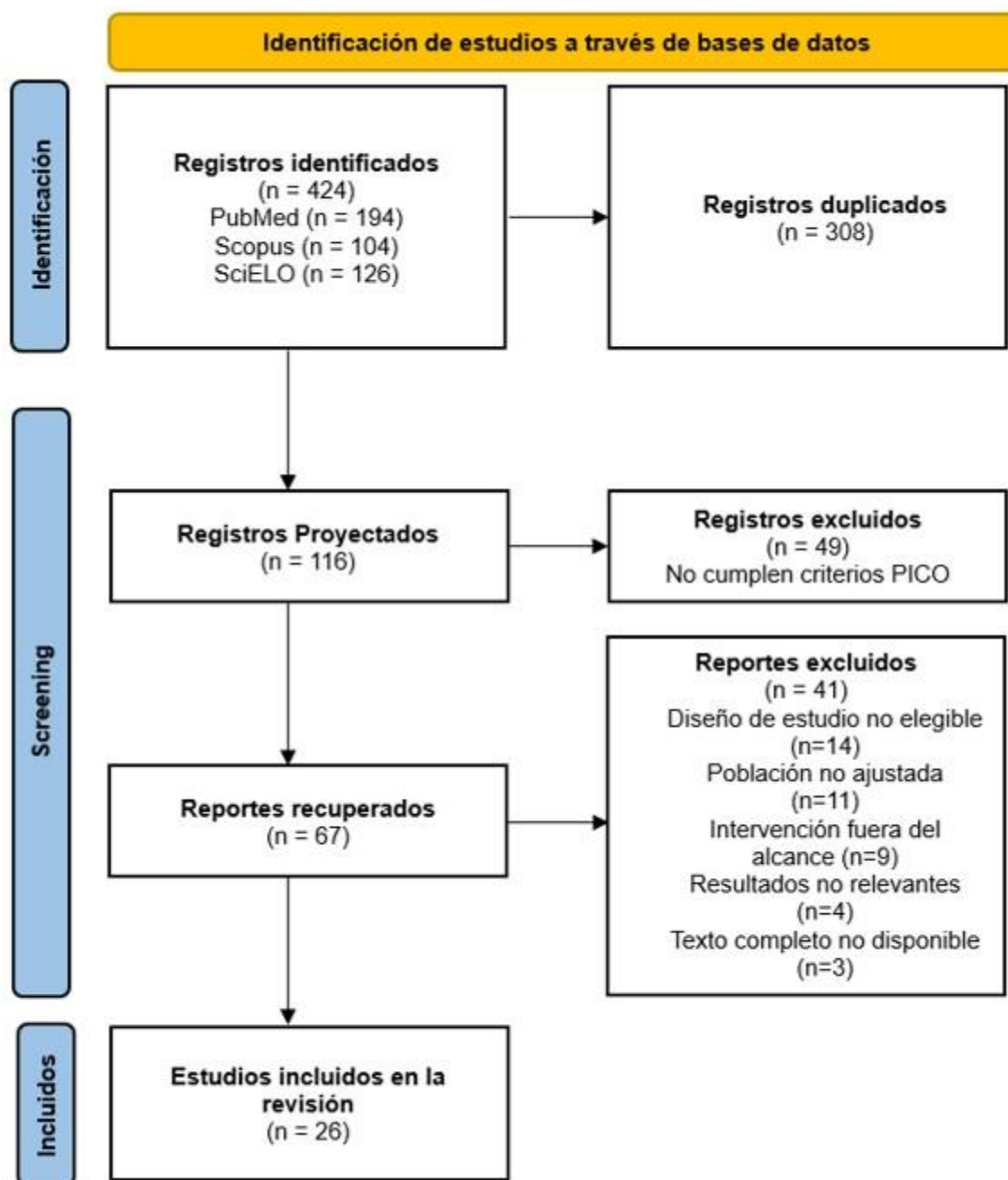


Figura 1. Diagrama PRISMA

DISCUSIÓN:

La neumonía aspirativa en la disfagia geriátrica tiene su origen en la penetración de contenido orofaríngeo o gástrico en la vía aérea inferior, facilitada por la inmunosenescencia, la alteración del reflejo tusígeno y la disfunción deglutoria propias



del envejecimiento.⁽⁹⁾ El mecanismo central es la microaspiración nocturna, que conduce a la colonización bacteriana y a una respuesta inflamatoria localizada.^(10,11) Los patógenos predominantes incluyen bacterias de la flora oral (principalmente *Streptococcus* spp. y anaerobios), aunque en entornos institucionales son frecuentes los bacilos gramnegativos y *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.^(10,12) La sarcopenia de los músculos deglutorios y respiratorios, tanto causa como consecuencia de los episodios neumónicos, perpetúa un ciclo de deterioro funcional, malnutrición e inmunidad reducida.^(13,14)

