No **78b**, 23 de octubre de 2017
ISSN: 1576-0502 DL: B-24779-2007

Logopedia.mail
tu revista de logopedia

LOGOPEDES: SOLUCIONS DAVANT LA DISFÀGIA EN CENTRES GERIÀTRICS

Dèlia Sacristán, Mélanie Bardinet, Olga García.
delia.sacristan@gmail.com
Logopedes
Grau de Logopèdia [UAB 2011-2015]

*Investigació realitzada com a Treball de Fi de Grau del Grau de Logopèdia en la Universitat Autònoma de Barcelona, sota la direcció de l'**Andreu Sauca i Balart**.*
http://ddd.uab.cat/record/148554?ln=ca

Accèssit júnior a la millor Comunicació lliure "Incidència d'una capacitació específica a auxiliars de geriatria sobre l'alimentació dels pacients amb disfàgia orofaríngia i demència" del 4t Congrés del Col·legi de Logopedes de Catalunya (9 i 10 de juliol 2015).

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 o funcionals, com és el cas d'algunes demències que apareixen a la tercera edat. Constatat un baix nivell de coneixements en auxiliars de geriatria sobre l'alimentació de persones amb DOF i demència, i la manca de logopedes en centres geriàtrics, es presenten dos treballs: un d'intervenció en el qual es crea un curs de formació específica per aquests professionals, sobre què és la DOF i com abordar l'alimentació de les persones amb demència en aquests centres i, a continuació, un altre d'investigació amb l'objectiu de comprovar la utilitat i la validesa de l'anterior.

Es treballa amb una mostra d'11 auxiliars (5 com a grup control i 6 com a grup experimental, que realitza el curs de formació específica) i 10 usuaris amb demència i DOF (5 són atesos únicament per auxiliars del grup experimental i els altres 5 per auxiliars del grup control). La nostra investigació demostra l'eficàcia d'aquesta intervenció, ja que es produeix un augment del nivell de coneixements teòrico-pràctics dels auxiliars envers la DOF en usuaris amb demència, i un augment de la seguretat i de l'eficàcia de la deglució en els usuaris.

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.*

Abstract

Oropharyngeal dysphagia (OD) is defined as the difficulty to swallow food from the mouth to the esophagus due to structural or functional alterations, as it is the case of some types of dementia, such as those found in the elderly. Due to lack of information among geriatric nurse assistants in terms of feeding people with OD and dementia, and also, due to a lack of trained speech therapists in day care centers an intervention program is hereby presented, which offers specific training to geriatric nurse assistants on oropharyngeal dysphagia and the feeding needs of people with dementia who are institutionalized in day care centers. This training would be followed by research aimed at testing the usefulness and validity of the course. The sample consists of 11 geriatric nurse assistants (5 of them are in the control group and another 6 who participate as the experimental group taking the training course). Also, the sample counts 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). Our research concludes that results prove the specific training increases the theoretical and practical knowledge among geriatric nurse assistants from the experimental group. Moreover, there is an important increase in the safety and effectiveness of dysphagia patients with dementia when swallowing.

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

(C) Logopedia.mail, 2017

Introducció

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, 2014).

Al voltant d'un 50% d'usuaris en etapes finals de demència pateixen disfàgia orofaríngia (DOF) (Jiménez, Corregidor, i Gutiérrez, 2007). La DOF pot ocasionar broncoaspiracions que poden derivar en pneumònia i augmentar el risc de mort de la persona. Aquestes persones són dependents i moltes d'elles resideixen a institucions geriàtriques.

No totes les residències geriàtriques i els centres de dia compten amb la figura del logopeda per tractar la disfàgia.
En molts d'aquests centres hi ha diversos professionals que intenten compensar la manca del logopeda tot i no pertànyer a les seves competències professionals i que, a més, no compten amb formació suficient en la seva professió com per compensar aquest dèficit.

