



Universidad de Valladolid

**MEDIDAS DIETÉTICAS Y COMPLEMENTARIAS
PARA EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN
ADULTOS MAYORES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Trabajo Fin de Máster

Máster en Nutrición Geriátrica
Curso 2024-2025

Autora: Lourdes Villarín Núñez
Tutora: Dra. Marta María Ruiz Mambrilla



**FACULTAD
DE MEDICINA**

The logo of the University of Valladolid (UVa), consisting of the letters 'UVa' in white on a red square background.

UVa

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 EL PROCESO DE DEGLUCIÓN.....	4
1.2 LA DISFAGIA.....	4
1.3 CLASIFICACIÓN DISFAGIA	5
1.3.1 Otros tipos de disfagia	5
1.4 ETIOLOGÍA.....	6
1.5 SÍNTOMAS.....	6
1.6 DIAGNÓSTICO.....	7
1.7 TRATAMIENTO	7
1.7.1 Modificaciones dietéticas	8
2. OBJETIVOS.....	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
3.1 DISEÑO.....	11
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
3.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	11
3.4 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN.....	11
3.5 HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA.....	12
4. RESULTADOS.....	13
4.1 SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.....	13
- CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.....	22
- Características poblacionales y estado de salud de los ancianos afectados de disfagia.	22
- Sintomatología clínica más frecuente en ancianos con disfagia.	23
- Medidas no dietéticas usadas para el tratamiento de la disfagia.	24
- Medidas dietéticas que se pautan en ancianos con disfagia.	25
- Dieta de textura modificada.....	26
- Aumento de la ingesta	27
- Nutrición Artificial.....	27
- Suplementos de Nutrición Oral	27
- Otras intervenciones.....	27
5. DISCUSIÓN.....	29
6. CONCLUSIONES.....	32
ANEXO 1.....	33
ANEXO 2.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	41

RESUMEN

Introducción: La disfagia es una condición que dificulta el proceso de deglución y que se presenta con frecuencia en la población adulta mayor, afectando de forma negativa su calidad de vida. En esta población, destaca particularmente la disfagia orofaríngea, considerada un síndrome geriátrico. Sin embargo, pese a su alta prevalencia, la evidencia de calidad sobre su abordaje sigue siendo limitada.

Objetivos: Evaluar el impacto de diferentes diseños dietéticos en el estado nutricional de mayores con disfagia y analizar síntomas, características clínicas e intervenciones tanto dietéticas como no dietéticas.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática en Pubmed, Dialnet y Elsevier hasta enero de 2025. Los estudios incluidos eran aquellos llevados a cabo en humanos, en personas de más de 65 años afectados de disfagia, publicados en el periodo de 2020-2025, publicados en español o inglés, que no fueran tesis o trabajos de fin de grado ni enfocados en los cuidadores, la familia o el entorno. Los estudios seleccionados fueron evaluados por la escala STROBE o CONSORT, según el tipo de estudio que tratase y fueron agrupados según la intervención dietética que estudiaron.

Resultados: Se incluyeron 21 estudios. La disfagia orofaríngea fue la más prevalente y se asoció con enfermedades neurológicas. Las principales intervenciones fueron higiene oral, ejercicios deglutorios, estimulación eléctrica, dietas de textura modificada, nutrición artificial y suplementos.

Discusión: Las intervenciones mostraron beneficios en la salud de los pacientes, pero se requiere más investigación con diseños sólidos y un enfoque integral centrado en el paciente para optimizar el tratamiento.

Palabras clave: Disfagia, Dieta, Nutrición, Intervenciones nutricionales, Dieta de textura modificada y Personas mayores.

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is a condition that hinders the swallowing process and is frequently observed in the older adult population, negatively impacting their quality of life. Among this group, oropharyngeal dysphagia stands out, as it is considered a geriatric syndrome. However, despite its high prevalence, high-quality evidence regarding its management remains limited.

Objectives: To assess the impact of different dietary approaches on the nutritional status of older adults with dysphagia and to analyze symptoms, clinical characteristics, and both dietary and non-dietary interventions.

Materials and Methods: A systematic review was conducted using PubMed, Dialnet, and Elsevier databases up to January 2025. Included studies were those conducted in humans, involving individuals over 65 years old with dysphagia, published between 2020 and 2025, in either Spanish or English. Excluded were theses, undergraduate final projects, and studies focused on caregivers, family, or environment. Selected studies were assessed using the STROBE or CONSORT checklists, depending on the study type, and were grouped based on the dietary intervention examined.

Results: A total of 21 studies were included. Oropharyngeal dysphagia was the most prevalent and was associated with neurological diseases. Main interventions included oral hygiene, swallowing exercises, electrical stimulation, texture-modified diets, artificial nutrition, and oral nutritional supplements.

Discussion: Interventions showed health benefits for patients, but further research with robust study designs and a comprehensive, patient-centered approach is needed to optimize treatment.

Keywords: Dysphagia, Diet, Nutrition, Nutritional interventions, Texture-modified food, Older adults.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EL PROCESO DE DEGLUCIÓN

La **deglución** es una acción fisiológica fundamental que permite el paso de alimentos, líquidos y saliva desde la cavidad bucal hasta llegar al estómago, a través de la faringe y el esófago ¹. Se trata de un proceso complejo en el que actúan de manera coordinada seis nervios craneales, varios grupos musculares y distintas señales cerebrales corticales y subcorticales ².

La deglución se divide en **3 fases** ^{2,3} representadas en la *Imagen 1* ⁴:

1. **Fase oral**: sujeta a control voluntario. Se produce la formación del bolo alimenticio a partir de la comida y líquidos consumidos (en color verde, sección A de la ilustración). Este se mezcla con la saliva, comienza la digestión a partir de la amilasa salival y se coloca en posición para ser deglutido.
2. **Fase faríngea**: consta de una parte voluntaria y otra involuntaria. En primer lugar, se produce la fase voluntaria en la que la lengua impulsa el bolo alimenticio hacia la faringe para ser deglutido (Sección B). Posteriormente, se desencadena una respuesta involuntaria en el tracto digestivo (Sección C). Esta última parte abarca los procesos de: cierre velofaríngeo, retracción de la base de la lengua, movimiento del hueso hioides y faringe, cierre de la vía aérea, contracción de los músculos faríngeos y apertura del esfínter esofágico superior.
3. **Fase esofágica**: es una fase involuntaria. Durante esta etapa el bolo alimenticio pasa a través del esófago impulsado por ondas peristálticas y llega al estómago tras atravesar el esfínter esofágico inferior (Sección D).

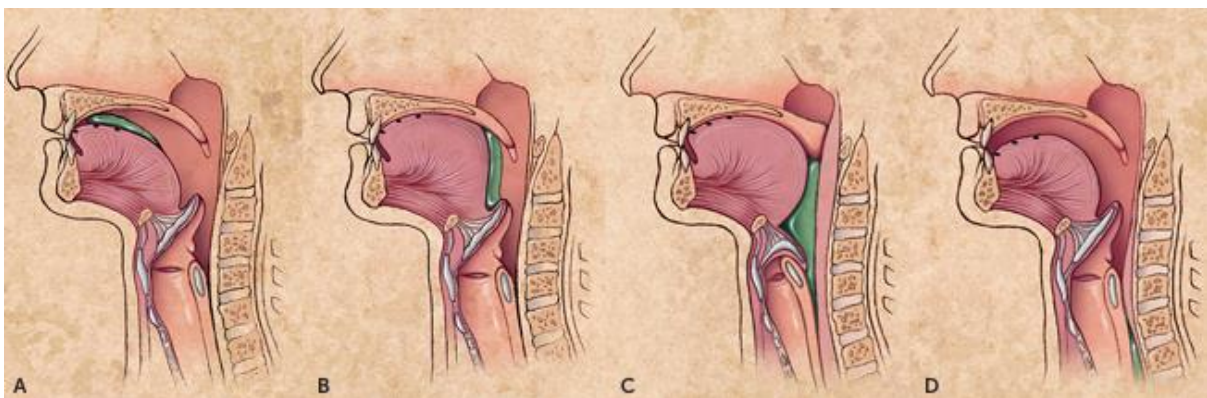


Imagen 1: Ilustración de las fases de la deglución (Tomada de Wilkinson JM et al, 2021)⁴

1.2 LA DISFAGIA

La **disfagia** es el término que se utiliza para describir cualquier alteración en el proceso de la deglución ³. Las cifras de su prevalencia varían en función del método de diagnóstico utilizado y el ámbito donde se realiza el estudio⁵. En España, se estima que hay alrededor de dos

millones de españoles afectados, de los cuales únicamente el 10 % está adecuadamente diagnosticado y tratado ⁶. Los pacientes con disfagia tienen menor calidad de vida, sufren mayor mortalidad y estancias hospitalarias más prolongadas³.

1.3 CLASIFICACIÓN DISFAGIA

Existen distintos criterios para clasificar la disfagia como son la localización anatómica donde se produce la alteración, la naturaleza de la disfagia o según el tipo de alimento que la causa, entre otros ⁷.

La clasificación según la localización anatómica es la más extendida, y diferencia 3 categorías diferentes: oral, faríngea y esofágica. Aunque, en la práctica, la oral y la faríngea se clasifican juntos como orofaríngea ³, siendo esta la de mayor prevalencia ⁴. Por tanto, la disfagia orofaríngea se define como la dificultad o incomodidad para formar y/o trasladar eficazmente el bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el esófago ⁸, mientras que la disfagia esofágica se presenta cuando existe evidencia de una patología localizada en el trayecto esofágico ³.

Acorde a la naturaleza de la disfagia, se diferencian la disfagia mecánica (debido a una lesión estructural en el tracto digestivo) y la disfagia funcional (producida por una anomalía fisiológica de la función del tracto digestivo) ⁷.

Conforme al tipo de alimento, puede darse disfagia a sólidos, disfagia a líquidos o disfagia para sólidos y líquidos ⁷.

Otras posibles clasificaciones son: según la evolución temporal (diferenciándose la disfagia de aparición aguda o la disfagia de aparición crónica en la que ha habido un desarrollo progresivo) o según la causa subyacente (la disfagia puede ser neurológica, estructural, inflamatoria, iatrogénica o psicógena) ⁷.

1.3.1 Otros tipos de disfagia

Además, existen otros tipos de disfagia que no se enmarcan entre ninguna de las clasificaciones anteriormente referidas, y estas son la disfagia sarcopénica y la presbifagia.

La disfagia sarcopénica se caracteriza por una pérdida de masa y función muscular deglutoria, impidiendo así una correcta deglución⁹. Algunos de los factores de riesgo para su desarrollo son una disfunción física, la baja fuerza muscular, la disminución de la masa muscular y la desnutrición ¹⁰.

Con referencia a la presbifagia, se trata de otro tipo de disfagia que se produce, en ocasiones, con el envejecimiento fisiológico. Esta se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos y morfológicos que dan lugar a complicaciones de manera que afectan negativamente a la deglución ⁵.

Entre los cambios morfológicos que se asocian al envejecimiento destacan la pérdida de piezas dentales; pérdida de masa muscular en los músculos implicados en la deglución como son la lengua y el velo del paladar; aumento del tejido graso y conectivo de la lengua; y pérdida de flexibilidad del esfínter esofágico superior ^{3,11}.

Por otro parte, algunos cambios fisiológicos que se producen en la cavidad oral son la disminución del flujo salival y la disminución de la velocidad y eficiencia del transporte del bolo alimenticio debido a la pérdida de fuerza y coordinación de los movimientos mandibulares y linguales. Continuando con la fase faríngea, se retrasa el inicio del reflejo deglutorio y se empeoran los movimientos laríngeos debido a la pérdida de elasticidad. Terminando con la fase esofágica, se produce un retraso de la transferencia del bolo (de entre 8-20 segundos), disminuye la contracción de la musculatura lisa del esófago, aparecen contracciones no peristálticas y se produce el retraso del vaciamiento esofágico ^{3,11}.