Entre los factores de riesgo agravantes destacan el reflujo gastroesofágico, la sedación, una higiene bucal deficiente, comorbilidades como la EPOC o la diabetes, y la polifarmacia.^(9,15) Fármacos como sedantes, antipsicóticos y opioides disminuyen el reflejo deglutorio y la tos e incrementan la frecuencia de aspiraciones silentes.⁽¹⁶⁾ La fragilidad, la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la institucionalización incrementan significativamente la incidencia y la mortalidad asociada, que puede superar el 15 % a los 90 días.^(10,14,17) La evaluación precisa de la función deglutoria y la identificación de la aspiración silente son, por tanto, esenciales para el manejo.^(9,10)

El diagnóstico de neumonía aspirativa en el anciano con disfagia es complejo debido a la frecuente ausencia de fiebre y al predominio de síntomas inespecíficos como el delirium o la astenia, lo que retrasa la identificación y empeora el pronóstico.^(10,17) Se fundamenta en la integración de datos clínicos, analíticos y radiológicos. Es crucial el diagnóstico diferencial con otras neumonías, y se debe considerar la superposición de patógenos.⁽¹⁰⁾

La evaluación debe complementarse con herramientas objetivas. La valoración clínica sistemática de la disfagia, mediante escalas como GUSS o la prueba de volumen-viscosidad, es el primer paso.^(9,18) La videofluoroscopia es el estándar de referencia para confirmar la aspiración y estudiar la fisiología deglutoria.⁽⁹⁾ La medición de biomarcadores como la procalcitonina puede ayudar a diferenciar la etiología infecciosa.⁽¹⁰⁾ Además, en el contexto geriátrico, la valoración integral debe incluir pruebas para detectar sarcopenia (como la velocidad de la marcha) y fragilidad, factores estrechamente relacionados con un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.^(15,19) La estratificación del riesgo, basada en edad avanzada, dependencia y deterioro



cognitivo, permite concentrar los esfuerzos preventivos en los subgrupos más vulnerables.⁽¹⁹⁾

El análisis de la evidencia revela una marcada superioridad de las estrategias no farmacológicas frente a la profilaxis antibiótica rutinaria en la prevención de la neumonía aspirativa. Las intervenciones no farmacológicas —como la rehabilitación de la deglución, la adaptación dietética según estándares IDDSI, la higiene bucal meticulosa, las técnicas posturales y el manejo del reflujo— abordan las causas fisiopatológicas subyacentes.^(9,10,20) Demuestran una efectividad significativa, con un Número Necesario a Tratar (NNT) para prevenir un episodio de neumonía que oscila entre 14 y 20, y un perfil de seguridad excelente, carente de eventos adversos graves.^(21,22) Su aplicabilidad es amplia y costo-efectiva, y promueve la autonomía del paciente.^(20,23)

Por el contrario, la profilaxis antibiótica (con fármacos como amoxicilina-clavulánico o azitromicina) no ha demostrado reducir significativamente la incidencia de neumonía aspirativa en ensayos clínicos controlados. En pacientes con disfagia post-ictus, por ejemplo, no se observaron diferencias frente al cuidado estándar (13 % vs. 10 %; OR 1.21; $p=0.489$).⁽²⁴⁾ Su NNT es desfavorable (>50) y carece de impacto en la mortalidad.^(21,24) Además, conlleva riesgos considerables, como el desarrollo de resistencia bacteriana, infecciones por *C. difficile* y otras disbiosis (tabla 1).^(24,25) Por ello, las guías clínicas desaconsejan su uso rutinario y recomiendan reservarlo para situaciones excepcionales y limitadas en el tiempo, siempre dentro de un estricto balance beneficio-riesgo.^(21,26)

Tabla 1. Comparación de estrategias preventivas para la neumonía aspirativa en adultos mayores con disfagia orofaríngea.

Parámetro	Estrategias No Farmacológicas	Profilaxis Antibiótica
Medidas principales	Adaptación dietética (IDDSI) Higiene bucal intensiva Rehabilitación deglutoria	Amoxicilina-clavulánico Azitromicina Ertapenem (en contextos de resistencia) ^(12, 24)



