UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina y Ciencias de la salud

Disfagia y dietas de textura modificada como factor de riesgo de malnutrición en adultos mayores con patologías neurodegenerativas.

Trabajo final de grado para Licenciatura en Nutrición.

Autora: Gonzalez, Luana Jaquelina.

Coautora: D´amelio Florencia.

Fecha: febrero 2023.

Datos de contacto:

- Celular: 1168992238
- Gonzalezluana22@gmail.com
- flor.damelioo@hotmail.com

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS 1
RESUMEN 2
INTRODUCCIÓN 4
OBJETIVOS 6
Objetivo general: 6
Objetivos específicos: 6
MATERIALES Y MÉTODOS 6
Criterios de elegibilidad 6
Estrategias de búsqueda: 7
Instrumentos de recolección de datos y procedimientos para extracción y análisis de la información 7
RESULTADOS 8
Prevalencia de malnutrición 12
Adecuación de la ingesta 13
Consecuencias clínico-nutricionales de las dietas de textura modificada 14
Estrategias para aumentar la ingesta diaria de alimentos 14
DISCUSIÓN 16
CONCLUSIÓN 18
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS 18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 19
ANEXOS 22

AGRADECIMIENTOS

Un profundo agradecimiento a mi tutora y coautora que me guio y acompaño durante todo este proceso, ya que sin ella esto no hubiese sido posible. A mi familia y amigos que me supieron entender en mis momentos de llantos y felicidad durante todos estos años. Gracias a todos los profesores que se cruzaron en este camino tan lindo y me dejaron enseñanzas para aplicar a nivel profesional en el futuro y por último agradecer a los amigos que me brindo la facultad, que sin ellos todo este tramo recorrido no hubiera sido el mismo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Se define como adulto mayor a todo individuo que supere los sesenta años. En este tipo de población es muy frecuente el padecimiento de enfermedades neurodegenerativas que presentan como síntoma recurrente la disfagia, causando dos grandes complicaciones: el riesgo de aspiración y el riesgo de deshidratación y/o malnutrición. Para evitar este tipo de situaciones, se debe adecuar la consistencia de la alimentación según tolerancia del paciente. En Argentina se dispone del marco de la iniciativa internacional de estandarización de la dieta (IDDSI, por sus siglas en inglés) utilizado en pacientes que presentan disfagia, ya sea a sólidos, líquidos o a ambos. La finalidad de este trabajo consistirá en analizar las dietas de textura modificada en los adultos mayores y qué consecuencias tienen las mismas respecto al estado nutricional. Por otra parte, se buscarán distintas estrategias para intentar mejorar el tratamiento y así la calidad de vida del paciente que se alimenta de dietas de textura modificada.

OBJETIVO:

Revisar la evidencia actualizada sobre las dietas de textura modificada para disfagia como factor de riesgo de malnutrición en adultos mayores con patologías neurodegenerativas.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica donde se incluyeron 30 artículos científicos de tipo ensayo clínico, estudios transversales y longitudinales, metaanálisis, revisiones narrativas y sistemáticas.

RESULTADOS:

Se incluyeron veintinueve trabajos, en donde la población en estudio fue de adultos mayores que presentaban patologías neurodegenerativas. Se encontraron grandes similitudes entre los factores que influyen en la sintomatología, como por ejemplo la edad avanzada, el sexo femenino y la viudez; también se demostró que la presencia de enfermedades neurodegenerativas, tales como el Parkinson o demencia, aumentan el riesgo de padecer malnutrición. Los estudios indican que un 62% de la población de adultos mayores ambulatorios estaban en riesgo de desnutrición o malnutrición, según MNA, y que alrededor del 30% presentaban riesgo de disfagia, según la herramienta de detección EAT-10. Una alternativa para disminuir o tratar los síntomas en aquellos pacientes con disfagia a sólidos, es

utilizar alimentos y preparaciones con textura modificada. También se concluyó que la capacidad de deglución anormal es un factor de riesgo para la desnutrición lo que conlleva a resultados clínicos adversos a mediano o largo plazo.

CONCLUSIÓN:

Las dietas de textura modificada y los suplementos nutricionales orales son un factor protector para prevenir las complicaciones en aquellos pacientes que presentan disfagia. Existen diferentes estrategias a favor de la mejora del paciente para promover la correcta ingesta alimentaria, evitando déficits o carencias desde la modificación de las preparaciones culinarias hasta el cambio en la temperatura y viscosidad de los alimentos. Disminuir los factores de riesgo junto con las dietas de textura modificada y la suplementación en dichos pacientes reduciría su estancia hospitalaria, lo que mejoraría su calidad de vida y disminuiría los gastos en la salud pública.

Palabras claves: “Malnutrition”, “olderadults”, “dysphagia”, “neurodenerativepathologies”.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como adulto mayor a todo individuo que exceda los sesenta años de edad. A este también se lo llamará de forma indistinta persona de la tercera edad(1). En el censo que se realizó durante el año 2010 en la República Argentina, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) reportó que el 10.2% de la población correspondían a adultos mayores, de los cuales el 59.2% representaba la población femenina(2).

Las enfermedades neurodegenerativas en las personas de la tercera edad tienen una alta prevalencia a nivel mundial. Estas *"se caracterizan por la degeneración y muerte de las células del sistema nervioso (neuronas)"*. Diversos autores refieren que dentro de las enfermedades más conocidas y comunes en el adulto mayor se encuentran: enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y demencias. La enfermedad que se desarrollará a lo largo del tiempo dependerá de la zona del cerebro afectada(3).

En personas de edad avanzada que padecen enfermedades neurodegenerativas es un síntoma común la disfagia, esta dependerá de la patología que la ocasione y el grado de severidad. En diferentes estudios se muestra una prevalencia entre el 28% y el 73% tras un accidente cerebrovascular, hasta del 84% en el caso de las demencias y del 52% en pacientes que presentaban enfermedad de Parkinson. La disfagia es un síntoma que se define como la alteración en la eficacia de la deglución aumentando la dificultad con el paso del alimento de la boca al esófago, causando dos grandes complicaciones(4–6). Una de ellas, es el riesgo de aspiración al momento de ingerir los alimentos provocando diversas dificultades en los pulmones o en las vías respiratorias. Y por otra parte puede causar deshidratación y/o malnutrición por la incapacidad de ingerir la cantidad necesaria de calorías y líquidos para mantener una adecuada nutrición, ocasionando como efecto el aumento en la estancia hospitalaria, elevando los costos en la salud y disminuyendo la calidad de vida. Los principales síntomas de la disfagia son babeo, tos, trastornos de la masticación, regurgitación y peligro de broncoaspiración cuyas consecuencias pueden ser el retraso en la recuperación de la ingesta oral, el tratamiento hospitalario prolongado y la disminución en la calidad de vida. Para prevenir las complicaciones mencionadas, el abordaje alimentario-nutricional sugerido es la adecuación de la consistencia según tolerancia del paciente, posteriormente la suplementación nutricional

y por último recurrir a la alimentación enteral. Se deberá considerar como última instancia la nutrición parenteral, en aquellos casos que no sea posible la ingesta oral, pero esto no ocurre a menudo en los adultos mayores ya que las complicaciones que ocurren con la utilización de esta vía son elevadas y no se visualizan grandes mejoras en la calidad de vida(7).

Por estos motivos, una alternativa para disminuir o tratar los síntomas en aquellos pacientes que presenten disfagia a solidos es utilizar alimentos y preparaciones con textura modificada (TMF, por su sigla en inglés). Mientras que en aquellos pacientes que presenten disfagia a líquidos se emplean agentes espesantes para ajustar la viscosidad, densidad y el límite elástico(6).

En Argentina se dispone del marco de la iniciativa internacional de estandarización de la dieta (IDDSI, por sus siglas en inglés) utilizados en pacientes que presentan disfagia, ya sea a sólidos, líquidos o a ambos. La IDDSI facilita un léxico común para especificar las texturas de los alimentos y la viscosidad de las bebidas en donde se propone mejorar la seguridad y reducir las complicaciones en aquellas personas que presentan disfagia. Los líquidos y los alimentos se deberán clasificar según el proceso fisiológico involucrado del paciente. Este consiste en un continuo de 8 niveles, diferenciando las mediciones de las bebidas del nivel 0 al 3, donde 0 representa bebida fina, 1 ligeramente espesa, 2 poco espesa y 3 moderadamente espesa; y los alimentos del nivel 4 al 7, donde el nivel 4 representa alimento transitivo de modo puré, 5 picado y húmedo, nivel 6 suave y tamaño pequeño y el nivel 7 es representado como dieta general(8,9).

Para el tratamiento de la disfagia es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario, integrado por enfermeras, nutricionistas, médicos, fonoaudiólogos, geriatras, entre otras especialidades(10).

La finalidad de este trabajo consistirá en analizar las dietas de textura modificada en los adultos mayores y qué consecuencias tienen las mismas respecto al estado nutricional. Por otra parte, se buscarán distintas estrategias para intentar mejorar el tratamiento y así la calidad de vida del paciente que se alimenta a través de las dietas de textura modificada.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Revisar la evidencia actualizada sobre las dietas de textura modificada para disfagia como factor de riesgo de malnutrición en adultos mayores con patologías neurodegenerativas.

Objetivos específicos:

En adultos mayores con patologías neurodegenerativas que reciben dietas de textura modificada para disfagia:

- Describir la prevalencia de malnutrición.
- Describir la adecuación de la ingesta.
- Describir las consecuencias clínico – nutricionales de las dietas de textura modificada.
- Identificar las estrategias para aumentar la ingesta diaria de alimento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Criterios de elegibilidad
Criterios de inclusión

Se incluirán ensayos clínicos, estudios transversales o longitudinales, revisiones narrativas, sistemáticas y metanálisis publicados en idioma inglés o español.

Se incluirán artículos que integren las siguientes temáticas sobre:

- Adultos mayores;
- Disfagia;
- Adecuación de la consistencia y
- Patologías neurodegenerativas tales como enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y demencias.

Criterios de exclusión

- Que excedan los diez años de publicación;
- Patologías neurodegenerativas tales como ataxia de Friedreich, enfermedad de Huntington, atrofia muscular espinal y
- Estudios en animales.

Estrategias de búsqueda:

Bases electrónicas utilizadas para la búsqueda: PUBMED, Cochrane library, Scielo, Dialnet.

Palabras claves: *"Malnutrition", "olderadults", "dysphagia", "neurodenerativepathologies".*

Se utilizaron filtros para delimitar la búsqueda de documentos publicados desde el año 2012 al 2022, en el rango de edad mayor a 60 años, ambos sexos biológicos y con restricción al idioma español e inglés.

Instrumentos de recolección de datos y procedimientos para extracción y análisis de la información.

Se utilizará un formulario para la extracción de datos estandarizado (ANEXO 1)

En primera instancia se procederá a la lectura de los títulos y resúmenes donde se descartarán los estudios no relevantes, aquellos duplicados o que no cumplan con los criterios de inclusión. Luego se realizará la lectura del texto completo de los estudios que se consideraron relevantes según el título y resumen. Por último, se descartarán estudios según el texto completo que no cumplan con los criterios de inclusión, seleccionando un total de 30 artículos.

La búsqueda arrojo un total de 3285 resultados sin ningún tipo de discriminación. Se eliminaron todos los artículos que no cumplían con los criterios de inclusión quedando un total de 236 artículos. Se procedió a la lectura del título y resúmenes donde solo se seleccionaron 48 trabajos. Luego de realizar la lectura del texto completo, cumpliendo con los criterios de inclusión se incluyeron 30 artículos.

A continuación, las tablas 1 y 2 presentan los artículos que se seleccionaron para los objetivos propuestos, el análisis y la redacción de resultados, discusión y conclusiones.

RESULTADOS

Se incluyeron veintinueve estudios, de los cuales dos estudios fueron observacionales, seis revisiones sistemáticas, trece estudios transversales, un estudio prospectivo longitudinal cuasiexperimental, un ensayo aleatorizado controlado multicéntrico, un ensayo clínico, un estudio de cohorte retrospectivo y tres revisiones narrativas. En todos los casos la población de estudio fue de adultos mayores que presentaban patologías neurodegenerativas, con un mínimo de 22 a 365,530 participantes, en el caso de un solo estudio. En los ensayos se realizaron distintas intervenciones: atención nutricional e intervención dietética, intervenciones mínimamente invasivas, medidas antropométricas y pruebas en grupo control con suplementos nutricionales espesados. (Tablas 1 y 2)

Tabla N°1: Ensayos, estudios y revisiones sistemáticas

Autor y año	Tipo de documento	Tipo de participantes	N° de participantes	Tipo de intervención	Variables
Cabre, Mateu 2014	Estudio prospectivo observacional	Pacientes de 70 años o mas	2359	No corresponde	Edad, sexo y lugar de procedencia; enfermedad concomitante, índice de comorbilidad de Charlson y presencia de síndromes en el adulto mayor; estado funcional 2 semanas antes del ingreso y al ingreso mediante el Índice de Barthel (BI); estado cognitivo; y estado nutricional.
Montejano Lozoya Raimunda 2014	Estudio transversal	Adultos mayores autónomos, no institucionalizados.	660	No corresponde.	Factores sociodemográficos y económicos. Factores psicosociales. Factores de alimentación y nutrición. Factores de morbilidad. Factores físicos.
Carrillo Prieto Esmeralda 2016	Estudio descriptivo y transversal.	Personas de 65 años o más, residentes en instituciones sociosanitarias públicas de Toledo con disfagia.	33	No corresponde.	Edad, sexo, valoración antropométrica, dieta, restricciones dietéticas, suplemento y estado nutricionales con MNA.
Favaro Moreira Cristina Nadia 2016	Revisión sistemática de estudios observacionales longitudinales	Población de edad avanzada (≥65 años).	6 estudios longitudinales	Intervención dietética	Desnutrición/riesgo de desnutrición al inicio del estudio, edad, sexo, capacidad funcional, estado de salud actual.
Newmann Roger 2016	Revisión sistemática	Pacientes con disfagia orofaríngea	33	No corresponde.	Cierre de labios; elevación lingual; sello de la lengua al paladar; preparación/masticación de bolos; transporte de bolos/movimiento lingual; iniciación de la deglución faríngea; elevación y retracción del paladar blando; elevación laríngea; excursión del hioides anterior; cierre laríngeo; contracción

					faríngea; apertura del segmento faringo esofágico; retracción de la base de la lengua; Inversión epiglótica y aclaramiento esofágico.
Damaio Renata 2017	Estudio transversal	Individuos mayor o igual a 60 años	3101	No corresponde	Sexo, rango de edad, educación, arreglo de vivienda, etnia, ingreso familiar, antecedente de tabaquismo, consumo de alcohol actual, enfermedades cardiacas.
Painter Virginia 2017	Revisión sistemática	Adultos mayores de 60 años	22	No corresponde.	No reportado por el autor.
Amaro Andrade Patricia 2018	Estudio transversal	Adultos mayores de 60 años hospitalizados	909	No corresponde .	Edad, IMC, área de la pantorrilla y circunferencia de cintura.
Fernandez Rosati Javiera 2018	Estudio transversal	Pacientes mayores de 60 años	80	No corresponde	Edad, sexo y presencia de enfermedades que pudieran relacionarse con disfagia.
Gomez Lizarralde 2018	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal	Pacientes con alteraciones neurológicas, pacie ntes con alteraciones sensoriales y pacientes sin ningún diagnóstico.	80	No corresponde	Género, edad, etnia, nivel de escolaridad y último empleo; órganos fono articuladores: labios, lengua, dientes, encías, paladar duro y blando, succión, masticación, deglución, comportamiento muscular, síntomas y signos en las etapas observables, durante el proceso de la ingesta de alimentos.
Hagglund Patricia 2018	Estudio transversal	Personas mayores en cuidados a corto plazo	391	No corresponde	Género, años, comorbilidades, condición de riesgo de disfagia, tos, cambio de voz, cambio de voz sin tos.
Chatindiara Idah 2018	Estudio transversal	Adultos mayores de 60 años.	234	No corresponde.	Edad, peso, talla e IMC.
Tagliaferri Sara 2018	Ensayo clínico	Pacientes ambulatorios	773	No corresponde.	Edad, sexo, peso altura, comorbilidades previas, equilibrio de pie, función cognitiva y la fuerza máxima de prensión manual.
Barron Pavon Veronica 2020	Estudio analítico y de corte transversal	Adultos mayores	186	No corresponde	Edad, peso, talla e IMC.
Espinosa-Val Carmen 2020	estudio prospectivo, longitudinal, cuasiexperiment al	Pacientes con demencia	255	No corresponde	Edad, estado nutricional, modificación de la textura, severidad de la demencia,
Vivienne Al Huppertz 2020	ensayo aleatorizado, controlado, multicéntrico y abierto con dos grupos paralelos.	Residentes de hogares de ancianos.	Grupo control: 78 / grupo de prueba: 78. Total= 156.	Grupo control: recibirán atención nutricional y de OD estándar, y los residentes en el grupo de prueba recibirán atención nutricional y de OD estándar con	IMC, pérdida de peso corporal involuntaria, dependencia del cuidado en la alimentación y pérdida de apetito.

				suplementos diarios adicionales de ONS espesado.	
Atsuko Kurosu 2021	Estudio transversal	Adultos mayores	476	No corresponde.	Información demográfica, IMC, estado civil, tipo de comida, arreglo de vivienda y estado de ingresos, diagnóstico previo de DO, diagnóstico de demencia, neumonía, hospitalización por neumonía, presencia de dientes y prótesis dentales faltantes o dificultad para masticar.
Brigitte Alexi Moncayo-Hernandez 2021	Estudio observacional, analítico y transversal.	100 adultos < a 65 años entre septiembre y diciembre de 2017	100	No corresponde.	Fuerza de prensión, velocidad de la marcha, la circunferencia de la pantorrilla, la evaluación nutricional (MNA), el índice de Barthel, la evaluación cognitiva y el índice de comorbilidad de Charlson.
Mina CN Engh 2021	Estudio transversal	Adultos mayores	121	Intervenciones dirigidas a residentes con disfagia; form ación del personal; y calidad percibida de las prácticas clínicas actuales en el hogar de ancianos.	Antecedentes de los encuestados, asilos de ancianos, los residentes y el personal; cribado y evaluación de la disfagia; manejo y patrones de práctica.
Takahiro Nishida 2021	Estudio transversal	Adultos mayores ≥ 65 años	18651	No corresponde.	Edad, sexo, estructura familiar y la autoevaluación de la salud.
Vargas Garcia Miguel 2021	Revisión sistemática	Adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas	21 artículos	No reportados por el autor	Intervención multidisciplinaria, modificación del entorno, uso de fármacos como medio para mitigar síntomas principalmente motores, procedimientos quirúrgicos; además, maniobras deglutorias, compensatorias, rehabilitadoras.
Xiaojing Sharon Wu 2021	Revisión sistemática	Adulto mayor	55 estudios	No corresponde.	Cambios de peso, dieta de textura modificada y grado de aceptación durante la alimentación.
Ayaka Matsumoto 2022	Estudio de cohorte retrospectivo	pacientes con sarcopenia con accidente cerebrovascular	586	No corresponde.	Escala de nivel de ingesta de alimentos como evaluación de la disfagia e índice de riesgo nutricional geriátrico como estado nutricional al alta hospitalaria,
Bendix Labeit 2022	Estudio transversal prospectivo.	Adultos mayores de 60 años.	64	No corresponde.	Evaluación demográfica y clínica, evaluación de la deglución, evaluación de las funciones sensoriales orofaríngeas, valoración del estado nutricional, fuerza/volumen muscular y fragilidad.

Guitao Zhang 2022	Revisión sistemática	Pacientes con accidente cerebrovascular mayores de 70 años con y sin cribado de disfagia.	365,530	No corresponde.	Edad, sexo; seguro médico de hospitalización; gravedad del accidente cerebrovascular al ingreso; antecedentes de accidente cerebrovascular, hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad coronaria, demencia, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, estenosis carotídea; tabaquismo actual, alcoholismo; historial de medicación de distintos fármacos; y las características del hospital.
Xiaojing Sharon Wu 2022	Estudio transversal	Residentes mayores de 65 años	85	No corresponde	Edad, género, IMC, origen étnico, la estatura, duración de la estadía, nivel de movilidad, historial médico, motivo y nivel por el que se requieren TMD y los líquidos espesados.
ONS/SNO: Suplementos nutricionales orales. MNA: Mini NutritionalAssessment. IMC: índice de masa corporal. DO: Disfagia orofaríngea. TMD: Dietas de textura modificadas					
Fuente: elaboración propia.					

Tabla N° 2: revisiones narrativas

Autor y año	Objetivos	Población	Tipo de resultados
Ballesteros Pomar, María. 2020	Resaltar las brechas en la práctica entre el manejo basado en evidencia de la DO y los patrones del mundo real, incluida la provisión dietética inadecuada y la capacitación insuficiente del personal.	Adulto mayor	Existe evidencia empírica limitada para guiar la práctica en el manejo del DO. Dada la población compleja y heterogénea de residentes de NH de estadía prolongada, algunos enfoques e intervenciones de "mejores prácticas" requieren pruebas de eficacia exhaustivas antes de que se puedan implementar más cambios en la política.
Pinilla Cardenas Maria Alejandra 2021	Describir el proceso y modelos de envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día para atención de población adulta mayor.	Adulto mayor	Es necesario conservar y fortalecer la salud y bienestar de los adultos mayores, y promover procesos de envejecimiento exitoso, activo y saludable. El aumento de las patologías a edades avanzadas, junto a otros, generan situaciones de dependencia y discapacidad.
O´Keeffe Shaun. 2022	Resumir la evidencia con respecto a los beneficios y riesgos potenciales de las dietas modificadas en la disfagia; Examinar si la práctica actual con respecto a las dietas modificadas refleja y	Adulto mayor	No existen buenas pruebas hasta la fecha de que espesar los líquidos reduzca la neumonía en la disfagia y esta intervención se puede asociar con una ingesta reducida de líquidos. Los alimentos de textura modificada pueden contribuir a la desnutrición en personas con disfagia. El uso de

	está respaldada por la base de evidencia actual.		dietas modificadas tiene una base fisiopatológica racional en la disfagia, la relación entre la aspiración y la neumonía no está bien definida. Existe una discrepancia significativa entre la escasez de la base de evidencia que respalda el uso de dietas modificadas y las creencias y prácticas de los médicos.
Fuente: elaboración propia.			

Prevalencia de malnutrición

Los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica indicaban que alrededor del 62% de una gran población de pacientes ambulatorios mayores estaba en riesgo de desnutrición o malnutrición, según MNA, y que alrededor del 30% estaba en riesgo de presentar disfagia, según la herramienta de detección EAT-10. Dicha herramienta es utilizada para la evaluación de síntomas específicos de disfagia y se trata de un cuestionario de 10 preguntas diseñado por un grupo multidisciplinario en donde el paciente debe responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de cinco puntos, en la que cero indica la ausencia del problema y cuatro demuestra que se trata de un problema serio. Se puede observar que según esta escala, aumenta la prevalencia de desnutrición en los hospitales a medida que aumenta el riesgo de disfagia(11).

Tal como se mencionó anteriormente uno de los problemas frecuentes que se presentan en los adultos mayores es la malnutrición por la incapacidad de ingerir la cantidad necesaria de calorías y líquidos para mantener una adecuada nutrición. En cuanto a los factores sociodemográficos, múltiples autores confirmaron que, la edad avanzada, la viudez o soledad y el sexo femenino son variables que se asocian de forma directa con el riesgo nutricional. Por otro lado, los ingresos económicos insuficientes hacen que esta población sea vulnerable respecto del acceso de nutrientes y por consecuencia pueden desencadenar desnutrición. Montejano, et al, demostraron que algunas de las enfermedades que aumentaron la probabilidad de desnutrición fueron los trastornos gastrointestinales, la diabetes, el cáncer y diversas enfermedades mentales como la demencia, Parkinson y/o Alzheimer. Y a su vez los factores que incrementaron el riesgo de malnutrición en mayor proporción fueron la xerostomía y padecer dificultad al deglutir alimentos(4,12–14).

Por otro lado, se encontraron coincidencias en un estudio observacional y en una revisión sistemática en donde señalan que los factores físicos asociados con la desnutrición incluyen fragilidad, polifarmacia, deterioro funcional, dificultad motriz para subir y bajar escaleras,

deterioro cognitivo y demencia, enfermedad de Parkinson, estreñimiento y un estado de autoconciencia pobre o moderado(15,16).

Takeuchi, et al, demostraron una asociación independiente entre la desnutrición y la disfagia, una condición que aumenta el riesgo de morbilidad, fragilidad y mortalidad(17). Dos estudios transversales incluidos en esta revisión coincidieron que la detección precoz de la disfagia mediante la escala EAT 10 fue la herramienta más rápida y económica para identificar a los pacientes con problemas de deglución(11,12,18).

Adecuación de la ingesta

Gomez, et al, refirieron que la estructura y función orofacial de los ancianos sufre alteraciones con la edad, lo que conlleva a diferentes cambios en la ingesta de estos pacientes y, por lo tanto, en la necesidad de utilizar líquidos como medio facilitador. Asimismo, se deben realizar ajustes de temperatura y la consistencia debe correlacionarse con el tipo de limitación que presenta el paciente para aprovechar mejor los alimentos(19).

Espinosa, et al, destacaron que la recomendación más común al alta médica fue proporcionar la dieta suave y tamaño bocado, término utilizado por la IDSSI en el nivel 6. Los pacientes con disfagia, especialmente aquellos que requerían dieta de textura puré, término de la IDSSI en su nivel 4, tenían un mayor riesgo de desnutrición debido a la apariencia de los alimentos y sus propiedades organolépticas desabridas, lo que llevo a una pérdida del placer al comer, comprometiendo su estado nutricional(20).

Independientemente en un ensayo aleatorizado y controlado se reportó que al adecuar la ingesta, la densidad de nutrientes de los alimentos sólidos disminuye con el aumento de agua para mezclar el producto alimenticio, lo que a su vez aumenta la saciedad con déficit calórico(21). Mientras que Xiaojing, et al, manifestaron que los pacientes que presentaron disfagia requieren mayor atención y estímulo en la aceptación de las modificaciones de textura, por lo que la asistencia a pacientes de alto riesgo al momento de alimentarse puede contribuir a mejoras en su estado nutricional(22).

Por otra parte, el mismo autor en otro estudio de tipo transversal refirió que los líquidos espesados disminuyen su velocidad de flujo permitiendo más tiempo para el cierre de las vías respiratorias y reduciendo el riesgo de aspiración; de este modo el alimento con textura

modificada es más susceptible y seguro de poder ser ingerido en este tipo de población, previniendo el riesgo de aspiración al momento de su consumo(23).

Consecuencias clínico-nutricionales de las dietas de textura modificada

La disfagia se constituye como un síndrome geriátrico debido a su alta prevalencia en el grupo de población de adultos mayores, la cual se sitúa entre el 7% y el 22%. En los adultos mayores institucionalizados esto se encuentra entre el 40% y el 78%. Es por esto que la prevalencia de desnutrición en pacientes con disfagia conlleva hacia resultados clínicos adversos y negativos a largo plazo, como la aparición de infección respiratoria, disminución de la masa muscular esquelética, estancias hospitalarias más prolongadas y una mayor tasa de mortalidad(24,25).

Hägglund, et al, refirieron que la disfunción de la deglución se asoció con una disminución del estado funcional, lo que conlleva a la reducción en la capacidad para mantenerse y conservarse de manera independiente, y un aumento de la edad. Los pacientes con una capacidad de deglución anormal tenían un mayor riesgo de desnutrición(5).

El riesgo de disfagia aumenta junto con la pérdida de rendimiento físico. Los trastornos cerebrovasculares y las enfermedades neurodegenerativas graves pueden causar tanto disfagia como deterioro de la función física y cognitiva. La disfagia puede causar sarcopenia relacionada con la nutrición, lo que aumenta el riesgo de resultados adversos, como fragilidad física, discapacidad, anemia, caídas, predisposición a infecciones, depresión y sarcopenia e incluso la muerte(14,20,21,23,26,27).

De todas maneras Painter, et al, destacaron que todavía falta evidencia sobre si las dietas de textura modificada mejoran los resultados clínicos como la neumonía por aspiración o la nutrición ya que todavía se identifican efectos adversos donde se incluyen una menor ingesta de energía y líquidos(28).

Estrategias para aumentar la ingesta diaria de alimentos

En los estudios analizados, la mayor parte de los autores optaron por utilizar agentes espesantes cuando se presenta disfagia a líquidos con el fin de modificar y adecuar las preparaciones ya que sería beneficioso para estos pacientes porque retrasan la deglución debido a la disminución de la velocidad del flujo del alimento en comparación con el líquido diluido. De todas maneras, varios estudios reportan desventajas relacionadas con el uso de espesantes, ya que aumenta el riesgo de deshidratación. Por otra parte, se utilizaron las dietas de textura

modificada en aquellos pacientes que presentan disfagia a solidos de acuerdo con la estandarización según IDSSI. A su vez se sugiere el uso de suplementos naturales y productos nutricionales de alta palatabilidad para mejorar la adherencia y el pronóstico de los pacientes(20,29–31).

En una revisión sistemática se observó que la rehabilitación de la disfagia involucra diversas estrategias que modifican el entorno a favor de la mejora del adulto mayor, como propiciar la educación al cuidador del paciente, la musicoterapia o la modificación de la textura de ciertos alimentos. Por otro lado, el volumen se deberá adaptar según la alteración que presente el paciente y su capacidad de deglutir con seguridad y la temperatura deberá ser alternada en fríos o calientes para estimular la deglución. También es recomendable que los utensilios utilizados sean adaptados tanto para sólidos como para líquidos, por ejemplo, el protector anti-ahogo debido a que nos asegura que no haya trozos de alimento en la boca, y la transformación de determinadas preparaciones culinarias. Sin embargo, este autor observó que la disfagia en conjunto con las dietas de textura modificada afectaron negativamente la vida social y la autoidentidad, definida como función psicológica que permite a la persona establecer un sentido de identidad personal, siendo esencial para el desarrollo de la interacción social con otras personas. Las estrategias que sugiere para el manejo de la disfagia son los ajustes posturales compensatorios, maniobras de deglución y terapias basadas en diversas actividades que involucren la musculatura y la postura corporal como por ejemplo: ejercicios de motricidad oral, fonatoria y respiratoria y actividades de entrenamiento de los músculos inspiratorios y espiratorios(10).

Por otra parte, puede ser necesario considerar ofrecer alimentos o bebidas ricos en nutrientes, como suplementos nutricionales orales. Xiaojing, et al, observaron que el consumo de suplementos nutricionales orales fue aceptado por los pacientes de la tercera edad y a favor de esto aumentaron la ingesta calórica diaria. A su vez, se desarrolló la Triple Adaptación de la Dieta, que consistió en la adaptación organoléptica, calórico-proteica y textura de platos diseñados para reducir la malnutrición y la deshidratación en pacientes con disfagia(23).

DISCUSIÓN

Si bien existe una gran diversidad dentro de las prácticas metodológicas empleadas en los estudios incluidos (siendo la mayoría de estos de tipo transversal), los resultados con menos controversias de esta revisión indican que las dietas de textura modificadas junto a la adición de suplementos nutricionales orales disminuyen el riesgo de malnutrición en los adultos mayores con disfagia y enfermedades neurodegenerativas.

Analizando y combinando los factores de riesgo que aumentan la presencia de malnutrición, se encontraron grandes similitudes sin diferencias significativas entre los factores de edad adulta avanzada, el sexo femenino, la viudez y/o soledad; por otra parte, también se demostró que la presencia de enfermedades neurodegenerativas, tales como el Parkinson o demencia, aumentan el riesgo de padecer malnutrición(12–15,17,18,32).

La disfagia orofaríngea es una afección prevalente en pacientes con demencia avanzada y se asocia con complicaciones graves, mal pronóstico y bajo cumplimiento con la adaptación de fluidos y texturas(25). Teniendo en cuenta estos hallazgos se recomienda que el licenciado en nutrición realice al ingreso hospitalario un cribado de rutina mediante la escala de EAT-10, siendo esta la más beneficiosa al momento de detectar a los pacientes con dificultades para deglutir, debido a que las intervenciones que se enfoquen en aumentar la fuerza muscular y/o prevenir el riesgo de disfagia pueden reducir el riesgo de desnutrición. Por otra parte, el licenciado en nutrición debe comprender los factores asociados con el riesgo nutricional ya que puede ayudar a identificar los pacientes con problemas nutricionales y así realizar el tratamiento adecuado cuando existe la presencia de disfagia orofaríngea.

Como afirman los estudios analizados, más de la mitad de los adultos mayores carecen de una nutrición óptima y equilibrada. Una alternativa para disminuir o tratar los síntomas en aquellos pacientes que presenten disfagia a sólidos, es utilizar alimentos y preparaciones con textura modificada. Se encontraron también evidencias acerca de que los pacientes que presentan disfagia requieren mayor atención y estímulo para la aceptación de las modificaciones de textura que tiene como ventaja mejorar el estado nutricional(19–21,24).

Se deben incluir diversas estrategias para que el paciente finalice el racionamiento correspondiente de manera adecuada y así poder prevenir las complicaciones. Dentro de estas estrategias se reportaron la modificación de la consistencia en el plato, la temperatura y la viscosidad de los alimentos y la asistencia al momento del consumo(21,23,30,31,33,34).

Asimismo, actualmente se encuentra en investigación el uso de la tecnología de impresión tridimensional de alimentos listos para consumir, que posean la textura y viscosidad adecuadas para un paciente específico. En particular, se estudia el desarrollo de pastas, emulsiones y espumas con calidad diferenciada. Por ejemplo, se investiga el desarrollo de espumas alimentarias para evitar la deshidratación ya que estas aportan grandes ventajas en las dietas para personas con requerimientos nutricionales especiales, como pacientes que presentan disfagia orofaríngea a líquidos, teniendo como propósito aumentar la densidad calórica, modificación de la textura y la mejora de las propiedades reológicas. De todas maneras, una de las limitaciones que presenta este tipo de estudios es que no está confirmado si este tipo de espumas son seguras para pacientes con disfagia, por lo tanto, existe la necesidad de estudiar las tintas de espuma para la impresión tridimensional(35).

Otra limitación importante es la falta de estudios más homogéneos, con la inclusión de personas de mayor rango etario, debido a que la esperanza de vida está aumentando en la actualidad.

Los autores de los estudios incluidos reportaron las diversas limitaciones entre las cuales las más relevantes se mencionan a continuación:

1. Las medidas antropométricas fueron evaluadas por diferentes evaluadores, por lo que se presentaron grandes variabilidades interpersonales;
2. La mayoría de los estudios contienen muestras pequeñas por lo que sería recomendable ampliarlo;
3. Existe una gran cantidad de ancianos con disfagia que probablemente no fueron detectados y que podrían haber pasado inadvertidos debido a que dicha alteración se encuentra diagnosticada generalmente de manera tardía en el tipo de población estudiada; y
4. La inclusión de residentes incapacitados limita algunas pruebas y esas deben ser completadas por un cuidador.

CONCLUSIÓN

La disfagia orofaríngea en adultos mayores puede ser causada por diversas enfermedades. En los distintos estudios analizados en el presente trabajo, se observó que enfermedades como el Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y demencias son comunes en este tipo de población, lo que puede generar como síntoma la disfagia. La misma suele ocasionar complicaciones tales como riesgo de aspiración al momento de ingerir los alimentos, malnutrición debido a un patrón alimentario bajo en nutrientes de buena calidad y/o deshidratación a causa de una ingesta escasa en líquidos. Es por esto por lo que las dietas de textura modificada y los suplementos nutricionales orales son un factor protector para prevenir las complicaciones en aquellos pacientes que presentan disfagia orofaríngea. Existen diferentes estrategias a favor de la mejora del paciente para promover la correcta ingesta alimentaria, evitando déficits o carencias como la modificación de las preparaciones culinarias o el cambio en la temperatura y viscosidad de los alimentos. Debido a esto es significativo el rol del nutricionista indicando la adaptación de la textura según tolerancia del paciente para así, poder reducir los efectos adversos. Por otra parte, lo más importante es la nutrición adecuada, completa y equilibrada para evitar falencias de tipo nutricional. Disminuir los factores de riesgo junto con las dietas de textura modificada y la suplementación en dichos pacientes reduciría su estancia hospitalaria, lo que mejoraría su calidad de vida y disminuiría los gastos en la salud pública. También es sustancial resaltar que para el tratamiento de la disfagia es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de interés en relación con este manuscrito para divulgar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Analisis de la calidad de vida.pdf [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/huejutla/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

2. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-18-77

3. Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA. Fundacion BBVA; 2007. 785 p.

4. Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, García Meana JF, Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. Gerokomos. diciembre de 2016;27(4):147-52.

5. Hägglund P, Fält A, Hägg M, Wester P, Levring Jäghagen E. Swallowing dysfunction as risk factor for undernutrition in older people admitted to Swedish short-term care: a cross-sectional study. Aging Clin Exp Res. 1 de enero de 2019;31(1):85-94.

6. 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. 28 de septiembre de 2022;14(19):4045.

7. Venegas M, Navia R, Fuentealba I, Medina MD de, Kunstmann P. MANEJO HOSPITALARIO DE LA PERSONA MAYOR CON DISFAGIA. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de enero de 2020;31(1):50-64.

8. IDDSI - Marco IDDSI [Internet]. [citado 6 de enero de 2023]. Disponible en: https://iddsi.org/framework/

9. IDDSI, el estándar internacional de homologación de texturas modificadas [Internet]. restauracioncolectiva.com. [citado 6 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.restauracioncolectiva.com/n/iddsi-el-estandar-internacional-de-homologacion-de-texturas-modificadas

10. Garcia MAV, Arboleda VB, Ruiz AO, Cuartas CV. Abordaje Rehabilitador de la Deglución en Adultos Mayores con Enfermedades Neurodegenerativas: Revisión Sistemática: Revisión sistemática. Areté. 18 de junio de 2021;21(1):55-64.

11. Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. Nutr Hosp. diciembre de 2012;27(6):2048-54.

12. Chatindiara I, Allen J, Popman A, Patel D, Richter M, Kruger M, et al. Dysphagia risk, low muscle strength and poor cognition predict malnutrition risk in older adults at hospital admission. BMC Geriatr. 21 de marzo de 2018;18(1):78.

13. Montejano Lozoya AR, Ferrer Diego RM[a], Clemente Marín G, Martínez-Alzamora N, Sanjuan Quiles Á, Ferrer Ferrándiz E. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Nutr Hosp. octubre de 2014;30(4):858-69.

14. Damião R, Santos Á da S, Matijasevich A, Menezes PR. Factors associated with risk of malnutrition in the elderly in south-eastern Brazil. Rev Bras Epidemiol. diciembre de 2017;20:598-610.

15. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data123. Adv Nutr. 9 de mayo de 2016;7(3):507-22.

16. Moncayo-Hernández BA, Herrera-Guerrero JA, Vinazco S, Ocampo-Chaparro JM, Reyes-Ortiz CA. Sarcopenic dysphagia in institutionalised older adults. Endocrinol Diabetes Nutr Engl Ed. 1 de noviembre de 2021;68(9):602-11.

17. Takeuchi K, Aida J, Ito K, Furuta M, Yamashita Y, Osaka K. Nutritional status and dysphagia risk among community-dwelling frail older adults. J Nutr Health Aging. 1 de abril de 2014;18(4):352-7.

18. Andrade PA, Santos CA dos, Firmino HH, Rosa C de OB. The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. Einstein São Paulo [Internet]. 7 de junio de 2018 [citado 30 de enero de 2023];16. Disponible en: http://www.scielo.br/j/eins/a/ZQmFPjzMjFTgbdMR5jDk4yr/?lang=en

19. Gómez GSL, González LA, Casasbuenas TMG. Caracterización de la Ingesta de Alimentos y Deglución de los Adultos Mayores de un Centro Geriátrico de la Ciudad de Cali, en el periodo 2018-2019. Areté. 16 de diciembre de 2019;19(2):23-34.

20. Espinosa-Val MC, Martín-Martínez A, Graupera M, Arias O, Elvira A, Cabré M, et al. Prevalence, Risk Factors, and Complications of Oropharyngeal Dysphagia in Older Patients with Dementia. Nutrients. marzo de 2020;12(3):863.

21. Huppertz VAL, van Wijk N, Baijens LWJ, de Groot LCPGM, Halfens RJG, Schols JMGA, et al. Design of the DYNAMO study: a multi-center randomized controlled trial to investigate the effect of pre-thickened oral nutritional supplements in nursing home residents with dysphagia and malnutrition (risk). BMC Geriatr. 14 de diciembre de 2020;20(1):537.

22. Wu XS, Miles A, Braakhuis AJ. Texture-Modified Diets, Nutritional Status and Mealtime Satisfaction: A Systematic Review. Healthcare. junio de 2021;9(6):624.

23. Wu XS, Yousif L, Miles A, Braakhuis A. A Comparison of Dietary Intake and Nutritional Status between Aged Care Residents Consuming Texture-Modified Diets with and without Oral Nutritional Supplements. Nutrients [Internet]. febrero de 2022 [citado 30 de enero de 2023];14(3). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8839380/

24. Wu XS, Miles A, Braakhuis AJ. Texture-Modified Diets, Nutritional Status and Mealtime Satisfaction: A Systematic Review. Healthcare. junio de 2021;9(6):624.

25. Nishida T, Yamabe K, Honda S. The Influence of Dysphagia on Nutritional and Frailty Status among Community-Dwelling Older Adults. Nutrients. 4 de febrero de 2021;13(2):512.

26. Tagliaferri S, Lauretani F, Pelá G, Meschi T, Maggio M. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. Clin Nutr. 1 de diciembre de 2019;38(6):2684-9.

27. Ballesteros-Pomar MD, Cherubini A, Keller H, Lam P, Rolland Y, Simmons SF. Texture-Modified Diet for Improving the Management of Oropharyngeal Dysphagia in Nursing Home Residents: An Expert Review. J Nutr Health Aging. 1 de junio de 2020;24(6):576-81.

28. Painter V, Le Couteur DG, Waite LM. Texture-modified food and fluids in dementia and residential aged care facilities. Clin Interv Aging. 2 de agosto de 2017;12:1193-203.

29. Wu XS, Miles A, Braakhuis AJ. Texture-Modified Diets, Nutritional Status and Mealtime Satisfaction: A Systematic Review. Healthcare. junio de 2021;9(6):624.

30. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). Dysphagia. 2016;31:232-49.

31. 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. agosto de 2020;47(4):580-7.

32. Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, García Meana JF, Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. Gerokomos. diciembre de 2016;27(4):147-52.

33. Espinosa-Val MC, Martín-Martínez A, Graupera M, Arias O, Elvira A, Cabré M, et al. Prevalence, Risk Factors, and Complications of Oropharyngeal Dysphagia in Older Patients with Dementia. Nutrients. marzo de 2020;12(3):863.

34. Garcia MAV, Arboleda VB, Ruiz AO, Cuartas CV. Abordaje Rehabilitador de la Deglución en Adultos Mayores con Enfermedades Neurodegenerativas: Revisión Sistemática: Revisión sistemática. Areté. 18 de junio de 2021;21(1):55-64.

35. Lee AY, Pant A, Pojchanun K, Lee CP, An J, Hashimoto M, et al. Three-Dimensional Printing of Food Foams Stabilized by Hydrocolloids for Hydration in Dysphagia. Int J Bioprinting. 26 de julio de 2021;7(4):393.

ANEXOS

APELLIDO Y NOMBRE / AÑO	***VARGAS, 2021***	***HAGGLUND 2018***
TITULO DEL DOCUMENTO	Abordaje rehabilitador de la deglución en adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas.	La disfunción de la deglución como factor de riesgo de desnutrición en personas mayores ingresadas en centros de atención suecos a corto plazo: un estudio transversal.
TIPO DE DOCUMENTO	Revisión sistemática.	Estudio transversal.
TIPO DE PARTICIPANTES	Adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas.	Personas mayores en cuidados a corto plazo.
CANTIDAD DE PARTICIPANTES / ARTICULOS	21 artículos.	391.
AMBITO DE ESTUDIO	No reportado por los autores.	Centros de atención suecos a corto plazo.
OBJETIVOS	Encontrar propuestas de tratamientos que influyan de manera positiva en la salud de los pacientes.	Describir la prevalencia de la disfunción deglutoria, incluida la capacidad deglutoria y los signos de aspiración, y el riesgo de desnutrición.
METODO DE RECOLECCION DE DATOS	N/E	Se sometieron a una prueba de deglución de agua cronometrada para evaluar la disfunción de la deglución, incluida la capacidad de deglución anormal y signos de aspiración
VARIABLES / RESULTADOS	Intervención multidisciplinar, modificación del entorno, uso de fármacos como medio para mitigar síntomas principalmente motores, procedimientos quirúrgicos; además, maniobras deglutorias.	Género, años, comorbilidades, condición de riesgo de disfagia, tos, cambio de voz, cambio de voz sin tos.
INTERVENCION O FACTORES DE RIESGO	Factores de riesgo: Capacidad de deglución anormal, la polimedicación y la disfagia.	Desnutrición.
RESUMEN	Alta prevalencia de disfunción de la deglución y riesgo de desnutrición entre las personas mayores ingresadas en centros de atención a corto plazo. Las mujeres exhiben una capacidad de deglución más pobre que los hombres, pero los hombres tienen signos clínicos de aspiración con más frecuencia que las mujeres.	Se concluye la existencia de una gran proporción de ancianos con un estado nutricional deficitario, asociada a demencia y mayor dependencia en movilidad y alimentación.
OBSERVACIONES	Los autores declaran no tener CI.	Los autores declaran no tener CI.

PRIETO, 2016.	***GOMEZ, 2018.***	***MONCAYO-HERNÁNDEZ, 2021***
Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados.	Caracterización de la ingesta de alimentos de los adultos mayores.	Disfagia sarcopénica en adultos mayores institucionalizados.
Estudio descriptivo y transversal	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal	Estudio observacional, analítico y transversal.
Personas de 65 años o más, residentes en instituciones sociosanitarias públicas de Toledo con disfagia.	Pacientes con alteraciones neurológicas y sensoriales y pacientes sin ningún diagnóstico.	Ancianos entre septiembre y diciembre de 2017.
33	80	100

Instituciones sociosanitarias públicas de Toledo.	Centro geriátrico de la ciudad de Cali	Hogar geriátrico.
Conocer el estado nutricional de los ancianos institucionalizados que presentan disfagia, residentes en instituciones sociosanitarias de carácter público de la provincia de Toledo.	Identificar las características de la ingesta de alimentos y deglución en adultos mayores.	Evaluar la prevalencia y los factores asociados con disfagia sarcopenica en adultos mayores institucionalizados.
MNA	Se utilizo una base de datos organizada en un documento Microsoft Excel, para realizar posteriormente el análisis de los resultados.	Método de exploración clínica volumen-viscosidad.
Edad, sexo, valoración antropométrica, dieta, restricciones dietéticas, suplemento y estado nutricionales con MNA.	Género, edad, etnia, nivel de escolaridad y último empleo; órganos fono articuladores: labios, lengua, dientes, encías, paladar duro y blando, succión, masticación, deglución, comportamiento muscular, síntomas y signos en las etapas observables, durante el proceso de la ingesta de alimentos.	Fuerza de prensión, velocidad de la marcha, la circunferencia de la pantorrilla, MNA el índice de Barthel , la evaluación cognitiva (Mini-Mental StateExamination) y el índice de comorbilidad de Charlson.
Factor de riesgo: Desnutrición.	factores condicionantes, intrínsecos como los genéticos, estado de salud y otros extrínsecos como los hábitos en general	Malnutrición y grados de disfagia.
Se concluye la existencia de una gran proporción de ancianos con un estado nutricional deficitario, asociada a demencia y mayor dependencia en movilidad y alimentación.	En la población evaluada hay más alteraciones en el proceso de la ingesta de alimentos en el grupo de los adultos con alteración neurológica (100%) y de género femenino (79%). La estructura más comprometida fueron los dientes, ya que prevalece el edentulismo, la prótesis dental mal adaptada y el 70% de la población no hace uso de prótesis dental.	La disfagia sarcopénica tiene una alta prevalencia en adultos mayores institucionalizados; y la dependencia funcional y el mal estado nutricional se asociaron con disfagia sarcopénica.
Los autores declaran no tener CI.	Los autores declaran no tener CI.	Los autores declaran no tener CI.

GUITAO ZHANG,2022	***PINILLA CARDENAS 2021***	***ATSUKO KUROSU, 2021***
Manejo de la disfagia y resultados en pacientes ancianos con accidente cerebrovascular y riesgo de desnutrición: resultados de la Alianza de Centros Chinos de Accidentes Cerebrovasculares.	Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema	Factores asociados con disfagia auto informada en adultos mayores que reciben apoyo alimentario.
Revisión sistemática.	Revisión sistemática.	Estudio transversal.
Pacientes con accidente cerebrovascular mayores de 70 años con y sin cribado de disfagia.	Adulto mayor.	Adultos mayores.
365,530 pacientes con accidente cerebrovascular	No reportados por el autor.	476

Centros Chinos de Accidentes Cerebrovasculares	Centros de día.	Cinco servicios de comidas del Programa de nutrición para personas mayores en Wisconsin.
Investigar la efectividad de la detección de disfagia y la subsiguiente rehabilitación de la deglución en pacientes ancianos con accidente cerebrovascular y riesgo de desnutrición.	Describir el proceso y modelos de envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día para atención de población adulta mayor.	Determinar la prevalencia de la disfagia auto informada e identificar los factores asociados con la disfagia auto informada en adultos mayores que viven en la comunidad y reciben apoyo alimentario.
Medicine Innovation Research Center, Beijing, China	PubMed, información de la Organización Mundial de la Salud, guías de geriatría, revistas, artículos científicos y trabajos de grado.	Cuestionarios de ADL y nutrición validados. Para la disfagia auto informada, se utilizó la herramienta de evaluación de alimentación validada de 10 elementos (EAT-10).
Variables demográficas (edad, sexo); seguro médico de hospitalización; gravedad del accidente cerebrovascular al ingreso; antecedentes de accidente cerebrovascular, hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad coronaria, demencia, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, estenosis carotídea; tabaquismo actual, alcoholismo; historial de medicación de distintos fármacos ; y las características del hospital.	Forma de actividad, recreación, integración y dignificación.	Información demográfica, IMC, estado civil, tipo de comida, arreglo de vivienda y estado de ingresos. Diagnóstico previo de disfagia, diagnóstico de demencia, neumonía, hospitalización por neumonía, presencia de dientes y prótesis dentales faltantes o dificultad para masticar.
La edad avanzada, la gravedad del ictus, los antecedentes médicos de ictus o AIT, la diabetes mellitus, la cardiopatía coronaria/infarto de miocardio previo, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca, la demencia y el hospital de tercer grado fueron factores de riesgo para cualquier causa.	Envejecimiento, discapacidad y dependencia de cuidado.	Estado nutricional deficiente, capacidad de masticación reducida, diagnóstico previo de disfagia, diagnóstico previo de neumonía y lugar de servicio de comidas.
La investigación futura debe concentrarse en mejorar la calidad de la atención médica para el tratamiento de la disfagia a fin de mejorar los resultados de los pacientes.	Es necesario conservar y fortalecer la salud y bienestar de los adultos mayores, y promover procesos de envejecimiento exitoso, activo y saludable. El aumento de las patologías a edades avanzadas, junto a otros factores de tipo familiar, ambiental y social, generan situaciones de dependencia y discapacidad.	Uno de cada cinco adultos mayores que viven en la comunidad que reciben apoyo alimentario tenían disfagia auto informada identificada por el EAT-10. La disfagia auto informada se asoció con un mayor riesgo de mala nutrición, capacidad de masticación reducida, diagnóstico previo de disfagia, diagnóstico previo de neumonía y sitio de servicio de comidas.
Los autores declaran no tener CI.	Los autores declaran no tener CI.	Los autores declaran no tener CI.

TAKAHIRO NISHIDA,2021	***BENDIX LABEIT,2022***	***PAVON, 2020***
La influencia de la disfagia en el estado nutricional y de fragilidad de los adultos mayores que viven en la comunidad.	Determinantes clínicos y correlatos neurales de la presbifagia en adultos mayores que viven en la comunidad.	Ingesta alimentaria y presbifagia en adultos mayores activos de la comunidad de Chillán, Chile.
Estudio transversal.	Estudio transversal y prospectivo.	Estudio analítico de corte transversal.
Adultos mayores ≥ 65 años residentes en la comunidad que participaban en actividades de círculos voluntarios de atención preventiva y promoción de la salud en espacios públicos.	Adultos mayores de 60 años.	Adultos mayores.
18651	64	186
Área local de la ciudad de Sasebo, Prefectura de Nagasaki, Japón.	Vivienda comunitaria.	Clubes de adultos mayores donde se reunían 3 veces por semana a realizar actividades recreativas como zumba, computación y yoga.
Investigar si la disfagia influye en la nutrición o el estado de fragilidad en adultos mayores que viven en la comunidad.	Determinar la prevalencia y el patrón de las alteraciones de la deglución orofaríngeas relacionadas con la edad en personas sin enfermedades neurológicas o ENT asociadas con la disfagia.	Determinar la prevalencia de presbifagia en adultos mayores que viven en la comunidad y estudiar el estado nutricional e ingesta alimentaria.
MNA- CHS – EAT 10.	Evaluación endoscópica flexible de la deglución (FEES), magneto encefalografía (MEG).	La ingesta alimentaria se evaluó a través de la encuesta de tendencia de consumo cuantificada y encuesta de modificación alimentaria creada y validada para este estudio. La presencia de presbifagia se diagnosticó mediante el cuestionario EAT-10 y el diagnóstico de disfagia por MECV-V. El estado nutricional se evaluó a través del IMC.
Edad, sexo, la estructura familiar y la autoevaluación de la salud.	Evaluación demográfica y clínica, evaluación de la deglución, evaluación de las funciones sensoriales orofaríngeas, valoración del estado nutricional, fuerza/volumen muscular y fragilidad.	Edad, peso, talla e IMC.
Mediciones antropométricas.	Medidas antropométricas.	Malnutrición, insuficiencia de energía, deshidratación y dificultad de deglución.
La función de deglución es un factor importante en los programas de prevención de la fragilidad para adultos mayores que viven en la comunidad. Se necesitaron ensayos de intervención adicionales para identificar las relaciones causales entre la disfagia con la	Se necesitan estudios futuros para investigar si es necesario ampliar el concepto original de presbifagia, en el que las alteraciones de la deglución relacionadas con la edad se consideran fisiológicas per se.	Es necesario evaluar la presencia de problemas en la deglución del grupo de adultos mayores que vive en la comunidad, para intervenir oportunamente, generar el apoyo nutricional, antes que se produzcan complicaciones biomédicas y mejorar su calidad de vida.

fragilidad y el estado nutricional entre los adultos mayores que viven en la comunidad.		
Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.

BALLESTEROS-POMAR, 2020.	***ESPINOSA, 2020***	***ROGER NEWMANN, 2016***
Dieta de textura modificada para mejorar el tratamiento de la disfagia orofaríngea en residentes de hogares de ancianos: revisión de un experto	Prevalencia, factores de riesgo y complicaciones de la disfagia orofaríngea en pacientes mayores con demencia	Efecto de la viscosidad del bolo sobre la seguridad y eficacia de la deglución y la cinemática de la respuesta de deglución en pacientes con disfagia orofaríngea: Libro blanco de la Sociedad Europea de Trastornos de la Deglución (ESSD).
Revisión narrativa.	Estudio prospectivo, longitudinal, cuasiexperimental.	Revisión sistemática.
Adulto mayor.	Pacientes con demencias.	Pacientes con disfagia orofaríngea.
N/E	255	33
Residentes de hogares de ancianos.	Hospital de cuidados intermedios.	N/E
Resaltar las brechas en la práctica entre el manejo basado en evidencia de la DO y los patrones del mundo real, incluida la provisión dietética inadecuada y la capacitación insuficiente del personal.	Evaluar la prevalencia, los factores de riesgo y las complicaciones nutricionales y respiratorias a largo plazo durante el seguimiento de la DO en pacientes mayores con demencia.	Examinar la base de evidencia dentro de la literatura revisada por pares para determinar qué cambios biomecánicos en la fisiología de la deglución ocurren como resultado de la modificación de la viscosidad del líquido, incluido el nivel al que se extienden estos cambios, y si de hecho se modifica la viscosidad de la ingesta oral mejora la seguridad de la deglución y reduce el riesgo para las vías respiratorias del paciente.
Opinión de expertos y recomendaciones basadas en evidencia.	Test de Deglución Volumen-Viscosidad y se realizó una evaluación geriátrica.	Ensayos controlados aleatorios doble ciego hasta revisiones sistemáticas centradas en los cambios que ocurren en la fisiología de la deglución causados por líquidos espesados.
Provisión dietética inadecuada y la capacitación insuficiente del personal.	Edad, estado nutricional, modificación de la textura, severidad de la demencia.	Cierre de labios; elevación lingual; sello de la lengua al paladar; preparación/masticación de bolos; transporte de bolos/movimiento lingual; iniciación de la deglución faríngea; elevación y retracción del paladar blando; elevación laríngea; excursión del hioides anterior; cierre laríngeo; contracción faríngea; apertura del segmento faringo esofágico; retracción de la base de la lengua; Inversión epiglótica y aclaramiento esofágico.
Empeoramiento de la disfagia orofaríngea (DO), desnutrición, deshidratación, neumonía por aspiración y mortalidad asociada a la DO y peor calidad de vida.	Intervención mínima invasiva.	Disfagia orofaríngea

Existe evidencia empírica limitada para guiar la práctica en el manejo del DO. Dada la población compleja y heterogénea de residentes de NH de estadía prolongada, algunos enfoques e intervenciones de "mejores prácticas" requieren pruebas de eficacia exhaustivas antes de que se puedan implementar más cambios en la política.	La DO es una afección prevalente en pacientes con demencia avanzada y se asocia con complicaciones graves, mal pronóstico y bajo cumplimiento con la adaptación de fluidos y texturas.	La ESSD concluye que existe evidencia para aumentar la viscosidad para reducir el riesgo de invasión de las vías respiratorias y que es una estrategia de manejo válida para la OD. Sin embargo, se deben desarrollar nuevos agentes espesantes para evitar los efectos negativos del aumento de la viscosidad sobre el residuo, la palatabilidad y el cumplimiento del tratamiento.
Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.

AL HUPPERTZ, 2020.	***MATSUMOTO, 2022***	***TAGLIAFERRI,2018***	***FERNANDEZ,2018***
Diseño del estudio DYNAMO: un ensayo controlado aleatorio multicéntrico para investigar el efecto de los suplementos nutricionales orales espesados previamente en residentes de hogares de ancianos con disfagia y desnutrición (riesgo)	Polifarmacia y su asociación con disfagia y desnutrición entre pacientes con sarcopenia con accidente cerebrovascular	El riesgo de disfagia se asocia con desnutrición y resultados funcionales deficientes en una gran población de personas mayores ambulatorias.	Validez y confiabilidad del cuestionarioEAT-10 para detectar disfagia en adultos mayores chilenos
Ensayo aleatorizado, controlado, multicéntrico y abierto con dos grupos paralelos.	Estudio de cohorte retrospectivo.	Ensayo clínico .	Estudio transversal.
Residentes de hogares de ancianos.	Pacientes con sarcopenia con ACV.	Pacientes ambulatorios.	Pacientes mayores a 60 años.
Grupo control: 78 / grupo de prueba: 78. Total= 156.	586	773	80
Hogares de ancianos de varias organizaciones de atención en el sur de los Países Bajos.	Pacientes que ingresaron en un hospital de rehabilitación.	Pacientes ambulatorios evaluados por primera vez en la Clínica de Trastornos Cognitivos y Motores del Departamento de Rehabilitación Médica-Geriatría del Hospital Universitario de Parma	Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de la municipalidad de Providencia, consulta fonoaudiológica privada en Vitacura, Instituto Nacional de Geriatría (INGER), Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) ubicado en San Ramón y tres Centros de Salud Familiar San Bernardo: CESFAM Raúl Brañes, Joan Alsina y Juan Pablo II.
Investigar el efecto del uso diario de una gama de ONS pre-espesados sobre el peso corporal de los residentes de hogares de ancianos con OD y desnutrición (riesgo) en comparación con la OD estándar y la atención nutricional.	Examinar la asociación de la polifarmacia con la función de deglución y el riesgo nutricional en pacientes con sarcopenia después de un accidente cerebrovascular.	Identificar los correlatos clínicos de las caídas en un gran grupo de pacientes ambulatorios geriátricos evaluados por sospecha de fragilidad cognitiva o motora.	Validar y probar la confiabilidad del cuestionario EAT-10 en adultos mayores chilenos residentes en la comunidad.
Evaluación de la deglución, SNAQ-RC,	Escala de nivel de ingesta de alimentos (FILS) como	EAT-10,MNA-SF.	Se utilizaron, la versión traducida al español del

	evaluación de la disfagia y el índice de riesgo nutricional geriátrico como estado nutricional al alta hospitalaria.		cuestionario EAT-1010 y como prueba de referencia el MECV-V.
IMC, pérdida de peso corporal involuntaria, dependencia del cuidado en la alimentación y pérdida de apetito.	N/E.	Edad, sexo, peso, altura, comorbilidades previas, equilibrio de pie, función cognitiva y la fuerza máxima de prensión manual.	Edad, sexo y presencia de enfermedades que pudieran relacionarse con disfagia.
Grupo control: recibirán atención nutricional y de OD estándar, y los residentes en el grupo de prueba recibirán atención nutricional y de OD estándar con suplementos diarios adicionales de ONS espesado.	Malnutrición.	Desnutrición, la mala función física y la reducción de la fuerza muscular.	N/E.
Los resultados del estudio DYNAMO ayudarán a mejorar la mejor atención para los residentes de hogares de ancianos con OD y desnutrición (riesgo). Best care engloba la promoción de la seguridad y eficacia de la deglución y la optimización del estado nutricional. Este estudio es el primero sobre el efecto de ONS previamente espesado en el estado nutricional en un grupo vulnerable de residentes de hogares de ancianos con DO y desnutrición (riesgo).	Un alto número de medicamentos prescritos al ingreso se asoció con disfagia al alta. (2) Un alto número de medicamentos prescritos al ingreso se asoció con desnutrición al alta. La polifarmacia se asoció con disfagia y desnutrición en pacientes con sarcopenia. Además de la combinación de terapias nutricionales y de ejercicio, es importante revisar los medicamentos recetados para el tratamiento de la sarcopenia.	La detección precoz del riesgo de disfagia debería ser una prioridad en los sistemas sanitarios por su no despreciable prevalencia entre los adultos mayores ambulatorios, evaluados y seguidos por enfermedades no agudas. El riesgo de desnutrición, la mala función física y la reducción de la fuerza muscular son posiblemente factores que contribuyen al aumento del riesgo de disfagia.	El cuestionario EAT-10 es válido y fiable y puede ser utilizado como instrumento clínico en atención primaria en nuestro país para identificar a personas mayores con disfagia.
Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.

IDAH CHATINDIARA,2018.	***ANDRADE, 2018.***	***PAINTER, 2017.***	***DAMAIO, 2017.***
El riesgo de disfagia, la baja fuerza muscular y la mala cognición predicen el riesgo de desnutrición en adultos mayores al ingreso hospitalario	La importancia del cribado de la disfagia y la valoración nutricional en pacientes hospitalizados	Alimentos y fluidos de textura modificada en demencia y centros residenciales de cuidado de ancianos.	Factores asociados al riesgo de desnutrición en ancianos del sureste de Brasil.
Estudio transversal.	Estudio transversal	Revisión sistemática.	Estudio transversal.

Adultos mayores de 60 años.	Adultos mayores de 60 años hospitalizados.	Adultos mayores de 60 años.	Individuos mayor o igual a 60 años.
234	909	22	3101
Hospital de Auckland, Nueva Zelanda.	Hospital filantrópico.	Atenciones residenciales.	27 municipios ubicados en la región Triângulo Mineiro, Minas Gerais Estado, sureste de Brasil.
Investigar la magnitud y los posibles predictores del riesgo de desnutrición en adultos mayores, al ingreso hospitalario.	Determinar la frecuencia de riesgo de disfagia y factores asociados en pacientes hospitalizados, así como evaluar el estado nutricional mediante diferentes métodos y correlacionar el estado con las puntuaciones del EAT-10.	Identificar y evaluar las pruebas para el uso de TMF en pacientes con demencia y en atención residencial.	Evaluar la prevalencia del riesgo de desnutrición y su asociación con características socioeconómicas, conductuales y de salud en ancianos residentes en la comunidad.
La evaluación del estado de riesgo de desnutrición se realizó mediante el MNA, el riesgo de disfagia mediante EAT-10, la fuerza muscular mediante la fuerza de prensión manual y el estado cognitivo mediante la Evaluación cognitiva de Montreal.	El estado nutricional se evaluó a través de la evaluación global subjetiva y las medidas antropométricas incluyeron peso, circunferencia de la pantorrilla y el brazo y la altura de la rodilla.	Se identificaron estudios relevantes desde 1990 hasta julio de 2016 a través de una búsqueda bibliográfica en múltiples bases de datos electrónicas.	Se evaluó utilizando el MNA. También se recopiló información socioeconómica, conductual y de salud de todos los participantes.
Edad, peso, talla e IMC.	Edad, IMC, área de la pantorrilla y circunferencia de cintura.	Adherencia a dietas de textura modificada.	Sexo, rango de edad, educación, arreglo de vivienda, etnia, ingreso familiar, antecedente de tabaquismo, consumo de alcohol actual, enfermedades cardiacas.
Medición de los adultos mayores.	Intervención: mediciones antropométricas.	No reportado por el autor.	Malnutrición.
Las intervenciones que se enfocan en aumentar la fuerza muscular y/o prevenir el riesgo de disfagia, mientras se considera el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores, pueden reducir el riesgo de desnutrición.	La detección de disfagia y desnutrición debe introducirse en la rutina de los hospitales para evitar o minimizar los daños causados por la disfagia o la desnutrición, especialmente entre las personas mayores.	En los pacientes con demencia, TMF reducirá el riesgo de aspiración como se ve en VFSS pero que más de la mitad aspirará independientemente de la intervención. Por el contrario, no se demostró claramente que TMF reduzca los episodios clínicamente significativos de aspiración y neumonía relacionada.	El riesgo de desnutrición fue más común entre los adultos mayores del sexo femenino que no tenían educación formal, identificados como de piel negra, con menores niveles de ingresos, sin pareja, fumadores o con enfermedades respiratorias, cardíacas o renales. El tratamiento de la desnutrición establecida es mucho más complejo y costoso, lo que puede dificultar la reversión de esta condición en una población tan vulnerable como los adultos mayores.
Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.

FÁVARO MOREIRA, 2016.	*LOZOYA, 2014.*	*O'KEEFFE, 2022*	*MINA CN ENGH, 2021.*
Factores de riesgo de desnutrición en adultos mayores: una revisión sistemática de la literatura basada en datos longitudinales.	Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados	Uso de dietas modificadas para prevenir la aspiración en la disfagia orofaríngea: ¿está justificada la práctica actual?	Manejo de la disfagia en hogares de ancianos: una encuesta nacional.
Revisión sistemática de datos longitudinales.	Estudio transversal.	Revisión narrativa.	Estudio transversal.
Población de edad avanzada (≥65 años).	Adultos mayores autónomos, no institucionalizados.	Adultos mayores.	Adultos mayores.
6 estudios longitudinales.	660.	El autor no reporta los datos.	121.
N/E.	12 centros sociales.	N/E.	Hogares de ancianos en toda Noruega.
Revisar críticamente la literatura científica disponible con un enfoque en los estudios con un diseño longitudinal sobre los factores de riesgo de desnutrición en la población mayor.	Determinar factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados.	Resumir la evidencia con respecto a los beneficios y riesgos potenciales de las dietas modificadas en la disfagia; Examinar si la práctica actual con respecto a las dietas modificadas refleja y está respaldada por la base de evidencia actual.	Describir las vías de gestión y atención de las personas mayores con disfagia en hogares de ancianos en toda Noruega mediante una encuesta en línea.
Todos los artículos escritos en inglés y publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de marzo de 2015 fueron evaluados para su inclusión si presentaban datos sobre factores de riesgo de desnutrición en adultos mayores.	Encuesta.	N/E	Encuesta.
Intervención dietética.	Factores sociodemográficos y económicos. Factores psicosociales. Factores de alimentación y nutrición. Factores de morbilidad. Factores físicos.	Factores sociales. Edad.	Antecedentes de los encuestados, los asilos de ancianos, los residentes y el personal; cribado y evaluación de la disfagia; manejo, patrones de práctica.
Desnutrición/riesgo de desnutrición al inicio del estudio, edad, sexo, capacidad	Nivel bajo de estudios, soledad, tener un apetito escaso, fraccionar en pocas veces la ingesta de	Malnutrición, edad.	Intervenciones dirigidas a residentes con disfagia; formación del personal; y la calidad percibida

funcional y estado de salud actual.	comida al día, sufrir xerostomía y problemas de deglución, no mantener dietas prescritas por profesionales, el número de enfermedades crónicas diagnosticadas y haber sufrido alguna enfermedad aguda durante el último año. desnutrición.		de las prácticas clínicas actuales en su hogar de ancianos.
La prevalencia de desnutrición es mayor en la población de mayor edad que en los adultos más jóvenes. Sin embargo, el envejecimiento emergió como factor de riesgo de desnutrición en solo 2 de los 5 estudios longitudinales que incluyeron el efecto de la edad, indicando que la edad como factor aislado no siempre se confirma como factor de riesgo de desnutrición. En lugar de la edad, se sugiere que el deterioro gradual del estado de salud y la función corporal causado por el envejecimiento es un determinante importante de la desnutrición entre las personas mayores.	Incorporar dentro de la valoración geriátrica integral la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores desde la atención primaria de salud, sin obviar los centros sociales para adultos donde se concentra gran parte de este colectivo. Conocer los factores asociados al riesgo nutricional nos puede ayudar a identificar, de forma más precoz, a aquellas personas que pueden encontrarse con problemas nutricionales, aunque aparentemente estén sanas.	No existen buenas pruebas hasta la fecha de que espesar los líquidos reduzca la neumonía en la disfagia y esta intervención se puede asociar con una ingesta reducida de líquidos. Los alimentos de textura modificada pueden contribuir a la desnutrición en personas con disfagia. El uso de dietas modificadas tiene una base fisiopatológica racional en la disfagia, la relación entre la aspiración y la neumonía no está bien definida. Existe una discrepancia significativa entre la escasez de la base de evidencia que respalda el uso de dietas modificadas y las creencias y prácticas de los médicos.	La mayoría de los hogares de ancianos utilizaron una amplia gama de estrategias y rutinas para las personas con dificultades para comer y tragar. La modificación del bolo, sin embargo, era una práctica estándar, mientras que las estrategias de higiene oral faltaban en más del 80 % de los hogares de ancianos.
Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.

SHARON WU, 2022.	***CABRE, 2014.***
Una comparación de la ingesta dietética y el estado nutricional entre los residentes de cuidados de personas mayores que consumen dietas de textura modificada con y sin suplementos nutricionales orales	La disfagia orofaríngea es un factor de riesgo de reingreso por neumonía en personas muy ancianas: estudio prospectivo observacional
Estudio transversal.	Estudio prospectivo observacional.

Residentes mayores de 65 años.	Pacientes de 70 años o más.
85.	2359.
Cinco centros de atención para personas mayores de Auckland.	Unidad de agudos geriátricos del Hospital de Mataró de Barcelona, España.
Investigar la ingesta dietética y el estado nutricional de los residentes que consumen dietas de textura modificada con y sin SNO.	Determinar si la disfagia orofaríngea es un factor de riesgo de reingreso por neumonía en ancianos egresados de una unidad geriátrica de agudos.
Formulario de extracción de datos (se calculó la ingesta nutricional utilizando Food Works, MNA).	MNA. La capacidad funcional se evaluó a través de un dinamómetro. Cuestionario Portátil Corto de Estado Mental.
Edad, género, IMC, origen étnico, estatura, la duración de la estadía, nivel de movilidad, historial médico, motivo y nivel por el que se requieren TMD, y los líquidos espesados.	Edad, sexo y lugar de procedencia; enfermedad concomitante, índice de comorbilidad de Charlson y presencia de síndromes en el adulto mayor; estado funcional 2 semanas antes del ingreso y al ingreso mediante el Índice de Barthel (BI); estado cognitivo; y estado nutricional.
Estado médico, la mala salud dental, mayor demanda de asistencia alimentaria, las modificaciones avanzadas en los TTM y la malnutrición.	Disfagia orofaríngea.
Los residentes de cuidado de ancianos en TMD tienen un mayor riesgo de ingesta nutricional inadecuada y desnutrición. Para optimizar la ingesta oral, puede ser necesario considerar ofrecer alimentos o bebidas ricos en nutrientes, como ONS.	Este estudio observacional prospectivo muestra una alta prevalencia (47%) de disfagia orofaríngea en pacientes ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. También demuestra que la disfagia es un factor de riesgo independiente de reingreso por neumonía. El efecto fue particularmente evidente para la neumonía por aspiración, pero también se observó para la neumonía sin aspiración.
Los autores declaran no presentar CI.	Los autores declaran no presentar CI.

XIAOJING SHARON WU, 2021.
Dietas modificadas en textura, estado nutricional y satisfacción a la hora de comer: una revisión sistemática.
Revisión sistemática.
Adultos mayores.
55 estudios.
No corresponde.
Evaluar la evidencia existente del impacto de los TMD y los TF en el estado nutricional y la satisfacción a la hora de comer.
Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos siguiendo los criterios PICO utilizando Cochrane Central (a través de Ovid), MEDLINE, CINAHL, EMBASE y Scopus.
Cambios de peso, dieta de textura modificada y grado de aceptación durante la alimentación.
Intervención a través de las dietas de textura modificada.
Se encontró un estado nutricional y una mala aceptación de las comidas en los consumidores de TMD y TF. Aunque el enriquecimiento de la nutrición a través de la fortificación y la modificación de la textura y la consistencia de los TTM mediante el modelado, el moldeado y el control de la consistencia son estrategias prometedoras para mejorar el estado nutricional y prevenir la pérdida de peso, faltaron pruebas para establecer conclusiones firmes.
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.