La presbifagia puede mantenerse asintomática a pesar de presentar cierta disfunción deglutoria. Sin embargo, en combinación a un factor estresante, como la presencia de alguna patología o el efecto adverso de determinados medicamentos puede desembocar en una disfagia ^{3,11}.

1.4 ETIOLOGÍA

La disfagia orofaríngea se asocia a enfermedades neurológicas como la demencia tipo Alzheimer y la enfermedad de Parkinson, con una prevalencia estimada de un 80% y un 60% de disfagia, respectivamente. Asimismo, se presenta en pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares en cifras en torno al 37-78% ³. De igual manera, el cáncer de cabeza y cuello también produce disfagia orofaríngea, aunque la prevalencia varía en función de la etapa de la enfermedad, siendo de un 47% antes del tratamiento y aumentando hasta un 88% durante el mismo ². Se considera un síndrome geriátrico debido a su alta prevalencia en población mayor a partir de los 70 años⁸, destacando las residencias de ancianos en las que asciende hasta un 60-80% y hospitales con una cifra de un 40%, mientras que los adultos mayores que viven en la comunidad hay un 15-25% ⁶.

Por otra parte, la disfagia esofágica se relaciona con enfermedades como esofagitis eosinofílica, reflujo gastroesofágico, estenosis esofágica, acalasia, divertículos de Zenker, lesiones obstructivas y trastornos de la motilidad esofágica ^{2,4}.

1.5 SÍNTOMAS

Los pacientes con disfagia orofaríngea suelen presentar dificultad para iniciar la deglución. Además, después de deglutir, suelen sufrir atragantamiento, babeo, tos, regurgitación nasal y deglución fraccionada. De igual modo, otros síntomas que perjudican gravemente al paciente con disfagia son la odinofagia, la penetración y la aspiración ⁴. Estos dos últimos se diferencian en que en la penetración el bolo entra en el vestíbulo laríngeo, pero no pasa a la tráquea, mientras que en la aspiración, el bolo pasa las cuerdas vocales y se desplaza a la tráquea, pudiendo llegar hasta los pulmones ².

Por otra parte, en la disfagia esofágica no se manifiesta dificultad para iniciar la deglución sino que se produce la sensación de que la comida se atasca después de ser deglutida ⁴.

Estas complicaciones afectan la salud del paciente con disfagia, provocando una reducción en la ingesta alimentaria que lleva a la pérdida de peso, desnutrición y deshidratación, lo que agrava su estado general ⁸.

1.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la disfagia se realiza en varias etapas, comenzando por la anamnesis y exploración física hasta acabar con métodos de confirmación específicos.

En primer lugar, se realiza una adecuada historia clínica en la que se preguntará por los síntomas propios de la disfagia como si existe dificultad al tragar, tos o pérdida de peso, entre otros. Esta historia clínica, guiará en muchas ocasiones la determinación de la disfagia en caso de que más adelante se confirmase ². Asimismo, se incluirá una exploración física completa, destacando especialmente la exploración de cabeza y cuello y una valoración motora de las estructuras relacionadas con la deglución (movilidad labial y lingual, exploración de reflejos, etc) ⁸.

Continuando con el proceso diagnóstico, se realizan los métodos de cribado como por ejemplo el **test del agua** en el que se consume un volumen determinado de agua y se vigila si se produce tos, cambios en la voz o dificultad al tragar. También se utiliza el cuestionario **Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)**, que consta de 10 preguntas relacionadas con la dificultad para tragar, donde cada respuesta se puntúa entre 0 y 4, siendo 0 la ausencia de problemas y 4 la indicación de un problema grave ¹¹. Otra herramienta de cribado que se puede usar es el **Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)** en la que, además de valorar la seguridad y eficacia de la deglución, permite determinar cuál es la viscosidad segura de deglución ⁶.

Por último, si la sospecha clínica es alta y se han encontrado complicaciones durante la realización del cribado, existen métodos de confirmación específicos para el diagnóstico de disfagia. En caso de sospecha de disfagia orofaríngea, las técnicas más usadas son la **videofluoroscopia de la deglución** (conocido por sus siglas en inglés VFSS) o la **videoendoscopia de la deglución (FEES en inglés)**. En cambio, en disfagia esofágica destaca la **esofagogastroduodenoscopia** (o endoscopia digestiva alta). Sin embargo, debido a que existe un alto riesgo de aspiración mediante esta prueba, existe la alternativa de un **esofagograma** ³.

1.7 TRATAMIENTO

A pesar de la alta frecuencia con la que se encuentran problemas de deglución, hay pocas directrices para el manejo ^{2,3}. Respecto a la disfagia orofaríngea, las medidas para su tratamiento se dividen en dos categorías: las intervenciones compensatorias y las intervenciones rehabilitadoras.

Las **intervenciones compensatorias** tienen como objetivo reducir o eliminar los síntomas de la disfagia. Incluyen: el cuidado bucal, cambios posturales y, la más extendida, las

modificaciones dietéticas. En cambio, las **técnicas de rehabilitación** están más enfocadas en cambiar la fisiología de la deglución. Estas incluyen las maniobras de deglución (tal como la maniobra de Mendelssohn) y ejercicios de fortalecimiento (como, por ejemplo, el ejercicio de Shaker) ^{2,11}. Otra técnica más novedosa para el tratamiento de la disfagia orofaríngea es la estimulación eléctrica, diferenciándose varios tipos: estimulación eléctrica neuromuscular, estimulación eléctrica faríngea, estimulación transcraneal con corriente continua y estimulación magnética transcraneal ³.

Por otro lado, el tratamiento de la disfagia esofágica dependerá de la etiología y, es muy probable, que necesite de la intervención de un gastroenterólogo ³. En la mayoría de los casos en que la disfagia esofágica es de naturaleza estructural, puede ser necesaria una dilatación en presencia de estenosis, o incluso una esofagectomía en casos de obstrucción severa ⁷.

1.7.1 Modificaciones dietéticas

Profundizando en las modificaciones dietéticas anteriormente mencionadas, estas tienen como objetivo cubrir las necesidades nutricionales del paciente y prevenir la aparición de síntomas. La principal adaptación consiste en el **cambio de textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos**. No obstante, esta modificación puede ser interpretada de forma subjetiva por parte de los profesionales, generando así una gran variabilidad en su aplicación. Es por ello que, con el fin de unificar criterios, se desarrolló The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). Este marco IDDSI, por tanto, tiene el objetivo de adaptar la dieta a las capacidades deglutorias de cada paciente ¹².

IDDSI establece 8 niveles diferentes como se observa en la *Imagen 2* ¹³:

- Nivel 0: líquido fino, fluye como el agua. Apta si se manejan líquidos sin riesgo.
- Nivel 1: ligeramente más espeso que el agua. Para personas a las que los líquidos finos fluyen muy rápido como para controlarlos.
- Nivel 2: poco espeso. Para personas en las que el control lingual está algo reducido.
- Nivel 3: licuado o moderadamente espeso. Puede comerse con cuchara, no se puede moldear. Buena si hay dificultad con líquidos menos espesos o dolor al tragar.
- Nivel 4: puré extremadamente espeso. Se toma con cuchara, moldeable, no se bebe. Útil si hay control lingual muy reducido o dificultad para masticar.
- Nivel 5: picado y húmedo. alimento blando con pequeños grumos fácilmente aplastables, requiere una leve masticación. Usada en personas con dolor o fatiga al masticar.
- Nivel 6: suave y tamaño bocado. Blanda y húmeda, trozos de 8-15 milímetros. Exige masticación y control oral moderado.
- Nivel 7: fácil de masticar. Alimentos cotidianos de consistencia blanda/suave. Requiere habilidades plenas de masticación y deglución.

Los niveles 0-2 son exclusivamente para líquidos, el 3 y el 4 incluyen líquidos y alimentos, y los niveles 5-7 son únicamente alimentos.



Imagen 2: niveles de los líquidos y alimentos (Tomada de Burdick RJ et al.)¹³

Si bien estas modificaciones dietéticas logran reducir los eventos adversos asociados a la disfagia, también presentan ciertos inconvenientes. Estos cambios no solo afectan la textura de los alimentos, sino que alteran su apariencia e, incluso, en cierta medida, su sabor. Como consecuencia, es frecuente que los pacientes manifiesten cierto rechazo hacia estos alimentos, lo que conlleva una disminución en la ingesta que, mantenida en el tiempo, puede derivar en un estado de desnutrición^{3,14,15}. Por ello, resulta fundamental identificar las intervenciones dietéticas más adecuadas para la disfagia con el fin de mejorar el estado nutricional y, en consecuencia, la salud de los adultos mayores, puesto que un estado nutricional deficiente no solo deteriora la calidad de vida, sino que también reduce la capacidad funcional y aumenta la vulnerabilidad frente a enfermedades.

2. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este Trabajo de Fin de Máster es realizar una revisión sistemática con el fin de describir el número de casos y el efecto de los diferentes diseños dietéticos sobre el estado nutricional en personas mayores con disfagia. De manera secundaria, otros **objetivos específicos** que se han establecido son:

- Describir las características poblacionales y el estado de salud de los ancianos afectados de disfagia.
- Describir la sintomatología clínica más frecuente en ancianos, según el tipo de disfagia que presenten.
- Determinar otro tipo de medidas no dietéticas que pueden influir sobre el estado nutricional y de qué manera.
- Conocer las principales medidas dietéticas que se pautan en ancianos con disfagia.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO

Para el presente trabajo se ha realizado una **revisión sistemática** de artículos sobre la influencia de las distintas intervenciones nutricionales en personas mayores con disfagia.

3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La formulación de la pregunta de investigación “¿**Cuál es el efecto de las diferentes intervenciones dietéticas sobre el estado nutricional en personas en personas mayores con disfagia?**” se realizó siguiendo la estrategia PICO, mostrada en la *Tabla 1*:

P (Paciente)	Personas ≥ 65 años con disfagia
I (Intervención)	Modificación de tipo dietética (cambios de textura, modificación composición de la dieta, uso de suplementos...)
C (Comparación)	Dieta habitual sin modificaciones
O (Resultado)	Cambios en el estado nutricional (IMC, parámetros analíticos...)

Tabla 1: Estrategia PICO

3.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda se desarrolló en las bases de datos Pubmed, Dialnet y Elsevier, en los meses de diciembre de 2024 y enero de 2025. Los descriptores MeSH usados fueron “Dysphagia”, “Diet”, “Nutrition”, “Nutritional interventions”, “Texture modified food” y “Older people” tanto en inglés como en español. Además, se usaron en combinación con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

3.4 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN

Para la selección de los artículos incluidos se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios publicados durante 2020-2025.
- Idioma de publicación español o inglés.
- Estudios llevados a cabo en humanos.
- Participantes >65 años afectados de disfagia.

Por otra parte, los criterios de exclusión comprenden:

- Estudios publicados antes de 2020.
- Artículos en un idioma distinto al español o inglés.
- Estudios publicados como tesis o trabajos de fin de grado.

- Estudios enfocados en los cuidadores, familia o el entorno.

3.5 HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

Con la finalidad de evaluar la calidad de los artículos seleccionados se usaron las declaraciones STROBE 2004 (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) para estudios observacionales, con una puntuación mínima del 72% (*Anexo 1*), y CONSORT 2001 (Consolidated Standards of Reporting Trials) para ensayos clínicos aleatorizados con una puntuación mínima de 77% (*Anexo 2*).