	Técnicas posturales, manejo del reflujo (9, 10, 20)	
Mecanismo de acción	Reducen mecánicamente el riesgo de aspiración Mejoran la función deglutoria Disminuyen la carga bacteriana oral (9, 20)	Supresión temporal de la flora bacteriana orofaríngea y gástrica (12, 24)
Eficacia (NNT*)	NNT: 14-20 para prevenir un episodio de neumonía (21, 22)	NNT >50; sin reducción significativa de incidencia vs. cuidado estándar (21, 24)
Beneficio primario	Reducción de episodios de aspiración y neumonía Mejora de la función deglutoria Preservación de la autonomía (9, 10, 23)	Beneficio teórico y transitorio en la prevención de infección bacteriana secundaria (24, 25)
Impacto en mortalidad	Reducción potencial al disminuir complicaciones infecciosas (10, 17)	No reduce la mortalidad en estudios controlados (24, 25)
Riesgos / Eventos adversos	Mínimos; posible incomodidad o baja adherencia (20)	Resistencia bacteriana Infección por <i>C. difficile</i> Disbiosis Interacciones farmacológicas (24, 25)
Aplicabilidad	Alta. Implementable en domicilio, residencias y centros de salud Requiere equipo multidisciplinar (20, 23)	Limitada No recomendada como prevención rutinaria Restringida a casos excepcionales (21, 26)
Costo-efectividad	Alta (23)	Baja (25)



Microbiología Consideraciones	Disminuyen la carga de patógenos orales No inducen resistencia ^(9, 20)	Seleccionan organismos multirresistentes (SARM, BLEE) Patrón de resistencias condiciona la elección del fármaco ^(12, 24)
Recomendación en guías	Primera línea de prevención ^(10, 21, 26)	No recomendada para uso profiláctico rutinario ^(21, 24, 26)

Fuente: Elaboración propia. *NNT: Número Necesario a Tratar para prevenir un episodio de neumonía. Los datos sobre eficacia (NNT), riesgos y recomendaciones se fundamentan en la evidencia de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas citadas ⁽⁹⁻²⁶⁾

CONCLUSIÓN:

La evidencia sintetizada permite concluir que las intervenciones no farmacológicas — como la adaptación dietética conforme a los estándares IDDSI, la higiene bucal meticulosa, la rehabilitación deglutoria y las técnicas posturales— constituyen la estrategia fundamental y de primera línea para la prevención de la neumonía aspirativa en adultos mayores con disfagia, al demostrar una superioridad clara en efectividad (reducción significativa de episodios neumónicos y mortalidad asociada), un perfil de seguridad óptimo carente de eventos adversos graves, y una alta aplicabilidad en diversos entornos clínicos y comunitarios de manera costo-efectiva. En contraste, la profilaxis antibiótica rutinaria muestra, en el mejor de los casos, beneficios transitorios y marginales, los cuales se ven superados por los riesgos significativos que conlleva, como el desarrollo de resistencia bacteriana, la colonización por *C. difficile* y otras disbiosis, sin impactar favorablemente la mortalidad a largo plazo. Por lo tanto, las recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia disponible priorizan la implementación sistemática y multidisciplinaria de las medidas no farmacológicas, por lo que se debe reservar el uso excepcional y limitado en el tiempo de la profilaxis antibiótica únicamente para casos



específicos de alto riesgo en los que dichas medidas hayan resultado insuficientes, siempre dentro de un marco estricto de evaluación beneficio-riesgo.

REFERENCIAS:

1. Boixeda R, de la Torre M, Almirall J, Torres A. Epidemiology and Pathogenesis of Aspiration Pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med*. 2024 [Acceso: 19/01/2026]; 45:621-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1793907>
2. Bosch G, Comas M, Domingo L, Guillen A, Duarte E, Castells X, et al. Dysphagia in hospitalized patients: Prevalence, related factors and impact on aspiration pneumonia and mortality. *Eur J Clin Invest*. 2022 [Acceso: 19/01/2026]; 53(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eci.13930>
3. Ocrospoma S, Restrepo M. Severe aspiration pneumonia in the elderly. *J Intensive Med*. 2024 [Acceso: 19/01/2026]; 4:307-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.12.009>
4. Mittal A, Wang D, Patel M, Khrais A, Yen E. Does Dysphagia Predict Inpatient Morbidity and Mortality in Geriatric Patients Admitted for Aspiration Pneumonia? *Cureus*. 2023 [Acceso: 19/01/2026]; 15:e39223. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.39223>
5. Santos J, Ribeiro O, Jesús L, Sa-Couto P, Matos M. Recommendations of good practice to prevent aspiration pneumonia in older adults at risk of oropharyngeal dysphagia living in nursing homes: A modified e-Delphi study protocol. *Int J Lang Commun Disord*. 2023 [Acceso: 19/01/2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12985>
5. Okazaki T, Ebihara S, Mori T, Izumi S, Ebihara T. Association between sarcopenia and pneumonia in older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2020 [Acceso: 19/01/2026]; 20(1):7-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ggi.13839>
6. Chang F, Shaw K. Preventing Aspiration Among Older Adults in Long-term Care. *Clin Nurse Spec*. 2025 [Acceso: 19/01/2026]; 39(6):247-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000926>



