RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 19/08/2026 | aceito: 22/08/2026 | publicação: 25/08/2026

Cuidado domiciliar a la persona anciana con disfagia: integración entre Fonoaudiología, Odontología y cuidador familiar para la seguridad de la alimentación por vía oral

Cuidado domiciliar à pessoa idosa com disfagia: integração entre Fonoaudiologia, Odontologia e cuidador familiar para a segurança da alimentação por via oral

Home care for older adults with dysphagia: integration of speech-language pathology, dentistry, and family caregivers for safe oral feeding

Rachel Silvana Galdino Gonçalves – Instituto de Educação Albert Einstein, São Paulo – SP, Fonogaldino@gmail.com – Fonoaudióloga especialista en Gerontología.
Bianca Marques de Queiroz – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro – RJ, biancaqueiroz1404@gmail.com – Fonoaudióloga con posgrado en Fonoaudiología Hospitalaria y Rehabilitación.
William Fernandes Lacerda – Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, williamlacerdaf@hotmail.com – Cirujano dentista, doctor en Odontología.
Alexandre Dornellas da Silva – Universidade Iguaçu (UNIG), Carangola – MG, xandydornellas1@yahoo.com.br – Cirujano dentista, especialista en Ortodoncia y Endodoncia por São Leopoldo Mandic y en Implantología por Centro Universitário Redentor.
Bruna Mendes de Freitas – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa – PR, Brumendes@hotmail.com – Cirujana dentista.

Resumen:
La disfagia orofaríngea es frecuente en la población anciana y puede comprometer la seguridad y la eficiencia de la alimentación por vía oral, asociando la desnutrición, la neumonía, la mayor utilización de servicios de salud y la mortalidad. En el domicilio, esos riesgos son influenciados por la fisiopatología de la deglución, por las condiciones de salud bucal y por la forma como las orientaciones profesionales son ejecutadas en lo cotidiano. El objetivo de esta revisión integradora con búsqueda estructurada fue analizar como la articulación entre asistencia fonoaudiológica, cuidados odontológicos y actuación del cuidador familiar puede contribuir para la seguridad de la alimentación por vía oral de personas ancianas con disfagia. La búsqueda fue actualizada el 20 de agosto de 2026 en las bases PubMed/MEDLINE, SciELO y Cochrane Library, complementada por documentos oficiales brasileños y rastreo de referencias pertinentes. El corpus final reunió 17 publicaciones científicas, de 2018 a 2026, y tres documentos oficiales/normativos. Las evidencias sustentan el papel central de la Fonoaudiología en la evaluación y en el manejo de la deglución; indican asociaciones entre condiciones dentales, protéticas, salivares y de higiene bucal y aspectos de la función oral; y muestran que el cuidador familiar desempeña un papel operacional relevante en la aplicación cotidiana del plan y en la comunicación de cambios clínicos al equipo. Se concluye que la seguridad de la alimentación por vía oral en el domicilio depende de cuidado integrado, individualizado y reevaluado periódicamente, sin atribuir a una única conducta la capacidad de prevenir complicaciones multifactoriales, como la neumonía aspirativa.

Palabras clave: Trastornos de Deglución; Ancianos; Servicios de Asistencia Domiciliar; Salud Bucal; Cuidadores.

Resumo:
A disfagia orofaríngea é frequente na população idosa e pode comprometer a segurança e a eficiência da alimentação por via oral, associando-se à desnutrição, à pneumonia, à maior utilização de serviços de saúde e à mortalidade. No domicílio, esses riscos são influenciados pela fisiopatologia da deglutição, pelas condições de saúde bucal e pela forma como as orientações profissionais são executadas no cotidiano. O objetivo desta revisão integrativa com busca estruturada foi analisar como a articulação entre assistência fonoaudiológica, cuidados

odontológicos e atuação do cuidador familiar pode contribuir para a segurança da alimentação por via oral de pessoas idosas com disfagia. A busca foi atualizada em 20 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Cochrane Library, complementada por documentos oficiais brasileiros e rastreamento de referências pertinentes. O corpus final reuniu 17 publicações científicas, de 2018 a 2026, e três documentos oficiais/normativos. As evidências sustentam o papel central da Fonoaudiologia na avaliação e no manejo da deglutição; indicam associações entre condições dentárias, protéticas, salivares e de higiene bucal e aspectos da função oral; e mostram que o cuidador familiar desempenha papel operacional relevante na aplicação cotidiana do plano e na comunicação de mudanças clínicas à equipe. Conclui-se que a segurança da alimentação por via oral no domicílio depende de cuidado integrado, individualizado e reavaliado periodicamente, sem atribuir a uma única conduta a capacidade de prevenir complicações multifatoriais, como a pneumonia aspirativa.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição; Idoso; Serviços de Assistência Domiciliar; Saúde Bucal; Cuidadores.

Abstract:
Oropharyngeal dysphagia is common among older adults and may compromise the safety and efficiency of oral feeding, being associated with malnutrition, pneumonia, increased use of health services, and mortality. In the home setting, these risks are influenced by swallowing pathophysiology, oral health status, and the way professional recommendations are implemented in daily care. This integrative review with a structured search analyzed how coordination among speech-language pathology care, dental care, and family caregiver involvement may contribute to safer oral feeding for older adults with dysphagia. The search was updated on August 20, 2026, in PubMed/MEDLINE, SciELO, and the Cochrane Library and was supplemented by Brazilian official documents and reference tracking. The final corpus comprised 17 scientific publications, published from 2018 to 2026, and three official/regulatory documents. The evidence supports the central role of speech-language pathology in swallowing assessment and management; indicates associations between dental, prosthetic, salivary, and oral hygiene conditions and aspects of oral function; and shows that family caregivers play an important operational role in the daily implementation of the care plan and in communicating clinical changes to the healthcare team. Safe oral feeding at home should therefore be understood as the result of integrated, individualized, and periodically reassessed care, without attributing to any single intervention the ability to prevent multifactorial complications such as aspiration pneumonia.

Keywords: Deglutition Disorders; Aged; Home Care Services; Oral Health; Caregivers.

1 Introducción

El envejecimiento poblacional amplía la relevancia de condiciones clínicas que interfieren en la autonomía, en la nutrición y en la permanencia segura de la persona anciana en su propio domicilio. Entre esas condiciones, la disfagia orofaríngea merece atención por comprometer la transferencia segura y eficiente de alimentos, líquidos, saliva y medicamentos a través de las fases oral y faríngea de la deglución, con repercusiones potenciales sobre hidratación, estado nutricional, salud respiratoria y calidad de vida (Yang et al., 2023). En metaanálisis envolviendo adultos con 60 años o más, Banda et al. (2022) estimaron prevalencia

agrupada de disfagia orofaríngea de 46% y demostraron asociación con mayor riesgo de neumonía, desnutrición y mortalidad.

La magnitud del problema se torna particularmente importante en el cuidado domiciliar. Montero et al. (2025), al evaluar 1.002 personas ancianas y funcionalmente comprometidas inseridas en programa comunitario de atención domiciliaria, identificaron prevalencia de disfagia orofaríngea de 25,95%. La alteración estuvo asociada a histórico de neumonía y mayor frecuencia de consultas médicas, reforzando la necesidad de rastreo también fuera de hospitales e instituciones. En otra cohorte de 162 personas ancianas con disfagia acompañadas en el domicilio, Furuya et al. (2025) observaron que la disfagia grave fue el principal factor asociado a la interrupción del cuidado domiciliario por neumonía; desnutrición e historia previa de neumonía fueron apuntadas como potenciales factores contribuyentes y, por eso, deben ser interpretadas con menor grado de certeza.

A pesar de la fuerte asociación entre disfagia y eventos respiratorios, la neumonía aspirativa no debe ser interpretada como consecuencia lineal e inevitable de un episodio de aspiración. Revisión de alcance reciente identificó un conjunto amplio de factores asociados, incluyendo disfagia, aspiración, desnutrición, deshidratación, condiciones neurológicas, alteraciones de movilidad y dependencia funcional, además de factores relacionados a la hospitalización (Rossi et al., 2026). Esa naturaleza multifactorial es especialmente relevante en el domicilio, donde condición clínica, recursos disponibles, conocimiento del cuidador, organización de las comidas y acceso al equipo de salud interactúan continuamente.

En ese contexto, la Fonoaudiología ocupa posición central en la asistencia a la persona con disfagia. Directrices clínicas recomiendan evaluación sistemática, identificación de los mecanismos comprometidos y selección de estrategias terapéuticas y compensatorias de acuerdo con el perfil de la deglución (Yang et al., 2023). En Brasil, la Resolución CFFa no 719/2023 atribuye al fonoaudiólogo, entre otras competencias, la identificación del riesgo para disfagia, evaluación de la biomecánica de la deglución, definición del diagnóstico fonoaudiológico, elaboración del plan terapéutico, indicación de consistencia, postura, utensilios, volúmenes y, cuando necesario, prescripción del grado de engrosamiento, siempre con foco en la seguridad y eficiencia de la oferta por vía oral (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2023).

La asistencia domiciliaria, sin embargo, exige que la evaluación de la deglución sea articulada con factores que anteceden y acompañan el acto de tragar. Mastigación, formación y lubricación del pastel alimentario, presencia y condición de los dientes, estabilidad de las prótesis, fuerza y movilidad de las estructuras orales y disponibilidad de saliva pueden

modificar la eficiencia de las fases preparatoria y oral. La revisión sistemática de Drancourt et al. (2022) encontró por lo menos una asociación positiva entre componentes dentales, salivares o musculares de la salud bucal y disfagia en 18 de los 19 estudios incluidos, aunque la predominancia de delineamientos observacionales impida la inferencia causal.

Datos brasileños refuerzan esa interfaz. En estudio poblacional con 5.432 participantes del ELSI-Brasil, Aquino et al. (2024) encontraron prevalencia de disfagia autorreferida de 30% entre personas ancianas no institucionalizadas; participantes con 10 a 19 dientes permanentes presentaron mayor prevalencia de la queja en comparación a aquellos con mayor número de dientes. En personas ancianas institucionalizadas, Morais et al. (2026) identificaron asociaciones entre disfagia y menor número de dientes funcionales, ausencia de pares oclusales, caries, gengivite y xerostomía importante. En alcance más amplio, Morales et al. (2026) mapearon relaciones entre pérdida dental, higiene protética inadecuada, reducción de la fuerza de mordida, reducción de la presión lingual, xerostomía y aspectos de la deglución, de la nutrición y de la salud respiratoria. Así, la participación odontológica no se restringe al tratamiento de enfermedades bucales aisladas, pero integra la evaluación de factores que pueden interferir en la preparación del alimento, en el confort y en la función oral.

Otro componente relevante es la carga microbiana de la cavidad oral. Microorganismos potencialmente patogénicos presentes en el biofilm y en las secreciones orales pueden integrar el material aspirado. Khadka et al. (2021), en revisión sistemática con personas ancianas residentes en instituciones de larga permanencia, identificaron colonización oral por microorganismos asociados a infecciones respiratorias y menor ocurrencia de neumonía aspirativa en grupos sometidos a cuidado oral profesional. Sin embargo, el efecto de intervenciones de higiene oral sobre neumonía permanece incierto. La revisión Cochrane de Cao et al. (2022), con seis ensayos aleatorios y 6.244 participantes de instituciones de larga permanencia, clasificó como de baja certeza la evidencia para reducción de la incidencia de neumonía, aunque haya identificado posible reducción de la mortalidad asociada a la neumonía en algunos seguimientos. Por lo tanto, la higiene bucal debe integrar un plan de reducción de riesgo, pero no puede ser presentada como medida aislada capaz de prevenir neumonía.

En el domicilio, recomendaciones profesionales solamente producen efecto cuando pueden ser incorporadas a la rutina. El cuidador familiar participa directamente de la preparación y de la oferta de los alimentos, de la higiene bucal y de la observación cotidiana de la respuesta de la persona anciana a las orientaciones recibidas. Belmonte et al. (2024), en un estudio cualitativo brasileño realizado después de desospitalización, identificaron estrategias de cuidadores relacionadas a la oferta segura de alimentos, a la higiene oral y a la continuidad del

acompañamiento fonoaudiológico, destacando el papel del cuidador en la transición hospital-domicilio.

La responsabilidad cotidiana puede, sin embargo, producir sobrecarga. Rangira et al. (2022) estimaron, en revisión sistemática, que aproximadamente 71% de los cuidadores de adultos con disfagia presentaban algún grado de sobrecarga, con relatos de miedo de aspiración, cambios en la preparación de las comidas, efectos sobre la vida social y falta de soporte. Namasivayam-MacDonald y Shune (2018) encontraron hallazgos convergentes entre cuidadores familiares de personas ancianas con disfagia viviendo en la comunidad. La capacitación del cuidador debe, por lo tanto, venir acompañada de soporte, comunicación accesible y reevaluación periódica, evitando la simple transferencia de responsabilidad técnica.

La política brasileña de atención domiciliaria también favorece un abordaje integrado. El Programa de Atención Domiciliar a la Persona Idosa (Padi), instituido por la Portaria GM/MS no 9.584, de 22 de diciembre de 2025, prevé atención domiciliar multiprofesional, evaluación multidimensional, elaboración, ejecución y monitoreo del plan de cuidados y orientación y soporte a la familia y a los cuidadores (Brasil, 2025). De modo convergente, la Resolución CFFa no 644/2021 regulaba acciones fonoaudiológicas educativas y asistenciales en el domicilio dirigidas a la persona atendida, a familiares y cuidadores, inclusive en equipo multiprofesional (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2021).

A pesar de la existencia de evidencias relevantes sobre disfagia, salud bucal y papel del cuidador cuando analizados separadamente, son menos frecuentes los estudios que evalúan, en una misma intervención domiciliaria, la integración sistemática entre Fonoaudiología, Odontología y cuidador familiar. Esa laguna justifica una síntesis que conecte mecanismos clínicos y responsabilidades prácticas, sin extrapolar la fuerza de las evidencias disponibles.

Delante de eso, esta revisión tiene como pregunta orientadora: ¿cómo la integración entre asistencia fonoaudiológica, cuidados odontológicos y actuación del cuidador familiar puede contribuir para la seguridad de la alimentación por vía oral de personas ancianas con disfagia en el ambiente domiciliario? El objetivo es analizar las evidencias relacionadas a esos tres componentes y discutir una organización de cuidado domiciliar individualizada, centrada en la seguridad, en la eficiencia de la alimentación, en la continuidad asistencial y en el reconocimiento precoz de cambios clínicos.

2 Método

Se trata de una revisión integradora de la literatura, de carácter descriptivo y analítico, con búsqueda estructurada, delineada para reunir evidencias de diferentes diseños de estudio

sobre el cuidado domiciliar a la persona anciana con disfagia. La opción por ese método se basó en la propuesta de Whittemore y Knafl (2005), según la cual la revisión integradora permite reunir y sintetizar fuentes de diferentes abordajes metodológicos, desde que el proceso de identificación, análisis y presentación de las evidencias sea explicitado con rigor. Esa característica se mostró adecuada a la presente pregunta, que articula evidencias epidemiológicas, clínicas, odontológicas, asistenciales y cualitativas, además de documentos normativos pertinentes a la práctica brasileña.

La pregunta orientadora fue organizada por medio de una adaptación de la estrategia PICo - Población, Fenómeno de Interés y Contexto -, empleada en este estudio como recurso de delimitación conceptual de la pregunta, y no como criterio para restringir el corpus a estudios cualitativos (Munn et al., 2018). Fueron definidos: población (P) - personas ancianas con disfagia; fenómeno de interés (I) - integración entre asistencia fonoaudiológica, cuidados odontológicos y actuación del cuidador familiar; y contexto (Co) - ambiente domiciliar y seguridad de la alimentación por vía oral. La búsqueda electrónica fue actualizada el 20 de agosto de 2026 en las bases PubMed/MEDLINE, SciELO y Cochrane Library, complementada por consulta a actos y documentos oficiales del Ministerio de Salud y del Consejo Federal de Fonoaudiología y por rastreo de las referencias de estudios pertinentes.

Fueron empleados términos de búsqueda y descriptores en portugués e inglés, combinados por operadores booleanos. Los registros preservados de la búsqueda permiten identificar los siguientes bloques temáticos principales: dysphagia OR "oropharyngeal dysphagia" OR "deglutition disorders"; aged OR elderly OR "older adults"; "home care" OR "home care services" OR caregiver*; "oral health" OR dentistry OR "oral hygiene"; "aspiration pneumonia"; y "speech-language pathology". Las combinaciones fueron organizadas conforme los ejes de disfagia y cuidado domiciliar, disfagia y salud bucal, neumonía aspirativa y higiene/salud bucal y disfagia y cuidadores, además de búsquedas dirigidas para directrices y documentos normativos. Como los históricos completos de las búsquedas ejecutadas en cada base no fueron preservados, no se presentan strings integrales reconstruidas retrospectivamente, evitando atribuir al proceso una precisión documental que no puede ser comprobada.

Fueron considerados elegibles estudios con personas ancianas o muestras adultas predominantemente ancianas, con foco en disfagia orofaríngea, alimentación por vía oral, salud bucal, cuidado domiciliar, experiencia o entrenamiento de cuidadores y complicaciones clínicas relacionadas. Revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance y directrices aplicables a la población adulta fueron incluidas cuando contribuyeron directamente para la interpretación del cuidado geriátrico. Fueron excluidos estudios exclusivamente pediátricos,

trabajos sin relación directa con deglución o alimentación y materiales no científicos sin función normativa o asistencial.

La selección fue realizada por lectura de títulos y resúmenes, seguida de lectura integral de las publicaciones consideradas pertinentes a la pregunta orientadora. El corpus analítico final de esta síntesis fue compuesto por 17 publicaciones científicas, datadas de 2018 a 2026, y tres documentos oficiales/normativos brasileños. Predominaron revisiones sistemáticas y de alcance, complementadas por metaanálisis, directriz clínica, estudios observacionales, estudio cualitativo y cohorte domiciliar. Las referencias metodológicas utilizadas para fundamentar el diseño de la revisión integradora y la estructuración de la pregunta no fueron contabilizadas en el corpus analítico. No fue aplicada una herramienta formal de evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales, lo que constituye una limitación metodológica de esta revisión integradora e impide clasificaciones cuantitativas comparativas de la calidad de la evidencia.

La interpretación favoreció la correspondencia entre cada afirmación discutida y el diseño de estudio más adecuado para mantenerla. Para prevalencia y pronóstico, fueron priorizadas metaanálisis e investigaciones comunitarias/domiciliares; para la interfaz entre salud bucal y deglución, revisiones sistemáticas y estudio poblacional; para higiene bucal y neumonía, revisiones sistemáticas y la revisión Cochrane; y, para el cuidador, estudios domiciliares y revisiones sobre sobrecarga. Evidencias provenientes de instituciones de larga permanencia fueron mantenidas cuando relevantes, pero tratadas como evidencias indirectas para el contexto domiciliar.

Los hallazgos fueron organizados en seis ejes: (1) caracterización de las evidencias incluidas; (2) disfagia y vulnerabilidad clínica de la persona anciana en el domicilio; (3) contribución de la Fonoaudiología para la seguridad de la alimentación por vía oral; (4) contribución de la Odontología y de la salud bucal; (5) cuidador familiar como elo operacional del plan de cuidado; y (6) integración interdisciplinaria. No fue realizada metaanálisis en razón de la heterogeneidad de poblaciones, intervenciones y desenlaces.

3 Resultados y discusión

El conjunto de 17 publicaciones científicas mostró heterogeneidad de dibujos y escenarios, aspecto compatible con la naturaleza integrativa de la pregunta. Parte relevante de la evidencia directamente domiciliar se concentró en prevalencia, continuidad del cuidado y prácticas del cuidador, en cuanto estudios sobre salud bucal y prevención de neumonía fueron frecuentemente conducidos en instituciones de larga permanencia. Esa diferencia de contexto

fue considerada en la interpretación, evitando transferencia automática de los resultados institucionales para el domicilio.

Cuadro 1 - Caracterización de las publicaciones científicas incluidas

Estudio	Diseño/contexto	Contribución a esta revisión
Aquino et al. (2024)	Estudio transversal poblacional; 5.432 personas ancianas no institucionalizadas (ELSI-Brasil).	Disfagia autorreferida en 30%; asociación entre menor número de dientes y mayor ocurrencia de la queja.
Banda et al. (2022)	Metaanálisis; adultos con 60 años o más en diferentes escenarios asistenciales.	Estimó prevalencia agrupada de disfagia orofaríngea de 46% y asociación con neumonía, desnutrición y mortalidad.
Belmonte et al. (2024)	Estudio cualitativo; cuidadores de personas ancianas después de deshuepitalización.	Describió estrategias de oferta segura, higiene oral y continuidad del acompañamiento fonoaudiológico.
Cao et al. (2022)	Revisión Cochrane; 6 ensayos aleatorios, 6.244 residentes de instituciones.	Evidencia de baja certeza para reducción de la incidencia de neumonía; posible reducción de mortalidad asociada a la neumonía.
Drancourt et al. (2022)	Revisión sistemática; 19 estudios con personas ancianas.	Dezoito estudios mostraron asociación entre al menos un componente de salud bucal y disfagia; causalidad no demostrada.
Furuya et al. (2025)	Cohorte retrospectiva; 162 personas ancianas con disfagia en cuidado domiciliar, seguimiento de 2 años.	Disfagia grave fue el principal factor asociado a la interrupción del cuidado domiciliario por neumonía.
Hansen et al. (2022)	Actualización de revisión sistemática; 3 ensayos aleatorios.	No encontró evidencia convincente de que líquidos espesados o dietas modificadas previnam neumonía o muerte.
Hsiao et al. (2022)	Estudio transversal preliminar; 35 pacientes domiciliares con sonda nasogástrica y ingestión oral.	Identificó asociación entre prácticas de alimentación asistida y factores relacionados a la neumonía aspirativa en muestra pequeña y altamente específica.
Khadka et al. (2021)	Revisión sistemática; 12 estudios en instituciones de larga permanencia.	Relacionó microorganismos orales potencialmente patogénicos a la neumonía aspirativa; heterogeneidad limitó síntesis cuantitativa.
Montero et al. (2025)	Estudio transversal; 1.002 personas ancianas en programa comunitario de atención domiciliaria.	Prevalencia de disfagia de 25,95%; asociación con historia de neumonía y mayor uso de consultas.
Morais et al. (2026)	Revisión sistemática; 11 estudios con personas ancianas institucionalizadas.	Menor número de dientes funcionales, ausencia de pares oclusales, caries, gengivite y xerostomía fueron asociados a la disfagia.
Morales et al. (2026)	Revisión de alcance; 87 estudios con personas con 60 años o más.	Mapeó relaciones entre pérdida dental, higiene protética, fuerza de mordida, presión lingual, xerostomía y aspectos de la deglución, nutrición y salud respiratoria.
Namasivayam-MacDonald y Shune (2018)	Revisión sistemática; cuidadores familiares de ancianos de la comunidad.	Evidenciou impacto de la disfagia sobre la sobrecarga del cuidador.

Estudio	Diseño/contexto	Contribución a esta revisión
Rangira et al. (2022)	Revisión sistemática; 17 estudios con cuidadores de adultos con disfagia.	Metaanálisis sugirió que cerca de 71% presentaban algún grado de sobrecarga.
Remijn et al. (2022)	Revisión sistemática; 8 estudios de intervenciones de salud bucal en disfagia.	Encontró intervenciones heterogéneas y poca evidencia de reducción de la neumonía aspirativa.
Rossi et al. (2026)	Revisión de alcance; 56 estudios.	Mapeó factores multifactoriales asociados a la neumonía aspirativa en adultos y ancianos.
Yang et al. (2023)	Directriz de práctica clínica; 19 preguntas clave sobre disfagia orofaríngea.	Reunió recomendaciones basadas en evidencias para evaluación, manejo y prevención de complicaciones.

Fuente: elaboración de los autores a partir de las publicaciones incluidas.

3.1 Disfagia y vulnerabilidad clínica en el ambiente domiciliar

La síntesis de las evidencias confirma que la disfagia en la persona anciana no debe ser interpretada apenas como síntoma aislado. Condiciones como fragilidad, sarcopenia, comprometimiento neurológico, pérdida de independencia y otras comorbilidades pueden coexistir con la disfagia y ampliar la vulnerabilidad clínica. Banda et al. (2022) demostraron asociación entre disfagia orofaríngea y neumonía, desnutrición y mortalidad, mientras que Rossi et al. (2026) reforzaron que la neumonía aspirativa resulta de la interacción de múltiples factores clínicos, nutricionales y funcionales.

En el domicilio, la menor disponibilidad de monitoreo profesional continuo torna importante reconocer cambios que justifiquen reevaluación. Tosse o engasgo durante las comidas, alteración vocal después de la deglución, aumento del tiempo de comida, fatiga, reducción de la ingestión y cambios del estándar respiratorio son hallazgos clínicos que merecen atención. Cuando la evaluación clínica no es suficiente para aclarar el mecanismo de la disfagia o orientar la conducta, los métodos instrumentales pueden ser necesarios conforme al caso (Yang et al., 2023).

Los estudios domiciliares también destacan la importancia del estado nutricional. Furuya et al. (2025) identificaron la disfagia grave como el factor más claramente asociado a la interrupción del cuidado domiciliario por neumonía; desnutrición e historia previa de neumonía fueron sugeridas como potenciales contribuyentes, ya que los intervalos de confianza indicaron menor precisión para esos factores. Esos hallazgos sustentan el acompañamiento de la ingestión alimentaria y hídrica, peso, aceptación y tiempo de las comidas, con integración de la Nutrición y del equipo médico cuando surjan señales de ingestión insuficiente o deterioro clínico.

Otro aspecto crítico es evitar la simplificación de que toda persona anciana con disfagia necesita automáticamente dieta pastosa y líquidos espesados. Hansen et al. (2022) no

encontraron evidencia convincente de que líquidos espesados o dietas de textura modificada previnam neumonía o muerte, tampoco de que mejoren calidad de vida, estado nutricional o ingestión oral. Las modificaciones de textura y viscosidad pueden ser útiles en situaciones específicas, pero deben resultar de la evaluación individualizada de la deglución y ser reevaluadas a la luz de hidratación, aceptación, adhesión y evolución clínica.

La seguridad de la alimentación por vía oral debe, por lo tanto, equilibrar protección de las vías aéreas, mantenimiento de ingestión suficiente, confort, autonomía posible y calidad de vida. Una estrategia que mejora un parámetro de seguridad durante la evaluación, pero reduce de modo relevante la aceptación o la ingestión en lo cotidiano, puede crear otros riesgos. Ese equilibrio refuerza la necesidad de decisiones individualizadas y compartidas con la persona anciana y su red de cuidado (Hansen et al., 2022).

3.2 Fonoaudiología: evaluación, manejo e individualización de la alimentación por vía oral

En el ámbito de la disfagia, la Fonoaudiología posee competencias técnicas centrales para la evaluación funcional de la deglución y para la definición de estrategias directamente relacionadas al tránsito orofaríngeo del bolo. La Resolución CFFa no 719/2023 establece competencias que incluyen identificación del riesgo, selección, evaluación de la biomecánica, diagnóstico fonoaudiológico, elaboración de plan terapéutico, encaminamiento para otros profesionales y definición de consistencia, postura, utensilios, volumen y engrosamiento cuando clínicamente indicados (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2023). Estas atribuciones son coherentes con directrices que recomiendan evaluación sistemática y selección de intervenciones de acuerdo con el mecanismo de la disfagia (Yang et al., 2023).

En el domicilio, la evaluación fonoaudiológica debe considerar no apenas el desempeño en un momento puntual, sino también las condiciones concretas en que la alimentación ocurre. Nivel de alerta, posicionamiento, utensilios disponibles, consistencia de la dieta y participación del cuidador pueden interferir en la seguridad y la viabilidad del plan. Esta mirada contextual aproxima la orientación técnica de su aplicación cotidiana (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2021, 2023; Belmonte et al., 2024).

Las estrategias compensatorias pueden implicar ajustes posturales, adecuación del volumen por oferta, control del ritmo, selección de utensilios y modificación de textura o viscosidad. La indicación no debe ser estandarizada, ya que el efecto de cada estrategia depende del estándar fisiopatológico y de la respuesta individual; las recomendaciones mantenidas

indefinidamente sin reevaluación pueden volverse innecesariamente restrictivas o insuficientes (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2023; Yang et al., 2023).

Además de las medidas compensatorias, el plan puede incluir una intervención reabilitadora dirigida a déficits específicos de fuerza, coordinación o eficiencia de la deglución, de acuerdo con la evaluación y objetivos terapéuticos (Yang et al., 2023). El fonoaudiólogo debe también establecer criterios para monitorización y reevaluación, sobre todo frente a empeoramiento clínico, infecciones recurrentes, alteración del nivel de conciencia o disminución funcional.

La Resolución CFFa no 644/2021 reconoce que la actuación en atención domiciliaria puede incluir acciones educativas y asistenciales dirigidas a la persona atendida, a familiares y cuidadores. La Resolución CFFa no 719/2023 también incluye, entre las competencias en la disfagia, la elaboración de acciones de educación para equipo interprofesional, cuidadores, familiares y clientes. En ese contexto, el entrenamiento del cuidador integra el proceso terapéutico. Basándose en la síntesis de esta revisión, se recomienda que las orientaciones sean explicadas y demostradas de forma práctica y que su comprensión y aplicabilidad en el domicilio sean reevaluadas periódicamente (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2021, 2023; Belmonte et al., 2024).

3.3 Odontología, función oral y riesgo relacionado con las secreciones orofaríngeas

La fase oral de la alimentación depende de la integración entre dientes, prótesis, lengua, mucosas, saliva, musculatura y control sectariomotor. Cuando estas condiciones están comprometidas, la formación y la manipulación de la torta pueden volverse menos eficientes. Drancourt et al. (2022) demostraron asociación entre componentes de la salud bucal y disfagia en personas ancianas, y Morais et al. (2026) identificaron, en personas ancianas institucionalizadas, mayor riesgo de disfagia asociado a menor número de dientes funcionales, ausencia de pares oclusales, caries, gengivite y xerostomía importante.

El estudio brasileño de Aquino et al. (2024) agrega relevancia poblacional a esa interfaz. Entre 5.432 personas ancianas no institucionalizadas, la prevalencia de disfagia autorreferida fue de 30%, y el grupo con 10 a 19 dientes permanentes presentó mayor prevalencia de la queja en comparación a los participantes con mayor número de dientes. Por tratarse de un estudio transversal, no es posible establecer causalidad; todavía así, los datos refuerzan la necesidad de considerar una condición dental y protética en la investigación de dificultades alimentarias.

Morales et al. (2026), en revisión de alcance con 87 estudios, ampliaron esa perspectiva al mapear evidencias que relacionan pérdida dental, higiene protética inadecuada, reducción de

la fuerza de mordida, reducción de la presión lingual y xerostomía a alteraciones de la función de deglución. En el conjunto de la literatura revisada, condiciones desfavorables de salud oral también fueron relacionadas a resultados nutricionales y respiratorios. En el cuidado domiciliar, eso refuerza que dolor, prótesis inestable, boca seca importante, lesiones y limitación masticatoria no deben ser tratadas como elementos periféricos, sino como condiciones capaces de modificar el confort, la elección de los alimentos y la eficiencia de la fase oral.

La segunda interfaz odontológica involucra la microbiota oral. Khadka et al. (2021) identificaron colonización de la cavidad oral por microorganismos potencialmente asociados a infecciones respiratorias en personas mayores institucionalizadas. En individuos que aspiran secreciones orofaríngeas, la carga microbiana del material aspirado constituye un componente biológicamente plausible del riesgo respiratorio. Sin embargo, por derivar predominantemente de instituciones de larga permanencia, esa evidencia debe ser extrapolada al domicilio con cautela.

La fuerza de la evidencia sobre intervenciones de higiene bucal permanece limitada. Remijn et al. (2022) encontraron intervenciones heterogéneas y poca evidencia de reducción de la neumonía aspirativa en personas con disfagia. De forma semejante, Cao et al. (2022) clasificaron como de baja certeza la evidencia de reducción de la incidencia de neumonía por cuidado oral profesional en instituciones, aunque hayan observado posible reducción de la mortalidad asociada a la neumonía en algunos estudios. Así, esta revisión no sustenta que higiene bucal aisladamente previna neumonía; sustenta que salud bucal y control del biofilm integran un conjunto multifactorial de medidas de reducción de riesgo.

En síntesis, las evidencias disponibles justifican la inclusión de la salud bucal en el cuidado de la persona con disfagia, pero no autorizan atribuir a la higiene bucal, aisladamente, efecto preventivo garantizado sobre neumonía. El cuidado oral debe integrar una estrategia más amplia, que considere condiciones dentales y protéticas, xerostomía, capacidad funcional para higiene, riesgo de aspiración y necesidad de acompañamiento odontológico, siempre reconociendo que gran parte de los datos sobre neumonía proviene de instituciones de larga permanencia y tiene aplicabilidad indirecta al domicilio (Khadka et al., 2021; Remijn et al., 2022; Cao et al., 2022).

3.4 Cuidador familiar como elo operacional y observador de la seguridad

La alimentación por vía oral ocurre varias veces al día y, en el domicilio, el cuidador frecuentemente acompaña la mayor parte de esas situaciones. Por eso, la calidad del plan depende de su traducción en acciones claras y viables. Belmonte et al. (2024) mostraron que

cuidadores de personas ancianas con disfagia después de desospitalización desarrollaron estrategias relacionadas a la preparación y a la oferta de los alimentos, higiene oral y continuidad del acompañamiento fonoaudiológico, destacando la importancia de la transición hospital-domicilio.

La observación de prácticas de alimentación refuerza la necesidad de entrenamiento. Hsiao et al. (2022), en un estudio transversal preliminar con 35 pacientes domiciliares que utilizaban sonda nasogástrica asociada a la ingestión oral y habían presentado neumonía aspirativa en el año anterior, identificaron asociaciones entre factores relacionados a la neumonía aspirativa y determinadas prácticas de alimentación, como uso de cuchara grande, oferta superior a 5 mL por vez y comidas con duración superior a 30 minutos. La muestra fue pequeña y altamente específica; por lo tanto, esos valores no deben ser transformados en reglas universales, pero el estudio refuerza la necesidad de orientación individualizada de la alimentación asistida.

Para fines operacionales, la síntesis de esta revisión organiza la participación del cuidador en cuatro momentos: preparación, oferta, monitoreo y cuidado después de la comida. En la preparación, se debe seguir el plan individual en cuanto a consistencia, volumen y modo de oferta; durante la comida, respetar posicionamiento, ritmo y utensilios definidos; en el monitoreo, observar tolerancia, fatiga, tos, engasgo, alteración vocal, dificultad respiratoria y reducción de la aceptación; y, después de la comida, realizar los cuidados orientados, incluyendo higiene bucal. El equipo debe explicitar cuáles señales exigen interrupción de la oferta y reevaluación profesional (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2023; Yang et al., 2023).

Este papel exige comunicación bidireccional. El cuidador necesita poder relatar baja aceptación de determinada consistencia, somnolencia durante la comida, reducción de la ingestión, dificultad de higiene o cualquier cambio funcional. Estas observaciones pueden indicar que un plan anteriormente adecuado ya no es viable y precisa ser reevaluado.

También es necesario reconocer la carga emocional y operacional impuesta al cuidador. Rangira et al. (2022) identificaron sobrecarga asociada al miedo de aspiración, cambios en la preparación alimentar, limitación de la vida social y falta de soporte. Namasivayam-MacDonald y Shune (2018) encontraron resultados convergentes entre cuidadores de personas ancianas de la comunidad. La educación debe ser objetiva, demostrativa, repetida cuando es necesario y compatible con la capacidad física, cognitiva y emocional de quien cuida.

El cuidador familiar no sustituye decisiones profesionales. Su función es ejecutar cuidados previamente definidos, observar cambios y mantener comunicación con el equipo. En Brasil, la indicación de la consistencia de la dieta, la definición del volumen bajo la óptica de

la seguridad de la deglución y la prescripción del grado de engrosamiento son competencias fonoaudiológicas; la Resolución CFFa no 719/2023 también prevé la participación del fonoaudiólogo, junto al equipo multiprofesional, en la sugerencia de indicación o retirada de vías alternativas de alimentación. Las decisiones sobre mantenimiento o suspensión de la alimentación por vía oral deben, por lo tanto, considerar el cuadro clínico global y la actuación interprofesional, sin ser transferidas al cuidador (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2023).

3.5 Integración entre fonoaudiología, odontología y cuidador: propuesta de organización del cuidado

La literatura analizada sugiere que la seguridad de la alimentación por vía oral en el domicilio puede ser comprendida como una cadena de decisiones interdependientes. La Fonoaudiología evalúa la deglución y define las condiciones funcionales de oferta; la Odontología identifica y trata factores bucales que pueden interferir en la masticación, en la preparación del bolo, en la comodidad y en la carga microbiana; y el cuidador aplica el plan diariamente, observando su viabilidad e comunicando cambios entre las evaluaciones profesionales. La directriz de Yang et al. (2023) contempla el abordaje por equipo multidisciplinar como recomendación condicional, con nivel de evidencia bajo, lo que apoya la integración sin justificar afirmaciones de beneficio clínico definitivo.

Esa integración no presupone que todas las personas ancianas necesiten de la misma intensidad de acompañamiento por todos los profesionales. Con base en la síntesis de las evidencias, el encaminamiento debe ser orientado por las necesidades identificadas en cada caso. Dolor oral, prótesis inestable, xerostomía relevante, lesiones o dificultad de higiene indican pertinencia de evaluación odontológica; cambios en la deglución o dificultad con la consistencia prescrita indican necesidad de reevaluación fonoaudiológica; pérdida ponderal, ingestión insuficiente o señales de deshidratación requieren evaluación nutricional y clínica; y síntomas respiratorios agudos o sospecha de infección exigen evaluación por el equipo de salud conforme a la gravedad. Esta organización es coherente con la naturaleza multifactorial del riesgo y con la recomendación de abordaje multidisciplinar, sin representar un protocolo de eficacia ya demostrado (Rossi et al., 2026; Yang et al., 2023).

El plan domiciliar debe ser registrado en lenguaje operativo. En vez de orientaciones vagas, como "alimentar despacio", se recomienda especificar, de acuerdo con la evaluación individual, posicionamiento, utensilio, consistencia, volumen por oferta cuando pertinente, pausas, señales para interrumpir y cuidados después de la comida. La comunicación escrita puede ser complementada por demostración presencial y materiales educativos, pero no debe

sustituir la evaluación del caso (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2021, 2023; Belmonte et al., 2024).

Otro principio es la reevaluación. El estado funcional de la persona anciana puede modificarse después de infecciones, hospitalizaciones, eventos neurológicos, alteraciones medicamentosas o disminución cognitiva. Una consistencia adecuada en determinado momento puede volverse innecesariamente restrictiva o insuficientemente segura en otro. De la misma forma, cambios en el dolor oral, la adaptación de prótesis, la xerostomía o la eficiencia masticatoria pueden alterar las condiciones de alimentación y demandar actualización del plan (Consejo Federal de Fonoaudiología, 2023; Morales et al., 2026).

La integración propuesta también ayuda a evitar dos extremos: la banalización de señales de riesgo como parte inevitable del envejecimiento y la restricción excesiva de la alimentación sin evaluación suficiente. El objetivo debe ser alcanzar la alimentación más segura y eficiente posible dentro de las condiciones, preferencias y objetivos de la persona anciana, preservando participación y calidad de vida siempre que clínicamente posible.

La principal laguna identificada es la escasez de estudios domiciliares que prueban, en un único protocolo, intervenciones integradas de Fonoaudiología, Odontología y educación del cuidador. La mayor parte de la evidencia demuestra relaciones entre pares de componentes - disfagia y neumonía, salud bucal y deglución, higiene bucal y riesgo respiratorio, disfagia y sobrecarga del cuidador - y sustenta la plausibilidad de un abordaje integrado. Sin embargo, la literatura disponible todavía no permite afirmar que ese modelo, como intervención completa, reduce por sí solo neumonía, hospitalizaciones o mortalidad. Estudios prospectivos específicamente diseñados para evaluar modelos interdisciplinares en el domicilio permanecen necesarios.

Cuadro 2 - Componentes de un plan integrado para alimentación por vía oral segura en el domicilio

Componente	Contribuciones principales	Información que deben volver al equipo
Fonoaudiología	Evaluar la deglución; definir consistencias, volúmenes, posturas, utensilios y estrategias individualizadas; rehabilitar cuando indicado; entrenar el cuidador.	Tosse/engasgo, alteración vocal, fatiga, cambio de aceptación, dificultad con la estrategia prescrita, eventos respiratorios o disminución funcional.
Odontología	Evaluar dientes, oclusión, prótesis, mucosas, saliva/xerostomía, dolor, función masticatoria e higiene; tratar condiciones bucales relevantes.	Dolor, heridas, sangrado, prótesis inestable, dificultad de masticación, boca seca importante o incapacidad de realizar higiene.
Cuidador familiar	Ejecutar el plan; preparar y ofrecer alimentos conforme orientación; mantener posicionamiento;	Cambios en la rutina, aceptación, tiempo de la comida, ingestión, nivel de alerta, señales de dificultad,

Componente	Contribuciones principales	Información que deben volver al equipo
	realizar/supervisionar higiene bucal; observar señales de alerta.	limitaciones prácticas y dudas.
Equipo ampliado	Integrar Nutrición, Medicina, Enfermería y otros profesionales conforme necesidades nutricionales, respiratorias, medicamentosas y funcionales.	Pérdida de peso, signos de deshidratación, fiebre, disnea, infecciones, alteraciones medicamentosas o cambio del nivel de conciencia/condición clínica.

Fuente: elaboración de los autores a partir de la síntesis de las evidencias revisadas.

3.6 Limitaciones de las evidencias y de la revisión

La interpretación de los hallazgos debe considerar limitaciones tanto de la literatura disponible como de esta propia revisión. Parte sustancial de las evidencias sobre microbiota oral, higiene bucal y neumonía fue producida en instituciones de larga permanencia, y su aplicación al domicilio es indirecta. Los estudios domiciliares presentan poblaciones y desenlaces heterogéneos; Hsiao et al. (2022), por ejemplo, incluyeron una muestra pequeña y altamente específica de personas con sonda nasogástrica asociada a la ingestión oral. Además, la relación entre condiciones bucales y disfagia es predominantemente observacional, no permitiendo inferir causalidad (Drancourt et al., 2022; Morais et al., 2026). Como esta revisión incluye revisiones secundarias y estudios primarios, también puede existir sobreposición de estudios de base entre algunas síntesis, razón por la cual los hallazgos no fueron tratados como estimativas independientes de efecto.

Esta revisión integradora no utilizó herramienta formal para evaluación del riesgo de sesgo ni fue delineada como revisión sistemática de eficacia con flujo cuantitativo completo de identificación, duplicación y exclusión de registros. Además de eso, no fueron preservadas los conteos intermedios de la búsqueda referentes al número de registros recuperados en cada base, duplicados retirados, exclusiones por título/resumen y exclusiones después de lectura integral. Por esa razón, esos cuantitativos no fueron estimados o reconstruidos retrospectivamente. Las conclusiones deben ser interpretadas como síntesis crítica e integrativa de las evidencias seleccionadas, y no como estimativa exhaustiva o cuantitativa de efecto. Esa delimitación metodológica es especialmente importante delante de la heterogeneidad de las fuentes y de la escasez de estudios que evalúen directamente la integración entre Fonoaudiología, Odontología y cuidador en el contexto domiciliar.

4 Consideraciones finales

La seguridad de la alimentación por vía oral de la persona anciana con disfagia en el ambiente domiciliario depende de factores que superan la deglución aisladamente. Las

evidencias analizadas sustentan un abordaje en que la evaluación fonoaudiológica, la salud bucal, la función oral y la ejecución cotidiana de las orientaciones por el cuidador son tratadas como dimensiones complementarias de un mismo plano asistencial.

La Fonoaudiología posee un papel central en la identificación del riesgo, en la evaluación de la biomecánica de la deglución y en la individualización de consistencias, volúmenes, posturas, utensilios y estrategias terapéuticas. La Odontología contribuye con la evaluación de la dentición, de la oclusión, de las prótesis, de la xerostomía, del dolor, de la higiene y de la eficiencia masticatoria, además de actuar sobre condiciones bucales relacionadas a la carga microbiana del material orofaríngeo potencialmente aspirado. El cuidador familiar, a su vez, aplica las orientaciones profesionales en lo cotidiano y proporciona informaciones relevantes para la reevaluación del plan.

La literatura no sustenta soluciones universales. Espesamiento de líquidos, modificación de dieta e higiene bucal deben ser empleados dentro de indicaciones individualizadas y no presentados como medidas aisladas capaces de prevenir neumonía. Como la neumonía aspirativa es multifactorial, un abordaje de reducción de riesgo debe combinar evaluación clínica, adecuación de la alimentación, mantenimiento de ingestión suficiente, cuidado bucal, monitoreo y respuesta a los cambios del estado general, respetando las competencias de cada profesional.

La integración entre Fonoaudiología, Odontología y cuidador familiar es coherente con las evidencias disponibles y con principios contemporáneos de cuidado domiciliar centrado en la persona. Sin embargo, permanece una laguna relevante: faltan estudios que evalúen directamente protocolos interdisciplinares completos en el domicilio. Investigaciones prospectivas deben investigar si modelos estructurados de integración profesional y capacitación del cuidador reducen eventos respiratorios, desnutrición y hospitalizaciones, disminuyen la sobrecarga familiar y preservan autonomía y calidad de vida.

Referencias

AQUINO, M. M.; RECH, R. S.; BAUMGARTEN, A.; GOULART, B. N. G. Association between number of teeth, dental prostheses, and self-reported dysphagia in Brazilian old people: a population-based study. CoDAS, v. 36, n. 4, e20230072, 2024. DOI: 10.1590/2317-1782/20242023072en.

BANDA, K. J. et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and risk of pneumonia, malnutrition, and mortality in adults aged 60 years and older: a meta-analysis. Gerontology, v. 68, n. 8, p. 841-853, 2022. DOI: 10.1159/000520326.

BELMONTE, M. S. et al. Home caregiver strategies for feeding older adults with dysphagia after dehospitalization. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 58, e20230318, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0318en.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa - Padi e definir critérios para o repasse de incentivo financeiro adicional à equipe Multiprofissional - eMulti, no âmbito da Atenção Primária à Saúde - APS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt9584_23_12_2025.html. Acesso em: 21 ago. 2026.

CAO, Y. et al. Oral care measures for preventing nursing home-acquired pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 11, CD012416, 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD012416.pub3.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa nº 644, de 11 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a atuação fonoaudiológica em home care e dá outras providências. Brasília, DF: CFFa, 2021. Texto consolidado com alterações posteriores. Disponível em: https://fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_644_21.htm. Acesso em: 21 ago. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa nº 719, de 15 de dezembro de 2023. Dispõe sobre a regulamentação da atuação do fonoaudiólogo em disfagia e revoga a Resolução CFFa nº 492, de 7 de abril de 2016. Brasília, DF: CFFa, 2023. Disponível em: https://fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_719_23.htm. Acesso em: 21 ago. 2026.

DRANCOURT, N.; EL OSTA, N.; DECERLE, N.; HENNEQUIN, M. Relationship between oral health status and oropharyngeal dysphagia in older people: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 20, 13618, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192013618.

FURUYA, H. et al. Risk factors for home care discontinuation among older people with dysphagia: a two-year retrospective cohort study. Journal of Oral Rehabilitation, v. 52, n. 9, p. 1360-1368, 2025. DOI: 10.1111/joor.13999.

HANSEN, T.; BECK, A. M.; KJAERSGAARD, A.; POULSEN, I. Second update of a systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia. Clinical Nutrition ESPEN, v. 49, p. 551-555, 2022. DOI: 10.1016/j.clnesp.2022.03.039.

HSIAO, S.-Y. et al. Relationship between aspiration pneumonia and feeding care among home care patients with an in-dwelling nasogastric tube in Taiwan: a preliminary study. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 9, 5419, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19095419.

KHADKA, S. et al. Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. Age and Ageing, v. 50, n. 1, p. 81-87, 2021. DOI: 10.1093/ageing/afaa102.

MONTERO, L. et al. A systematic evaluation for oropharyngeal dysphagia in non-institutionalized elderly patients with home care-based in the community. Dysphagia, v. 40, n. 3, p. 607-613, 2025. DOI: 10.1007/s00455-024-10761-8.

MORAIS, R. S. et al. Dental factors associated with oropharyngeal dysphagia in institutionalised older adults: a systematic review. Gerodontology, v. 43, n. 2, p. 159-171, 2026. DOI: 10.1111/ger.70034.

MORALES, C.; MONTOYA, D.; SUAZO, C.; GUEVARA, E. The relationship between oral health and swallowing function in older adults: a scoping review. Geriatrics & Gerontology International, v. 26, n. 3, e70421, 2026. DOI: 10.1111/ggi.70421.

MUNN, Z.; STERN, C.; AROMATARIS, E.; LOCKWOOD, C.; JORDAN, Z. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. BMC Medical Research Methodology, v. 18, art. 5, 2018. DOI: 10.1186/s12874-017-0468-4.

NAMASIVAYAM-MACDONALD, A. M.; SHUNE, S. E. The burden of dysphagia on family caregivers of the elderly: a systematic review. Geriatrics, v. 3, n. 2, 30, 2018. DOI: 10.3390/geriatrics3020030.

RANGIRA, D.; NAJEEB, H.; SHUNE, S. E.; NAMASIVAYAM-MACDONALD, A. Understanding burden in caregivers of adults with dysphagia: a systematic review. American Journal of Speech-Language Pathology, v. 31, n. 1, p. 486-501, 2022. DOI: 10.1044/2021_AJSLP-21-00249.

REMIJN, L.; SANCHEZ, F.; HEIJNEN, B. J.; WINDSOR, C.; SPEYER, R. Effects of oral health interventions in people with oropharyngeal dysphagia: a systematic review. Journal of Clinical Medicine, v. 11, n. 12, 3521, 2022. DOI: 10.3390/jcm11123521.

ROSSI, C. S. et al. Risk factors associated to aspiration pneumonia in adults and elderly patients: a scoping review. Dysphagia, v. 41, n. 2, p. 379-403, 2026. DOI: 10.1007/s00455-025-10887-3.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

YANG, S. et al. Clinical practice guidelines for oropharyngeal dysphagia. Annals of Rehabilitation Medicine, v. 47, suppl. 1, p. S1-S26, 2023. DOI: 10.5535/arm.23069.