4. RESULTADOS

4.1 SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

En un primer momento, se obtuvieron un total de 615 artículos en las bases de datos anteriormente mencionadas. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se redujeron a 227 y, tras la lectura del título y resumen, se eligieron 23. Finalmente, se procedió a la lectura completa de los mismos y se seleccionaron 21 artículos para la revisión, debido a que los dos restantes tenían una baja puntuación en la evaluación de la calidad. Todo esto, se muestra en el siguiente diagrama de flujo (*Figura 1*).

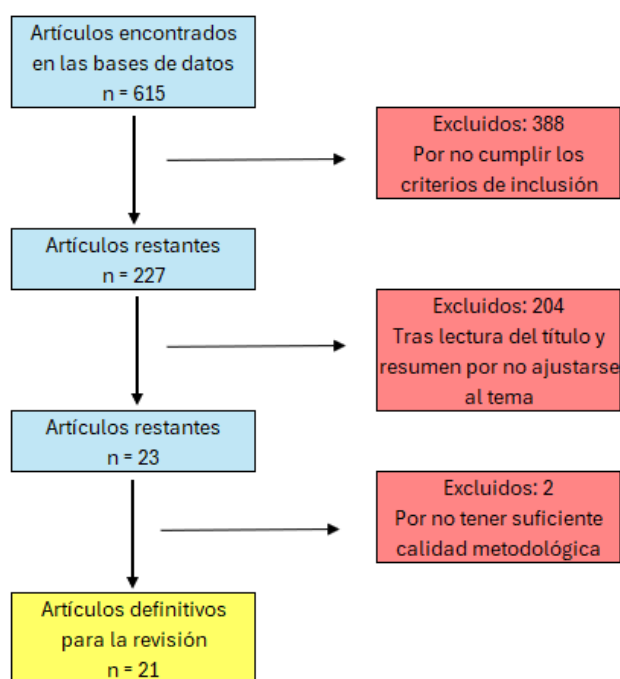


Figura 1: Diagrama de flujo de la selección de artículos

La siguiente tabla resume las principales características de los 21 estudios clínicos, en función de los objetivos previamente establecidos (*Tabla 2 Resultados*).

Las características descritas son:

- Autor del artículo y año de publicación.
- Número de participantes, edad y sexo.
- Tipo de disfagia y sintomatología recogida en el estudio.
- Criterios diagnósticos usados para la disfagia.
- Patologías asociadas de los participantes.
- El objetivo del estudio.
- La intervención dietética aplicada.
- Otras intervenciones no dietéticas.
- Resultados del estudio

Tabla 2. Resultados

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Sintomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Aoyagi M, et al. (2021) ²⁷	216 67,6 a M: 131 F: 85	DO Neumonía por aspiración (25,9%)	VFSS Dysphagia Severity Scale	Infarto cerebral (70) Hemorragia cerebral (78) Hemorragia subaracnoidea (71)	Caracterizar a los pacientes con ACV que no recuperaron la ingesta oral antes del alta, evaluar la relación entre la mejora de la salud bucal y la función deglutoria y optimizar los métodos de ingesta nutricional en unidades de cuidados intensivos.	NO (FOIS nivel 3-7) vs NE (FOIS nivel 1-2)	Evaluación de la higiene oral	El grupo con NO tuvo una mejora en la albúmina y en el nivel de proteína C reactiva. La mejora de la salud oral se asoció a una mejora de la ingesta.
Barrón-Pavón V, et al. (2020) ⁵	186 70,5 a M: 15 F: 171	Presbifagia	Dco presbifagia: EAT-10 Dco D: MECV-V	No especifica	Determinar la prevalencia de presbifagia, asociada a la ingesta alimentaria y al estado nutricional de adultos mayores activos que viven en la comunidad.	Comparar el aporte nutricional con las recomendaciones del adulto mayor	No	Prevalencia presbifagia 29,5% y D 14,5%. - 55,6% kcal insuficiente. - 22,2% P insuficiente. - 98,2% L insuficiente. - 48,1% C insuficiente. - 59,3% agua insuficiente. - fibra: 6,8 g/día
Bengisu S, et al. (2024) ¹⁶	40 65,8 a M: 22 F: 18	D tras ACV	GUSS VFSS	ACV hemisférico unilateral: - Isquémico (36) - Hemorrágico (4)	Comparar la efectividad de la terapia convencional para la D, estimulación eléctrica neuromuscular y estimulación transcraneal de corriente continua en el tratamiento de la D tras un ACV.	DTM (FOIS)	EE neuromuscular Estimulación transcraneal de corriente continua Ejercicios de fortalecimiento Maniobras de deglución	FOIS, GUSS y DSRS mejoró tras terapia convencional. La combinación de todas las intervenciones más efectiva que intervenciones aisladas. Las aspiraciones disminuyeron en el grupo que combinaba todas las intervenciones.

Abreviaturas Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / ACV: accidente cerebrovascular / DO: disfagia orofaríngea / NO: nutrición oral / P: proteínas / L: lípidos / C: carbohidratos / D: disfagia / GUSS: Gugging Swallowing Screen / DTM: dieta de textura modificada / EE: estimulación eléctrica / DSRS: Dysphagia Severity Rating Scale

Tabla 2. Resultados (continuación)

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Sintomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Dell'Aquila G, et al. (2022) ¹⁹	3451 84,7 a M: 876 F: 2575	No especifica	Observación clínica por personal entrenado	Úlcera por presión (10%) Coronaria (27,6%) ICC (17,5%) ECV (24,2%) Demencia (54,5%) Depresión (24,6%) EPOC (9,2%) Diabetes (21,4%) Parkinson (7,4%) Cáncer (10,7%)	Determinar la prevalencia de la D, su asociación con la mortalidad y el efecto de las diferentes estrategias nutricionales adoptadas para su manejo sobre la PP y la mortalidad	Grupo D: - DTM 90,6% - NE 8,2% - NP 1,1%	No	Prevalencia D: 30,3% No diferencias en la mortalidad ni PP entre DTM y NA en 1 año de seguimiento (grupo D)
Formisano E, et al. (2021) ²⁰	143 72,3 a M: 99 F: 44	No especifica	No especifica	No especifica	Proporcionar un enfoque para reducir el riesgo de MN y mejorar los resultados clínicos de los pacientes tras COVID-19	Dieta puré (37,2%) SNO (9,6%) Dieta puré + SNO (19,1%) Dieta individualizada (13,8%) NE/NP/dieta puré +SNO o NP (20,1%) Dieta puré: 1447 kcal, 19% P, 45% L, 35% C SNO: 200 kcal, 12,5 g P Pacientes críticos: NA	No	Los pacientes que cumplían objetivos nutricionales fueron dados de alta con mayor frecuencia que los que no cumplían. Mayor mortalidad en pacientes que no alcanzaron los objetivos nutricionales.
Jukic Peladic N, et al. (2023) ³⁰	267 80,5 a M: 106 F: 161	96% DO Disfonía (37,6%) Disartria (31,7%) Tos (45,8%) Sensación de cuerpo extraño (8,3%) Residuos orales (7,4%) Carraspeo y mayor duración de las comidas (7,2% ambas)	GUSS	Neurológicas (30,5%) Cardíacas (10,1%) Respiratorias (5,3%) Diabetes (5,8%) Renal (2,5%) Cáncer (2%)	Describir las características y las terapias nutricionales de pacientes ambulatorios mayores cuyas dificultades de deglución y estado nutricional fueron evaluados en un hospital geriátrico	1. Cambios en la textura de la dieta y viscosidad de líquidos 2. Aumento de la ingesta calórica y/o proteica 3. Uso de SNO 4. Combinación de las 3 anteriores 5. NA (6,4%)	No	Mejora del IMC (13 / 68,4%) en sujetos que se modificó la textura y aumentó la ingesta. No significativo por muestra insuficiente.

Abreviaturas: Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / ICC: insuficiencia cardíaca congestiva / ECV: enfermedad cardiovascular / D: disfagia / DTM: dieta de textura modificada / NE: nutrición enteral / NP: nutrición parenteral / PP: pérdida de peso / NA: nutrición artificial / MN: malnutrición / SNO: suplementos de nutrición oral / P: proteínas / L: lípidos / C: carbohidratos / DO: disfagia orofaríngea / GUSS: Gugging Swallowing Screen / IMC: índice de masa corporal

Tabla 2. Resultados (continuación)

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Sintomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Kyodo R, et al. (2020) ²⁸	62 83 a M: 36 F: 26	DO Neumonía por aspiración (22 / 35%)	VFSS Hyodo-Komagane score	- ACV (31%) - Otros (34%)	Evaluar la eficacia de añadir un agente gelificante a las dietas en puré para prevenir la neumonía por aspiración en pacientes ancianos con D	Añadir agente gelificante a la dieta en puré	No	Con el agente gelificante disminuyó la acumulación de comida en vallécula y senos piriformes (↓ residuos faríngeos) y el aclaramiento faríngeo
Ko D, et al. (2022) ²¹	304 (148 D + 156 ND) 73,79 a y 70,15 a (71,88 a) M: 202 F: 188	No especifica	EAT-10	No especifica	Comprender los hábitos alimentarios, atributos de selección de productos alimenticios, estado nutricional actual y el grado de depresión según la presencia o ausencia de D.	Atributos en la selección de alimentos: - Tamaño y cantidad - Ingesta - Calidad del menú - Marketing -Salud/factor nutricional Ayuda en la comida, cantidad de comida consumida, duración de las comidas, incomodidad durante la comida	No	El mayor factor que determinó la elección en ambos grupos fue el nutricional. El factor de ingesta fue superior en el grupo D. Estos factores no influyeron en el estado nutricional. El grupo D necesitó más ayuda, menor cantidad de comida para estar saciado, mayor tiempo de comidas y tuvo mayor sensación de incomodidad. Estado nutricional (D vs ND): alto (30,5 vs 47,1) medio (42,6 vs 40,6) bajo (27 vs 12,3%) Mayor depresión en D (37,6 vs 3,9%)

Abreviaturas: Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / D: disfagia / ND: no disfagia / DO: disfagia orofaríngea / ACV: accidente cerebrovascular

Tabla 2. Resultados (continuación)

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Síntomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Nagano A, et al. (2023) ⁹	180 86 a M: 70 F: 110	DS	VFSS FEES	Infecciones respiratorias (14,2%) Pancreáticas/gastrointestinales/hepáticas (10,5%) Soporte nutricional respiratorio (10,5%) Trastornos metabólicos hematológicos (6,3%) Enfermedades cardíacas (4,7%) DM (4,2%) Sepsis (3,7%) ACV (1,7%) Otras enfermedades del SNC (1,5%)	Identificar la prevalencia, progresión y los atributos distintivos de la DS en pacientes del Departamento de Medicina Geriátrica	DTM y aumento del aporte calórico y proteico.	Evaluación de la higiene oral	Prevalencia D 30,6%, de las que 22,8% DS. La DS mostró una mayor tasa de recuperación (18,9%) que otros tipos de D. El consumo en aquellos cuya deglución empeoró consumían menos kcal y P en comparación con aquellos que no empeoraron (657,37 vs 1031,5 kcal) (24,7 vs 42,85 g P)
Ramos AG, et al. (2021) ²⁴	79 73 a M: 40 F: 39	DO Penetraciones y aspiraciones	EAT-10 MECV-V	- Neurodegenerativa (8) - CCC (9) - Autoinmune (17) - Infecciosa (15) - Infarto (17) - Otras (12)	Evaluar la presencia de caquexia, AF, FM y riesgo nutricional según el tipo de alimentación en pacientes con DO	DTM (néctar 27/34,2% o puré 27/34,2) NA 25/31,6%	No	El AF y la fuerza prensil fueron menores en el grupo con NA. No diferencias significativas en la ingesta (1500-1700 kcal, 1,2-1,3 g P/kg peso)
Rugaitiené M, et al. (2024) ²⁵	64 77,8 a M: 28 F: 36	DO Aspiraciones	Prueba de deglución de agua EAT-10 FEES	No especificada	Diagnosticar la DO y evaluar el riesgo de aspiración y la calidad de vida de pacientes mayores antes y después de un tratamiento complejo.	DTM (IDDSI): - Nivel 5, DO leve, picado y húmedo: 2100 kcal, 15% P, 55% C, 30% L. - Nivel 4, DO moderada-severa, puré: 1800 kcal, 20% P, 50% C, 50% L.	EE transcutánea (30-40 min) Ejercicios y maniobras de deglución (20-30 min)	Las intervenciones produjeron que la severidad de la D y el riesgo de aspiraciones disminuyó y la calidad de vida mejoró.