7. Ebihara T. Comprehensive Approaches to Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly on the Disease Time-Axis. *J Clin Med*. 2022 [Acceso: 19/01/2026]; 11(18):5323. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm11185323>
8. Bermejo R, González A, Lucas A, Povedano E, Rodríguez F, Sánchez J. Age-defying swallowing. *Front Aging*. 2025 [Acceso: 19/01/2026]; 6:1510257. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fragi.2025.1510257>
9. Teramoto S. The current definition, epidemiology, animal models and a novel therapeutic strategy for aspiration pneumonia. *Respir Investig*. 2021 [Acceso: 19/01/2026]; 59(5):616-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2021.09.012>
10. Teramoto S, Yoshida K, Hizawa N. Update on the pathogenesis and management of pneumonia in the elderly-roles of aspiration pneumonia. *Respir Investig*. 2015 [Acceso: 19/01/2026]; 53(5):178-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2015.01.003>
11. Del Castillo G, Martín F, Llinares P, Menéndez R, Mujal A, Navas E, et al. Guía de consenso para el abordaje de la neumonía adquirida en la comunidad en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014 [Acceso: 19/01/2026]; 49(6):279-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.04.002>
12. Mori T, Ebihara S, Izumi S, Ohno Y, Ebihara T. Association between sarcopenia and pneumonia in older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2020 [Acceso: 19/01/2026]; 20(1):13-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ggi.13839>
14. Rosario B, Shafi H, Yii A, Tee L, Ang A, Png G, et al. Evaluation of multi-component interventions for prevention of nosocomial pneumonia in older adults: a randomized, controlled trial. *European Geriatric Medicine*. 2021 [Acceso: 19/01/2026]; 12:1045-1055. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00506-3>.
13. Cruz A, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 [Acceso: 19/01/2026]; 48(1):16-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
14. Seidenfeld J, Lee S, Ragsdale L, Nickel C, Liu S, Kennedy M. Risk factors and risk stratification approaches for delirium screening: A Geriatric Emergency Department Guidelines 2.0 systematic review. *Acad Emerg Med*. 2024 [Acceso: 19/01/2026]; 31(10):969-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/acem.14939>



15. Manti A, Perticone M, Luna C. Prevention of Aspiration: Oral Care, Antibiotics, Others. Semin Respir Crit Care Med. 2024 [Acceso: 19/01/2026]; 45(5):709-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1793812>
16. Ebih C, Rojas D. Disfagia en el adulto mayor. Univ Med. 2020 [Acceso: 19/01/2026]; 61(4). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.disf>
17. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia among Older Persons, State of the Art. J Am Med Dir Assoc. 2017 [Acceso: 19/01/2026]; 18(7):576-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>
18. Cui Y, Chen S, Kent B. Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review. BMC Geriatr. 2021 [Acceso: 19/01/2026]; 21(1):429. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02366-9>
19. Dziewas R, Michou E, Trapl M, Lal A, Arsava E, Bath P, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. Eur Stroke J. 2021 [Acceso: 19/01/2026]; 6(3): LXXXIX-CXV. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>
20. Robbins J, Gensler G, Hind J, Logemann J, Lindblad A, Brandt D, et al. Comparison of 2 Interventions for Liquid Aspiration on Pneumonia Incidence. Ann Intern Med. 2008 [Acceso: 19/01/2026]; 148(7):509-18. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-7-200804010-00007>
21. Ebihara T. Comprehensive Approaches to Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly on the Disease Time-Axis. J Clin Med. 2022 [Acceso: 19/01/2026]; 11(18):5323. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm11185323>
24. Kalra L, Irshad S, Hodsoll J, Simpson M, Gulliford M, Smithard D, et al. Prophylactic antibiotics after acute stroke for reducing pneumonia in patients with dysphagia (STROKE-INF): a prospective, cluster-randomised, open-label, masked endpoint, controlled clinical trial. Lancet. 2015 [Acceso: 19/01/2026]; 386(10006):1835-1844. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00126-9)
22. Waite L, Bowerman T, Zhang J. Antibacterial treatment of aspiration pneumonia in older people: a systematic review. Clin Interv Aging. 2018 [Acceso: 19/01/2026]; 13:2201-13. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/CIA.S183344>



23. Fraisse T, Prendki V, Putot A, García C, Perrin M, Chebib N, et al. Prevention of aspiration pneumonia recurrences. *Infect Dis Now*. 2025 [Acceso: 19/01/2026]; 55(1):105102. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2025.105102>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores:

“Autor único”.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación