
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Bardinet Canto, Mélanie; García Cabezas, Olga; Sacristán, Dèlia; [et al.]. Incidència d'una capacitat específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència. 2015. 82, 1, 1 pàg. (828 Grau en Logopèdia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/148554>

under the terms of the  license

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència



Mélanie Bardinnet, Olga García i Dèlia Sacristán
Tutor: Andreu Sauca

Treball de Final de Grau

Grau de Logopèdia
Universitat Autònoma de Barcelona
2014 - 2015

“ Y el viejo miraba al cielo con un porqué
en el fondo de su garganta.
Pero no tenía respuesta y
miraba a su alrededor
en busca de no sabía quién.
Nadie.”

A.Sauca

ÍNDIX

AGRAÏMENTS	2
TREBALL PROFESSIONALITZADOR	4
INTRODUCCIÓ	4
MARC TEÒRIC	5
ANÀLISI DEL CONTEXT	9
ANÀLISI I TRACTAMENT DE LA INFORMACIÓ	12
PROPOSTA JUSTIFICADA D'INTERVENCIÓ	12
POSSIBILITATS D'AVAUACIÓ	14
INSTRUMENTS D'AVAUACIÓ	15
CONCLUSIONS	17
TREBALL DE RECERCA	18
INTRODUCCIÓ	18
OBJECTIUS	18
HIPÒTESIS	19
METODOLOGIA	20
SUBJECTES	20
SELECCIÓ DE LES MOSTRES	21
INSTRUMENTS DE MESURA I PROCEDIMENT	23
RESULTATS	26
AUXILIARS	27
PACIENTS	35
DISCUSSIÓ	42
CONCLUSIONS	47
CONSIDERACIONS ÈTIQUES	49
PROPOSTES DE MILLORA	54
LIMITACIONS	55
CONSIDERACIONS FUTURES	57
REFERÈNCIES	59
ANNEXOS	61

AGRAÏMENTS

Ens agradaria fer un petit reconeixement a totes les persones que han fet possible la realització d'aquest treball.

En primer lloc, volem donar les gràcies a la Fundació Antònia Roura de Granollers, en especial a Ruth Sala, la directora del centre, i a l'equip d'infermeres i teràpia ocupacional els quals han dipositat una gran confiança en nosaltres des del primer moment en que plantejàvem l'estudi que volíem dur a terme i per les facilitats que ens han proporcionat quant a material i quant a temps.

En segon lloc, volem donar les gràcies a les auxiliars per participar al curs i per haver seguit les nostres indicacions al llarg de la investigació i, a més, per informar-nos dels efectes que alguns medicaments tenen sobre els productes especials per a disfàgia. Així doncs, també aprofitem aquest espai per agrair a l'empresa *Fresenius Kabi*®, en especial, a l'atenció prestada per part de la gerent de l'Àrea Nutricional Enteral, la Chantal Marín, representant de l'empresa disposada a contactar amb el Departament de Qualitat per fer arribar la qüestió a la seu en Alemanya per a que s'investigui l'efecte dels medicaments (Molaxole® i Movicol®) sobre el seu espessidor.

En tercer lloc i no menys important, volem agrair la participació dels pacients, ja que sense ells no hauríem pogut realitzar el treball de recerca ni hauríem pogut començar a desenvolupar la nostra futura pràctica professional.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Agraïm especialment a l'Andreu Sauca, logopeda i company de professió, que com a tutor del nostre treball final de grau, ens hagi donat tot el suport que necessitàvem per fer realitat el nostre projecte, dipositant una fe cega en nosaltres des de l'inici.

Per últim, volem donar les gràcies a la família, amics, professors de la UAB i al racó de la Lola per brindar-nos l'energia suficient per a poder realitzar aquest treball. I especialment també a Fotografies Carles Domènech per il·lustrar-lo.

Per tots vosaltres, gràcies per acompanyar-nos en aquest bonic i únic projecte i formar part d'ell.



Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

Resum

La disfàgia orofaríngia (DOF) es defineix com la dificultat de transportar el bol alimentari des de la boca fins a l'esòfag degut a alteracions estructurals (ex: glossectomia) o funcionals, com és el cas d'algunes demències que apareixen a la 3ª edat. Degut a la manca de coneixements sobre alimentació de persones amb DOF i demència i de la manca de la figura del logopeda en centres geriàtrics, es presenten un treball d'intervenció, en el qual es crea un curs de formació específica sobre la disfàgia orofaríngia i l'alimentació de les persones amb demència institucionalitzades en residències geriàtriques dirigit a auxiliars de geriatria i, seguidament, un treball de recerca amb l'objectiu de comprovar la utilitat i la validesa d'aquest curs. Es compta amb una mostra d'11 auxiliars (5 com a grup control i 6 com a grup experimental, el qual realitza el curs de formació específica) i 10 pacients amb demència i DOF (5 són atesos únicament per auxiliars del grup experimental i 5 per auxiliars del grup control). El treball de recerca demostra l'eficàcia d'aquesta intervenció, ja que es produeix un augment del nivell de coneixements teòrico-pràctics i de la seguretat dels auxiliars envers la DOF en pacients amb demència i un augment de la seguretat de la deglució en els pacients.

Paraules clau: disfàgia orofaríngia (DOF), demència, broncoaspiració, residència geriàtrica, centre de dia, tercera edat, Mètode d'Exploració Clínica Volum Viscositat (MECV-V), formació específica, auxiliar de geriatria, logopèdia.

Resumen

La disfagia orofaríngea (DOF) se define como la sensación de dificultad de transportar el bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago debido a alteraciones estructurales (p.e. glossectomía) o funcionales. Este último es el caso de algunas demencias, como las que aparecen en la tercera edad. Debido a la falta de conocimientos sobre alimentación de personas con DOF y demencia y de la falta de la figura del logopeda en centros geriátricos, se presentan un trabajo de intervención, en el que se crea un curso de formación específica sobre la disfagia orofaríngea y la alimentación de las personas con demencia institucionalizadas en residencias geriátricas dirigido a auxiliares de geriatría y, a continuación, un trabajo de investigación con el objetivo de comprobar la utilidad y la validez de este curso. Se cuenta con una muestra de 11 auxiliares (5 como grupo control y 6 más como grupo experimental. Este último realiza el curso de formación específica) y de 10 pacientes con demencia y DOF (5 son atendidos únicamente por auxiliares del grupo experimental mientras que el resto es atendido por auxiliares del grupo control). El trabajo de investigación demuestra la eficacia de esta intervención, ya que se produce un aumento de los conocimientos teórico-prácticos y de la seguridad de los auxiliares en relación a la disfagia en pacientes con demencia y un aumento de la seguridad de la deglución en los pacientes.

Palabras clave: disfagia orofaríngea (DOF), demencia, broncoaspiración, residencia geriátrica, centro de día, tercera edad, Método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V), formación específica, auxiliar, logopedia.

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

Abstract

Oropharyngeal dysphagia (OD) is defined as the difficulty to swallow or transport food from the mouth to the oesophagus due to structural or functional alterations. The latter case is linked to some types of dementia, such as those found in the elderly. Due to lack of information about feeding people with OD or dementia and also, due to a lack of trained speech therapists in nursing homes, an intervention programme is hereby presented, which offers specific training to geriatric assistants on oropharyngeal dysphagia and the feeding needs of people with dementia who are institutionalised in nursing homes. This training would be followed by research aimed at testing the usefulness and validity of the course. The sample consists of 11 auxiliary nurses (5 of whom will be the control group and another 6 who will be part of the experimental group and will take the training course). Also, the sample will count with 10 patients with dementia and OD (5 who are only looked after by members of the experimental group while the rest are being taken care of by members in the control group). The results prove the validity of this intervention as the auxiliary nurses' theoretical and practical knowledge increases the safety of dysphagic patients with dementia when swallowing.

Key words: pharyngeal dysphagia, dementia, bronchoaspiration, day care center, seniors, Clinical Exploration Method Volume-Viscosity (MECV-V), specific training, nursing home, speech therapy.

Résumé

La dysphagie oropharyngée (DOF) est la difficulté de transporter l'aliment de la bouche à l'œsophage à cause de lésions organiques ou difficultés fonctionnelles liés à la motricité. Ceci arrive aux personnes âgées atteintes de démence. Par le manque de connaissance généralisé sur l'alimentation de personnes qui souffrent une DOF et une démence ainsi que le manque d'orthophonistes aux centres gériatriques, nous présentons un travail d'intervention, dans lequel on a créé un cours de formation spécifique sur l'alimentation des personnes souffrant une DOF et une démence institutionnalisées dans des résidences gériatriques dirigé aux auxiliaires et, ensuite, un travail de recherche dont l'objectif est de vérifier l'utilité et la validité de ce cours. On dispose d'un échantillon d'auxiliaires (5 comme groupe contrôle et 6 comme groupe expérimental où ces derniers réalisent le cours de formation spécifique) et de 10 patients souffrant une démence et DOF (5 ont été traités uniquement par auxiliaires du groupe expérimental alors que le reste est été traité par auxiliaires du groupe contrôle). Le travail de recherche démontre l'efficacité de cette intervention, puisque les auxiliaires ont des meilleures connaissances théoriques, pratiques et plus de sécurité lors du traitement des patients souffrant une démence et DOF ainsi qu'une augmentation de la sécurité lors de la déglutition des patients.

Mots-clés: dysphagie oropharyngée, démence, pneumonie par inhalation, résidence gériatrique, centre de jour, vieillesse, méthode d'exploration clinique volume viscosité (MECV-V), formation, auxiliaire, orthophonie.

TREBALL PROFESSIONALITZADOR

INTRODUCCIÓ

Aquest Treball de Final de Grau (TFG) el formen dos tipus de treball diferents que seguiran l'ordre de presentació que es defineix a continuació.

En primer lloc, degut a la detecció de manca de coneixements sobre l'alimentació de persones amb DOF i demència, a la manca de la figura del logopeda en centres geriàtrics i a la gran incidència de pacients amb demència patint disfàgia orofaríngia, es presenta un treball professionalitzador, en el qual s'ha creat un *curs de formació específica sobre la disfàgia orofaríngia i l'alimentació de les persones amb demència que estan institucionalitzades en residències geriàtriques* dirigida a auxiliars de geriatria.

En segon lloc, es presenta un treball de recerca amb la finalitat de comprovar que el treball professionalitzador té validesa, és a dir, demostrar que el curs és útil i eficaç pels auxiliars de geriatria que han de vetllar per les necessitats de persones amb demència i disfàgia orofaríngia. Aquesta validesa es pretén aconseguir a partir de l'extracció de dades reals.

La decisió de seguir aquesta ambiciosa estructura es pren en base a la detecció de necessitats formatives per part dels professionals (auxiliars de geriatria) que tenen cura de l'alimentació dels residents de la Fundació Antònia Roura. Així com també, en base a la consegüent noció de l'alt risc de problemes (tant d'eficàcia com de seguretat) en la ingesta que pot provocar, aquest desconeixement dels professionals, a les persones a les quals vetllen.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatría sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

MARC TEÒRIC

Actualment, una de les principals causes de mort en la tercera edat és la pneumònia deguda a broncoaspiració, juntament amb les demències, els tumors i les malalties de l'aparell circulatori (Instituto Nacional de Estadística, 2014a). Les broncoaspiracions són conseqüència de la disfàgia orofaríngia (DOF), dificultat per passar l'aliment de la boca a l'esòfag. La DOF té una incidència al voltant d'un 50% en pacients amb demència (ex: Parkinson, Alzheimer, etc.) en etapes finals d'aquesta (Jiménez, Corregidor, i Gutiérrez, 2007). Cada vegada més, és possible adonar-se de l'envelliment que pateix la població actualment (les persones majors de 65 anys constitueixen el 18% de la població espanyola) (Instituto Nacional de Estadística, 2014b) i es preveu que al voltant de l'any 2050 aquesta població sigui de més de 15 milions de persones, més d'un 31% de la població total espanyola prevista per l'any 2050, tal com indica el Departament d'Afers Econòmics i Socials de la Secretaria de les Nacions Unides (2012).

Any	Població
2015	47.199.000
2020	47.789.000
2025	48.082.000
2030	48.235.000
2035	48.378.000
2040	48.504.000
2045	48.495.000
2050	48.224.000

Taula 1. Dades de la població en funció del grup d'edat entre els anys 1950 i el 2100

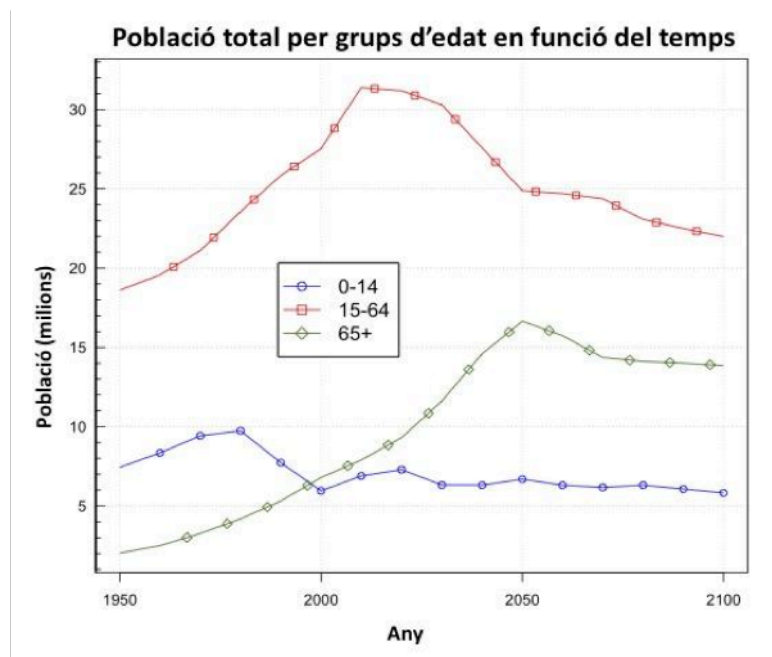


Figura 1. Evolució de la població en funció del grup d'edat entre els anys 1950 i el 2100.

Evolució de la població de persones majors de 65 anys a Espanya

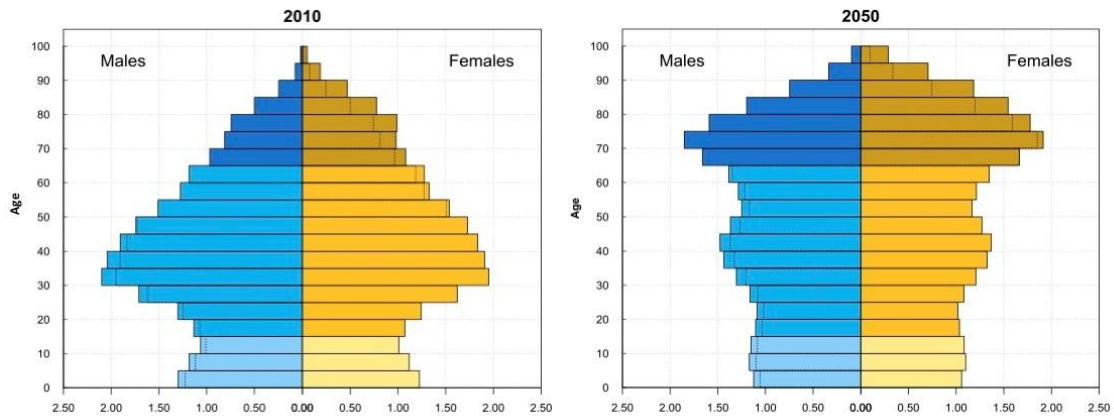


Figura 2. Comparació de la població de +65 anys des del 2010 fins el 2050 a Espanya.

El fet que la població envelleixi comportarà un increment del nombre de malalties i de serveis necessaris per satisfer les necessitats de la gent gran i exigirà el fet de garantir una qualitat de vida i benestar social dignes, i optar a una atenció sanitària adequada, uns transports adaptats pels casos de mobilitat reduïda, ajuts tècnics per l'adaptació funcional de la llar, recórrer a ajudes econòmiques i prestacions socials, entre altres.

¿Existeixen els recursos i els serveis necessaris per tractar la DOF i mantenir el màxim de temps possible el nivell de qualitat de vida de la gent gran que pateix aquesta dificultat associada a una demència? S'ha fet un recull d'informació de les cinc residències geriàtriques situades a la ciutat de Granollers, territori on es centra aquest estudi, i s'ha observat que només una d'elles (Residència Adolfo Muntanya, propietat de l'Hospital General de Granollers) és beneficiària dels serveis de logopèdia que pertanyen a la Unitat de logopèdia de l'Hospital General de Granollers.

La disfàgia orofaríngia és una patologia difícil de valorar i tractar en persones grans (majors de 65 anys) i que, a més, pateixen demència. Com a logopedes

és important no ignorar aquestes persones perquè, malgrat aquestes patologies, sovint és possible realitzar un tipus de tractament pal·liatiu que mantingui el màxim de temps possible la situació actual de la persona sempre tenint en compte el curs natural que segueix la vida d'aquesta. D'altra banda, és important que les institucions que acullen la gent gran responguin davant les necessitats d'aquestes, comptant amb les instal·lacions adients i contractant personal qualificat i capacitats.

S'ha comprovat que, tant el currículum del Cicle Formatiu de Grau Mitjà (CFGM) corresponent al títol de Tècnic en Atenció a Persones en Situació de Dependència (TAPSD), antic títol de Tècnic en Atenció Sòcio-sanitària (TAS)¹, que pertany a la família professional de serveis socioculturals i comunitaris², com el currículum del CFGM corresponent al títol de Tècnic en Cures d'Auxiliar d'Infermeria³ (personal sanitari) no contemplen les competències bàsiques (informació, formació i protocols d'alimentació) necessàries que els tècnics haurien de tenir per poder vetllar de forma correcta per la salut de les persones amb DOF. S'entén per "competències bàsiques" els coneixements teòrics i pràctics mínims necessaris que han de tenir les persones que donen suport a la ingesta (ex: saber quines són les posicions corporals més segures durant la deglució, conèixer i saber aconseguir les viscositats i el volum adequats dels aliments segons les necessitats de cada pacient, entendre quins són els factors de risc que poden produir broncoaspiracions i com evitar-los, etc.). Per tant, el paper del logopeda en aquests casos és de vital importància per poder aportar coneixements i assessorament bàsics per permetre que els auxiliars duguin a

¹ Reial Decret 1593/2011 (<http://www.boe.es/boe/dias/2011/12/15/pdfs/BOE-A-2011-19542.pdf>) on es presenta el Títol de Tècnic en Atenció a Persones en Situació de Dependència (ensenyaments mínims). BOE núm. 301 del 15-12-2011

² Disposició general: Recurs d'inconstitucionalitat nº 893-2003, en relació amb l'apartat quinzè de l'article 8 de la Llei 44/2002, de 22 de novembre, de Mesures de Reforma del Sistema Financer. Tribunal Constitucional (<http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/25/pdfs/A43445-43539.pdf>).