Abreviaturas: Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / DS: disfagia sarcopénica / DM: diabetes mellitus / ACV: accidente cerebrovascular / SNC: sistema nervioso central / DTM: dieta de textura modificada / D: disfagia / P: proteínas / DO: disfagia orofaríngea / CCC: cáncer de cabeza y cuello / AF: ángulo de fase / FM: fuerza muscular / NA: nutrición artificial / C: carbohidratos / L: lípidos / EE: estimulación eléctrica

Tabla 2. Resultados (continuación)

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Sintomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Acerbo FY, et al. (2023) ²²	52 72,6 a M: 23 F: 29	No específica	No específica	Trastorno deglutorio (34,6%) Disminución de la fuerza masticatoria (34,6%) Falta de piezas dentales (30,8%)	Determinar la asociación entre el % de adecuación de requerimientos calórico y proteico (de la ingesta dietética de referencia) y los niveles de textura de la dieta	Comparar los valores de energía y proteínas aportados con las recomendaciones de las ingestas dietéticas de referencia según edad, sexo y estado nutricional y uso de SNO	No	IDDSI: - Nivel 4 (38,5%): adecuación 72,31% kcal, 71,98% P - Nivel 5 (46,2%): 79,35% / 77,25% - Nivel 6 (15,4%): 83,9% / 80,75% SNO 38% Ayuda para comer 56%
Saleedaeng P, et al. (2023) ²⁶	268 68,8/68,9 M: 124 F: 144	DO	EAT-10	No específica	Determinar la relación entre la D y la MN, así como los patrones de consumo alimentario en adultos mayores	DTM 50% (D) vs 30% (ND). D: nivel 6 suave y tamaño de bocado (42,3%), nivel 2 ligeramente espeso (34,6%), nivel 7 fácil de masticar/normal (11,5%). ND: nivel 2 (35,5%), nivel 7 (30,6%) y nivel 6 (26,5%)	No	Prevalencia D: 9,7%. 4,8 veces más de probabilidad de MN que los ND
Shimizu A, et al. (2021) ¹⁰	110 84,9 a M: 77 F: 33	DS	FILS (nivel ≤ 8)	Fractura de cadera (74) Fractura por compresión (10) Otras fracturas (16)	Comparar el efecto de aportes energéticos altos vs bajos (≥30 kcal o <30 kcal/PCI/día [kg]) sobre la mejora de la capacidad de deglución y las AVD en pacientes con DS	Aumentar el aporte calórico a ≥30 kcal/PCI/día (kg)	No	≥30 kcal/PCI/día (kg) supuso una mejora de la capacidad de deglución y realización de AVD

Abreviaturas: Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / SNO: suplementos de nutrición oral / DO: disfagia orofaríngea / D: disfagia / MN: malnutrición / ND: no disfagia / DS: disfagia sarcopénica / PCI: peso corporal ideal / AVD: actividades de la vida diaria

Tabla 2. Resultados (continuación)

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Sintomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Shimizu A, et al. (2022) ²⁹	443 77,5 a M: 244 F: 199	DO	FOIS ≤5	ACV: Infarto cerebral (283) Hemorragia intracraneal (136) Hemorragia subaracnoidea (22) -Neurodegenerativa (5) - Fallo cardíaco congestivo (19) - EPOC (12) - Renal (16) - Hepática (11) - Artritis reumatoide (5) - Cáncer (14)	Investigar la asociación entre los niveles de textura de los alimentos consumidos por pacientes después de un ACV y la prevalencia de MN y S	DTM	No	Prevalencia MN 55,3% y S 62,1% La ingesta energética media y el ratio de adecuación proteica difirió según los niveles de textura. El consumo de niveles más bajos de textura se asoció a una mayor prevalencia de MN y S, y a menor fuerza de agarre y MM.
Shiraishi R, et al. (2025) ¹⁸	153 79,8 a M: 67 F: 86	Disfagia tras ACV	Kuchi-Kara Taberu Index	ACV: - Infarto cerebral (120) - Hemorragia cerebral (33)	Investigar la asociación entre la mejoría de la D y el aumento de la MM troncal en pacientes con ACV sometidos a rehabilitación de convalecencia.	Aumento del consumo calórico y proteico	No	En el grupo que no mejoró la D hubo una disminución de la MM troncal (1440 kcal y 1,1 g P/kg peso/día). En el grupo que mejoró tuvo un aumento de la MM troncal (1600 kcal y 1,2 g P/kg peso/día)
Tajitsu M, et al. (2022) ²³	518 85 a M: 224 F: 294	No especifica	FEES	ECV (43,8%) Neurodegenerativas (22,4%) Cardiovasculares + Neurodegenerativas (16,6%)	Determinar la importancia clínica de la evaluación FEES y la ID para determinar el estado real de la ingesta oral en pacientes con D.	DTM	Realizar ejercicios de deglución, maniobras de deglución y evaluación de la higiene oral	La FEES y la ID son métodos adecuados para la evaluación de la D y adecuar la textura de la dieta, lo que supuso una mayor ingesta por boca y calidad de vida.

Abreviaturas: Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / DO: disfagia orofaríngea / ACV: accidente cerebrovascular / EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva / MN: malnutrición / S: sarcopenia / DTM: dieta de textura modificada / MM: masa muscular / D: disfagia / P: proteína / ECV: enfermedad cardiovascular / ID: intervención dietética

Tabla 2. Resultados (continuación)

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Sintomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Takeda M, et al. (2022) ¹⁷	431 87,4 a M: 84 F: 347	No específica	Test del agua prueba de deglución repetitiva de saliva	No específica	Evaluar si los residentes adultos mayores de centros de atención a largo plazo deberían cambiar de una dieta normal a una dieta para la D	DTM	No	11,7% DTM Un menor IMC, menor índice de Barthel, mayor deterioro cognitivo, menor nº de dientes funcionales y deficiencias en el movimiento de la lengua y los músculos periorales estaban asociados con DTM
Tran TP, et al. (2020) ³¹	1007 (166 Disfagia) 75,5 a M: 420 F: 587	No específica Neumonía por aspiración	Test del agua prueba de deglución repetitiva de saliva	Neurológicos (11,2%) Trastornos esofágicos (6,3%) Trastornos respiratorios e iatrogénicos (6,5%)	Investigar el estado nutricional y las prácticas de nutrición para adultos mayores con D en hospitales vietnamitas	78,3% DTM (textura blanda/normal) 21,7% NA	No	El estado nutricional de pacientes con NO era mejor que los de NA. La tasa de mortalidad y la prevalencia de neumonía fue menor en DTM.
Viñas P, et al. (2023) ⁸	235 87,3 a M: 106 F: 129	DO Penetraciones / Aspiraciones 85,1%	MECV-V	ACV (11,9%) Cáncer (17,8%) DM (33,6%) HTA (78,7%) Neurológica (14,9%) IR (44,6%) Respiratoria (38,3%)	Describir las características y necesidades terapéuticas de pacientes con DO admitidos a un hospital general.	Modificación viscosidad fluidos: baja (<50 mPa·s) (51,9%); media (250 mPa·s) (43%); alta (800 mPa·s) (5,1%) DTM: Normal (6,8%); triturable con tenedor (69,4%); puré (23,8%)	Evaluación de la higiene oral	El 48% (113) de pacientes necesitó adaptación de la viscosidad de los fluidos y el 95,7% necesitó DTM. El 98,7% estaba en riesgo de MN o MN. El 32,23% se les diagnosticó S.

Abreviaturas: Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / D: disfagia / DTM: dieta de textura modificada / IMC: índice de masa corporal / NA: nutrición artificial / NO: nutrición oral / DO: disfagia orofaríngea / ACV: accidente cerebrovascular / DM: diabetes mellitus / HTA: hipertensión arterial / IR: insuficiencia renal / MN: malnutrición /

Tabla 2. Resultados (continuación)

Referencia	Nº / Edad / Sexo	Tipo disfagia Sintomatología	Criterios dco disfagia	Patologías asociadas	Objetivo del estudio	Intervención dietética	Otras intervenciones no dietéticas	Resultados
Yoshimura Y, et al. (2024) ³²	1080 75,6 a M: 584 F: 496	Disfagia tras ACV	No específica	Infarto cerebral (63,6%) Hemorragia cerebral (29,7%) Hemorragia subaracnoidea (6,7%)	Investigar la asociación entre el enfoque de la tríada y la mejora de las actividades de la vida diaria (AVD), la FM y la MM esquelética en pacientes después de un ACV	Ajustes en la ingesta de energía y P, Modificaciones en la ingesta de P, Ajustes en la ingesta de líquidos, SNO, DTM, Adaptaciones de utensilios de comer, Cambios en los horarios, Modificaciones dietéticas específicas para cada enfermedad, Ajustes del balance nutricional, ajustes volumen de la dieta	Evaluación de la higiene oral	Grupo triada (8,8%) La combinación de las 3 intervenciones (rehabilitación física, apoyo nutricional e higiene oral) mostró una mayor independencia, mayor fuerza de agarre y mayor MM esquelética

Abreviaturas: Nº: muestra / Dco: diagnóstico / M: masculino / F: femenino / ACV: accidente cerebrovascular / AVD: actividades de la vida diaria / FM: fuerza muscular / MM: masa muscular / P: proteínas / SNO: suplementos de nutrición oral / DTM: dieta de textura modificada

- CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

Respecto a las **edades** de los participantes, teniendo en cuenta que uno de los criterios de inclusión era que los participantes tuvieran más de 65 años, abarcan desde los 65,8 años de media en el estudio de Bengisu S et al.¹⁶ siendo los más jóvenes, hasta los 87,4 y 87,3 años en los estudios de Takeda M et al.¹⁷ y Viñas P et al.⁸, respectivamente.

Siguiendo con el **tipo de disfagia**, se puede observar que la más estudiada es la disfagia orofaríngea. Otras que han aparecido, aunque en menor medida, fue la disfagia tras sufrir un accidente cerebrovascular como es el caso de Shiraishi R et al.¹⁸, la disfagia sarcopénica tratada en el artículo de Nagano A et al.⁹ o en el de Shimizu A et al.¹⁰ o la presbifagia en el de Barrón-Pavón V et al.⁵. Además, destaca que en muchos de los casos los autores no especificaron el tipo de disfagia que presentaban los pacientes^{17, 19-23, 31}. En cambio, la disfagia esofágica no se encuentra representada de manera explícita en los estudios seleccionados.

En cuanto a los **criterios diagnósticos** que usaron los autores para considerar la disfagia destacan como método de cribado el cuestionario EAT-10^{5, 21, 24-26} en primer lugar y el MECV-V^{5, 8, 24} en segundo lugar. Este último se ha usado tanto para herramienta de cribado como de diagnóstico. Respecto al diagnóstico final usaron, principalmente, la videofluoroscopia (VFSS)^{9, 16, 27, 28} o la videoendoscopia de la deglución (FEES)^{9, 23, 25}. En otros casos, se basaban en las escalas FILS o FOIS para considerar que existe dificultad para deglutir, siendo el punto de corte ≤ 8 en FILS o ≤ 5 en FOIS^{10, 29}.