Es preveu que al voltant del 2050 més d'un 31% de la població total espanyola serà major de 65 anys, és a dir aquest percentatge representarà uns 15 milions de persones, aproximadament, com pot deduir-se segons 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. Projecció de dades de la població en funció del grup d'edat entre els anys 1950 i el 2100

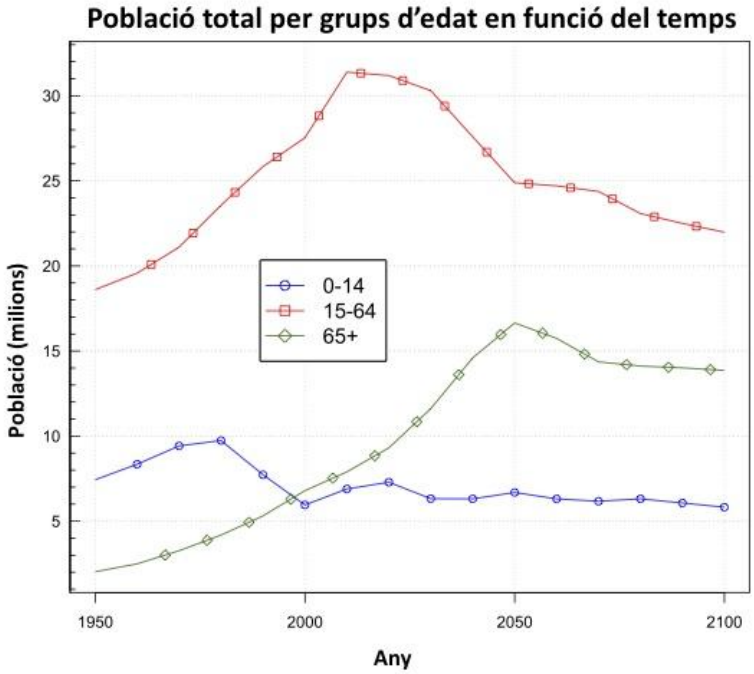

Figura 1. Evolució de la població mundial en funció del grup d'edat entre els anys 1950 i el 2100.

Tenint en compte aquestes dades, es crea el ***Curso de formación específica sobre la disfagia orofaríngea y la alimentación de las personas con demencia institucionalizadas en residencias geriátricas*** dirigit a auxiliars de geriatria i es realitza un estudi per comprovar si seria una solució per incidir en la situació actual.

1. Formació específica en disfàgia orofaríngia associada a demència

En l'actualitat, existeixen cursos sobre la disfàgia orofaríngia, però s'adrecen únicament a personal sanitari o estudiants universitaris.

El curs de formació es va dirigir a auxiliars de la residència i centre de dia Fundació Antònia Roura. El seu contingut estava dividit en un bloc teòric i un bloc pràctic, ajustant la informació a les necessitats del context i posant en pràctica aquests coneixements.

En el bloc teòric s'explicaven els coneixements bàsics sobre disfàgia: anatomofisiologia i fases de la deglució, dificultats relacionades amb la deglució i les demències, detecció de signes d'alerta, tècniques posturals i procediments compensatoris.

En el bloc pràctic, els coneixements teòrics van ser aplicats per les auxiliars, tant a les pròpies treballadores (auto-exploració i propiocepció) com als usuaris que vetllaven, sempre sota la supervisió de les logopedes que realitzaven l'estudi.

En l'apartat següent s'explica la investigació que es va realitzar per comprovar que la formació cobria les necessitats de professionals i usuaris de la Fundació.

2. Població d'estudi

Auxiliars de geriatria

En aquesta investigació van participar 11 auxiliars, totes dones d'entre 20 i 55 anys que treballaven en dos torns (matí i tarda).

Usuaris de la residència

Van participar un total de 10 usuaris de més de 65 anys. Van ser 2 homes i 8 dones. D'aquests, 6 tenien una orientació diagnòstica d'Alzheimer, 2 de demència amb component vascular, 1 de demència frontotemporal i 1 Pàrkinson.

Tots ells cursaven amb disfàgia orofaríngia.

3. Material

Instruments de mesura d'auxiliars

El **qüestionari objectiu** avaluava els coneixements teòrics sobre la disfàgia orofaríngia i continguts relacionats. Constava d'11 preguntes on la puntuació màxima és de 10 punts. Es consideraven com a coneixements assolits i suficients aquells qüestionaris amb una puntuació de 5,00 punts o superior.

La **rúbrica d'avaluació de les auxiliars** valorava directament de quina manera les auxiliars vetllaven pels usuaris de la residència durant les hores d'ingesta. Consta de 16 ítems en relació a la disfàgia, la seguretat i l'eficàcia de l'alimentació abans, durant i després de la ingesta, essent 48 la puntuació màxima que es pot obtenir.
S'han registrat les puntuacions de la següent manera:

- 3 punts per a l'ítem realitzat de forma totalment correcta.
- 1 punt per a l'ítem no realitzat de forma totalment correcta.
- 0 punts per a l'ítem no realitzat o realitzat de forma errònia.

Es considera com a coneixements pràctics suficients aquelles rúbriques amb una puntuació de 24 punts o superior.

Instruments de mesura d'usuaris

La **rúbrica d'avaluació dels pacients** va servir per avaluar de forma indirecta 18 paràmetres relacionats amb l'estat de salut i el procés d'alimentació dels usuaris del centre. Mitjançant aquesta rúbrica també era possible avaluar l'execució de la feina de les auxiliars.

El test ***Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)*** es va utilitzar per l'avaluació de la disfàgia orofaríngia.

4. Mostra

Auxiliars

Selecció

Es va seleccionar a l'atzar una mostra d'11 auxiliars tenint en compte *a)* la formació professional, *b)* el torn de treball de cada auxiliar (matí o tarda) i *c)* la puntuació obtinguda al qüestionari objectiu on cap dels professionals va superar la puntuació de 5 sobre 10.

Distribució

Es va distribuir a l'atzar la mostra d'auxiliars en grup control (GC) i grup experimental (GE). El grup control el van formar 5 auxiliars que no rebrien la formació i el grup experimental el van formar 6 auxiliars que sí la rebrien.

Usuaris

Selecció

Es va seleccionar a l'atzar 10 pacients tenint en compte *a)* la presència de DOF, *b)* tipus i grau de neurodegeneració i *c)* autonomia per alimentar-se.

Distribució

Es va fer utilitzant la tècnica del bloqueig i la posterior assignació aleatòria a cada grup, quedant 5 usuaris en el grup control i 5 més en el grup experimental.
Durant l'estudi, els usuaris del grup experimental estaven sempre atesos per auxiliars del grup experimental. El mateix succeïa amb els usuaris i les auxiliars del grup control.

5. Metodologia

Durant la investigació es van prendre 3 tipus de mesures de les dues mostres: les **mesures pre-curs,** preses abans d'impartir el curs de formació; les **mesures durant-curs** preses en intervals de 15 dies durant la formació del curs i les **mesures post-curs** preses un cop va finalitzar el curs de formació específica.

Les mesures pre-curs es van registrar mitjançant *a)* el qüestionari objectiu, *b)* el qüestionari subjectiu, *c)* la rubrica d'avaluació d'auxiliars, *d)* la rubrica d'avaluació dels pacients i *e)* el test MECV-V.

De forma paral·lela a les sessions de la formació específica, es va avaluar l'evolució de les auxiliars i dels usuaris utilitzant la rúbrica d'avaluació dels pacients i la rúbrica d'avaluació dels auxiliars fins a obtenir 3 mesures al llarg del curs.

Els instruments de mesura post-curs eren els mateixos que els que es van utilitzar a l'inici del curs i el qüestionari objectiu va ser l'única prova que es va passar dues vegades només al grup experimental d'auxiliars després de realitzar el curs (post-curs sense estudiar el material del curs i post-curs amb estudi del material).

6. Resultats

Les dades recollides durant l'estudi han sigut analitzades mitjançant el programari estadístic IBM *SPSStatistics* i el programari *Microsoft Excel*. Els resultats s'exposen a continuació.

Auxiliars

Descriptivos

	GRUP			Estadístico	Error típ.
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 2. Descriptius estadístics de les puntuacions del qüestionari objectiu obtingudes de les auxiliars, en funció del grup i del moment d'avaluació.

En relació als coneixements teòrics, a la taula 2 apareix la mitjana dels qüestionaris objectius dels dos grups, tant abans d'impartir el curs (nota pre-curs) com després d'impartir-lo (nota post-curs sense estudi).

S'ha observat que no existeixen diferències significatives entre els resultats dels dos grups abans del curs (cap dels dos grups va obtenir 5/10 o superior). La diferència de puntuacions entre un grup i l'altre ha estat de 0,9.

Percentiles									
			Percentiles						
		GRUP	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 3. Percentils de les puntuacions de les auxiliars en el qüestionari objectiu (QO) abans i després de la realització del curs.

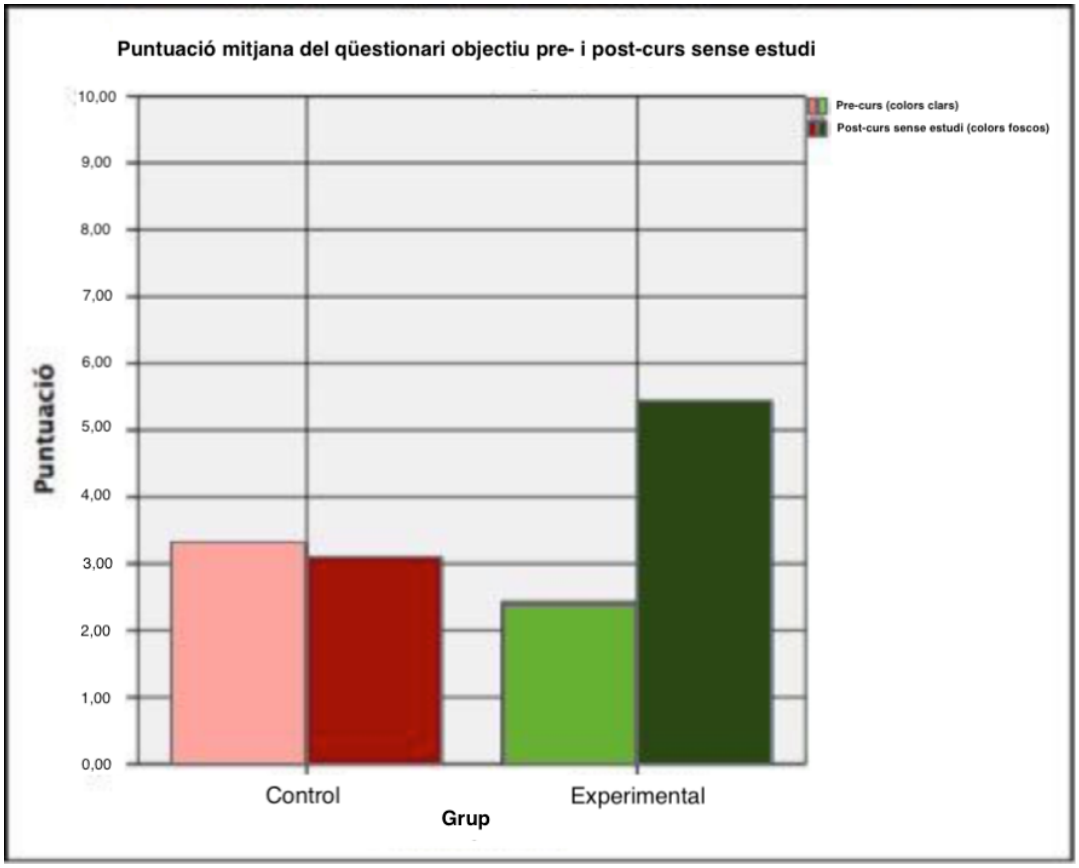

Figura 2. Gràfic de barres agrupades que compara la nota (en mitjana) del qüestionari objectiu entre els dos grups d'estudi abans i després de la realització del curs.

En la figura 2 i la taula 3, s'ha posat de manifest una notable variabilitat intergrup entre les puntuacions dels dos grups. El grup control ha obtingut una puntuació mitjana de 3,09 sobre 10 i el grup experimental, de 5,43 sobre 10. La diferència entre els dos grups ha estat de 2,34 punts, diferència significativa tenint en compte la diferència pre-curs (0,9).

		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 4. Taula amb les puntuacions obtingudes abans i després de la realització del crus per part de les auxiliar del grup experimental

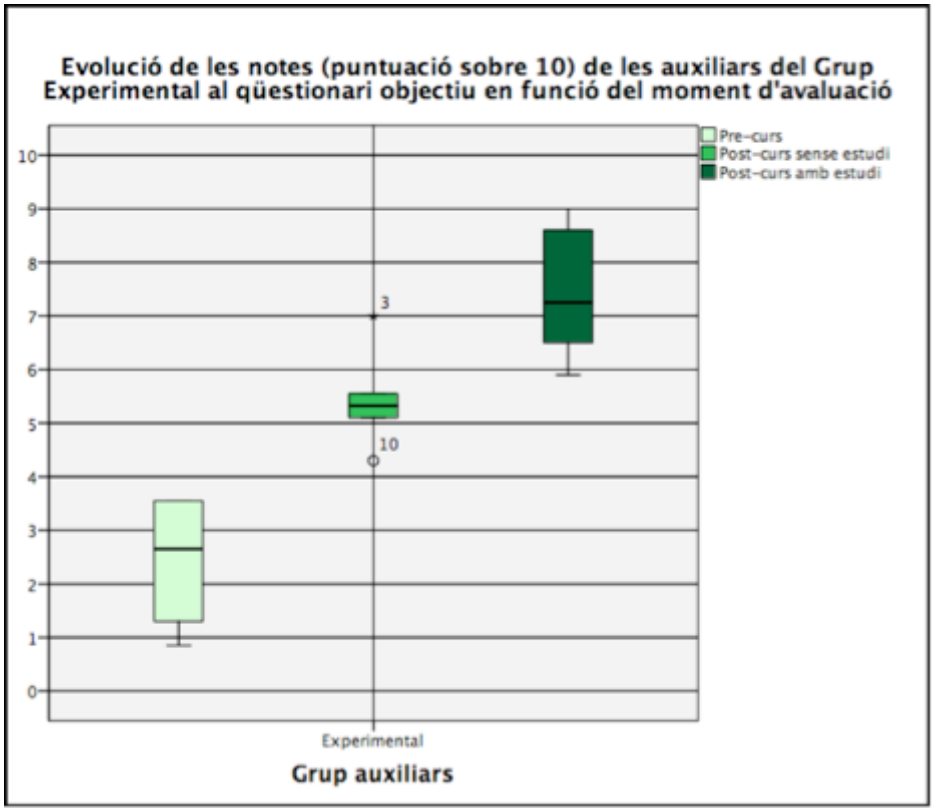

Figura 3. Diagrama de caixa on apareixen els resultats del qüestionari objectiu del grup experimental d'auxiliars, abans i després del curs, amb estudi i sense estudi (taules 2, 3 i 4).

A la figura 3 apareixen comparades les puntuacions pre-curs (verd clar), post-curs sense estudi (verd mitjà) i post-curs amb estudi (verd fosc). S'observa que, independentment de l'estudi del temari, la realització del curs produeix uns resultats majors en el qüestionari objectiu.

Per comprovar si l'efecte de l'aprenentatge millora els resultats obtinguts (variable "estudi"), les auxiliars del grup experimental han omplert el qüestionari objectiu de nou estudiant prèviament (nota post-curs amb estudi). Observant la figura 2, els resultats post-curs amb estudi ha sigut notablement superior a la puntuació post-curs sense estudi i també a la puntuació pre-curs. Estudiar el temari augmenta les puntuacions de les 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 5. Puntuació mitjana de les rúbriques d'avaluació de les auxiliars en funció del grup i del moment d'administració de les rúbriques.