³ Reial Decret 546/1995 (1995) (http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-13533) pel qual s'estableix el Títol de Tècnic en Cures Auxiliars d'Infermeria (ensenyaments mínims).

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

terme de forma correcta un suport a la ingesta personalitzat per a cada pacient. A més, aquests títols, entre d'altres, s'implantaràn com a requisit necessari per exercir d'auxiliar en institucions geriàtriques (centres de dia i residències) a partir de l'1 de gener del 2016⁴.

Des dels punts de vista sanitari i polític, aquests són uns arguments de pes suficients com per reivindicar la necessitat de contractar personal sanitari encarregat de prevenir, avaluar, diagnosticar i tractar la disfàgia orofaríngia, és a dir, els logopedes⁵ i, a més, comptar amb la possibilitat d'incloure el títol de TAPSD dins la família professional de personal sanitari.

La figura del logopeda és determinant en el tractament de la disfàgia orofaríngia (com en el de la comunicació, el llenguatge, la parla, la veu i l'estimulació cognitiva) i sembla que cada vegada la societat està més conscienciada d'aquesta problemàtica i la importància d'aquest professional. Però en realitat pràcticament és invisible en aquestes institucions on és tan necessari, com es dona en el cas de la Fundació Antònia Roura de Granollers. Malgrat que la logopèdia pertanyi a l'àmbit sanitari, encara no està contemplada com una professió que ha d'ocupar un lloc en centres gerontològics (públics o privats), és a dir, que la logopèdia no es considera un servei necessari ni en un centre de dia ni en un centre residencial. En canvi, sí es consideren com a tal altres professions (sanitàries o no) com la fisioteràpia, la infermeria o la teràpia ocupacional o la psicologia⁶.

⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Nota informativa. Requeriments del personal auxiliar d'atenció a la dependència a Catalunya 2015 (http://benestar.gencat.cat/web/.content/02serveis/06recursosprofessionals/temes_relacionats_dreta/requeriments_personal_auxiliar_dependencia/requeriments_aux.pdf).

⁵ Resolució de 5 de febrer de 2009, de la Secretaria d'Estat d'Universitats, per la que es publica l'Acord de Consell de Ministres, pel qual s'estableixen les condicions a les que hauran d'adequar-se els plans d'estudis conduents a la obtenció de títols que habilitin per a l'exercici de la professió regulada de Logopeda (<http://www.boe.es/boe/dias/2009/03/26/pdfs/BOE-A-2009-5033.pdf>).

⁶ Perfil professional de auxiliar de gerontologia del servei de centre de dia i del servei de centre residencial per a gent gran. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. (http://benestar.gencat.cat/web/.content/02serveis/06recursosprofessionals/comite_expertes_i_experts_en_formacio/perfiles_professionals/02_atencio_a_persones_grans/pdf/perfil_auxiliar_de_gerontologia_aprovat.doc.pdf).

S'ha comprovat que en aquesta residència geriàtrica i centre de dia existeix un sentiment de consciència sobre la figura del logopeda en el tractament de la disfàgia. Malgrat aquest fet, la persona que intenta suplir la funció del logopeda davant d'aquesta patologia és la terapeuta ocupacional per tres motius: a) per la situació econòmica que està vivint el país que provoca la reducció de contractació de nou personal (poc pressupost de l'Administració per fer contractes), b) perquè el Departament de Benestar Social i Família no té en compte la professió de logopeda i c) perquè l'alimentació és una de les necessitats bàsiques de la vida diària dels individus i d'aquesta s'encarrega la teràpia ocupacional. La terapeuta ocupacional actua en dependència a l'antic assessorament de les logopedes de la Unitat de logopèdia de l'Hospital General de Granollers, ja que la DOF és una patologia que pertany directament a l'àmbit de la logopèdia i no al de la teràpia ocupacional, malgrat que l'alimentació (i no la patologia) sigui una activitat de la vida diària. És molt important el fet d'establir límits entre professions sense oblidar que s'ha de dur a terme una actuació interdisciplinària. D'aquesta manera s'evitaria l'intrusisme laboral que existeix en l'actualitat.

ANÀLISI DEL CONTEXT

La decisió de crear un curs de formació específica s'ha pres una vegada es va haver realitzat una documentació sobre l'estat de la qüestió en relació a la DOF i les demències (vegeu apartat Introducció del treball professional), i una anàlisi del context de la Fundació Antònia Roura. S'ha documentat quins usuaris dels serveis del centre estan diagnosticats de demència que cursi amb DOF, quina formació tenen els professionals que vetllen pels usuaris dels serveis i quin

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

professional s'encarrega de tractar la disfàgia en aquest centre (en cas que es tracti).

Primerament, s'ha observat que la Fundació Antònia Roura divideix els usuaris en dos grups: en règim de centre de dia i en règim de residents. Sabent que la disfàgia apareix en etapes avançades d'algunes demències (Affoo, Foley, Rosenbek, Shoemaker, i Martin, 2013), la investigació s'ha centrat en el grup de persones en règim de residents, ubicats a la primera planta del centre (P1), ja que no compten amb autonomia personal i necessiten atenció i suport les 24 hores del dia. Per determinar quines d'aquestes persones pateixen disfàgia orofaríngia, s'ha accedit a la història clínica de cadascuna d'elles. S'ha trobat que totes estan diagnosticades de demència en etapa avançada (senil, Alzheimer, Parkinson, Frontotemporal) i 10 d'aquestes persones cursen amb disfàgia orofaríngia. Per major seguretat, s'ha administrat el test MECV-V per confirmar la disfàgia i el grau de severitat.

Segonament, s'ha investigat quina és la figura professional que s'encarrega de vetllar per les necessitats d'aquests residents i de quina formació disposa. S'ha vist que per treballar de cuidador/a, actualment, no és obligatori tenir cap tipus de formació en aquest àmbit (no hi ha requisits per a aquest càrrec). S'ha mirat el Currículum Vitae (CV) de tots els vetlladors⁷ i s'ha confirmat aquest fet. La formació de la qual disposen 16 auxiliars de la P1 és la següent:

<ul style="list-style-type: none">- Cap formació- Graduat escolar- CFGM en cures d'auxiliar d'infermeria- CFGM gestió administrativa- CFGM d'atenció sociosanitària (actual TAPSD)- CFGS de laboratori i anàlisi clínic- Grau universitari d'educadora social	<ul style="list-style-type: none">- Cursos de l'INEM (auxiliars d'infermeria i geriatria, auxiliar de geriatria, atenció especialitzada a malalts d'Alzheimer, treballadora familiar, formació ocupacional, dietètica i nutrició, infermeria hospitalària, estètica i perruqueria)- Grau universitari d'Educació Infantil (en curs)
---	--

Taula 2. Formació inclosa en alguns dels Currículums Vitae de 16 auxiliars de la Fundació Antònia Roura.

⁷ S'utilitzen els termes vetllador i auxiliar sense distinció.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

D'aquesta formació, l'única que habilita per vetllar a la gent gran institucionalitzada en residències geriàtriques i/o en domicilis és el TAPSD. Ja que, actualment, no és necessari disposar d'una formació específica per ser contractat com a auxiliar, es creu que el centre hauria de tenir criteri propi per contractar persones que tinguin una formació adient per realitzar les tasques del TAPSD. Per altra banda, s'ha comprovat que, tot i que, teòricament, aquesta titulació fa a l'auxiliar competent quant al coneixement de tècniques d'alimentació existents (Pérez, Fernández, i Sánchez, 2013), en els continguts del currículum educatiu del TAPSD no s'especifica cap definició de disfàgia. S'ha verificat que en aquests continguts manca informació sobre els riscos reals de la DOF i de quina manera s'han d'alimentar les persones amb aquestes patologies ("protocol d'alimentació"). D'igual manera tampoc s'especifica l'explicació de la manera en què s'han d'aplicar les tècniques d'alimentació ni com reduir riscos relacionats amb la deglució.

A més del CV, també s'ha supervisat de quina manera les auxiliars realitzen les seves tasques vers els pacients del geriàtric. S'han observat diversos ítems:

- a. Posició dels pacients (com els posicionen: postura corporal)
- b. Posició dels vetlladors davant els pacients en el moment de la ingesta
- c. Introducció del menjar dins la boca del pacient (ex: massa endavant o enrere, velocitat, volums que el que el pacient tolera segons la consistència)
- d. Preparació dels aliments (ex: sense grumolls, quantitat d'espessor adequada)
- e. Detecció de símptomes i signes de DOF i presa de decisions davant d'aquestes manifestacions (ex: animar a tossir el pacient, manca de segell labial)
- f. Temps invertit en l'alimentació de cada pacient (ex: respecta el temps, va massa ràpid)
- g. Estructura de l'entorn durant la ingesta: infraestructures (cadres adaptades, taules, coberts...), distraccions (TV, ràdio...)

Taula 3. Tasques relatives a les auxiliars que duen a terme en el centre.

S'ha vist que la majoria d'auxiliars de la 1^a planta (P1) no respecten el temps d'ingesta de cada persona i no posicionen correctament els pacients enllitats: a la majoria els mantenen de costat, amb el cap recolzat al coixí. Sovint, les

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

quantitats d'aliment que introdueixen als pacients no són les adients i la posició de les auxiliars davant els pacients no sempre és la correcta. Per altra banda, molt sovint no segueixen les instruccions del fabricant d'espessidor (quantitats d'aquest que es necessiten per aconseguir la consistència desitjada; cal dir que alguns fabricants d'espessidor no són clars a l'hora d'explicar les quantitats necessàries per aconseguir una consistència determinada, per exemple, demanen 2-3 cullerades d'espessidor per aconseguir consistència púding quan la quantitat hauria de ser exacta) i tampoc tenen clar com es poden evitar riscos en la DOF, tant de desnutrició i deshidratació com de broncoaspiració.

Finalment, s'ha observat que no hi ha cap professional que s'encarregui de tractar la DOF, és a dir, no hi ha cap logopeda que faci aquesta tasca. Malgrat això, des del moment de l'inici de l'estudi fins a l'actualitat, existeix la figura de la terapeuta ocupacional que s'encarrega de supervisar ocasionalment la praxis dels auxiliars, de fer la detecció de la disfàgia i de l'avaluació del grau d'aquesta mitjançant l'administració d'un test facilitat per la Unitat de logopèdia de l'Hospital General de Granollers (vegeu l'annex 1).

ANÀLISI I TRACTAMENT DE LA INFORMACIÓ

PROPOSTA JUSTIFICADA D'INTERVENCIÓ

Com s'ha comentat a la introducció, actualment no existeixen requisits necessaris per tenir el càrrec d'auxiliar en un centre geriàtric. D'igual manera, la formació necessària d'aquest càrrec tampoc contempla la DOF (TAPSD) ni les competències teòrico-pràctiques que garanteixen la seguretat i l'eficàcia de la ingesta dels pacients. Degut a tots aquests motius, s'ha decidit actuar davant la demanda per cobrir les necessitats d'alimentació que tenen les persones amb

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

escassa autonomia, DOF i demència institucionalitzades en aquests centres. Per tot això, s'ha dissenyat un curs de formació específica sobre les necessitats de les persones amb demència i disfàgia orofaríngia dirigit a les auxiliars de la residència geriàtrica i centre de dia Fundació Antònia Roura de Granollers. Aquest curs s'ha anomenat "*Curso de formación específica sobre los cuidados a personas con disfagia orofaríngea*".

Després de fer una petita recerca, s'ha constatat que existeixen altres cursos sobre la disfàgia orofaríngia⁸, però aquests no segueixen el mateix format ni van dirigits als mateixos professionals que el treball professionalitzador. Aquests cursos s'adrecen únicament a personal sanitari o estudiants universitaris (logopedes, estudiants de logopèdia, metges, infermeres, personal sanitari d'atenció directa amb pacients). A més, els cursos que s'oferten tracten la disfàgia de manera molt general i no de forma específica com s'ha proposat en aquest treball professionalitzador, ajustant la informació a les necessitats del context i posant en pràctica els coneixements sobre les pròpies auxiliars i els pacients que vetllen.

S'ha decidit que aquest curs ha de comptar amb els següents continguts, amb un total de 5 hores de duració i en castellà, per facilitar la comunicació, ja que no totes les treballadores del geriàtric disposen del nivell de comprensió de la llengua catalana necessari per seguir les sessions del curs amb fluïdesa en aquesta llengua:

⁸ Disfàgia orofaríngia: allò que tot logopeda ha de saber per detectar-la i tractar-la. Col·legi Oficial de Logopedes d'Andalusia. Barcelona, 2015

(http://www.coloan.org/adjuntos/adjunto_194.pdf)

Curs de disfàgia. Societat Valenciana de Geriatria i Gerontologia. València, 2014. (http://www.svgg.org/repo/dinamic/webNew/documents/11_23.pdf)

Curs sobre la intervenció logopèdica en disfàgia. Col·legi professional de Logopedes de Castella i Lleó. Valladolid, 2014. (<http://logopedascyl.es/2014/02/curso-intervencion-logopedica-en-disfagia-en-valladolid-8-y-9-de-marzo/>)

Curs pràctic d'intervenció logopèdica en Disfàgia. ORTOFON. València, 2009. (<http://www.logopedia-psicologia.com/cursos/curso-practico-de-intervencion-logopedica-en-disfagia/>)

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatría sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

1. Presentación de nuestro trabajo final de grado.	6. Manifestaciones y síntomas de la DOF.
2. Explicación de conceptos básicos relacionados con la disfagia.	7. Factores de riesgo que pueden causar disfagia.
3. Anatomofisiología de las estructuras implicadas en la deglución y su funcionamiento.	8. Práctica 1. Autoexploración y propiocepción.
4. Fases de la deglución.	9. Procedimientos compensatorios y técnicas posturales.
5. Evidencias en relación a problemas con la deglución y una posible disfagia.	10. Práctica 2. Seminario sobre la importancia del trabajo interdisciplinar.
	11. Evaluación clínica de la disfagia orofaríngia.

Taula 4. Estructura dels continguts del curs de formació específica (treball professionalitzador).

Aquests continguts són necessaris per poder dur a terme una correcta praxis per part de les auxiliars a l'hora d'alimentar els pacients amb demència i DOF que no poden fer-ho per si sols. Així, les auxiliars han de ser capaces de detectar incidències relacionades amb la DOF per poder comunicar-ho, preparar correctament els aliments (consistències, volums, aliments d'alt risc) i conèixer quines són les conseqüències reals de la disfàgia, ja que una mala praxis professional pot acabar amb la mort prematura del pacient. Les demències són malalties neurodegeneratives i, com a conseqüència, no es pot aturar el curs d'aquesta, però sí es pot mantenir l'estat o situació actual d'una persona per alentir la degeneració.

S'ha optat per organitzar els continguts en aquest ordre, ja que s'ha cregut convenient que certs continguts es tractin necessàriament abans que uns altres (ex: primer cal fer un recordatori de la definició de demència, de disfàgia i de les manifestacions que poden tenir abans de parlar de les mesures preventives i pal·liatives de la DOF).

POSSIBILITATS D'AVUACIÓ

Malgrat els arguments exposats sobre la utilitat i necessitat d'un curs, com es podria avaluar el possible benefici d'aquest? com es podria saber si el curs

s'ajusta realment a les necessitats del context? Per respondre a aquestes preguntes s'han desenvolupant un conjunt d'eines que s'han proposat com a instruments d'avaluació del curs:

- Instruments de mesura per obtenir dades **objectives**: qüestionari objectiu i rúbrica d'avaluació dels pacients
- Instrument de mesura per obtenir dades **subjectives**: qüestionari subjectiu i rúbrica d'avaluació de les auxiliars

INSTRUMENTS D'AVALUACIÓ

Per avaluar la utilitat i l'ajustament del curs al context, s'han desenvolupat els següents instruments d'avaluació:

MESURES OBJECTIVES

El **qüestionari objectiu** (vegeu l'annex 2) avalua els coneixements sobre la disfàgia orofaríngia i continguts relacionats (anatomia de cara i coll, definició de demència, protocols d'alimentació a pacients amb DOF, etc.). Dirigít al col·lectiu d'auxiliars, s'ha redactat sense termes tècnics ni específics per facilitar la comprensió. Consta d'11 preguntes: 10 preguntes de resposta curta i 1 d'elecció múltiple. Cada pregunta té un valor d'1 punt, excepte les preguntes 1 i 2 que tenen un valor de 0,5 punts cadascuna. La puntuació màxima és de 10 punts. Es consideren com a coneixements assolits i suficients aquells qüestionaris amb una puntuació de 5,00 punts o superior. La correcció del qüestionari objectiu s'ha fet a partir dels coneixements impartits durant el curs i de les competències que s'espera d'un auxiliar en relació a la disfàgia (vegeu l'annex 3).

La **rúbrica d'avaluació dels pacients** (vegeu l'annex 4) avalua de forma indirecta 18 paràmetres relacionats amb l'estat de salut i el procés d'alimentació dels usuaris del centre: quantitat d'aliment ingerit, temps d'ingesta, evidències de risc de seguretat i d'eficàcia de la deglució, anotacions sobre incidències aparegudes durant la setmana, etc. Mitjançant aquesta rúbrica també és possible avaluar l'exercici de les auxiliars.

MESURES SUBJECTIVES

La **rúbrica d'avaluació de les auxiliars** (vegeu l'annex 5) valora directament de quina manera les auxiliars vetllen pels usuaris de la residència durant les hores d'ingesta. A la rúbrica s'han plasmat diversos ítems en relació a la disfàgia, la seguretat i l'eficàcia de l'alimentació abans, durant i després de la ingesta. S'han registrat les puntuacions de la següent manera:

- "Sí" quan l'ítem s'ha realitzat de forma totalment correcta i hi és present.
- "No" quan l'ítem no s'ha realitzat o s'ha realitzat erròniament.
- "Parcialment" quan l'ítem no s'ha realitzat de forma totalment correcta.

Cadascuna d'aquestes valoracions s'ha codificat de la següent manera: "sí" (3 punts), "parcialment" (1 punt) i "no" (0 punts), sent 48 la puntuació màxima que es pot obtenir. Es considera com a coneixements pràctics suficients aquelles rúbriques amb una puntuació de 24 punts o superior.

El **qüestionari subjectiu** (vegeu l'annex 6) és un instrument dirigit a auxiliars que mesura l'autoavaluació del grau de seguretat que senten els auxiliars durant la realització de les tasques relatives a la disfàgia. Consta de 5 preguntes: 4 en format escala de valoració de l'1 al 10, sent 1 el valor més baix i

10, el més alt; i 1 en format resposta curta (bagatge previ i recerca d'informació sobre la disfàgia).

CONCLUSIONS

Partint de tota la informació que s'ha recollit de la Fundació Antònia Roura es conclou que els CFGM amb els quals ha de comptar qualsevol auxiliar en centres geriàtrics a partir del gener del 2016 no contempen cap informació ni cap formació sobre DOF.

En relació a les treballadores existents en aquesta residència geriàtrica i centre de dia, s'ha vist que els coneixements teòrico-pràctics amb els quals compten, segons el currículum i l'observació, no guarden relació amb la disfàgia i, fins i tot, la majoria de formacions no pertanyen a l'àmbit sanitari. Per tant, cap d'aquestes formacions les capacita per poder atendre els requeriments específics dels pacients amb disfàgia orofaríngia.

S'ha cregut necessari impartir el curs proposat en aquest treball professionalitzador per validar-lo i així esbrinar si els coneixements teòrico-pràctics específicament dirigits als vetlladors de persones amb demència i disfàgia orofaríngia són d'utilitat a l'hora de prevenir el risc de patir disfàgia i oferir una atenció correcta i de qualitat a aquestes persones amb aquesta dificultat. A més, la validació donarà valor a la tasca que realitza el logopeda, professional necessari i invisible en aquests centres.

TREBALL DE RECERCA

INTRODUCCIÓ

La necessitat de validar el treball professionalitzador per comprovar si el curs de formació és beneficiós, tant per millorar l'atenció de les auxiliars als pacients amb demència i DOF com pel manteniment de la qualitat de vida dels pacients durant més temps, ha conduït a realitzar un treball de recerca mitjançant la Pràctica Basada en l'Evidència (PBE). La PBE permet prendre una decisió acurada sobre el tractament més adient que necessita una persona tenint en compte les característiques individuals i de la patologia del pacient, i la millor evidència d'investigacions que s'han fet en relació a aquestes característiques. Per aquests motius, la validació s'ha pretès aconseguir mitjançant l'ús de la PBE, ja que s'obtenen i es registren dades reals que n'aporten seguretat (Carballo, Mendoza, Fresneda i Muñoz, 2008).

A més, s'han fet servir els instruments de mesura proposats al treball professionalitzador (vegeu apartat 3.3 d'Instruments d'avaluació), ja que amb ells és possible avaluar l'adequació de l'atenció de les auxiliars a l'alimentació dels pacients amb demència i DOF; i avaluar el nivell de qualitat de vida d'aquests.

OBJECTIUS

Prenent com a referència tota la informació obtinguda en la recerca inicial, s'han definit els següents objectius:

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

1. Aconseguir que les necessitats específiques en l'alimentació i la disfàgia orofaríngia en pacients amb demència estiguin ateses per part dels professionals (auxiliars) d'una residència geriàtrica (Fundació Antònia Roura de Granollers).
2. Impartir el curs de formació específica sota l'autorització, revisió i tutorització d'un logopeda col·legiat com també el nostre tutor d'aquest Treball de Fi de Grau.
3. Comprovar l'eficàcia d'aquesta formació impartida mitjançant la comparació de paràmetres obtinguts dels grups experimentals (pacients i auxiliars) i dels grups controls (pacients i auxiliars).
4. Sensibilitzar els professionals que treballen en centres de dia i centres residencials de la importància del paper del logopeda.

HIPÒTESIS

Prenent com a referència tota la informació obtinguda en la recerca inicial, s'han definit les següents hipòtesis:

H1. Les auxiliars que participin en el curs de formació tindran un nivell teòric i un nivell pràctic sobre disfàgia orofaríngia major que el grup d'auxiliars que no hi participa, mesurat amb el qüestionari objectiu (nivell teòric) i amb la rúbrica d'avaluació de les auxiliars (nivell pràctic).

H2. Les auxiliars que participin en el curs, després d'haver-lo realitzat, sentiran un grau de seguretat major a l'hora de realitzar el seu treball, mesurat amb el qüestionari subjectiu.

H3. Els pacients atesos per les auxiliars que han realitzat el curs disminuiran els riscos de broncoaspiració, mentre que els pacients atesos per les auxiliars que no realitzen el curs mantindran els mateixos riscos que a l'inici de l'estudi, mesurats amb el test MECV-V i la rúbrica d'avaluació de pacients.

H4. Els pacients que han estat atesos per les auxiliars que han realitzat el curs mantindran el seu grau de disfàgia orofaríngia més temps (és a dir, patiran una neurodegeneració més lenta) que els pacients que han estat atesos per les auxiliars que no realitzen el curs, mesurat amb el MECV-V i la rúbrica d'avaluació dels pacients.

METODOLOGIA

SUBJECTES

Han participat en aquesta investigació 11 auxiliars de geriatria de la residència geriàtrica i centre de dia Fundació Antònia Roura de Granollers i 10 usuaris d'aquesta residència de més de 65 anys.

Les auxiliars han sigut totes dones d'entre 20 i 55 anys que treballen a la 1^a planta en torns de matí i tarda i tenen cura dels usuaris amb major dependència.

En relació als usuaris, aquests han sigut 2 homes i 8 dones. D'aquests, 6 han sigut diagnosticats d'Alzheimer, 2 demència amb component vascular 1 demència frontotemporal i 1 Parkinson i tots ells cursen amb disfàgia orofaríngia.

A més, sempre han donat el seu suport les dues infermeres, la terapeuta ocupacional i la directora del centre.

SELECCIÓ DE LES MOSTRES

MOSTRA A: AUXILIARS

En primer lloc, s'ha seleccionat a l'atzar una mostra d'11 auxiliars⁹ de la 1^a planta d'entre tots els treballadors amb el càrrec d'auxiliar del centre residencial tenint en compte:

- a. La formació professional consultant els Currículum Vitae de cada treballadora de la 1^a planta (conèixer si alguna persona estava en possessió d'un títol d'algun curs especialitzat en disfàgia).
- b. El torn de treball de cada auxiliar, matí i tarda, ja que el torn de nit no s'encarrega d'alimentar pacients.
- c. La puntuació obtinguda al qüestionari objectiu (puntuacions inferiors a 5,00 punts demostrarien que no tenen coneixements suficients en disfàgia orofaríngia).
- d. Que cap dels pacients del grup experimental estiguessin atesos per auxiliars (torn de matí i de tarda) que no realitzarien el curs, sinó que estiguessin atesos per auxiliars del grup experimental.

Cap de les auxiliars (11) posseeix una formació específica en disfàgia i totes han puntuat per sota de 5,00 punts la primera vegada que s'ha administrat el qüestionari objectiu.

En segon lloc, després d'obtenir tota aquesta informació, s'ha fet la **distribució de la mostra A** utilitzant l'atzar en:

⁹ La població d'auxiliars avaluades va ser de 16 en un inici. Finalment, s'han seleccionat-ne 11. Els grups d'estudi (control i experimental) no estan equilibrats quant a nombre de subjectes degut a que en el grup control, en el moment d'iniciar l'experiment, es van haver d'eliminar 5 subjectes de la investigació per no renovació del contracte laboral. Degut a aquest contratemps, s'ha decidit continuar amb l'estudi amb 5 subjectes en el grup control i 6 en el grup experimental.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

- Grup control (GC aux): el formen 5 auxiliars les quals no rebran la formació del treball professionalitzador.
- Grup Experimental (GE aux): el formen 6 auxiliars les quals sí rebran el curs de formació.

MOSTRA B: RESIDENT AMB DEMÈNCIA QUE CURSEN AMB DOF

En primer lloc, s'ha seleccionat a l'atzar una mostra de 10 pacients tenint en compte:

- a. L'existència de disfàgia orofaríngia, consultant la història clínica dels pacients i administrant el test MECV-V.
- b. El grau de disfàgia orofaríngia, administrant el test MECV-V.
- c. El grau de neurodegeneració (estat de la demència), utilitzant la història clínica dels pacients.
- d. El tipus de demència (Alzheimer, Parkinson, Demència Fronto-Temporal i Demència amb component vascular), consultant l'informe mèdic.
- e. El grau d'autonomia per alimentar-se, mitjançant l'observació i la consulta de l'informe mèdic.
- f. Quines eren les treballadores que tenien cura dels pacients de la mostra B.

Els informes mèdics i les històries clíniques de tots els pacients han sigut facilitats per les diferents professionals de la Fundació Antònia Roura (infermeres, psicòloga, terapeuta ocupacional i directora), sempre respectant el secret professional i l'anonimat.

La **distribució de la mostra B** en els grups control i experimental s'ha fet utilitzant la tècnica del bloqueig i la posterior assignació aleatòria a cada grup. Segons Portell i Vives (2014) "la tècnica del bloqueig és un procediment que

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

consisteix a formar grups homogenis d'individus en funció dels valors obtinguts en una o més variables relacionades amb la variable dependent en el moment inicial de l'estudi" (en aquest cas, la causa de disfàgia pot estar relacionada amb el grau de benefici del curs). Així, s'ha utilitzat la tècnica de control del bloqueig per formar grups de pacients amb la mateixa causa de disfàgia i, posteriorment, s'han assignat aleatòriament cadascun d'aquests pacients al grup control i a l'experimental, quedant de la següent manera:

- Grup Control (GC pac): el formen 5 pacients, els quals 3 pateixen Alzheimer, 1 Demència amb component vascular i 1 Parkinson.
- Grup Experimental (GE pac): el formen 5 pacients, els quals 3 pateixen Alzheimer, 1 Demència amb component vascular i 1 Demència Fronto-Temporal.

INSTRUMENTS DE MESURA I PROCEDIMENT

Els materials que s'han utilitzat, deixant de banda el curs de formació, són els instruments de mesura que apareixen al treball professionalitzador afegint el test MECV-V per l'avaluació de la disfàgia orofaríngia. Aquests instruments s'han fet servir per obtenir dades objectives i subjectives abans i després de la formació, tant dels grups control com dels grups experimentals:

INSTRUMENTS DE MESURA EN RELACIÓ A LES AUXILIARS

Mesures objectives

El **qüestionari objectiu** s'ha fet servir per:

- Seleccionar i distribuir la mostra A en grup control i grup experimental.
- Obtindre el nivell de coneixements teòrico-pràctics en relació a la DOF que tenen les auxiliars a l'inici de l'estudi, és a dir, la mesura 1 (pre-curs).

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

- Ajustar, en funció dels resultats del punt anterior, el curs de formació específica a les necessitats i coneixements previs de les auxiliars del grup experimental.
- Avaluar el "*Curso de formación específica sobre los cuidados a personas con disfagia orofaríngea*" després d'impartir-lo i validar el treball professionalitzador. S'ha administrat tant al grup control com al grup experimental d'auxiliars per controlar l'aparició de possibles variables estranyes com l'aprenentatge per observació o l'experiència (mesura 2, post-curs sense estudi).
- Obtenir el nivell de coneixements teòrico-pràctics en relació a la DOF que tenen les auxiliars del grup experimental havent anticipat que tornaran a fer el mateix qüestionari, aquesta vegada estudiant prèviament (mesura 3, post-curs amb estudi).

Mesures subjectives

El **qüestionari subjectiu** s'ha fet servir per:

- Obtenir el nivell de percepció de seguretat que senten les auxiliars (GC com GE), entenent seguretat els coneixements teòrics i pràctics sobre DOF i confiança percebuda a l'hora de vetllar per les necessitats de persones amb DOF i demència, tant abans com després de realitzar el curs (mesura 1 (pre-curs) i mesura 2 (post-curs) utilitzant una escala de valoració de 1 a 10 punts.

La **rúbrica d'avaluació de les auxiliars** s'ha fet servir per:

- Obtenir 5 mesures (1 pre-curs, 3 durant el curs i 1 post-curs) en relació a la pràctica que tenen les auxiliars (tant del GC com del GE) a l'hora d'alimentar els respectius pacients segons el grup (GC auxiliars solament alimenta al GC pacients; GE auxiliars solament alimenta al GE pacients).

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

- Avaluar el grau d'adequació de la praxis de les auxiliars, tant del GC com del GE, sobre l'alimentació i la DOF dels pacients de l'estudi.
- Avaluar el nivell de benefici del curs de formació del treball professionalitzador sobre la qualitat de l'atenció que proporcionen les auxiliars als pacients.

INSTRUMENTS DE MESURA EN RELACIÓ ALS PACIENTS

Mesures objectives

El test **MECV-V** s'ha fet servir per:

- Confirmar de forma objectiva la disfàgia orofaríngia dels pacients de la 1^a planta que es mostra a l'informe mèdic.
- Avaluar el grau de DOF, tant seguretat com eficàcia. Aquests resultats pertanyen a la mesura 1 (pre-curs), tant del GC com del GE.
- Avaluar el grau de DOF amb afectació de seguretat i amb afectació de l'eficàcia, per obtenir la mesura 2 (post-curs), tant del GC com del GE.

Per administrar el test MECV-V és necessari el següent material:

- Aigua a temperatura ambient (300ml, 100ml per a cada viscositat).
- Mòdul espessidor (Thick & Easy®).
- Xeringa d'alimentació de 50ml.
- 3 gots per preparar les tres viscositats.
- Pulsioxímetre (mesura de forma no invasiva la saturació d'O₂ en sang).
- Full de registre (vegeu l'annex 11).

Sabent que encara les autores dels treballs no compten amb el títol universitari de graduat/da en logopèdia, amb l'ajuda del tutor del Treball Final de Grau i docent de l'assignatura del Grau de Logopèdia de la UAB "*Disfàgia i trastorns relacionats*", s'han elaborat uns certificats que acrediten les autores d'aquests

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

treballs a avaluar la disfàgia i a impartir el curs de formació (vegeu els annexos 7 i 8, respectivament).

Mesures subjectives

La **rúbrica d'avaluació dels pacients** s'ha fet servir per:

- Obtenir 5 mesures (1 pre-curs, 3 durant el curs i 1 post-curs) en relació a l'alimentació dels pacients, tant del GC com del GE.
- Avaluar, de forma indirecta, el grau de benefici en la qualitat de vida i l'atenció a la DOF dels pacients degut a una bona praxis de les auxiliars del GE gràcies al curs de formació que els proporciona els coneixements necessaris sobre la DOF i l'atenció a persones amb aquesta.

A més de la rúbrica, es necessita una bàscula sensible a diferències d'1 gram.

PROCEDIMENT

S'han pres mesures abans i després d'impartir el curs de formació específica proposat al treball d'intervenció, tant en pacients com en auxiliars. Aquestes mesures han rebut el nom de "pre-curs" i "post-curs (sense estudi)". Al treball, s'ha fet referència a utilitzat "post-curs" per dirigir-se a "post-curs sense estudi" A més, s'ha realitzat una tercera presa de mesures després d'impartir el curs per comprovar l'impacte de la variable estudi. Aquesta mesura s'ha anomenat "post-curs amb estudi".

RESULTATS

L'anàlisi dels coneixements de les auxiliars que treballen directament amb els pacients en el centre geriàtric Fundació Antònia Roura ha donat, mitjançant el

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

programari estadístic IBM SPSSStatistics i el programari Microsoft Excel (fulls de càlcul), els resultats que s'exposen a continuació.

AUXILIARS

A) EN RELACIÓ AL QÜESTIONARI OBJECTIU (OO)

Descriptivos				Estadístico	Error típ.
GRUP					
Nota pre curs	Control	Media		3,3100	,37027
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,2820	
			Límite superior	4,3380	
		Media recortada al 5%		3,2861	
		Mediana		3,4000	
		Varianza		,685	
		Desv. típ.		,82795	
		Mínimo		2,50	
		Máximo		4,55	
		Rango		2,05	
	Amplitud intercuartil		1,48		
	Asimetría		,752	,913	
	Curtosis		,114	2,000	
	Experimental	Media		2,4250	,49527
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,1519	
			Límite superior	3,6981	
		Media recortada al 5%		2,4500	
		Mediana		2,6500	
		Varianza		1,472	
		Desv. típ.		1,21316	
Mínimo			,85		
Máximo			3,55		
Rango			2,70		
Amplitud intercuartil		2,36			
Asimetría		-,302	,845		
Curtosis		-2,455	1,741		
Nota post curs	Control	Media		3,0900	,69163
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,1697	
			Límite superior	5,0103	
		Media recortada al 5%		3,0972	
		Mediana		3,3500	
		Varianza		2,392	
		Desv. típ.		1,54653	
		Mínimo		,90	
		Máximo		5,15	
		Rango		4,25	
	Amplitud intercuartil		2,60		
	Asimetría		-,206	,913	
	Curtosis		,987	2,000	
	Experimental	Media		5,4333	,36462
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,4961	
			Límite superior	6,3706	
		Media recortada al 5%		5,4093	
		Mediana		5,3250	
		Varianza		,798	
		Desv. típ.		,89312	
Mínimo			4,30		
Máximo			7,00		
Rango			2,70		
Amplitud intercuartil		1,01			
Asimetría		,976	,845		
Curtosis		2,220	1,741		

Taula 5. Descriptius estadístics de les puntuacions del qüestionari objectiu obtingudes de les auxiliars, en funció del grup (control o experimental) i del moment d'avaluació (pre-curs i post-curs).

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

		Percentiles							
		GRUP	Percentiles						
			5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (definición 1)	Nota pre-curs	Control	2,5000	2,5000	2,5500	3,4000	4,0250	.	.
		Experimental	,8500	,8500	1,1875	2,6500	3,5500	.	.
	Nota post-curs	Control	,9000	,9000	1,7250	3,3500	4,3250	.	.
		Experimental	4,3000	4,3000	4,9000	5,3250	5,9125	.	.
Bisagras de Tukey	Nota pre-curs	Control			2,6000	3,4000	3,5000		
		Experimental			1,3000	2,6500	3,5500		
	Nota post-curs	Control			2,5500	3,3500	3,5000		
		Experimental			5,1000	5,3250	5,5500		

Taula 6. Percentils de les puntuacions del qüestionari objectiu segons el grup d'estudi (control o experimental).

A la taula 5 apareix la mitjana dels qüestionaris objectius (QO) dels dos grups (control i experimental), tant abans (nota pre-curs) com després (nota post-curs sense estudi¹⁰) d'impartir el curs de DOF en pacients amb demència. S'ha observat que no existeixen diferències significatives entre els resultats dels dos grups en el qüestionari objectiu realitzat abans del curs (nota pre-curs): cap dels grups ha superat el QO. La nota més alta pre-curs en el grup control és de 4,55 i de 3,55 en el grup experimental¹¹. La nota mitjana abans d'impartir el curs ha sigut més alta en el grup control (3,31) que no pas en el grup experimental (2,42). La diferència de puntuacions entre un grup i l'altre ha estat de 0,9 punts.

En la mesura post-curs, s'ha posat de manifest una notable variabilitat intergrup entre les puntuacions del QO en el GC (no ha rebut el curs) i el GE (sí ha rebut el curs). El grup control ha obtingut una puntuació mitjana de 3,09 i el grup experimental, de 5,43. La diferència entre els dos grups ha estat de 2,34 punts, diferència significativa tenint en compte la diferència pre-curs (0,9). A més, el GE ha sigut el grup que ha aprovat el QO.

Tenint en compte les dues mesures, s'ha constatat una major variabilitat intragrup del GE als resultats del qüestionari abans i després del curs que no en

¹⁰ La forma "mesura post-curs" quan es relacionen els dos grups d'estudi fa referència a la mesura post-curs sense estudi.

¹¹ És important recordar que el qüestionari objectiu té una puntuació màxima de 10 i que es considera que l'auxiliar té els coneixements suficients a partir dels 5 punts, així doncs que ha superat el qüestionari objectiu.

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

el GC. A partir dels percentils de la taula 6 (P50) s'ha vist que en el grup control els resultats han sigut molt similars (3,4 a 3,35), mentre que en el grup experimental ha existit una diferència molt més notable (2,65 a 5,33, duplicant així la puntuació).

		Notes	
		Pre-curs	Post-curs
Identificació de l'auxiliar	4	2,60	2,55
	9	3,40	3,50
	12	3,50	0,90
	13	2,50	3,35
	16	4,55	5,15

Taula 7. Taula amb les puntuacions obtingudes abans i després de la realització del curs per part de les auxiliars del grup control.

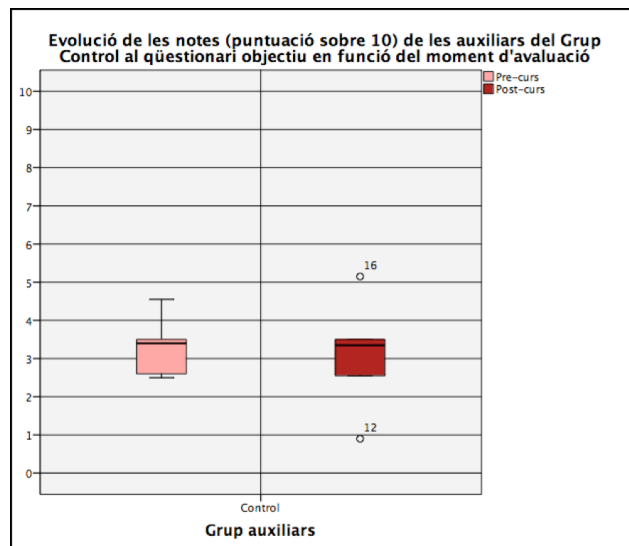


Figura 3. Diagrama de caixa on apareixen els resultats del qüestionari objectiu del grup control d'auxiliars, abans i després del curs (taules 5, 6 i 7).

Centrant l'atenció en el GC, no ha existit evolució en les notes del qüestionari objectiu del grup control en els dos moments d'avaluació, tal com ha posat de manifest el diagrama de caixes (fig. 3). La mitjana (línia que divideix les caixes) ha aparegut situada pràcticament a la mateixa puntuació (3,31 vs. 3,09) abans i després del curs.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

		Notes		
		Pre-curs	Post-curs sense estudi	Post-curs amb estudi
Identificació de l'auxiliar	2	1,95	5,10	5,90
	3	3,55	7,00	7,75
	5	0,85	5,10	6,50
	6	3,55	5,55	6,75
	8	3,35	5,55	9,00
	10	1,30	4,30	8,60

Taula 8. Taula amb les puntuacions obtingudes abans i després de la realització del curs per part de les auxiliars del grup experimental.

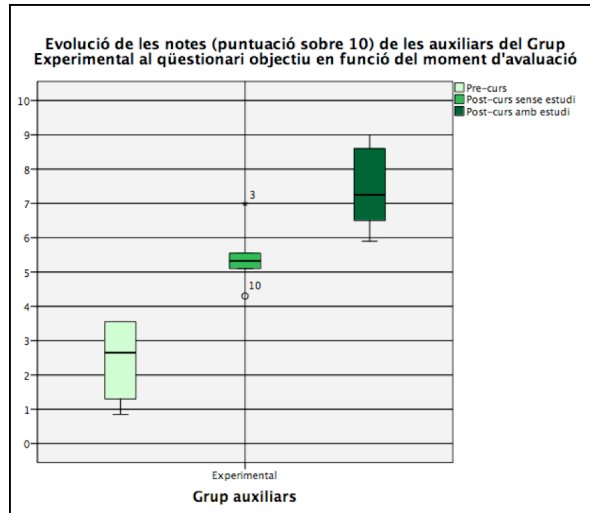


Figura 4. Diagrama de caixa on apareixen els resultats del qüestionari objectiu del grup experimental d'auxiliars, abans i després del curs, amb estudi i sense (taules 5, 6 i 8).

Centrant l'atenció en el GE, cal dir que s'han pres 3 mesures: pre-curs, post-curs sense estudi i post-curs amb estudi (ha servit per estudiar la variable aprenentatge per estudi i d'aquesta manera avaluar l'impacte sobre les puntuacions del QO). El diagrama de caixes de la figura 4 ha permès veure fàcilment l'evolució progressiva dels resultats dels qüestionaris objectius. S'ha apreciat clarament una tendència positiva dels coneixements teòrics de les auxiliars del grup experimental entre el primer, el segon i tercer moments d'avaluació. Han sigut excepcionals les notes de les auxiliars amb el número d'identificació 3 (7 punts) i 10 (4,30 punts) perquè no representen al 50% dels casos.

Per comprovar si l'efecte de l'aprenentatge millora els resultats obtinguts (variable "estudi"), les auxiliars del GE han omplert el qüestionari objectiu de nou estudiant prèviament (nota post-curs amb estudi). Els resultats han sigut notablement superiors a les puntuacions anteriors. Totes les auxiliars han superat el qüestionari i, en conseqüència, han demostrat tenir coneixements teòrics suficients en relació a la DOF en pacients amb demència. La nota més

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

elevada que s'ha registrat havent estudiat ha sigut de 9 punts (2 més que la nota post-curs sense estudi).

		Percentiles							
		Percentiles							
		5	10	25	50	75	90	95	
Promedio ponderado (definición 1)	Nota pre curs	Control	2,5000	2,5000	2,5500	3,4000	4,0250	.	.
		Experimental	,8500	,8500	1,1875	2,6500	3,5500	.	.
	Nota post curs	Control	,9000	,9000	1,7250	3,3500	4,3250	.	.
		Experimental	4,3000	4,3000	4,9000	5,3250	5,9125	.	.
Bisagras de Tukey	Nota pre curs	Control			2,6000	3,4000	3,5000		
		Experimental			1,3000	2,6500	3,5500		
	Nota post curs	Control			2,5500	3,3500	3,5000		
		Experimental			5,1000	5,3250	5,5500		

Taula 9. Percentils de les puntuacions de les auxiliars en el qüestionari objectiu (QO) abans i després de la realització del curs.

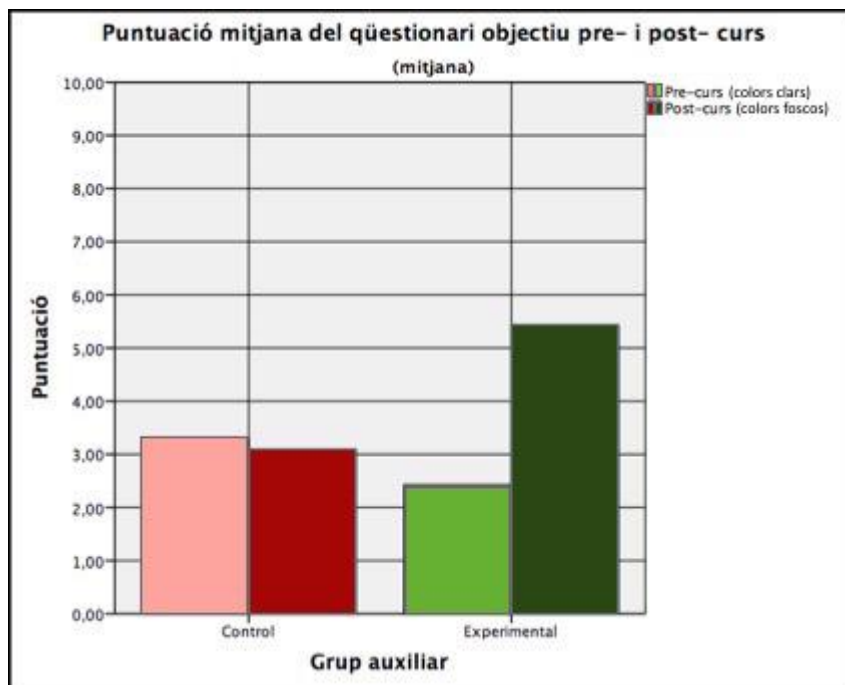


Figura 5. Gràfic de barres agrupades que compara la nota (en mitjana) del qüestionari objectiu entre els dos grups d'estudi abans i després de la realització del curs.

Comparant els resultats abans i després del curs dels dos grups d'estudi (taula 9 i figura 5) per equilibrar el nombre d'avaluacions dels dos grups, s'ha vist que hi ha una incidència directa en els resultats del grup experimental només amb el fet d'impartir el curs sense la necessitat d'haver estudiat (mesura post-curs sense estudi). Així, en mitjana, les auxiliars del GE han obtingut una diferència de 2,67 punts entre les puntuacions anterior (2,65) i posterior (5,32) al curs,

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

mentre que les del GC han mantingut pràcticament igual la seva puntuació (3,41 i 3,09).

B) EN RELACIÓ AL QÜESTIONARI SUBJECTIU (QS)

		Preguntes del qüestionari subjectiu							
		P1_pre	P1_post	P2_pre	P2_post	P3_pre	P3_post	P5_pre	P5_post
		Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana	Mitjana
GRUP	Control	7	4	8	6	9	8	9	9
	Experimental	6	8	7	9	8	8	9	10

Taula 10. Puntuació mitjana de les preguntes 1, 2, 3, i 5¹² del qüestionari subjectiu abans i després de la realització del curs, segons el grup d'estudi (control i experimental).

Malgrat no haver realitzat el curs de formació específica, el grup control d'auxiliars ha puntuat totes les respostes per sobre del 7 en el qüestionari realitzat abans d'impartir el curs. Passats uns mesos, una vegada finalitzat el curs, les puntuacions han disminuït, és a dir, s'han sentit menys segures quant als coneixements teòrico-pràctics i recursos que disposen per realitzar correctament la seva feina.

Pel que fa al grup experimental, aquest ha puntuat totes les respostes per sobre del 5 en el qüestionari realitzat abans d'impartir el curs. S'han mostrat menys confiades que el GC en relació als coneixements teòrico-pràctics i recursos que tenen per enfrontar la seva feina al dia a dia i proporcionar una bona atenció als pacients. Ara bé, aquestes puntuacions han millorat un cop han realitzat el curs, mostrant-se més segures que en el moment inicial.

¹² La pregunta 4 no valora el grau de satisfacció de les accions que les auxiliars duen a terme, sinó que avalua la possible recerca d'informació sobre disfàgia orofaríngia.

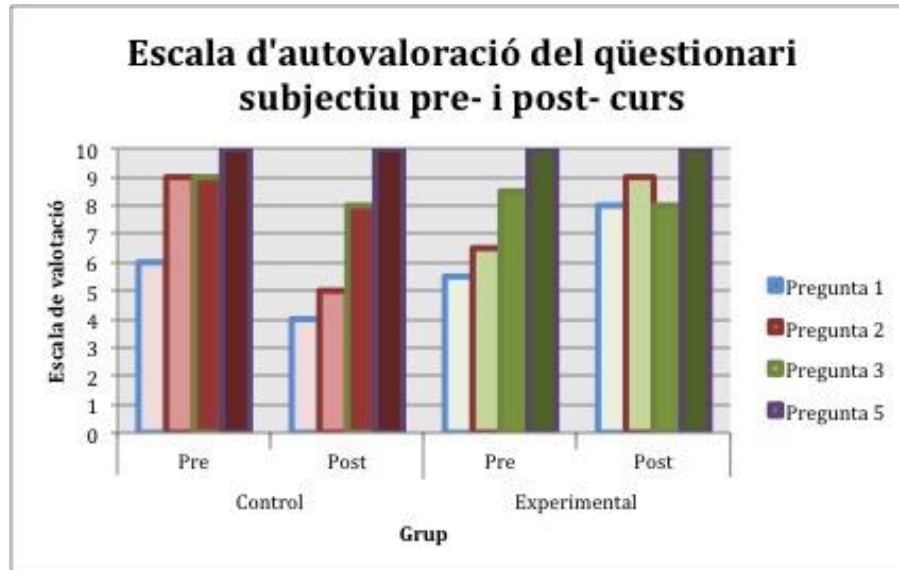


Figura 6. Escala d'autovaloració (0 a 10) de les preguntes 1, 2, 3 i 5 del qüestionari subjectiu en funció del moment d'avaluació (abans i després de la realització del curs) i del grup (control i experimental).

Si es fa una comparació de les puntuacions pre- i post- curs del grup control s'ha vist que d'alguna manera les auxiliars s'han adonat que, en realitzar de nou el QO, el QS i avaluant-les amb les rúbriques, els seus coneixements teòrico-pràctics no són tan suficients com pensaven. Aquest fet s'ha demostrat gràcies a les puntuacions del qüestionari objectiu, que han sigut inferiors a 5,00 punts i amb les puntuacions de les rúbriques d'auxiliars, que de mitjana, han sigut de 16 punts sobre 48 possibles (<24 punts per considerar que els coneixements pràctics han estat superats i suficients).

Pel que fa a l'evolució del grup experimental s'ha observat com les auxiliars s'han sentit més segures amb els coneixements teòrico-pràctics i amb les eines de les quals disposen després d'impartir-se el curs que abans d'impartir-se. Aquest fet s'ha demostrat empíricament que és real gràcies a que les puntuacions en el QO i en les rúbriques d'avaluació han sigut congruents amb els resultats del qüestionari subjectiu.

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

Finalment, tots dos grups d'estudi han puntuat molt positivament la realització d'un curs de formació en disfàgia orofaríngia i demència.

C) EN RELACIÓ A LES RÚBRIQUES D'AVALUACIÓ (D'AUXILIARS)

	Rúbrica-pre	Rúbrica-post1	Rúbrica-post2	Rúbrica-post3	Rúbrica-post4
	Media	Media	Media	Media	Media
GRUP Control	15	17	21	19	19
Experimental	16	17	24	33	33

Taula 11. Puntuació mitjana de les rúbriques d'avaluació de les auxiliars en funció del grup i del moment d'administració de les rúbriques.

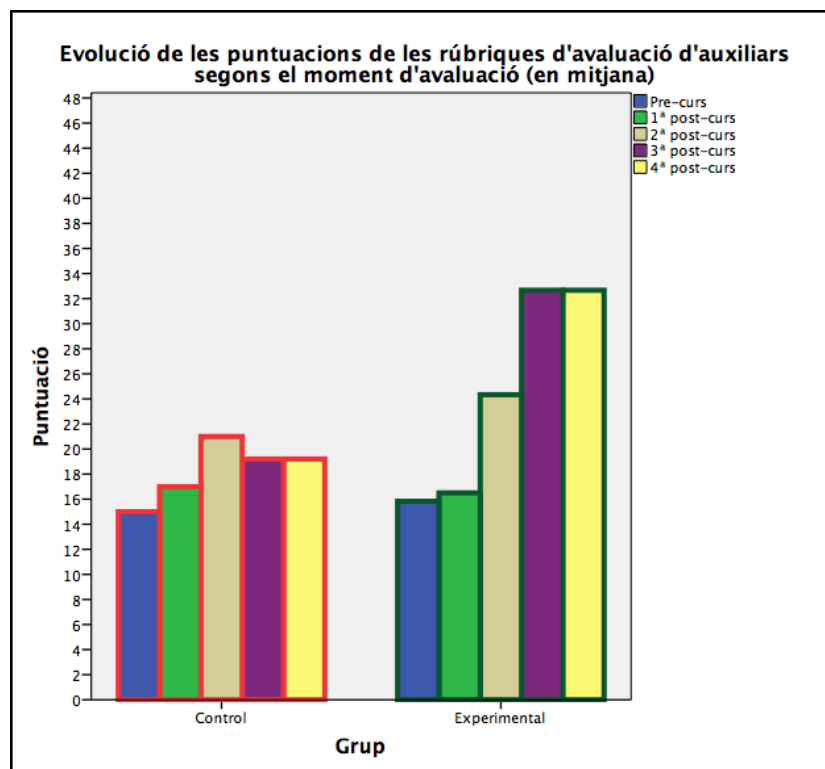


Figura 7. Gràfic de barres agrupades que mostra, en mitjana, l'evolució de les puntuacions obtingudes en les rúbriques d'avaluació de les auxiliars en funció del grup al qual pertanyen.

La taula 11 mostra l'evolució de les rúbriques d'avaluació de les auxiliars. S'ha observat que els dos grups milloren la seva praxis al llarg dels mesos. El GC ha tingut una millora de fins a 6 punts (un 12,5% més que a l'inici) mentre que el grup experimental ha evolucionat fins a 17 punts (un 35% més que a l'inici).

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Tenint en compte que la rúbrica d'avaluació d'auxiliars té un màxim de 48 punts, s'ha considerat superada a partir dels 24 punts (50% o més). S'ha apreciat que els dos grups no superen les rúbriques d'avaluació abans d'iniciar el curs de formació. En la mesura post-curs (inclús durant aquest) el GE mostra una millora que es considera suficient en la rúbrica d'avaluació auxiliar.

Mitjançant la figura 7, s'ha apreciat l'existència d'una evolució notable i exponencial en la praxis del GE, al contrari que el grup control, en el qual no s'ha considerat que existeixi evolució.

PACIENTS

A) EN RELACIÓ AL TEST MECV-V

S'ha utilitzat el test MECV-V per avaluar el grau de disfàgia de tots els pacients de l'estudi i poder fer-ne un control previ i posterior a la intervenció.

		Grup control				Grup experimental			
		Pre-curs		Post-curs		Pre-curs		Post-curs	
		Casos	Percentatge	Casos	Percentatge	Casos	Percentatge	Casos	Percentatge
Viscositat i Volum (ml)	N 5	1	20%	0	0%	0	0%	1	20%
	N 10	1	20%	3	60%	3	60%	0	0%
	N 20	1	20%	1	20%	1	20%	3	60%
	P 5	1	20%	1	20%	1	20%	1	20%
	P 10	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%
	P 20	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total:		5	100%	5	100%	5	100%	5	100%

Taula 12. Viscositats i volums resultants del MECV-V abans i després del curs segons el grup d'estudi al qual pertanyen els 10 pacients (N: Nèctar; P: Púding; 5, 10 i 20 ml).

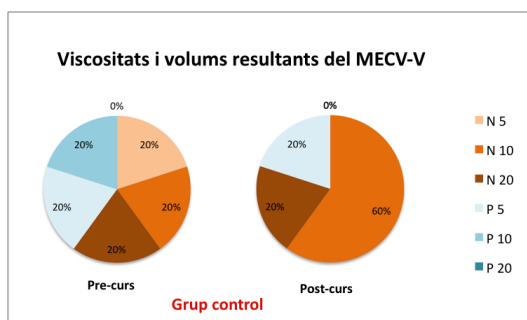


Figura 8a. Diagrama de porcions on es presenten les viscositats i els volums resultants dels MECV-V abans i després del curs segons el grup control.

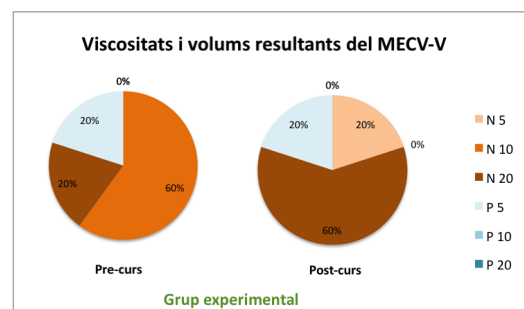


Figura 8b. Diagrama de porcions on es presenten les viscositats i els volums resultants del MECV-V abans i després del curs segons el grup experimental.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Malgrat existeixi disfàgia amb risc de la seguretat a l'hora d'ingerir líquids en tots els pacients (no s'ha administrat aquesta part del MECV-V per evitar risc de broncoaspiració), s'ha vist que cadascun d'ells necessita una viscositat i un volum personalitzats per a la seva ingesta, ja que cadascun d'ells té característiques singulars. En general, tots ells han donat positiu en disfàgia amb afectació de l'eficàcia.

Segons els gràfics 8a i 8b que s'han desenvolupat a partir de les dades que apareixen a la taula 12, s'ha advertit una millora dels resultats del MECV-V a tots dos grups de pacients. Pel que fa al grup control, ha aparegut un augment dels casos que necessiten textura nèctar en volum mitjà: s'ha passat a tenir 4 casos de textura nèctar en comptes dels 3 que han aparegut a l'inici. S'ha vist que un dels casos ha passat de necessitar textura púding a 10 ml (P10) a necessitar textura nèctar a 10 ml (N10).

Pel que fa al grup experimental, s'ha vist un augment de casos que han passat de necessitar un volum major de la viscositat que prenen (de 10 a 20 ml). Ha aparegut un cas excepcional el qual ha disminuït el volum (5 ml).

B) EN RELACIÓ A LES RÚBRICUES D'AVALUACIÓ (DE PACIENTS)

		GRUP CONTROL				
		Pre curs	Post 1	Post 2	Post 3	Post 4
SEGURETAT	Canvis de veu	0	0	0	0	0
	Gargamalleig	0	0	2	1	0
	Tos	1	2	3	1	1
	Desvetllada de saturació d'oxigen	0	0	0	0	0
EFICÀCIA	Residus orals	4	3	4	2	2
	Deglucions fraccionades	1	3	1	3	2
	Residus faringis	1	0	0	1	0

Taula 13. Puntuació del grup control de pacients en els paràmetres de seguretat i eficàcia de la deglució segons el moment d'avaluació.

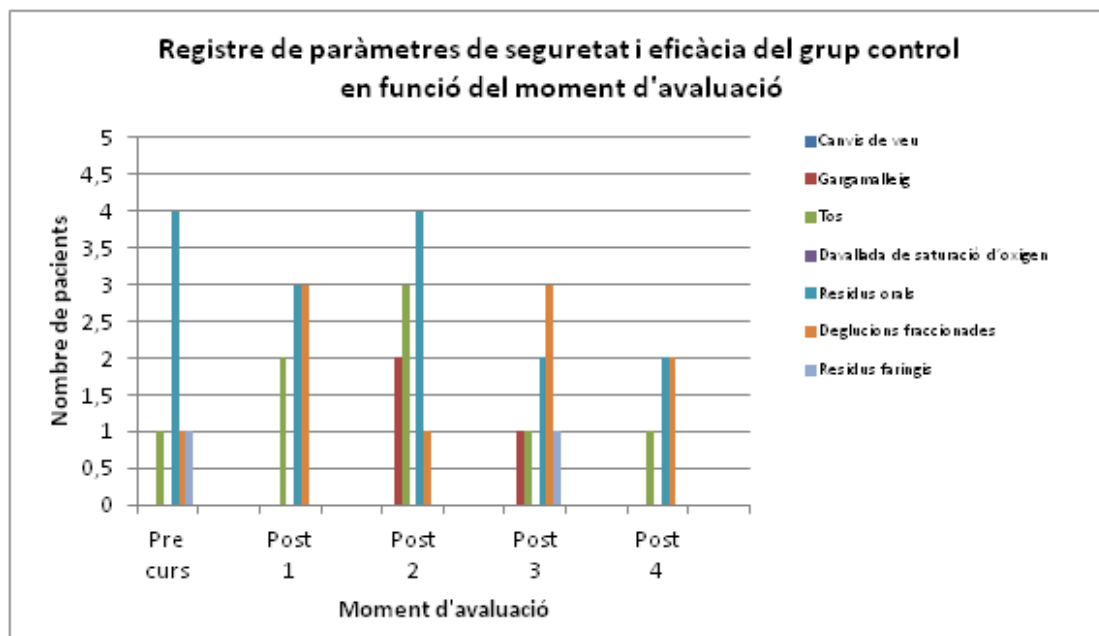


Figura 9. Gràfic de barres agrupades en el qual apareix l'evolució dels paràmetres de seguretat i eficàcia en del grup control funció del temps.

La taula 13 i el gràfic (fig. 9) han mostrat una fluctuació dels problemes de seguretat i d'eficàcia en el GC. Com a excepcions, en el cas de la seguretat, els canvis de veu i en la saturació d'oxigen en sang s'han mantingut iguals i s'ha observat com la tos ha disminuït al llarg del temps. Pel que fa a l'eficàcia, els residus orals han disminuït i la resta ha variat al llarg del temps.

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

		GRUP EXPERIMENTAL				
		Pre curs	Post 1	Post 2	Post 3	Post 4
SEGURETAT	Canvis de veu	0	0	0	1	0
	Gargamalleig	1	1	2	0	0
	Tos	0	4	1	3	1
	Desvetllada de saturació d'oxigen	0	1	1	1	0
EFICÀCIA	Residus orals	2	2	4	2	0
	Deglucions fraccionades	1	2	2	0	1
	Residus faringis	0	1	2	2	0

Taula 14. Puntuació del grup experimental de pacients en els paràmetres de seguretat i eficàcia de la deglució segons el moment d'avaluació.

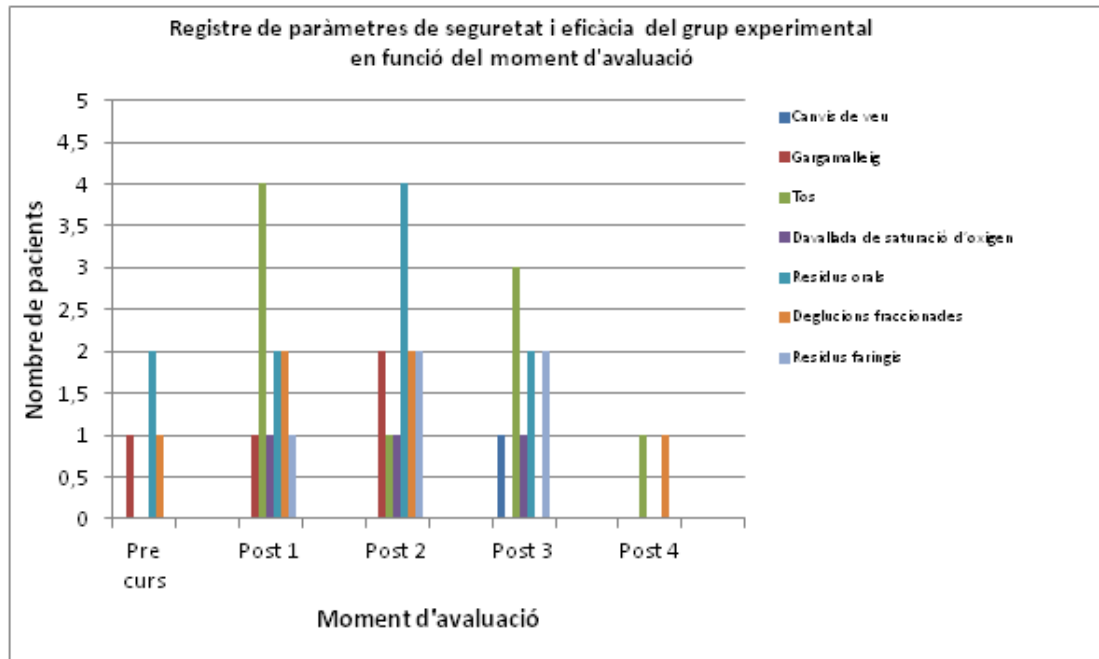


Figura 10. Gràfic de barres agrupades en el qual apareix l'evolució dels paràmetres de seguretat i eficàcia en del grup experimental funció del temps.

En relació al grup experimental, la taula 14 i la figura 10 han mostrat també una fluctuació dels problemes de seguretat i d'eficàcia: no ha existit una tendència lineal a la disminució de tots els ítems. En funció del temps, s'ha observat que els problemes de seguretat tendeixen a disminuir (ex: tos, canvis de veu) excepte els canvis en la saturació d'oxigen, que s'han mantingut igual. En relació als ítems d'eficàcia, s'ha observat que n'hi ha que han tendit a disminuir

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

(ex: residus faringis, residus orals) i altres han tendit a mantenir-se igual (ex: deglucions fraccionades).

		Temps (en hh:mm)				
		Pre-curs	Post-curs 1	Post-curs 2	Post-curs 3	Post-curs 4
GRUP	Control	00:09	00:09	00:09	00:11	00:13
	Experimental	00:09	00:14	00:10	00:17	00:12

Taula 15. Temps d'ingesta (mitjana) en funció del grup de pacients i de la mesura.

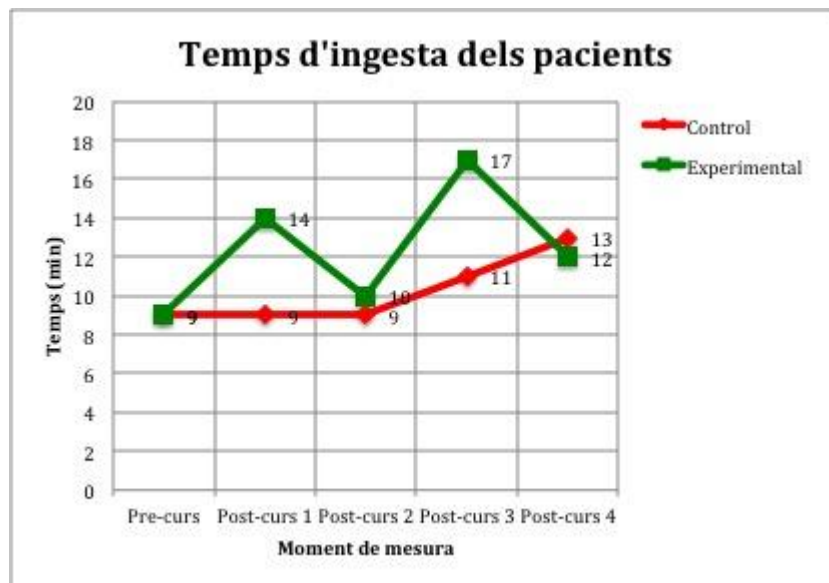


Figura 11. Temps d'ingesta (mitjana, en minuts) dels pacients del grup control i de l'experimental en funció del moment de mesura.

Pel que fa al temps d'ingesta, els resultats obtinguts a la taula 15 han mostrat com el GC, a les tres primeres rúbriques, ha mantingut una mitjana de 9 minuts per ingerir un plat principal i les postres (fruita). En les dues últimes rúbriques, s'ha observat un lleu augment dels valors (11 i 13 minuts de mitjana, respectivament). En canvi, els valors obtinguts pels pacients que formen part del GE que només els vetllen les auxiliars del grup experimental han mostrat resultats inestables en el temps.

Al gràfic de la figura 11 ha aparegut una forta estabilitat del valor mitjà en els tres primers moments de mesura del grup control i un subtil pendent en les

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

últimes dues mesures (augment de 2 i 3 minuts, respectivament). Contràriament, el grup experimental ha mostrat una clara inestabilitat segons el moment de mesura. S'entén per inestabilitat el fet de trigar més o menys temps en ingerir l'aliment, és a dir, que el valor canviï de forma significativa al llarg del temps (ex: 9 min. vs. 17 min. de mitjana).

		Quantitat d'aliment ingerit (en grams, g)					Total mitjana
		Pre-curs	Post-curs 1	Post-curs 2	Post-curs 3	Post-curs 4	
GRUP	Control	367,6	405	320,4	384,4	372,2	369,9
	Experimental	369,8	338	358,6	359,6	353	355,8

Taula 16. Quantitat d'ingesta (mitjana, en grams) en funció del grup de pacients i de la mesura.

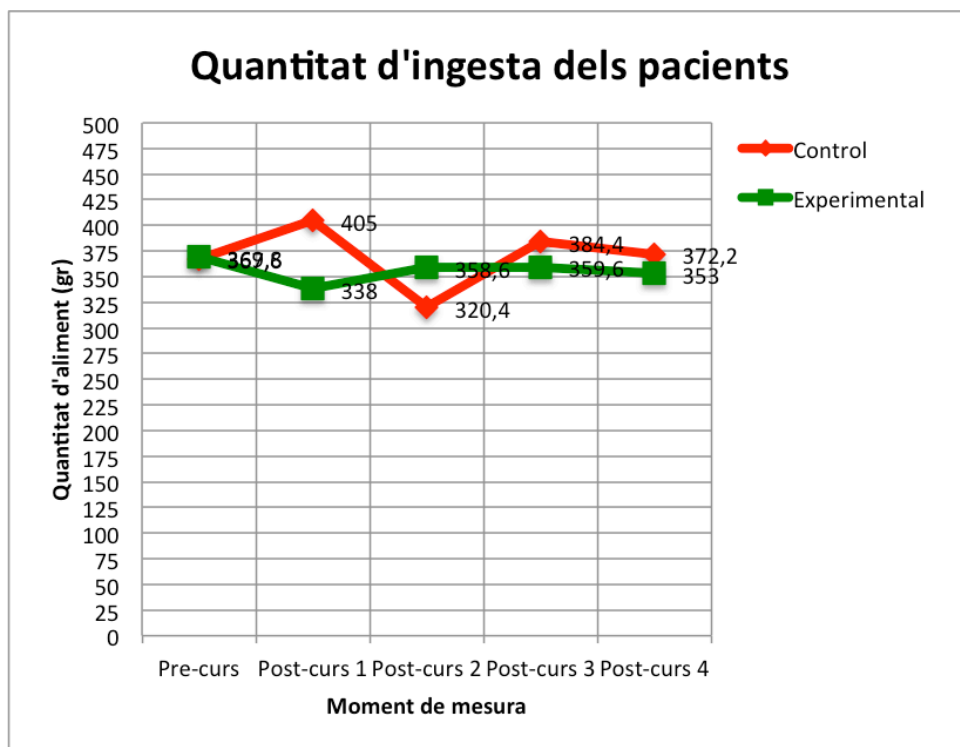


Figura 12. Quantitat d'ingesta (mitjana, en gr.) dels pacients del grup control i de l'experimental en funció del moment de mesura.

D'altra banda, pel que fa a la quantitat d'aliment ingerit, els resultats obtinguts a la taula 16 han constata que els subjectes del grup control han ingerit quantitats de menjar (g) molt variables en tots els moments d'avaluació. Entre les mesures post-curs 1 i post-curs 2 hi ha hagut una desproporció molt gran

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

entre els dos valors: s'ha passat d'ingerir 405g de mitjana a 320g, és a dir, més de 80g de diferència (quasi un 20% menys d'ingesta de mitjana). S'ha destacat que, sabent que la mitjana de tots els dies és de 369,92g, aquesta arriba a disminuir fins a 320,4g a la post-curs 2, és a dir, 49,52g menys que la mitjana (un 13% menys).

Altrament, el grup experimental ha definit una major estabilitat dels valors al llarg del temps. El valor d'ingesta mínim ha diferit en 17,8g (5%) per sota de la mitjana, mentre que en el grup control, la diferència entre el valor mínim i la mitjana és de 49,5g (13%).

Pel que fa al valor d'ingesta màxim del grup experimental, s'ha situat en una diferència respecte a la mitjana de 14g (3,8%), mentre que en el grup control arriba a la xifra de 35,1g (9,5%).

En proporció, la disminució màxima del grup control és més del doble (13%) que la del grup experimental (5%) i l'increment màxim, 9,5% del GC respecte el 3,8% del GE. Al gràfic de la figura 12 s'han pogut observar clarament les fluctuacions erràtiques de les puntuacions de cada mitjana del GC a diferència de la gran estabilitat que s'ha manifestat en el GE (línia verda).

DISCUSSIÓ

Analitzant les puntuacions inicials del qüestionari objectiu del GE i del GC d'auxiliars, es pot constatar que cap auxiliar obté una puntuació indicativa de tenir els coneixements teòrico-pràctics suficients en relació a la DOF i als pacients amb demència degut a la manca de formació (estudis, cursos, etc.) per part de les auxiliars que, a la vegada, està influenciada per dues variables: l'experiència i la motivació. Pel que fa a l'experiència, algunes de les auxiliars avaluades porten anys treballant en aquest centre i això fa que sigui difícil canviar la manera de treballar que ja tenen (fins ara, aquesta manera de treballar els era suficient perquè no hi ha hagut mai cap logopeda al centre que avalués la seva praxis). Pel que fa a la motivació, també pot influir en l'eficàcia del treball que les auxiliars duen a terme a la residència geriàtrica, ja que una manca d'aquesta pot interferir en la qualitat de la praxis.

Centrant l'atenció en el grup experimental, s'observa que després del curs de formació específica posseeix uns coneixements teòrics suficients sobre DOF en pacients amb demència mentre que el grup control mostra uns coneixements insuficients en els dos moments d'avaluació (pre-curs i post-curs). A més, s'ha comprovat que els coneixements teòrico-pràctics ja s'adquireixen al realitzar el curs, però que s'acomoden i s'incrementen de forma més eficaç si s'estudia. En relació a les rúbriques d'avaluació de les auxiliars s'observa l'existència d'una manca de coneixements pràctics sobre la disfàgia i el procés d'alimentació al principi de l'estudi, ja que les auxiliars de tots dos grups no obtenen puntuacions satisfactòries en la realització de les diferents tasques avaluades. Com ja s'ha expressat anteriorment, aquests resultats estan influenciats per la formació que posseeix cadascuna de les auxiliars.

Després de realitzar el curs de formació s'ha vist que l'evolució de la pràctica en el GC és mínima, tot al contrari que passa amb la pràctica del GE, que millora notablement amb el sol fet d'impartir el curs: els coneixements teòrics i pràctics es dupliquen. Això és degut als comentaris sobre eines i millores per a l'alimentació que es feien durant el curs per adequar-lo a les demandes de les auxiliars quan observaven els pacients.

Malgrat existeixin variables estranyes com la possible recerca d'informació que hagin fet les auxiliars del GC, de l'intercanvi d'informació entre els dos grups, de l'experiència amb el pas del temps o, fins i tot, de l'aprenentatge per imitació, es confirma la hipòtesi núm. 1 en la qual es posa de manifest que les auxiliars del GE tindran un nivell teòrico-pràctic major que les del GC. Els resultats obtinguts en els qüestionaris objectius i les rúbriques d'avaluació de les auxiliars corroboren aquesta afirmació.

En relació als resultats del qüestionari subjectiu, totes les auxiliars es mostren confiades en un estadi inicial (pre-curs) a l'hora d'enfrontar-se a la disfàgia en el dia a dia i proporcionar una bona atenció als pacients. Per contra, com s'ha vist, les puntuacions del QO mostren una incongruència entre la creença de tenir els coneixements i les eines suficients per enfrontar la DOF i els coneixements que realment posseeixen. Aquest fet pot ser degut al desconeixement (inconsciència) sobre el tema de la disfàgia, que fa que no es pugui ser crític a l'hora d'avaluar realment quins són els coneixements adients necessaris per atendre pacients amb demència i disfàgia. El mateix fet succeeix amb la pràctica i el grau de seguretat que senten les auxiliars de tots dos grups.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Un cop finalitzat el curs de formació, les puntuacions del grup control en les mateixes preguntes van disminuir. Aquest fet demostra menys seguretat quant als coneixements teòrics, pràctics i recursos que disposen per realitzar correctament la seva feina. Això es dona perquè s'ha produït una reflexió interna al repetir el qüestionari objectiu i el subjectiu. A més, poden haver apreciat una diferència quant a la praxis del GE. També existeix una tercera explicació la qual no pot ser controlada: el grau de veracitat de les respostes de les auxiliars. Per evitar al màxim la possible repercussió d'aquesta variable es va informar de l'anonimat de les respostes i es va demanar a tots dos grups que siguessin el màxim de sinceres possible. El grup experimental ha valorat amb puntuacions més altes totes les preguntes després de rebre el curs. Aquest canvi de puntuacions pot ser degut a que les auxiliars del grup experimental han rebut un aprenentatge teòric i pràctic útil respecte l'alimentació amb pacients amb DOF i demència durant el curs. Gràcies a aquests resultats es corrobora la hipòtesi núm. 2.

En relació als pacients, s'ha observat que, des de l'inici, tots presenten disfàgia a líquids, però cadascun d'ells precisa una viscositat i un volum adequats a les seves necessitats d'alimentació. Aquest fet es reflecteix tenint en compte la gran varietat de graus de disfàgia que existeixen entre els pacients que poden ser o no a causa del tipus de demència i/o el seu grau. Per això, als resultats s'observa que hi ha pacients que presenten un grau de disfàgia més elevat que uns altres.

Com es veu en els resultats obtinguts en la rúbrica d'avaluació de pacients, existeix una tendència a que les situacions de deglució segura i eficaç augmentin (ex: disminueixen els canvis de veu, la tos, els residus, etc.) en el grup experimental i també ho facin en el grup control, però en menor mesura.

El fet d'impartir un curs de formació a un grup d'auxiliars (GE) pot haver fet que la situació (entorn) de la planta 1 millori en tots dos grups de pacients, és a dir, els coneixements teòrico-pràctics que tenen les auxiliars del GE poden haver disminuït les situacions de risc de seguretat en la deglució i augmentat les situacions d'eficàcia de la deglució. Per altra banda, cal dir que la millora es produeix tant en el grup control com en el grup experimental de pacients i, com ja s'ha comentat, cada grup d'estudi d'auxiliars vetllava únicament pel grup corresponent de pacients. Aquesta aparent millora també pot tenir altres causes que es divideixen en dos grups:

- en relació a les auxiliars, com no haver respectat el grup a vetllar (ex: algunes auxiliars del grup experimental alimentin pacients del grup control), haver comunicat informació del curs al grup control, el grau de rapidesa d'assoliment dels coneixements impartits al curs, l'aparició de la variable aprenentatge o la imitació del GC¹³, el tipus de textura a aconseguir¹⁴, etc.
- en relació als pacients, com la variable emocional (ex: canvis en l'estat d'ànim deguts a la visita d'algun familiar), els canvis en la dieta, els canvis en la medicació (ex: existeixen medicacions que tenen com a efectes secundaris agreujar la disfàgia), els canvis en tractaments (ex: la família del pacient ha contractat un servei de fisioteràpia paral·lel al que es realitza al centre), l'estat de consciència, tant de la demència com de la son, etc.

Degut a aquesta explicació es pot considerar que els paràmetres més representatius que s'avaluen a la rúbrica de pacients són el temps d'ingesta i la quantitat d'ingesta. Tot i que a primera vista sigui un fet difícil d'interpretar a

¹³ Cal dir que la imitació és pràcticament nul·la com s'observa als resultats de la rúbrica d'avaluació de les auxiliars.

¹⁴ Existeixen diversos medicaments que reaccionen amb l'espessor i no permeten aconseguir la textura desitjada. Per més informació, vegeu l'annex 9.

partir dels gràfics, existeix una relació entre el temps d'ingesta i la quantitat d'aliment que s'ingereix. Aquests resultats demostren que, malgrat que els pacients estan sotmesos a una degeneració neuronal profunda que pot causar un retard en el tret deglutor i altres variables que poden incidir en l'eficàcia de la deglució de forma puntual, cal dir que el curs ajuda les auxiliars a permetre que els pacients ingereixin tot l'aliment d'aquell àpat. Si les auxiliars respecten el temps d'ingesta que cada pacient necessita per deglutir, aquests poden fer una deglució més segura i eficaç, és a dir, disminueix el risc de broncoaspiració perquè l'aliment no s'acumula a la boca ni a la faringe. En conseqüència, també disminueixen els residus perquè aquest bol alimentari ha passat a la via digestiva. En definitiva, respectar el temps d'ingesta implica que els pacients mengin la màxima quantitat d'aliment que els hi pertoca de forma segura i eficaç i, per tant, minva el risc de desnutrició i de deshidratació.

Per tant, no solament es confirma la hipòtesi (H3) de que els pacients del grup experimental reduiran en major mesura el risc de broncoaspiració que els pacients del grup control, sinó que també produeix una millora de l'eficàcia de la deglució la qual, a llarg termini, pot portar a la mort de l'individu a causa de la deshidratació i la desnutrició.

Pel que fa a la hipòtesi núm. 4, es creu que la duració d'aquest estudi és insuficient per obtenir dades que demostrin que la degeneració del grup experimental de pacients és més lenta que la del grup control. També existeixen moltes variables implicades en aquest procés, a més de les característiques pròpies de cada individu. Malgrat que la població de l'estudi siguin les persones amb neurodegeneració que sempre patiran una regressió de les seves capacitats, es constata que existeixen millores subtils en la

alimentació d'aquests pacients i que aquestes millores estan fortament relacionades amb el curs de formació específica.

La mostra de l'estudi fa referència a la població de persones amb neurodegeneració avançada que segueixen diferents ritmes evolutius, és a dir, uns poden patir una ràpida regressió i altres en canvi poden mantenir les seves capacitats cognitives més temps, encara que tots sempre acaben patint un declivi d'aquestes capacitats. Malgrat això, es constata que existeixen millores subtils en l'alimentació d'aquests pacients i que aquestes millores estan fortament relacionades amb el curs de formació específica.

CONCLUSIONS

Aquests dos treballs inclosos al projecte de final de grau donen un fort suport a la necessitat de la figura del logopeda, no només en centres mèdics i hospitalaris, sinó també en institucions per a la tercera edat, ja que la demència (concretament la neurodegeneració) és una de les causes d'aparició de disfàgia orofaríngia. La detecció, el diagnòstic, la intervenció, el seguiment i la prevenció de la disfàgia estan directament relacionats amb el logopeda i és que aquest té els coneixements i les capacitats necessaris per poder abordar la DOF. Gràcies a aquests estudis es posa de manifest la importància i la utilitat de les tasques que el logopeda pot realitzar amb la formació del grau. Això no vol dir que el logopeda no hagi d'aprofundir els seus coneixements teòrico-pràctics en qualsevol dels àmbits d'intervenció. Necessàriament, qualsevol professional ha d'actualitzar els seus coneixements i la seva pràctica amb el pas del temps i, inclús, formar part de grups de recerca.

És important recordar que no només s'han de prevenir i tractar els problemes de seguretat que poden causar risc de broncoaspiració o inclús la mort, sinó

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

que també s'han de tractar i prevenir els problemes d'eficàcia que sovint no es tenen en compte, i a la llarga poden causar desnutrició i deshidratació amb risc també de mort.

Per aquest motiu, és essencial dur a terme una actuació interdisciplinària i, per tant, les auxiliars, malgrat siguin professionals de l'àmbit social sòcio-sanitari, han de tenir unes nocions bàsiques per prevenir els problemes de seguretat i d'eficàcia en la disfàgia i, consegüentment, poder realitzar un suport a l'alimentació adient i de qualitat.

Es constata que el sol fet d'impartir un curs de formació específica expressament dirigit i ajustat a les necessitats d'un grup de professionals que s'encarrega de la cura de pacients amb demència molt avançada i disfàgia orofaríngia incideix positivament generant beneficis per pacients i auxiliars de centres residencials i de dia. Indirectament, els familiars i els directors, caps o propietaris d'aquests centres també es beneficien d'aquest fet, ja que millora la qualitat dels serveis que s'ofereixen. Si els beneficis ja existeixen en la població de gent gran amb una malaltia tan severa com és la demència, l'impacte del curs sobre el grau de benefici seria molt major en altres tipus de poblacions que no estiguessin tan afectades com, per exemple, usuaris de centres de dia on també es troben casos de disfàgia.

Segons Cabrera, et al. (2014), "no hi ha proves suficients per donar suport a l'eficàcia que tenen les intervencions no farmacològiques en general. A més, es necessita investigació ben dissenyada en intervencions no farmacològiques en centres residencials i de dia". Per aquests motius, cal seguir investigant en la importància que poden tenir els coneixements del logopeda sobre la prevenció i l'actuació davant dels casos de disfàgia i garantir una divulgació científica de qualitat.

CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Com assenyala Álvarez (2009), en l'actualitat més del 60% de les persones que viuen a les residències espanyoles pateixen algun tipus de demència, fonamentalment malaltia d'Alzheimer o demència vascular. L'alimentació com a necessitat bàsica diària és un dret¹⁵ i un requisit de tot ésser humà per mantenir-se en vida, tant en persones grans o infants, com en persones sanes o amb malalties. Cal destacar que les consideracions ètiques que sorgeixen al voltant de l'alimentació dels pacients són cada cop més freqüents, ja que aquest fet està estretament relacionat amb la qualitat de vida. Els problemes relacionats amb l'alimentació (no només en relació directa a la disfàgia, sinó també l'aïllament social que aquesta pot provocar) es donen en tots els àmbits assistencials relacionats amb les persones, una gran varietat de situacions en les quals aquests equips assistencials, com per exemple les vetlladores de la Fundació Antònia Roura, es plantegen inevitablement dubtes ètics. Aquest estudi es centra en l'avaluació i atenció específica dels residents amb disfàgia orofaríngia d'aquest centre. A fi d'evitar la desnutrició i deshidratació d'un dels col·lectius de risc de la nostra societat, com són les persones de la tercera edat. En concret, per dur a terme els treballs, tant el de recerca com el professionalitzador, s'ha perseguit que aquests comptessin amb la implicació social i aportessin solucions per a possibles qüestions ètiques que han anat sorgint al llarg d'aquest Treball de Final de Grau:

¹⁵ Com declara l'article 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml), "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

- Seguint el primer criteri ètic, s'ha considerat el fet de guardar en l'anonimat la identitat tant dels pacients com dels treballadors davant de qualsevol resultat extret mitjançant tant la presa de dades objectives com subjectives dels participants de la mostra (A) i (B). Així que s'ha assignat a cada participant (pacients i treballadores) un número aleatori que només coneixen les autores del treball per poder dur a terme el procés d'anàlisi de les dades amb més cura.
- S'ha elaborat un consentiment pels participants de la mostra A (treballadores) que contempla la difusió d'imatges, així com que durant la realització de les sessions de formació i la presa de dades puguin ser efectuades amb la participació d'alumnes i també puguin ser enregistrades (imatges i material audiovisual) amb finalitats docents i/o de recerca (vegeu l'annex 12). Aquestes dades han estat tractades i processades de forma anònima, d'acord amb el que disposen les següents lleis:
 - o Llei 14/1986 General de Sanitat (B.O.E. número 102, de 29 d'abril de 1986).
 - o Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de *Protecció de Dades de Caràcter Personal* (B.O.E. número 298, de 14 de desembre de 1999).
 - o Llei 41/2002 bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (B.O.E. número 274, de 15 de novembre de 2002).
- Com les investigadores d'aquest treball encara no compten amb el títol universitari per poder administrar un test s'ha cregut que seria més ètic l'elaboració, d'acord amb el tutor d'aquest Treball de Fi de Grau i

professor de l'assignatura cursada anteriorment, d'un document que certifica que totes tres autores van superar l'assignatura i que per tant compten amb la capacitació adequada per avaluar la DOF mitjançant el Test MECV-V.

- S'ha esperat des de l'inici que la influència del curs de formació específica en els treballadors fomentés el manteniment (o declivi més lent) del grau de disfàgia dels pacients de la mostra, com també garantir que es poguessin evitar fenòmens perillosos per a la vida d'aquests residents com, per exemple, aspiracions degudes a una mala postura, durant i posteriorment a la ingesta.
- L'atenció a la disfàgia s'ha esperat que fos el més eficaç en el grup de pacients que han estat atesos per auxiliars que han fet el curs de formació que en l'altre grup de pacients. Això ha comportat dues qüestions ètiques:
 - o 1^a: només una part dels pacients i dels auxiliars ha sortit beneficiat.
 - o 2^a: com a conseqüència de la primera, això comporta que alguns pacients no hagin pogut millorar el seu estat de salut perquè no s'han pogut evitar determinats fenòmens, exemple del punt anterior. Per aquests motius, en finalitzar l'estudi, s'oferirà el mateix curs de formació a la resta d'auxiliars que han participat en la recerca (grup control; no han rebut formació).
- Segons la disconformitat que han fet arribar les infermeres que treballen a la residència geriàtrica, es creu important destacar la manca d'un protocol oficial que han de seguir per fer una sol·licitud d'espessidor a

l'Institut Català de la Salut (Seguretat Social, S.S.), ja que han d'utilitzar el mateix recurs per demanar un espessidor que per crear una sol·licitud d'un tipus específic d'alimentació (ex: per sonda nasogàstrica). També es destaca que l'espessidor només queda cobert per la S.S. en cas d'haver patit un accident vascular cerebral (AVC) i que aquest sigui la causa de la disfàgia (tot i així, el nombre màxim de pots d'espessidor mensuals és de 3 per persona). S'ha comprovat que 3 pots d'espessidor mensuals no són suficients per una sola persona que pateix disfàgia orofaríngia. A més, no només l'AVC provoca aquesta patologia (n'hi ha moltes més que cursen amb DOF), per tant, existeix un desequilibri a l'hora de cobrir per S.S. l'espessidor, tant necessari en la vida diària d'aquestes persones.

- Un altre fet molt sorprenent a considerar és que es va manifestar la incompatibilitat d'uns medicaments anomenats Molaxole® i Movicol® (s'utilitzen pel tractament del restrenyiment crònic de la majoria de residents) amb l'espessidor. Malauradament, el fàrmac reacciona amb l'espessidor i impedeix que aquest faci el seu efecte (espessir els líquids com indiquen les instruccions) provocant un gran risc de brocoaspiració. Ha estat de gran utilitat exposar l'efecte que té el medicament sobre l'espessidor a l'empresa *Fresenius Kabi*, ja que desconeixien l'existència d'aquesta problemàtica tan greu i s'han pogut posar en contacte amb Alemanya per investigar-ho i trobar una solució. (C. Marín, comunicació personal, 13 maig 2015). Vegeu la comunicació a l'annex 9. Així doncs, un cop s'hagi investigat l'efecte dels medicaments i trobat una solució, la variable estranya podrà ser controlada gràcies a que s'ha fet arribar la qüestió sorgida des de les professionals (auxiliars) fins a l'empresa responsable.

- Es vol fer èmfasi i conscienciar sobre el gran intrusisme professional que s'està donant especialment en el nostre camp, l'àmbit de la logopèdia. Aquest es caracteritza per no ser de caràcter voluntari, és a dir, que aquest intrusisme ha estat propiciat per les administracions públiques (també concertades i privades) a l'hora de contractar personal. Aquestes permeten que la cobertura de les necessitats dels pacients i les problemàtiques relacionades amb la logopèdia (en aquest cas, la disfàgia orofaríngia) siguin assumides per altres professionals, fent-ho amb un alt grau de risc pel pacient perquè no tenen la formació ni les competències adequades ni necessàries. Aquest problema existeix i afecta a la seguretat i integritat d'aquells que s'exposen a ell, en la majoria dels casos des de l'absolut desconeixement. És més preocupant quan aquest problema es dona en el sector de les professions sanitàries, com ho és la logopèdia, on és la salut dels pacients i en molts casos, la vida d'aquests la que es està en joc. A més, cal emfatitzar que aquest fet anul·la i disminueix les garanties socials de l'exercici o sortida laboral de la professió així com constitueix una mala imatge davant la societat i el món laboral del col·lectiu, la logopèdia.

PROPOSTES DE MILLORA

A continuació, es proposen diverses modificacions que s'haurien de tenir en compte per millorar el treball de recerca.

Modificacions del qüestionari objectiu (annex 2)

1. Reformular la pregunta 3: "¿Qué órganos, músculos, etc., de una persona crees que permiten tragar?".
2. Reformular la pregunta 6: "¿Qué riesgos crees que puede comportar el hecho de que el bolo alimenticio no recorra el camino correcto?".

Modificacions de la rúbrica d'avaluació dels pacients (annex 4)

1. Incloure l'ítem "Se oyen ruidos durante la deglución" a l'apartat d'eficàcia.
2. Canviar l'ítem "Revisa la presencia de residuos faríngeos" per "Identifica la presencia de residuos faríngeos".
3. Incloure l'ítem "Hidratan al paciente".

Modificacions de la rúbrica d'avaluació d'auxiliars (annex 5)

1. Incloure l'ítem "Treu l'aire de la xeringa abans d'alimentar al pacient".
2. Incloure l'ítem "Evita distractors (música, parla durant la ingesta, etc.)".
3. Incloure l'ítem "Anima a empassar quan el pacient té el bol a la boca i presenta dificultats en la deglució".
4. Incloure l'ítem "Anima a tossir quan és necessari per tal evitar el risc de broncoaspiració".
5. Incloure l'ítem "Elimina de forma eficaç residus orals i/o faringis".

6. Incloure l'ítem " Espessa els aliments segons la necessitat de cada pacient si així ho requereix" (ex: la fruita té una textura tipus nèctar i el pacient necessita una textura púding).
7. Incloure l'ítem "Pren cura de la higiene bucal del pacient abans i després de la ingesta".

Modificacions del qüestionari subjectiu (annex 6)

1. Reformular la pregunta 3: "¿Crees que tienes las herramientas (conocimientos teóricos, prácticos, experiencia, etc.) suficientes para llevar a cabo tu trabajo de una manera efectiva, adecuada y específica en relación a la disfagia?".

A més d'algunes modificacions en els instruments de mesura, cal esmentar diverses propostes de millora en relació al centre per augmentar la qualitat de l'atenció que ofereixen (vegeu l'annex 10).

LIMITACIONES

En el transcurs del treball s'han trobat diverses limitacions que han dificultat la realització d'aquest. En primer lloc, la població a la qual es va accedir per fer l'estudi va ser l'única diagnosticada de disfàgia que, a més, pateix demència. Com se sap, la demència és una malaltia neurodegenerativa on la mort neuronal no es pot aturar. Això repercuteix en la visualització de beneficis pels pacients, ja que a mesura que evoluciona la degeneració aquests es veuen disminuïts.

La segona restricció ha estat la quantitat de participants en l'estudi, tant de pacients com d'auxiliars, degut a la reducció de plantilla i renovació de

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

contractació laboral de les auxiliars distribuïdes a la planta 1 així com l'existent minoria de residents que patien demència amb DOF. La mostra és força reduïda i això dificulta la generalització dels resultats. Per altra banda, seguint amb la generalització, és molt complex controlar tantes variables implicades en el procés, fet que dificulta establir relacions causa-efecte sense l'existència de possibles relacions espúria. Algunes de les possibles variables estranyes no controlades han sigut la motivació, els canvis de medicació, la velocitat d'aprenentatge, l'estat d'ànim, la velocitat de la neurodegeneració, etc.

En tercer lloc, apareixen molts obstacles en l'avaluació de la disfàgia en els pacients amb demència, ja que és pràcticament impossible rebre un feedback o resposta de com s'està duent a terme la prova, avaluar els canvis de veu, mantenir l'estat d'alerta, etc.

Per últim, també s'han tingut limitacions quant a instruments d'avaluació. Per una part, a mesura que es realitzava el treball han anat apareixent altres ítems importants que no estaven inclosos en els instruments d'avaluació (p.e. rúbriques d'avaluació de les auxiliars). Per altra banda, s'ha vist que algunes preguntes del qüestionari objectiu són relativament ambigües i això ha portat a errors de comprensió per part de les auxiliars, però que s'han sabut solucionar comentant prèviament què es demanava a cada pregunta.

CONSIDERACIONS FUTURES

Tot seguit s'exposen propostes sobre les consideracions que podrien dotar de més utilitat aquest Treball de Final de Grau en un futur. Tenint en compte tota la informació obtinguda d'aquests treballs es posa de manifest que, amb l'objectiu de sensibilitzar els òrgans de govern que regulen l'activitat professional del logopeda, caldria impartir el curs de formació en altres institucions que ho necessitessin. D'aquesta manera, també se'n beneficiarien els usuaris i els treballadors dels centres perquè aquest curs es proposa millorar la pràctica, els coneixements i conscienciar de la importància de la disfàgia als vetlladors dels pacients. En cap moment el curs capacita els auxiliars per tractar la disfàgia. Per això és molt necessari incorporar logopedes en aquests i altres centres.

També es creu necessari que aquest curs formi part dels continguts del pla d'estudis de tècnic d'atenció socio-sanitària (un dels títols necessaris el 2016) i que, a més, aquesta formació sols pugui ser impartida in situ pels professionals que tracten aquesta dificultat: els logopedes. Per altra banda, una consideració a tenir en compte és la inclusió del TAPSD dins la família professional sanitària (no només a la de serveis socials i comunitaris tal com ho expressa el Tribunal Constitucional) i, fins i tot, la necessitat de regular el currículum dels treballadors que atenen les persones dependents majors de 65 anys als seus domicilis. A més, es creu necessari la preparació i supervisió de la seva praxis. Els Serveis Socials per l'Atenció a la Dependència haurien de portar un control exhaustiu per assegurar que aquests treballadors compten amb els coneixements teòrico-pràctics adequats per dur a terme aquesta atenció i prestar aquest servei.

Degut a la impossibilitat de seleccionar altres centres o poblacions de participants (ex: centres de dia amb casos de risc de disfàgia) es creu oportú comptar amb una continuïtat d'aquest estudi, ja que, com s'ha dit anteriorment, el benefici que es podria obtenir controlant les variables estranyes i estudiant una població amb una afectació menys severa pot ser extraordinari. La recerca en logopèdia és imprescindible per avançar en qualsevol dels àmbits i oferir una intervenció de qualitat i ajustada a les necessitats i característiques de cada persona.

Seria determinant per la professió que tota una sèrie de departaments, serveis i fundacions que formen part de les institucions amb què s'organitza la Generalitat de Catalunya actuessin per impulsar aquest canvi social respecte al coneixement de les diferents problemàtiques que s'han expressat al llarg d'aquest treball. A més, el paper dels mitjans de comunicació en la tasca de sensibilització de la societat sobre la importància del suport a la recerca, la prevenció i l'actuació per afrontar els casos de disfàgia és transcendental. De la mateixa manera, aquests mitjans han de promoure la divulgació científica de qualitat i assegurar que aquesta informació es transmet a tota la població.

Cal destacar també que, com a proposta de material que milloraria i facilitaria la pràctica de les auxiliars d'aquests (i d'altres) centres s'hauria de dissenyar un dispensador d'espessidor per obtenir dosis exactes i així obtenir la viscositat que es desitja sense grumolls. La persistència de grumolls d'espessidor en el líquid augmenta el risc de broncoaspiració (líquid amb doble consistència) i fa que no s'aconsegueixi la textura desitjada. A més, s'ha comprovat que per evitar l'aparició de grumolls només cal remoure a la vegada que l'espessidor es va incorporant gradualment.

REFERÈNCIES

- Affoo, R. H., Foley, N., Rosenbek, J., Kevin Shoemaker, J., i Martin, R. E. (2013). Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: A scoping review of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 2203-2213. doi:10.1111/jgs.12553
- Álvarez Hernández, J. (2009). Ética y tratamiento nutricional en el paciente con demencia. *Nutrición Hospitalaria*, 2 (2), número 2 (p.114 y 121)
- Cabrera, E., Sutcliffe, C., Verbeek, H., Saks, K., Soto-Martín, M., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., Karlsson, S., i Zabalegui, A. (2014). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 6 (2), 134-150 doi:10.1016/j.eurger.2014.06.003
- Carballo, G., Mendoza, E., Fresneda, M. D., i Muñoz, J. (2008). La práctica basada en la evidencia en la logopedia española: estudio descriptivo. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. doi:10.1016/S0214-4603(08)70053-6
- Instituto Nacional de Estadística. (2014a). Defunciones según la causa de Muerte en España en el año 2012 (Nota de prensa), 1-14. Recuperat el 31 de gener del 2014, de <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014b). Estadística del Padrón Continuo (datos provisionales). Recuperat de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2F&file=inebase&L=0>

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Jiménez, C., Corregidor, A. I., i Gutiérrez, C. (2007). Disfagia. En *Tratado de Geriatria para residentes*. SEGG (p. 545-553).

Pérez, E., Fernández, A., i Sánchez, J. C. (2013). *Atención sanitaria*. Madrid: McGraw-Hill i Interamericana de España.

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. (2012). *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Recuperat de <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

Portell Vidal, M., i Vives Brosa, J. (2014). Tècniques de control. En *Introducció als dissenys experimentals, quasiexperimentals i ex post facto* (p. 53-54).

ANNEXOS

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Annex 1



FULL DE RECOLLIDA TEST DE DEGLUCIÓ

Data:

Dades del pacient

Marcar amb una X la presència de signe descrit
Marcar amb un --- si no existeix el signe descrit

	Semisòlid (iogurt)		Líquid (aigua)		Sòlid (pa de motllo/galeta)
	1 cullera postres (5cc)	1 cullera sopa (10cc)	1 cullera postres	1 cullera sopa	Pa o galeta a trossos
Retenció oral (restes de menjar en la boca)					
Immobilitat laringe					
Canvis en la veu post-deglució					
Tos al deglutir (o després)					
Baveig per la comissura bucal					
Dispnea					
Dessaturació respecte la saturació basal (>=2punts)					

- Si el pacient es portador d' O₂, es retirarà l' O₂, s'esperarà uns 15min i si el pacient té una saturació basal > o = a 90%, se realitzarà el test sense O₂. Si el pacient té una sat basal <90%, es realitzarà el test amb ulleres nasals agafant com a saturació basal de referència la que aparegui amb les ulleres nasals
- Si la dessaturació és > o = 5 punts respecte a la basal, suspendre immediatament la prova.

Resultat: Disfàgia NO

SI

Avisar el metge responsable perquè faci la Interconsulta a Medicina Física i Rehabilitació

Observacions:

- 7. ¿Como se evidencia que un paciente se esta atragantando?**

- 8. ¿De qué manera alimentarías a un paciente con problemas para comer? (ej: posición de la cuchara, posición del paciente y tu posición respecto al paciente, etc.)**

- 9. ¿Qué texturas relacionadas con la alimentación conoces?**

- 10. ¿Conoces algún tipo de maniobra y/o posturas para ayudarles a tragar? ¿Cuál? Explica en qué consiste y cómo realizarla.**

- 11. ¿Qué órgano crees que es más importante para la deglución?**
 - a. Dientes
 - b. Lengua
 - c. Epiglotis
 - d. Pulmones
 - e. Laringe

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

Annex 3

1. ¿Sabríes explicar brevemente qué es la disfagia? - 0,5p

Dificultat per passar l'aliment de la boca a l'esòfag i/o estómac a causa d'un problema funcional o estructural dels òrgans implicats en la deglució. Existeix disfàgia que afecta l'eficàcia i disfàgia que afecta la seguretat de la deglució.

Nota: el fragment subratllat inclou: ingerir, deglutir, empassar.

2. ¿Sabríes explicar brevemente qué es la deglución? - 0,5p

Procés d'empassar l'aliment, és a dir, transportar el bol alimentici de la boca a l'esòfag/estómac.

Nota: 0,25 punts si s'escriu un sinònim: ingerir, deglutir, empassar.

3. ¿Qué partes del cuerpo crees que permiten que una persona pueda tragar? - 1p

Per cada ítem que s'escriu, 0,2 punts. Les paraules repetides o incloses dins d'un grup només comptabilitzen una vegada.

- Sistema nerviós (inclou: cervell, nervis, neurones, cèl·lules del cervell, cèl·lules neuronals...)
- Boca (inclou: llavis, dents, saliva, llengua, paladar, buccinadors, músculs de la masticació, mandíbula, ATM, epiglòtis...)
- Faringe (inclou: coll, gola...)
- Laringe (inclou: epiglòtis, cordes vocals, "hioide", coll...)
- Esòfag (inclou: EES...)

Nota: no s'inclouen: tràquea, pulmons, fosses nasals...

4. ¿Qué crees que está alterado cuando a un paciente le cuesta comer y padece demencia tipo Alzheimer? - 1 p

Requisit per comptabilitzar la pregunta → parlar de qualsevol dels següents ítems:

- Sistema nerviós (inclou: cervell, funció cognitiva, nervis, neurones, sinapsis...)
- Neurodegeneració (inclou: mort neuronal, alteració funcions executives - ex: memòria - record, atenció, etc.)

Altres alteracions, incloent el sistema nerviós:

- Alteració/manca d'òrgans implicats en la deglució (els que apareixen a la pregunta 3).

5. ¿Sabes cuál/es es/son los factores de riesgo reales que comporta que el paciente se atragante con la comida? - 1 p

Per errades de redacció, es donen per vàlides les següents opcions:

Una vegada s'ha "ennuegat":

- Broncoaspiació (canvis saturació d'oxigen, pulsioxímetre)	- Desnutrició, deshidratació
- Pneumònia, "insuficiència respiratòria", febre, infecció	- Mort
- Distractors durant la ingesta (TV, ràdio, etc.)	- Posició del pacient (ex: massa estirat, etc.)
- Penetració, ennuegament	- Consistència de l'aliment (ex: sòlid, textura no adient, etc.)
- Velocidad ingesta ràpida, massa quantitat	- Problema físic, altres malalties, una demència...

Puntuació: 0,2p per ítem amb un màxim d'1 punt.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

6. ¿Aunque el paciente no se atragante como puedes darte cuenta de que tiene problemas para tragar? - 1p

Que afecten a la seguretat de la deglució:	Que afecten a l'eficàcia de la deglució:
<ul style="list-style-type: none"> - carraspera - aspiració silent (inclou: saturación d'oxigen en sang, utilitzar pulsioxímetre) - penetració - veu humida - dificultat respiratòria 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenció (higiene bucal) - moviments linguals - temps de latència (inclou: el bol no es transporta cap enrere, tret deglutor retardat) - deglucions fraccionades - segell labial ineficaç (inclou: baveig, sortida del menjar de la boca) - sorolls - reflux nasal - odinofàgia - residus (inclou: "se li fa bola") - dificultats en la masticació (inclou: rigidesa)

Puntuació: 0,2p per ítem amb un màxim d'1 punt.

7. ¿Como se evidencia que un paciente se está atragantando? - 1p

<ul style="list-style-type: none"> - Tos (inclou: penetració, aspiració) - Aspiració silent - Veu humida, canvis de veu - Segell labial ineficaç - Saturació d'oxigen en sang (inclou: pulsioxímetre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Carraspera - Apnees, problemes per respirar (en el sentit que s'ofega) - Coloració de la pell - Reflux nasal - Estat de neguit, inquietud del pacient
--	---

Puntuació: 0,2p per ítem amb un màxim d'1 punt.

8. ¿De qué manera alimentarías a un paciente con problemas para comer? (ej: posición de la cuchara, posición del paciente y tu posición respecto al paciente, etc.) - 1p

<u>Cullera / xeringa</u>	<u>Posició pacient</u>	<u>Posició auxiliar</u>	<u>Altres (ex: accions de l'auxiliar)</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Davant del pacient i, si cal, una mica des d'abaix de la boca del pacient. Mai des de dalt. - Quantitat (tenint en compte les necessitats nutricionals del pacient i/o quantitats "petites", entre 5 i 10 ml). - La cullera entra a la boca plana i recta, una mica per sota si fos necessari. - Treient l'aire a la xeringa - Cullera introduïda al ½ posterior de la llengua (dors). - El menjar sobre la llengua, mai en el paladar. 	<ul style="list-style-type: none"> - 90º, sempre tenint en compte les característiques anatòmiques del pacient (inclou: recte, ben assegut, "erguit" quan està al llit, etc.). - Cap inclinat cap abaix si és possible. - No de costat, a no ser que sigui impossible posar-lo a prop de 90º. - Deixar el pacient entre 90 i 45º després de la ingesta. - No tenir el cap inclinat cap enrere (via aèria oberta). 	<ul style="list-style-type: none"> - "Ben assegurada davant del pacient" (a la seva alçada o més abaix). - Dret al costat del llit, treient la barra de seguretat per a més comoditat i aconseguir estar davant el pacient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Donar temps: esperar i comprovar que el pacient ja ha fet la deglució del bolus anterior per continuar alimentant-lo. - Espessidor amb les quantitats exactes que indiquen cada fabricant. - Entorn adequat sense distractors (inclou: Tv, ràdio, contacte visual, etc.). - Ajuda al segell labial. - Instruments adaptats (ex: mobiliari, coberts, etc.).

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Puntuació: 0,2p per ítem amb un màxim d'1 punt.

9. ¿Qué texturas relacionadas con la alimentación conoces? - 1p

- Líquid
- Nèctar
- Mel
- Púding (inclou: puré)
- Sòlid

Puntuació: 0,2p per ítem amb un màxim d'1 punt.

10. ¿Conoces algún tipo de maniobra y/o posturas para ayudarles a tragar? ¿Cuál? Explica en qué consiste y cómo realizarla. - 1p

- Flexión anterior o "cabeza ligeramente hacia delante".
- Segell labial
- Increment sensorial (inclou: temperatura dels aliments, gustos, doble cullera, etc.)

Puntuació: 1p per ítem amb un màxim d'1 punt.

Nota: s'exclouen la maniobra de Heimlich (maniobra per evitar asfíxia i no per facilitar la deglució) i "posició incorporada" (no és una tècnica, una maniobra o una postura per ajudar a empassar).

11. ¿Qué órgano crees que es más importante para la deglución? - 1p

- a. Dientes
- b. Lengua**
- c. Epiglotis
- d. Pulmones
- e. Laringe

Nota: redactat ambigu.

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Annex 4

Rúbrica d'avaluació dels pacients

Identificació del pacient: _____ **GC / GE** **Sexe:** H / D **Data aval.:**

Identificació del/ de la cuidador/a que el vetlla: _____

Reflex tussigen: Si / No **Autonomia per alimentar-se:** Si / Amb ajuda / No

Xeringa: Si / No

Pes (avaluat mensualment, en kg):

Data pes:

MESURES INDIRECTES	Escala de qualificació	
	Dades	Observacions
Pes plat pre-ingesta (gr.)	Menjar:	
	Postre:	
Pes plat post-ingesta (gr.)	Menjar:	
	Postre:	
Inici d'ingesta (h; min.)		
Final d'ingesta (h; min.)		
Altres observacions: dolències/incidències durant la setmana (refredat, pneumònia, infeccions, febre, canvis de material, etc.).		

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

SEGURETAT	Escala de qualificació	
	Dades	Observacions
Canvis de veu després de deglutir		
Carraspera/gargamelleig (conserva sensibilitat)		
Tos		
Si s'observa la presència reiterada de qualsevol dels 3 indicis de seguretat anteriorment descrits, cal portar un seguiment avaluant els següents aspectes:		
Saturació d'oxigen pre ingesta (nº)		
Canvis saturació d'oxigen durant ingesta (nº)		
Saturació d'oxigen durant ingesta (nº)		
Aspiracions (nº) - nº vegades que davalla la sat. d'O2		
Altres (exemple: canvi de dieta, baixada de pes important, etc.)		

EFICÀCIA	Escala de qualificació		
	Dades		Observacions
Segell labial	Eficaç	Amb ajuda del/ de la auxiliar	
Residus orals			
Deglucions fraccionades (nº)			
Residus faringis			
Estat dents, llengua, paladar, etc.			
Altres (ex: presència de menjar en el pitet)			

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Annex 5

Rúbrica de evaluación de los/las auxiliares

Identificación del/de la trabajador/a: _____

GC / GE

Fecha de evaluación:

EL/LA AUXILIAR:

El/la paciente mantiene una posición correcta a la hora de la ingesta (espalda toca el respaldo, cabeza un poco inclinada hacia abajo, etc.).	Sí	Parcialmente	No
Incorporan siempre (comida y cena) a los pacientes encamados para la ingesta de alimentos teniendo en cuenta su rigidez corporal (utilizan la contraresistencia para conseguir una posición adecuada de la cabeza y/o cuello).	Sí	Parcialmente	No
Realiza correctamente la estimulación del incremento sensorial antes de la deglución.	Sí	Parcialmente	No
Mantiene una posición correcta delante del paciente a la hora de alimentarlo (cara a cara ligeramente por debajo del paciente, mano a la altura de la boca...).	Sí	Parcialmente	No
Posición de la cuchara (delante de la boca, ligeramente por debajo).	Sí	Parcialmente	No
Introduce la cantidad/volumen correcta/o de alimento con la jeringa/cuchara en la boca del/de la paciente.	Sí	Parcialmente	No
Ayuda a realizar adecuadamente la técnica postural de: - Flexión anterior (barbilla se acerca al pecho del/de la paciente)	Sí	Parcialmente	No
Ayuda a realizar adecuadamente la técnica postural de: - Presión del labio inferior (ayudando a hacer el sello labial). Con el dedo índice en horizontal, ayuda al labio	Sí	Parcialmente	No

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

inferior a entrar en contacto con el labio superior).			
Espera/comprueba a que el paciente haga la deglución antes de volver a introducir alimentos en su boca.	Sí	Parcialmente	No
Revisa la presencia de residuos orales y ayuda a su desaparición de forma correcta (con una manipulación pasiva, ayudándose de la cuchara, masajear para ayudar a limpiar el espacio gingivolabial).	Sí	Parcialmente	No
Revisa la presencia de residuos faríngeos (cambios voz → pista o automatismos para que hablen) ayuda a su desaparición de forma correcta.	Sí	Parcialmente	No
Respeto el tiempo de ingesta (teniendo en cuenta las características de cada paciente).	Sí	Parcialmente	No
En presencia de tos, actúa correctamente sin : - Golpear (con fuerza) la espalda del/de la paciente - Masajear el cuello (laringe) - Darle de beber agua con o sin espesante	Sí	Parcialmente	No
En presencia de tos, actúa correctamente animando delicadamente a que el paciente tosa si lo necesita después de deglutir (evidenciando una posible penetración).	Sí	Parcialmente	No
Después de ingerir alimentos aún dejan durante unos minutos a los pacientes encamados incorporados (se puede bajar hasta 45º)	Sí	Parcialmente	No
Informa a las enfermeras de cambios importantes o problemas inesperados (dificultad para la deglución, odinofagia, lloriqueo constante, etc...)	Sí	Parcialmente	No
PUNTUACIÓN*			
TOTAL:			

*Tabla de puntuaciones: Sí = 3 puntos; Parcialmente = 1 punto; No = 0 puntos

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Annex 6

Número de identificación:
Fecha:
Turno de trabajo:
- LABORABLES: mañana (7.30-14.30h) tarde (14.30-22h) noche (22-7.30h)
- FESTIVOS: mañana (7.30-14.30h) tarde (14.30-22h) noche (22-7.30h)

Este cuestionario es ANÓNIMO. Únicamente será utilizado para elaborar nuestra investigación.

1. Valora tus conocimientos teóricos sobre la disfagia. (Escala del 1 al 10, siendo el 1 falta de conocimiento teórico y 10 gran conocimiento teórico sobre la disfagia).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Valora tus conocimientos prácticos sobre la disfagia. (Escala del 1 al 10, siendo el 1 pocos conocimientos prácticos y 10 gran conocimiento práctico sobre la disfagia).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Crees que tienes las herramientas suficientes para llevar a cabo tu trabajo de una manera efectiva, adecuada y específica en relación a la disfagia? (Valora del 1 al 10, siendo 1 poco confianza en tener las herramientas necesarias y 10 mucha confianza).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿Has buscado alguna vez información sobre la disfagia? En caso afirmativo, ¿qué fuentes de información usaste? (vídeos, internet, libros, artículos de revista, etc.). Fiabilidad?

5. Valora lo beneficioso que crees que podría ser un curso de formación sobre la disfagia para el desarrollo del trabajo que realizáis. (Escala del 1 al 10, siendo 1 nada provechoso y 10 muy provechoso)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

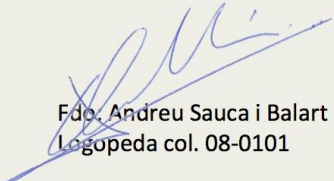
Annex 7

Andreu Sauca i Balart

CERTIFICA

Andreu Sauca i Balart, Logopeda i Professor Associat de l'assignatura Disfàgia i Trastorns Relacionats del Grau de Logopèdia de la Universitat Autònoma de Barcelona, certifica que

ha superat amb èxit l'assignatura Disfàgia i Trastorns Relacionats i llurs pràctiques, estant capacitada per l'avaluació de la DOF mitjançant el MECV-V.


Fdo. Andreu Sauca i Balart
Logopeda col. 08-0101

A Barcelona, 2 de desembre de 2014

Annex 8

Andreu Sauca i Balart

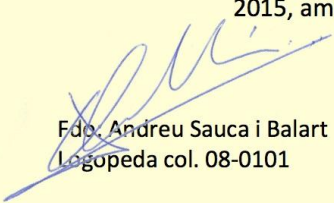
CERTIFICA

Andreu Sauca i Balart, Logopeda i Professor Associat de l'assignatura Disfàgia i Trastorns Relacionats del Grau de Logopèdia de la Universitat Autònoma de Barcelona, certifica que

ha impartit el curs

Curso de formación específica sobre los cuidados de personas con disfagia orofaríngea en centros geriátricos

dirigit a Personal Fundació Antònia Roura (Granollers) els mesos gener, febrer i març del 2015, amb un total de 5 hores.


Fdo. Andreu Sauca i Balart
Logopeda col. 08-0101

A Barcelona, 30 de març del 2015

*Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Annex 9

Chantal.Marin@fresenius-kabi.com <Chantal.Marin@fresenius-kabi.com>
Para: Olga García <[REDACTED]>

13 de mayo de 2015, 9:10

Buenos Dias

Tal como os comente en mails anteriores , la información sobre el interacción del movicol, molaxone en las capacidades de nuestro espesante todavía no me han llegado. Tal como os comenté es información que debemos solicitar a corporate y ellos luego nos hacen llegar. La verdad es que es un proceso lento. Corporate no nos lo ha enviado todavía pero en cuanto lo tenga os lo haré llegar.

Perdonad los problemas ocasionados

Chantal Marín
Jefe de Área
Nutrición Enteral

Fresenius Kabi España, S. A. U.
Torre Mapfre - Vila Olímpica
Marina, 16 - 18
08005 - Barcelona
M +34 689 42 71 80
Chantal.Marin@fresenius-kabi.com
www.fresenius-kabi.es

Este correo electrónico esta exclusivamente dirigido al destinatario del mismo y puede contener información confidencial y/o privilegiada desde el punto de vista legal. Si usted no es el destinatario o su representante, le notificamos que la diseminación, distribución, copia o uso de este mensaje o sus ficheros adjuntos está estrictamente prohibida. Si ha recibido este mensaje por error, por favor notifíquelo inmediatamente al remitente y borre el mensaje y sus ficheros adjuntos de su ordenador.

This e-mail message is intended solely for the use of the addressee and may contain legally privileged and confidential information. If you are not the intended recipient or his/her representative, please be advised that any dissemination, distribution, copying, or the use of this message or its attachments is strictly prohibited. If you have received this message in error, please notify the sender immediately and please delete this message and all attachments from your computer.

De: Olga García <[REDACTED]>
Para: chantal.marin@fresenius-kabi.com, chantal.marin@fresenius.kabi.com
Fecha: 11/05/2015 23:14
Asunto: Justificante trabajo fin de grado

[El texto citado está oculto]

Annex 10

Recomendaciones para el centro de día y residencia geriátrica Fundació Antònia Roura (Granollers):

1. Evitar alimentos como la gelatina industrial, alimentos fibrosos, pegajosos, dobles texturas, etc. Si no se pudieran evitar triturarlo hasta que se consiga una textura néctar o pudding homogénea. En el caso de la gelatina, mezclarla con la fruta y triturarla hasta conseguir una textura néctar homogénea.
2. Comprar más pulsioxímetros e intentar incrementar el uso de éste (usar sobre todo con pacientes a los que se les haya detectado aspiraciones silentes).
3. No reutilizar las jeringas. Renovar las jeringas cuando sea necesario, es importante que se vean las medidas (5ml, 10ml, 20ml y 50ml).
4. Intentar comprar Espesante Fresenius Kabi en lugar de Nestlé (a pesar de que Nestlé entre por SS) y seguir las indicaciones.
5. Respecto a los medicamentos Molaxole® i Movicol®: usar espesante de más para paliar la reacción del agua con estos fármacos.
6. Apuntar en cada blíster la textura y el volumen adecuado para cada paciente. (p.e. 5P).
7. Pasar el parte oralmente cada mediodía y cada noche (tanto durante la semana como en fin de semana).
8. Apuntar por escrito en pie de cama las posibles incidencias que surjan a lo largo del día (enfermedad, fiebre, tos, excesivo tiempo de ingesta, etc.).
9. Marcar boles, vasos y jeringas con permanente de tinta no tóxica (100ml, 200ml) para mejorar las proporciones de espesante respecto a la cantidad de alimento en el plato.
10. Seguir las indicaciones recomendadas en el curso impartido.
11. Exigir higiene diaria bucal antes y después de cada ingesta con el fin de evitar bacterias y residuos orales que pudieran ser broncoaspiradas.
12. Higiene bucal: evitar utilizar dentífricos de cualquier tipo (incluso infantiles) a la hora de la limpieza. A pesar de que con los dentífricos infantiles no exista riesgo alguno en el momento en que, por error, se ingieren, cualquier dentífrico es susceptible de cambiar su textura en contacto con la saliva y, además, toda sustancia que penetre en los pulmones (broncoaspiración) puede ocasionar infecciones, ya que arrastra hacia éste toda la suciedad que se encuentra en la cavidad oral.
13. Evitar los distractores como por ejemplo la música, hablar fuerte, conversar con el residente mientras come, etc.
14. Supervisión de las auxiliares por parte de las enfermeras. Exigir a las auxiliares una mejor atención a la hora de la ingesta (inclinación del encamado, postura del paciente, respetar textura y volumen, etc.).
15. Evitar textura líquida (alto riesgo de disfagia orofaríngea y broncoaspiración) en la Planta 1.
16. En caso de que un paciente presente riesgo de disfagia, acudir al logopeda para realizar una evaluación adecuada. Del mismo modo, los casos de pacientes ya afectados de DOF también deben contar con el seguimiento de dicho especialista.

*Incidència d'una capacitat específica a auxiliars de geriatria sobre
l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència*

Annex 11

ANEXO 2 - HOJA DE REGISTRO

NOMBRE: _____
EDAD: _____
FECHA: _____

VISCOSIDAD	NÉCTAR			LÍQUIDO			PUDDING		
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD									
TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE VOZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESATURACIÓN DE OXÍGENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
SELLO LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESIDUO ORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEGLUCIÓN FRACCIONADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESIDUO FARÍNGEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN FINAL: _____

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA: _____

INGESTA DE FLUIDOS RECOMENDADA:

VISCOSIDAD	LÍQUIDO	<input type="checkbox"/>	VOLUMEN	BAJO	<input type="checkbox"/>
	NÉCTAR	<input type="checkbox"/>		MEDIO	<input type="checkbox"/>
	PUDDING	<input type="checkbox"/>		ALTO	<input type="checkbox"/>

Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència

Annex 12

Full de Consentiment informat i Difusió d'Imatges

Aquest Treball de Fi de Grau (TFG) del Grau en Logopèdia té com a objectius crear un curs de formació específica pels treballadors i treballadores de centres de dia i residències geriàtriques i comprovar l'eficàcia d'aquests en base a les dades obtingudes dels pacients als que vetllen.

D'això se'n desprèn que les sessions de formació i presa de dades poden ser efectuades amb la participació d'alumnes i també poden ser enregistrades (imatges i material audiovisual) amb finalitats docents i/o de recerca. Tota la informació referent a l'usuari/ària i les dades obtingudes durant les sessions de formació i intervenció seran utilitzades de forma estrictament confidencial i únicament per a la finalitat assistencial i científica objecte del TFG. Aquesta informació fa referència tant a l'equip professional del centre com dels usuaris que fan ús dels serveis que ofereix el centre de dia i la residència geriàtrica. Aquestes dades seran tractades i processades de forma anònima, d'acord amb el que disposen les lleis:

- Llei 14/1986 General de Sanitat (B.O.E. número 102, de 29 d'abril de 1986).
- Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (B.O.E. número 298, de 14 de desembre de 1999).
- Llei 41/2002 bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (B.O.E. número 274, de 15 de novembre de 2002).

En cas que l'usuari/ària o el/la seu/seva representant no veïés de bon grat la participació o el fet que les seves dades siguin gravades o utilitzades en recerca, es prega informar-ho al tutor del TFG, Andreu Sauca i Balart, o bé a qualsevol de les tres membres del treball, Mélanie Bardinet, Olga García Cabezas i Dèlia Sacristán de Andrés.

Amb la signatura d'aquesta informació,

l'usuari/ària _____ amb DNI _____

o representant d'aquest/a _____ amb DNI _____

autoritzen al personal de recerca i al tutor responsable d'aquest projecte (TFG) per procedir a l'estudi.

Barcelona, _____ de _____ del 20 _____

El logopeda i tutor responsable

L'usuari/ària o representant

Personal de recerca



Andreu Sauca i Balart
Logopeda col. 08-0101

Mélanie Bardinet Canto
Olga García Cabezas
Dèlia Sacristán de Andrés

De conformitat amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que les seves dades personals facilitades a través dels formularis en paper, qüestionaris, dades preses, imatges i enregistraments audiovisual seran incloses dins un fitxer automatitzat sota la responsabilitat d'ANDREU SAUCA BALART, amb la finalitat de docència i recerca. Pot exercir els seus drets d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició mitjançant un escrit a l'adreça Avda. Sant Antoni M. Claret, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Pavelló de santa Victòria, 3a planta, 08025 de Barcelona. Mentre no ens comuniqui el contrari, entendrem que les seves dades no han estat modificades, que vostè es compromet a notificar-nos qualsevol variació i que tenim el consentiment per fer-les servir a fi de poder fidelitzar la relació entre les parts.