Otras herramientas usadas en menor medida fueron:

- Para el cribado: Gugging Swallowing Screen^{16, 30}, Kuchi-Kara Taberu Index¹⁸ y el test del agua^{17, 31}.
- Para el diagnóstico: prueba de deglución repetitiva de saliva (RSST)^{17, 31} o, incluso, la simple observación clínica de un profesional¹⁹.
- Para evaluar la severidad de la disfagia: Dysphagia Severity Scale²⁷ y Hyodo-Komagane score²⁸.

Los estudios que determinaron la prevalencia de disfagia en distintos entornos establecieron la misma en un 9,7% en el caso de Saleedaeng P et al.²⁶, usando el EAT-10 o un 14,5% según Barrón-Pavón V et al.⁵ usando el MECV-V en comunidades. Por otra parte, en hospitales y residencias de ancianos se determinó en alrededor de un 30% en ambos casos^{9, 19}.

- Características poblacionales y estado de salud de los ancianos afectados de disfagia.

La distribución de las **principales enfermedades** recogidas por los autores se encuentra sintetizada y clasificada en la *Figura 2*:

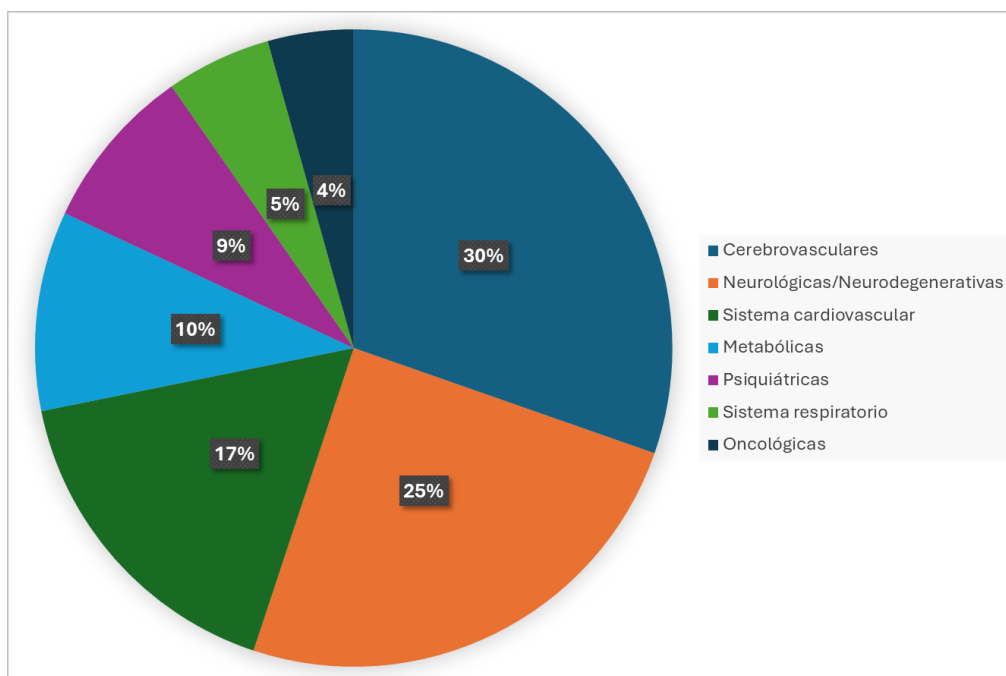


Figura 2: Distribución de las principales enfermedades de los estudios analizados

Como se puede observar en la figura 2, las enfermedades cerebrovasculares se encuentran en primera posición y engloban: infartos cerebrales, hemorragias cerebrales y subaracnoideas y accidentes cerebrovasculares. En segundo lugar, están las enfermedades neurológicas y las neurodegenerativas, entre las que Dell'Aquila G et al.¹⁹ especificaron demencia y Parkinson, siendo estos dos primeros grupos de enfermedades más prevalentes causas de disfagia. Continúan las enfermedades del sistema cardiovascular, como las enfermedades coronarias y la insuficiencia cardíaca. Siguen las enfermedades metabólicas con la diabetes e hipertensión arterial. Posteriormente, las enfermedades mentales en las que Dell'Aquila G et al.¹⁹ y Ko D et al.²¹ con depresión. En penúltimo lugar las enfermedades respiratorias y, en última instancia, el cáncer.

Otras patologías menos prevalentes pero importantes desde el punto de vista nutricional fueron enfermedades renales, hepáticas y pancreáticas^{9, 29}.

Además, los autores Acerbo FY et al.²², en su muestra, establecieron que el 34,6% presentaba trastornos deglutorios, el 34,6% sufría una disminución de la fuerza y al 30,8% le faltaba alguna pieza dental, lo cual ocasiona cierta dificultad de deglución.

En el caso de Tran TP et al.³¹ también determinaron la presencia de trastornos esofágicos en su muestra, aunque había una baja prevalencia (6,3%).

- **Sintomatología clínica más frecuente en ancianos con disfagia.**

Como se ha comentado de manera previa, el tipo de disfagia más prevalente en los artículos seleccionados es la **disfagia orofaríngea**^{8, 24-27, 29, 30}, aunque en muchos casos no se especificó el tipo^{17, 19-23, 31}. La sintomatología debida a la disfagia orofaríngea que se registró fueron las **aspiraciones** en el caso de Rugaitiené M et al.²⁵, Ramos AG et al.²⁴ y Viñas P et al.⁸. Asimismo, estos dos últimos autores también recogieron las **penetraciones** y, en el caso de Viñas et al. ambos síntomas se observaron en un 85% de los casos de disfagia orofaríngea⁸.

En los estudios de Aoyagi M et al.²⁷ y Kyodo R et al.²⁸ se determinó una prevalencia de **neumonía por aspiración** de un 25,9% y 35%, respectivamente, en adultos mayores con disfagia orofaríngea. En el caso de Tran TP et al.³¹ también se encontró neumonía por aspiración en su muestra, aunque no concretó su prevalencia.

Destaca el estudio llevado a cabo por Jukic Peladic N, et al.³⁰ en el que pusieron el foco en los síntomas y recogieron muchos de ellos y su prevalencia en pacientes ambulatorios con disfagia orofaríngea. En la *Figura 3* se puede observar los síntomas y sus cifras, en el que predomina la tos durante la comida y la disfonía, ambos signos de aspiraciones y/o penetraciones de los alimentos.

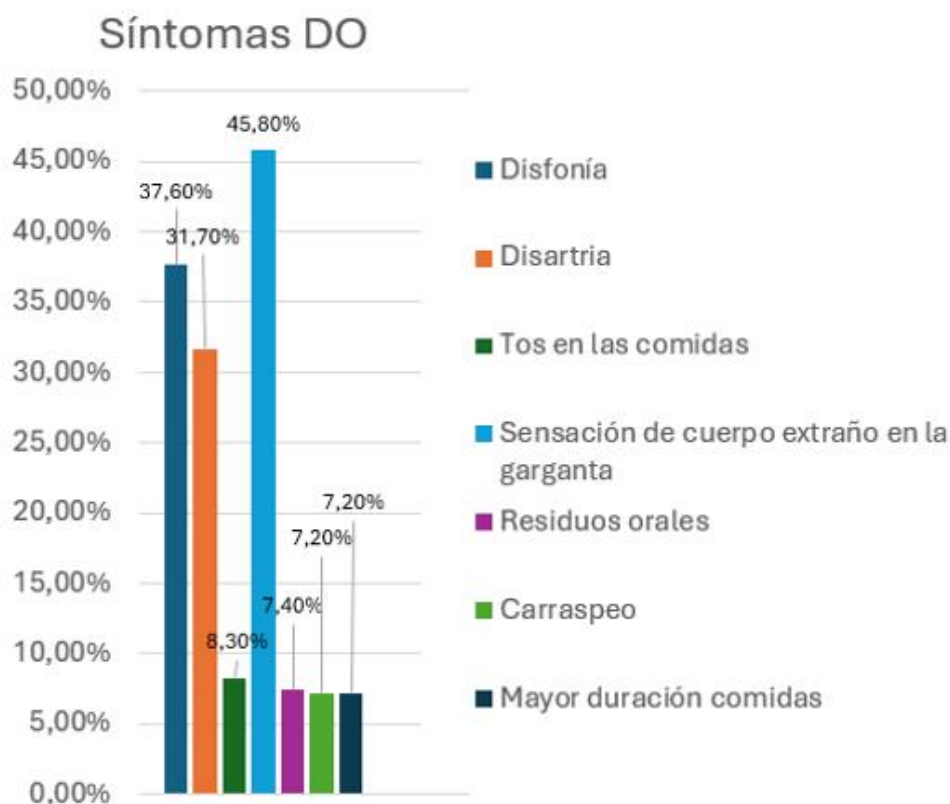


Figura 3: Sintomatología y frecuencia de la disfagia orofaríngea (30)

Sin embargo, en el resto de las 14 investigaciones no se describió ninguna manifestación de la disfagia^{5, 9, 10, 16-23, 26, 29, 32}.

- **Medidas no dietéticas usadas para el tratamiento de la disfagia.**

En cuanto a las medidas no dietéticas aplicadas en pacientes con disfagia se dividieron en 3 tipos. La primera de ellas se centró en mantener una buena **higiene oral** con el fin de reducir infecciones, mejorar la masticación y disminuir el riesgo de aspiración por mala higiene. Este tipo de intervención se estudió en las investigaciones de Aoyagi M²⁷, Nagano A⁸, Viñas P⁹ y Yoshimura Y et al.³² en el que tenían pacientes con disfagia orofaríngea^{8, 27}, sarcopénica⁹ y tras accidente cerebrovascular³². Con esta medida, hubo una mejora en la ingesta²⁷.

En segundo lugar, están los **ejercicios de fortalecimiento y maniobras de deglución**. En el caso de Tajitsu M et al.²³ realizaron ejercicios musculares orales y faríngeos, técnicas compensatorias y la simulación de deglución sin alimento. Rugaitienė M et al.²⁵ optaron por los ejercicios de Shaker; maniobra de deglución supraglótica, deglución forzada, de Mendelssohn, de Masako, cambio de tono esforzado y cambio postural de inclinación del mentón. Y, por último, en la investigación de Bengisu S et al.¹⁶ practicaron la maniobra de Masako, de deglución supraglótica, de deglución forzada; ejercicios de rango de movimiento para la lengua; estimulación táctil térmica y degluciones repetidas con hielo.

En último lugar, se encontrarían las **técnicas de estimulación**. Concretamente Bengisu S et al.¹⁶ evaluaron la estimulación eléctrica neuromuscular y la estimulación transcraneal de corriente continua, observando que la combinación de ambas resultaba más efectiva que su aplicación por separado, y que, por sí solas, la estimulación eléctrica neuromuscular era más eficaz que la estimulación transcraneal. Por otro lado, en el estudio de Rugaitienė M et al.²⁵ evaluaron la estimulación eléctrica transcutánea mediante sesiones de 30-40 minutos, aunque no especifica la frecuencia.

- **Medidas dietéticas que se pautan en ancianos con disfagia.**

Los pacientes con disfagia presentan un riesgo casi cinco veces mayor de **desnutrición** en comparación con aquellos sin esta condición²⁶, lo que resalta la importancia de implementar una intervención nutricional adecuada que garantice una correcta ingesta y estado nutricional. En este sentido, Shimizu A et al.²⁹ reportaron que el 55,3 % de los adultos mayores con disfagia estaban desnutridos, mientras que Viñas P et al.⁸ encontraron que hasta el 98,7 % de los pacientes hospitalizados con disfagia estaban malnutridos o en riesgo de malnutrición.

En cuanto a las intervenciones dietéticas aplicadas en los estudios recogidos hubo variedad como se observa en la *Figura 4*, siendo la más frecuente la adaptación de la textura de la dieta^{8, 9, 16, 17, 19, 20, 23-27, 29-32} y, en menor medida la promoción de una mayor ingesta^{9, 10, 18, 30, 32}, el uso de nutrición enteral y/o parenteral^{19, 24, 30, 31} y el uso de suplementos de nutrición oral^{20, 22, 30, 32}, entre otros.

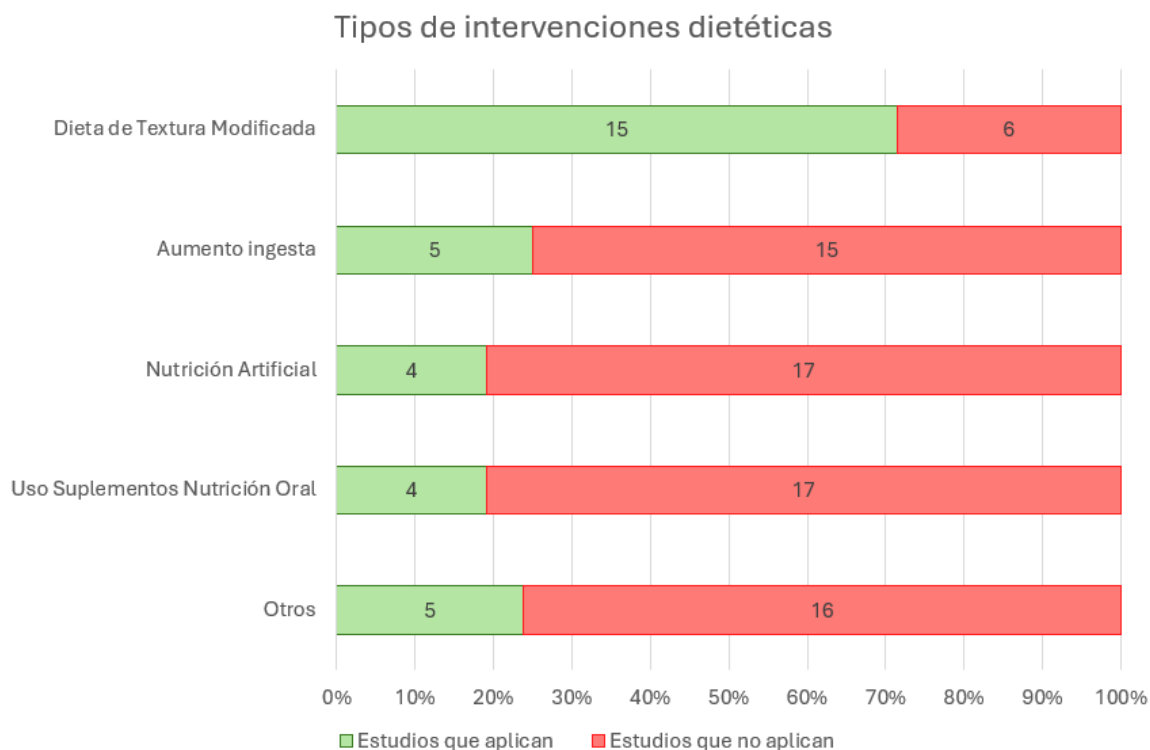


Figura 4: Tipos de intervenciones dietéticas

- Dieta de textura modificada

Diversos estudios han evaluado el impacto de las dietas de textura modificada en pacientes mayores con disfagia, mostrando **resultados mixtos pero en su mayoría positivos**. La escala IDDSI utilizada en el estudio llevado a cabo por Rugaitienė M et al.²⁵ demostró una reducción de la gravedad de la disfagia y riesgo de aspiraciones, con niveles 4 y 5, y aportes calóricos de 1800 kcal y 2100 kcal, respectivamente. Otros autores utilizaron la escala FOIS en la que observaron que niveles más altos se asocian con mejores niveles de albúmina y menor inflamación²⁷. Aunque, dentro de la escala FOIS aquellos con niveles inferiores tenían mayor prevalencia de malnutrición y sarcopenia²⁹.

Otros relacionan el uso de estas dietas (en el contexto de una intervención multidisciplinar) con una mejora en la fuerza prensil y estado funcional³². De igual modo, Ramos AG et al.²⁴ también observó esta mejora en comparación a aquellos que utilizaban nutrición por sonda.

Algunos estudios reportan mejoras en parámetros nutricionales como el IMC, aunque no siempre significativas³⁰, y una menor mortalidad cuando se cumplen los requerimientos nutricionales²⁰.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que los pacientes que suelen necesitar una dieta de textura modificada suelen mostrar peor estado de salud, como se muestra en la investigación de Takeda M et al.¹⁷ en el que observaron que aquellos a los que hubo que pautar esta dieta presentaban un menor IMC, mayor deterioro cognitivo y peor función oral.

Por lo tanto y a pesar de la heterogeneidad en los resultados, la evidencia sugiere que, cuando están bien pautadas y adaptadas, las dietas de textura modificada pueden tener beneficios funcionales, nutricionales y de calidad de vida en esta población vulnerable.

- **Aumento de la ingesta**

Los estudios revisados evidencian que una mayor ingesta energética y proteica se asocia con **mejoras en parámetros relacionados con la disfagia**. En el estudio de Nagano A et al.⁹, los pacientes con una ingesta calórica y proteica superior (1031,5 kcal y 42,85 g de proteína) mostraron mejoría en la disfagia sarcopénica, en comparación con aquellos con menor ingesta (657,37 kcal y 24,7 g de proteína), quienes experimentaron un empeoramiento⁹. De forma similar, Shimizu A et al.¹⁰ observaron que un aporte energético ≥ 30 kcal/kg de peso corporal ideal/día se relacionó con una mejoría en la deglución y en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Asimismo, Shiraishi R et al.¹⁸ reportaron que los pacientes cuya disfagia mejoró presentaron un mayor consumo energético y proteico (1600 kcal y 1,2 g de proteína/kg/día), lo que se asoció con un aumento de la masa muscular troncal, a diferencia del grupo sin mejoría, que mostró un menor consumo (1440 kcal y 1,1 g de proteína/kg/día) y pérdida de masa muscular.

- **Nutrición Artificial**

Respecto a los estudios que revisaron el efecto de la nutrición artificial, Ramos AG et al.²⁴ reportaron que los pacientes alimentados mediante nutrición artificial presentaron un ángulo de fase y fuerza prensil menores, a pesar de no haber diferencias significativas en cuanto al consumo calórico y proteico, en comparación con quienes consumían una dieta oral de textura modificada. De forma similar, Tran TP et al.³¹ encontraron que el estado nutricional fue más favorable en los pacientes con alimentación oral. Sin embargo, Dell'Aquila G et al.¹⁹ no identificaron diferencias significativas en la mortalidad ni en la pérdida de peso durante 12 meses de seguimiento entre ambos grupos. Estos hallazgos sugieren que, aunque la nutrición artificial puede igualar la ingesta calórica, podría asociarse con **peores indicadores funcionales y nutricionales** en comparación con la alimentación oral en personas con disfagia.

- **Suplementos de Nutrición Oral**

El uso de suplementos de nutrición oral se ha cuantificado en un 28,7% en el caso de Formisano E et al.²⁰ o un 38% en el de Acerbo FY et al.²². Estos ayudaron a aumentar el aporte calórico y proteico y, por tanto, una mayor probabilidad de alcanzar los objetivos nutricionales^{20, 22, 30}; lo que se relacionó con una **menor mortalidad**²⁰.

- **Otras intervenciones**

En las publicaciones recogidas también hubo otro tipo de intervenciones diferentes a las descritas anteriormente, por ejemplo, en el caso de Kyodo R et al.²⁸ que evaluó la eficacia de

un agente gelificante para disminuir la neumonía por aspiración, obteniendo resultados positivos al observarse una disminución de los restos de comida en la cavidad bucal.

Otros autores evaluaron el porcentaje de adecuación nutricional de la dieta, es decir, compararon las ingestas con las recomendaciones del adulto mayor. Se observó que tanto en el estudio de Barrón-Pavón V et al.⁵ como Acerbo FY et al.²² el consumo calórico y proteico era insuficiente. En el caso de Barrón-Pavón et al.⁵ también encontraron un aporte insuficiente de lípidos, agua y fibra alimentaria.

En el caso de Ko D et al.²¹ estudiaron los diferentes atributos que influían en la selección de los alimentos, tanto en personas adultas mayores con disfagia y sin disfagia. Ambos grupos coincidieron en que el principal factor determinante era el factor nutricional; además, como es posible de esperar, el factor de la ingesta (que fuera fácil de tragar, fácil de masticar y fácil de digerir) era más determinante en el grupo con disfagia que en el otro.

Y, por último, destacar la publicación de Yoshimura Y et al.³² en el que se recogen gran variedad de intervenciones, algunas de las más llamativas y no mencionadas anteriormente son: la adaptación de los utensilios para comer, cambiar los horarios de las comidas, modificaciones dietéticas para cada enfermedad (distinta de la disfagia), entre otras.

Para finalizar, cabe destacar que diversos estudios han implementado múltiples intervenciones, combinando dos o más estrategias dietéticas o bien intervenciones dietéticas junto con otros enfoques terapéuticos, observándose que dichos tratamientos combinados han demostrado ser más efectivos en el manejo de la disfagia en adultos mayores en comparación con las intervenciones aisladas ^{8, 9, 16, 20, 23, 25, 27, 30, 32}.

5. DISCUSIÓN

En los artículos recogidos en esta revisión, las principales **patologías** identificadas fueron las cerebrovasculares, así como las neurológicas y neurodegenerativas. En consonancia con estos hallazgos, Leira J et al.³³ encontraron una fuerte asociación entre el deterioro cognitivo (característico de las enfermedades neurológicas y degenerativas) y la presencia de disfagia; además, observaron que la pérdida de masa muscular y un peor estado funcional, condiciones que pueden derivarse de accidentes cerebrovasculares, también se relacionaban significativamente con la disfagia.

Entre la **sintomatología** más frecuente destacaron las aspiraciones, neumonía por aspiración y las penetraciones. Sin embargo, se observó que en la mayoría de los casos estos síntomas no fueron recogidos, lo que sugiere una subvaloración de su relevancia clínica en la literatura revisada.

Respecto a las **medidas no dietéticas** implementadas en el manejo de la disfagia, la más extendida fue la evaluación de la higiene oral. Esta incluyó diversas acciones como el cuidado bucodental proporcionado por profesionales, la realización de ajustes de prótesis dentales, tratamientos periodontales y extracciones dentales. Estas intervenciones demostraron ser eficaces para reducir el riesgo de neumonía por aspiración, una de las complicaciones más frecuentes encontradas. En esta misma línea, Dziewas R et al.³⁴ concluyeron que una salud oral deficiente incrementa de manera significativa el riesgo de neumonía por aspiración, tanto en pacientes con disfagia secundaria a ictus como en población geriátrica con disfagia. Este hallazgo refuerza la importancia de considerar el estado bucodental como un componente clave en la evaluación y tratamiento integral de la disfagia. De forma concordante, otra revisión sistemática identificó que entre los principales factores de riesgo asociados a la disfagia se encontraban la mala higiene oral, el uso de prótesis dentales no funcionales, la pérdida de piezas dentales, la presencia de xerostomía y la fragilidad oral³³. Todo ello, refleja un deterioro de la salud bucodental, el cual no solo compromete la calidad de vida, sino que también incrementa el riesgo de complicaciones respiratorias.

Asimismo, se incluyeron técnicas de rehabilitación, tales como ejercicios de fortalecimiento y maniobras de deglución. Además, se emplearon técnicas de estimulación eléctrica, aunque en contadas ocasiones (en 3 de los 21 estudios revisados). En esos tres casos, la estimulación eléctrica se utilizó en combinación con los ejercicios de fortalecimiento y las maniobras de deglución. Se obtuvo una disminución de la gravedad de la disfagia y riesgo de aspiraciones. Lo que concuerda con las recomendaciones de la revisión sistemática y metaanálisis realizado por Dziewas R et al.³⁴ para pacientes con disfagia tras ictus con el fin de mejorar la deglución.

Y, otra de las intervenciones compensatorias, además de ser la **medida dietética** más ampliamente utilizada, es la modificación de la textura de la dieta. En los artículos analizados, se observaron diversas formas de referirse a estas dietas de textura modificada, como los niveles del sistema IDDSI, las descripciones de consistencias tipo néctar o puré, y la escala FOIS. Es importante considerar que se encontró que personas mayores con disfagia tenían mucho más riesgo de malnutrición o mayor prevalencia de malnutrición ya establecida, hallazgo que resulta coherente con lo señalado en otras revisiones sistemáticas en las que se asocia con bajo IMC, malnutrición y pérdida de peso involuntaria³³. Asimismo, se identificó que los individuos que requerían una adaptación de la dieta normal a una dieta específica para la disfagia presentaban, en comparación con quienes no necesitaron dicha modificación, un menor IMC, un peor estado funcional y un mayor grado de deterioro cognitivo, lo cual pone de manifiesto la estrecha relación entre las dificultades para la deglución y el deterioro general del estado de salud en la población geriátrica¹⁷.

Hubo una alta diversidad en las medidas de desenlace de los estudios, pero por lo general, mostraron un efecto positivo sobre el estado nutricional, mayor IMC, mayor fuerza de agarre, menor mortalidad, menor gravedad de disfagia, menor riesgo de aspiración y neumonía. Dzewas R et al.³⁴ también encontraron que la dieta de textura modificada y los líquidos espesados podrían reducir el riesgo de neumonía, sin embargo, ellos no encontraron efectos en la mortalidad.

Otro punto a tener en cuenta es el expuesto por Wu XS et al.³⁵, quienes observaron que los consumidores de dietas con textura modificada presentaban un menor nivel de satisfacción. Esta menor aceptación puede facilitar la reducción en la ingesta alimentaria, lo que podría derivar en un deterioro del estado nutricional. Por otra parte, las dietas de textura modificada en las que usaban moldes para dar forma a los alimentos (haciéndolos más atractivos) tenían mayor satisfacción y, en combinación de técnicas para enriquecer la dieta, mostraron una mejora en el estado nutricional³⁵. En este sentido, el componente de enriquecimiento de la dieta concuerda con los hallazgos de la presente revisión, en la que se evidenció que el aumento de la ingesta calórica y/o proteica se asoció con mejoras en el estado funcional y en la capacidad de deglución de los individuos.

En relación con el uso de nutrición artificial, no se evidenciaron beneficios en comparación con la alimentación por vía oral. De manera similar a lo reportado por Schindler A. et al.³⁶, tampoco recomiendan el uso de nutrición enteral en pacientes con demencia severa y/o enfermedad de Parkinson, ya que no se observó que dicha intervención prolongue la supervivencia, mejore la calidad de vida ni elimine el riesgo de aspiración.

Por último, sobre el uso de suplementos nutricionales orales, en la revisión de Dzewas R et al.³⁴ establecieron que el uso indiscriminado de suplementos nutricionales en pacientes con disfagia tras ictus, no mostraron efectos positivos sobre la mortalidad, el estado funcional o la neumonía, en cambio, en pacientes con riesgo nutricional o malnutrición sí que podrían ser beneficiosos. En el caso de la presente revisión, el uso de suplementos ayudó a aumentar el aporte calórico, cubrir los objetivos nutricionales establecidos y conseguir disminuir la mortalidad.

Como ya se ha comentado anteriormente, muchos de los artículos no especificaron el tipo de disfagia ni la sintomatología propia de la misma, lo que representa una limitación clínica importante. Además, en muchos estudios, tampoco se recogieron enfermedades crónicas con implicaciones nutricionales (como hipertensión, diabetes, estreñimiento, insuficiencia renal, insuficiencia pancreática, entre otras) ni especificaron, si es que hubo, alguna modificación en la dieta debido a alguna patología que lo requiera.

Asimismo, se identificó como una **limitación** la falta de especificidad en la descripción de las intervenciones dietéticas, ya que en varios estudios no se detallaron aspectos fundamentales como los aportes nutricionales o la textura de las dietas empleadas. Esta carencia dificulta la posibilidad de realizar estimaciones comparativas entre estudios. Además, la terminología variable utilizada para referirse a la textura de las dietas representa otro obstáculo importante, ya que impide su comparación.

Otra de las principales **limitaciones** de esta revisión son el tipo de estudios disponibles, puesto que, en muchos casos, fueron de tipo observacional analíticos. Estos diseños, si bien aportan información valiosa sobre asociaciones, no permiten establecer con certeza relaciones causales entre la intervención dietética y los resultados en salud. La escasez de ensayos clínicos aleatorizados limita la solidez de las conclusiones y resalta la necesidad de investigaciones futuras con diseños metodológicamente más robustos que permitan evaluar de forma más clara la efectividad causal de las intervenciones.

Asimismo, resulta difícil estudiar el impacto de las dietas de textura modificada en personas mayores con disfagia, debido a la heterogeneidad de esta población en cuanto a su estado funcional, comorbilidades y niveles de dependencia. A esto hay que sumarle la dificultad ética y práctica de diseñar ensayos clínicos aleatorizados en este grupo vulnerable, lo que contribuye a la escasez de evidencia sólida y limita la capacidad de generalizar los resultados obtenidos.

Se identificó un **sesgo** por autoría repetida, ya que hubo estudios incluidos realizados por el mismo grupo de autores. Aunque, hay que tener en cuenta que estos estudios cumplen con los criterios de inclusión, utilizan poblaciones distintas y evalúan diferentes intervenciones. No obstante, se debe tener en cuenta al interpretar los hallazgos de esta revisión.

De cara al futuro, es fundamental que las investigaciones continúen avanzando en el desarrollo de nuevas texturizadoras capaces de adaptar la textura de los alimentos a las necesidades individuales de cada paciente, garantizando así una alimentación segura y personalizada. Resulta especialmente relevante que estos avances se extiendan a entornos hospitalarios y residencias, donde la prevalencia de disfagia y el deterioro del estado nutricional son más elevados. Asimismo, se observa una tendencia creciente hacia la humanización de la dieta de textura modificada, incorporando aspectos culturales y sociales que favorecen una experiencia alimentaria más placentera. Ejemplo de ello son el desarrollo de espumas de sabores y el uso de moldes, que permiten presentar los alimentos de forma más atractiva y apetecible, contribuyendo así a mejorar la aceptación y el bienestar de los pacientes. En definitiva, se requiere un enfoque multidisciplinar y centrado en el paciente, que no solo priorice la seguridad y el estado nutricional, sino también el bienestar emocional y social, para avanzar hacia una atención más integral y personalizada en el manejo de la disfagia.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas tras la presente revisión sistemática, en función a los objetivos planteados, son las siguientes:

1. La disfagia más frecuente fue la orofaríngea, y las patologías predominantes en las personas adultas mayores con disfagia correspondieron a enfermedades cerebrovasculares, neurológicas y neurodegenerativas.
2. La aspiración y la neumonía fueron los síntomas más frecuentes de disfagia orofaríngea.
3. Las medidas no dietéticas que se aplican en disfagia son la evaluación de la higiene oral, ejercicios y maniobras de deglución y estimulación eléctrica. Su aplicación obtuvo mejoras en la disfagia.
4. Las medidas dietéticas que se pautan en ancianos con disfagia son las dietas de textura modificada y, en menor medida, el aumento del aporte nutricional, el uso de nutrición artificial y el uso de suplementos.
 - El uso de dietas de textura modificada adaptadas a la capacidad deglutoria de cada individuo y enriquecidas pueden ayudar a cubrir las necesidades y mejorar el estado nutricional de personas con disfagia, de manera segura.
 - El uso de nutrición artificial, por lo general, no está recomendado.
 - El uso de suplementos puede ayudar a aumentar el aporte energético (al igual que el enriquecimiento de la dieta) y mejorar el estado de salud.
5. El tratamiento multidisciplinario es la mejor estrategia para el manejo de la disfagia.

ANEXO 1

Escala ítems STROBE 2004

Ítem	Punto	Recomendación
TÍTULO Y RESUMEN	1	Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual
		Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado
INTRODUCCIÓN		
Contexto/ fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluyendo cualquier hipótesis preespecificada
MÉTODOS		
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluyendo los periodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos
Participantes	6	(a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Indique las razones para la elección de casos y controles Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad, y las fuentes y los métodos de selección de los participantes
		(b) Estudios de cohortes: en los estudios pareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición Estudios de casos y controles: en los estudios pareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso
VARIABLES	7	Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos
Fuentes de datos/ medidas	8	Para cada variable de interés, indique las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar posibles fuentes de sesgo
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral
VARIABLES CUANTITATIVAS	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué

Métodos estadísticos	12	(a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión
		(b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones
		(c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data)
		(d) Estudios de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo
		(e) Describa los análisis de sensibilidad
RESULTADOS		
Participantes	13	(a) Indique el número de participantes en cada fase del estudio; p. ej., número de participantes elegibles, analizados para ser incluidos, confirmados elegibles, incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados
		(b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase
		(c) Considere el uso de un diagrama de flujo
Datos descriptivos	14	(a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión
		(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés
		(c) Estudios de cohortes: resuma el periodo de seguimiento (p. ej., promedio y total)
Datos de las variables de resultado	15	Estudios de cohortes: indique el número de eventos resultado o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo Estudios de casos y controles: indique el número de participantes en cada categoría de exposición o bien proporcione medidas resumen de exposición Estudios transversales: indique el número de eventos resultado o bien proporcione medidas resumen
Resultados principales	16	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos
		(b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos
		(c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un periodo de tiempo relevante
Otros análisis	17	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad)

DISCUSIÓN		
Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevante
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa)
OTRA INFORMACIÓN		
Financiación	22	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio, y si procede, del estudio previo en que se basa su artículo

Resultados valoración STROBE 2004

Artículos	Ítems																						Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	17/22 = 77%
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	17/22 = 77%
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	18/22 = 82%
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	21/22 = 95%
17	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20/22 = 90%
18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	21/22 = 95%
19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	19/22 = 86%
20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	17/22 = 77%
21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	21/22 = 95%
22	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	18/22 = 82%
23	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	19/22 = 86%
24	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	16/22 = 72%

25	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	✓	16/22 = 72%
26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	19/22 = 86%	
27	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	18/22 = 82%	
29	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	19/22 = 86%	
30	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18/22 = 82%	
31	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	19/22 = 86%	
32	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	22/22 = 100%	

ANEXO 2

Escala ítems CONSORT 2001

	Punto nº	Descriptor
TÍTULO Y RESUMEN	1	Cómo se asignaron los pacientes a las intervenciones (p. ej., “asignación aleatoria” o “aleatorizado”).
INTRODUCCIÓN		
Antecedentes	2	Antecedentes científicos y razón de ser del estudio.
MÉTODOS		
Participantes	3	Criterios de selección de pacientes y ámbito y lugares en que se recogieron los datos.
Intervenciones	4	Detalles precisos de las intervenciones pretendidas para cada grupo y cómo y cuándo efectivamente se administraron.
Objetivos	5	Objetivos e hipótesis específicos.
Resultados	6	Definición clara de las medidas de los resultados principales y secundarios y, cuando proceda, de cualquier método utilizado para mejorar la calidad de las medidas (p. ej., observaciones múltiples, entrenamiento de evaluadores).
Tamaño muestral	7	Cómo se determinó el tamaño muestral y, cuando proceda, explicación de cualquier análisis intermedio y reglas de interrupción del ensayo.
Aleatorización:		
<ul style="list-style-type: none"> • Generación de la secuencia 	8	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria, incluido el detalle sobre cualquier restricción (p. ej., bloques, estratificación).
<ul style="list-style-type: none"> • Asignación oculta 	9	Método utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria (p. ej., contenedores de medicación numerados, aleatorización centralizada por teléfono), y clarificar si la secuencia se mantuvo oculta hasta el momento de la asignación.

• Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación, quién incluyó a los participantes y quién los asignó a los grupos.
Cegado (enmascaramiento)	11	Si los participantes, quienes administraron las intervenciones o quienes evaluaron los resultados, conocían o no la intervención asignada. Si procede, cómo se evaluó el éxito del enmascaramiento.
Métodos estadísticos	12	Métodos estadísticos empleados para comparar los grupos en el resultado principal; métodos utilizados en análisis adicionales, como análisis de subgrupos o análisis ajustados.
RESULTADOS		
Flujo de participantes	13	Flujo de participantes en cada fase (se recomienda un diagrama). Específicamente, para cada grupo, documentar los números de participantes asignados aleatoriamente, que recibieron el tratamiento pretendido, que completaron el protocolo del estudio y a los que se incluyó en el análisis del resultado principal. Describir las desviaciones del protocolo planificado, y los motivos.
Reclutamiento	14	Fechas que limitan los períodos de reclutamiento y de seguimiento.
Datos basales	15	Características demográficas y clínicas basales en cada grupo.
Número analizados	16	Número de participantes (denominador) de cada grupo incluidos en cada análisis, y si el análisis se realizó «por intención de tratar». Expresar los resultados mediante números absolutos cuando sea factible (p. ej., 10/20 en lugar de 50%).
Resultados y estimación	17	Para cada resultado principal y secundario, un resumen de resultados por grupo y el efecto estimado y su precisión (p. ej., IC del 95%).
Análisis complementarios	18	Considerar la multiplicidad, e informar sobre cualquier otro análisis realizado, incluidos análisis de subgrupos y análisis ajustados, indicando los preespecificados y los exploratorios.
Eventos adversos	19	Todos los eventos adversos o efectos colaterales importantes en cada grupo de intervención.

DISCUSIÓN		
Interpretación	20	Interpretación de los resultados, teniendo en cuenta las hipótesis del estudio, las fuentes de sesgo o imprecisión potenciales y los peligros asociados a la multiplicidad de análisis y de variables.
Generalización	21	Generalización (validez externa) de los hallazgos del ensayo.
Evidencia global	22	Interpretación general de los resultados en el contexto de la evidencia actual.

Resultados valoración CONSORT 2001

Artículos	Ítems																					Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		22
16	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	17/22 = 77 %
28	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20/22 = 90 %

BIBLIOGRAFÍA

1. Clínica Universidad de Navarra. Deglución [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2025 [citado 2025 mayo 7]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/deglucion>
2. Christmas C, Rogus-Pulia N. Swallowing disorders in the older population. *J Am Geriatr Soc.* 2019 Dec;67(12):2643–2649. doi:10.1111/jgs.16137.
3. Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in older adults. *Mayo Clin Proc.* 2021 Feb;96(2):488–497. doi:10.1016/j.mayocp.2020.08.001.
4. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: Evaluation and collaborative management. *Am Fam Physician* 2021;103(2):97–106.
5. Barrón-Pavón V, Artiaga Núñez C, Higuera Espinoza V, Rodríguez-Fernández A, García-Flores V, Sanhueza-Garrido M, et al. Ingesta alimentaria y presbifagia en adultos mayores activos de la comunidad de Chillán, Chile. *Rev Chil Nutr* 2020;47:580–7. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182020000400580>.
6. Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R, Ricote Belinchón M. Manejo de la disfagia en Atención Primaria. Madrid: BrysemFARMA S.L.; 2020. ISBN: 978-84-944966-8-4. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
7. Matsuo K, Palmer JB. Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19(4):691-7. doi:10.1016/j.pmr.2008.06.001
8. Viñas P, Martín-Martínez A, Cera M, Riera SA, Escobar R, Clavé P, et al. Characteristics and therapeutic needs of older patients with oropharyngeal dysphagia admitted to a general hospital. *J Nutr Health Aging* 2023;27(11):996–1004. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1996-8>
9. Nagano A, Onaka M, Maeda K, Ueshima J, Shimizu A, Ishida Y, et al. Prevalence and characteristics of the course of dysphagia in hospitalized older adults. *Nutrients* 2023;15(20):4371. <https://doi.org/10.3390/nu15204371>
10. Shimizu A, Fujishima I, Maeda K, Wakabayashi H, Nishioka S, Ohno T, et al. Nutritional management enhances the recovery of swallowing ability in older patients with sarcopenic dysphagia. *Nutrients* 2021;13(2):596. <https://doi.org/10.3390/nu13020596>.
11. Namasivayam-MacDonald AM, Riquelme LF. Presbyphagia to Dysphagia: Multiple Perspectives and Strategies for Quality Care of Older Adults. *Semin Speech Lang.* 2019;40(3):227-242. doi:10.1055/s-0039-1688837
12. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). IDDSI Framework Evidence Statement [Internet]. 2016 [citado 8 may 2025]. Disponible en: <https://www.iddsi.org/images/Publications-Resources/EvidenceStatement/iddsiframework-evidencstatement.pdf>
13. Burdick RJ, Calvo I, Ferreira ML, Manzano C, Martínez MP, Petrecca MR, Riquelme LF. Marco de Referencia IDDSI Completo 2.0 | 2019 Español Armonizado: Febrero de 2024. Traducción original: 2016 Natalia Badilla Ibarra. IDDSI 2.0 | Julio 2019. Disponible en: <https://www.iddsi.org/images/Publications->

14. Shimizu A, Momosaki R, Kayashita J, Fujishima I. Impact of Multiple Texture-Modified Diets on Oral Intake and Nutritional Status in Older Patients with Pneumonia: A Retrospective Cohort Study. *Dysphagia*. 2020;35(4):574-582. doi:10.1007/s00455-019-10063-4.
15. Shimizu A, Fujishima I, Maeda K, Murotani K, Kayashita J, Ohno T, et al. Texture-Modified Diets are Associated with Poor Appetite in Older Adults who are Admitted to a Post-Acute Rehabilitation Hospital. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(9):1960–5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.018>.
16. Bengisu S, Demir N, Krespi Y. Effectiveness of conventional dysphagia therapy (CDT), neuromuscular electrical stimulation (NMES), and transcranial direct current stimulation (tDCS) in acute post-stroke dysphagia: a comparative evaluation. *Dysphagia*. 2024;39(1):77–91. doi:10.1007/s00455-023-10595-w
17. Takeda M, Watanabe Y, Matsushita T, Taira K, Miura K, Ohara Y, et al. Observational variables for considering a switch from a normal to a dysphagia diet among older adults requiring long-term care: A one-year multicenter longitudinal study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6586. doi:10.3390/ijerph19116586.
18. Shiraishi R, Kato S, Shiraishi N, Ogawa T. Association between improved dysphagia and increased trunk muscle mass in older patients with stroke undergoing convalescent rehabilitation. *Nutrition*. 2025;130:112609. doi:10.1016/j.nut.2024.112609
19. Dell'Aquila G, Peladic NJ, Nunziata V, et al. Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: the SHELTER Project. *BMC Geriatr*. 2022;22:719. doi:10.1186/s12877-022-03402-y.
20. Formisano E, Di Maio P, Ivaldi C, Sferrazzo E, Arieta L, Bongiovanni S, et al. Nutritional therapy for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): Practical protocol from a single center highly affected by an outbreak of the novel severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection. *Nutrition*. 2021;82:111048. doi:10.1016/j.nut.2020.111048.
21. Ko D, Oh J, Joo S, Park JY, Cho MS. Dietary habits, food product selection attributes, nutritional status, and depression in middle-aged and older adults with dysphagia. *Nutrients*. 2022;14(19):4045. doi:10.3390/nu14194045.
22. Acerbo FY, Lema R, López M. Grado de adecuación a los requerimientos calóricos y proteicos en pacientes con dieta de textura modificada. *Rev Nutr Clin Metab*. 2023;6(1):30-39. doi: 10.35454/rncm.v6n1.465.
23. Tajitsu M, Ishihata K, Tezuka M, Yoshimura T, Ichiki M, Ohta H, et al. Effectiveness of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing and dietary intervention during home-visit dental care in older individuals. *Gerodontology*. 2022;39(3):273–81. doi:10.1111/ger.12581.
24. Ramos AG, Reyes-Torres CA, Castillo-Martínez L, Serralde Zúñiga AE. Body composition by bioelectrical impedance, muscle strength, and nutritional risk in oropharyngeal dysphagia patients. *Nutr Hosp* 2021;38:315–20. <https://doi.org/10.20960/nh.03374>. Rugaitienė M, Lesauskaitė V, Ulozienė I, Smičius L, Damulevičienė G. Impact of modified diet, swallowing exercises, and electrostimulation on quality of life of older patients suffering from oropharyngeal dysphagia. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(7):1021. doi:10.3390/medicina60071021.

25. Saleedaeng P, Korwanich N, Muangpaisan W, Korwanich K. Effect of dysphagia on the older adults' nutritional status and meal pattern. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231158280. doi:10.1177/21501319231158280.
26. Aoyagi M, Furuya J, Matsubara C, Yoshimi K, Nakane A, Nakagawa K, et al. Association between improvement of oral health, swallowing function, and nutritional intake method in acute stroke patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11379. doi:10.3390/ijerph182111379.
27. Kyodo R, Kudo T, Horiuchi A, Sakamoto T, Shimizu T. Pureed diets containing a gelling agent to reduce the risk of aspiration in elderly patients with moderate to severe dysphagia: A randomized, crossover trial. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(31):e21165. doi:10.1097/MD.00000000000021165.
28. Shimizu A, Fujishima I, Maeda K, Murotani K, Ohno T, Nomoto A, et al. Association between food texture levels consumed and the prevalence of malnutrition and sarcopenia in older patients after stroke. *Eur J Clin Nutr*. 2022;76(11):1576–82. doi:10.1038/s41430-022-01126-1.
29. Jukic Peladic N, Orlandoni P, Di Rosa M, Giulioni G, Bartoloni L, Venturini C. Multidisciplinary assessment and individualized nutritional management of dysphagia in older outpatients. *Nutrients*. 2023;15(5):1103. doi:10.3390/nu15051103.
30. Tran TP, Nguyen LT, Kayashita J, Shimura F, Yamamoto S. Nutritional status and feeding practice among dysphagic older adult inpatients in Vietnam. *J Nutr Sci Vitaminol*. 2020;66(3):224–8. doi:10.3177/jnsv.66.224.
31. Yoshimura Y, Shimazu S, Shiraishi A, Wakabayashi H, Nagano F, Matsumoto A, et al. Triad of rehabilitation, nutrition support, and oral management improves activities of daily living and muscle health in hospitalized patients after stroke. *Clin Nutr ESPEN*. 2024 Oct;63:837–44. doi: 10.1016/j.clnesp.2024.08.018.
32. Leira J, Maseda A, Lorenzo-López L, Cibeira N, López-López R, Lodeiro L, et al. Dysphagia and its association with other health-related risk factors in institutionalized older people: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2023;110:104991. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104991>.
33. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, 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;6:LXXXIX–CXV. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>.
34. Wu XS, Miles A, Braakhuis AJ. Texture-modified diets, nutritional status and mealtime satisfaction: A systematic review. *Healthcare (Basel)* 2021;9:624. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060624>.
35. Schindler A, Pizzorni N, Cereda E, Cosentino G, Avenali M, Montomoli C, et al. Consensus on the treatment of dysphagia in Parkinson's disease. *J Neurol Sci* 2021;430:120008. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.120008>