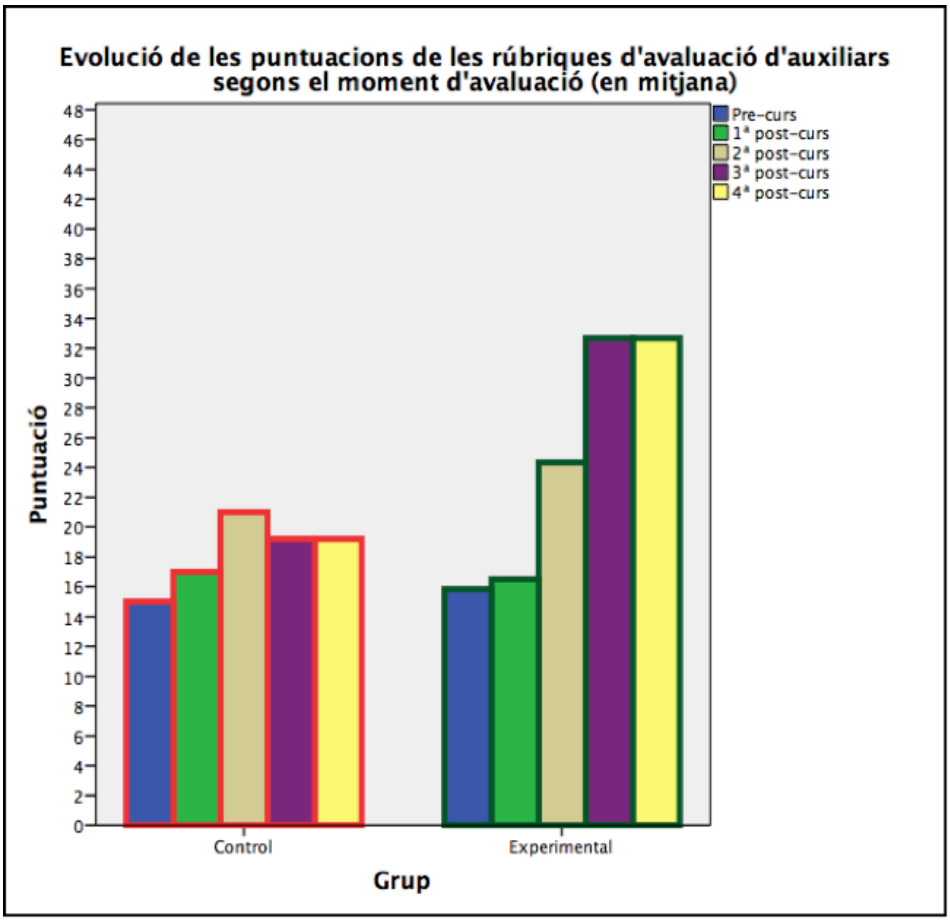

Figura 4. Gràfic de barres agrupades que mostra l'evolució de les puntuacions mitjanes obtingudes en les rúbriques d'avaluació de les auxiliars en funció del grup al qual pertanyen.

Pel que fa a la pràctica professional (taula 5 i figura 4), s'ha observat que els dos grups milloren la seva praxis al llarg dels mesos, tot i que la millora és major en el GE. 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).

Existeix una evolució positiva significativa en la praxis del grup experimental, al contrari que el grup control, en el qual no s'ha observat que existeixi evolució significativa.

Usuaris

		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 6. 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).

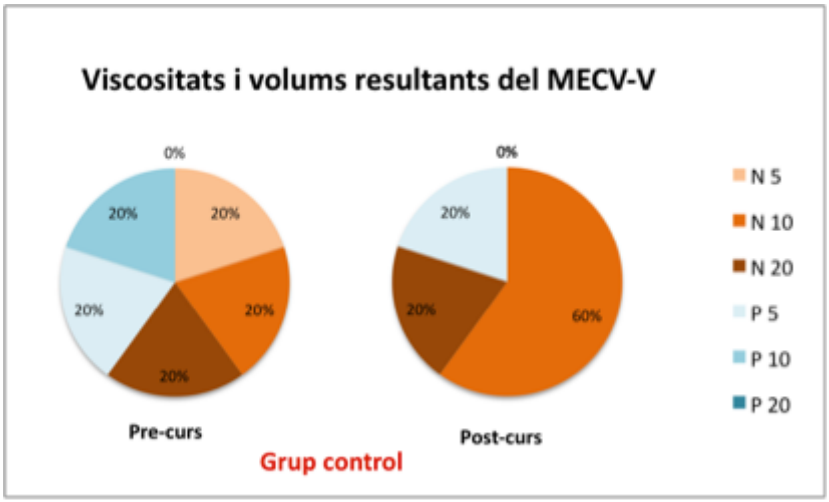

Figura 5a. Diagrama de porcions on es presenten les viscositats i els volums resultants dels MECV-V abans i després del curs segons el grup control.

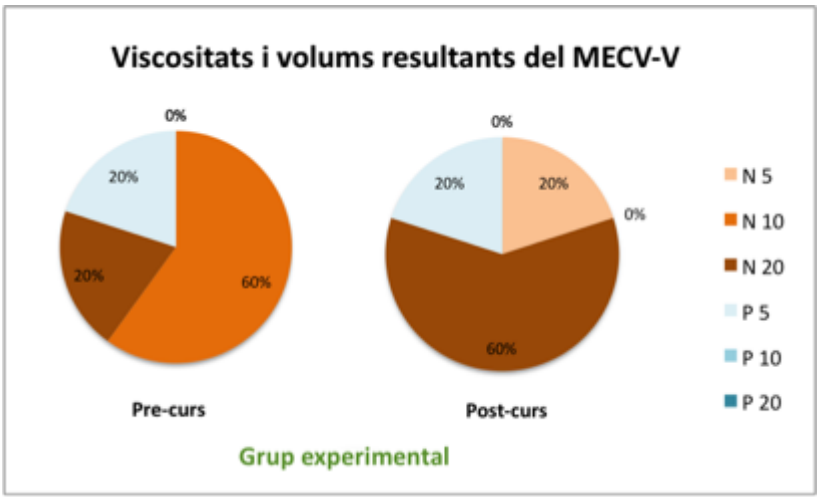

Figura 5b. Diagrama de porcions on es presenten les viscositats i els volums resultants del MECV-V abans i després del curs segons el grup experimental.

Segons els gràfics 5a i 5b, s'ha advertit una millora dels resultats del MECV-V a tots dos grups de pacients. Pel que fa al GC, han augmentat els casos que necessiten textura nèctar en volum mitjà. 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 GE, s'ha vist un augment de casos que han passat a necessitar un volum major de viscositat (de 10 a 20 ml). Un dels casos ha disminuït el volum (5 ml).

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

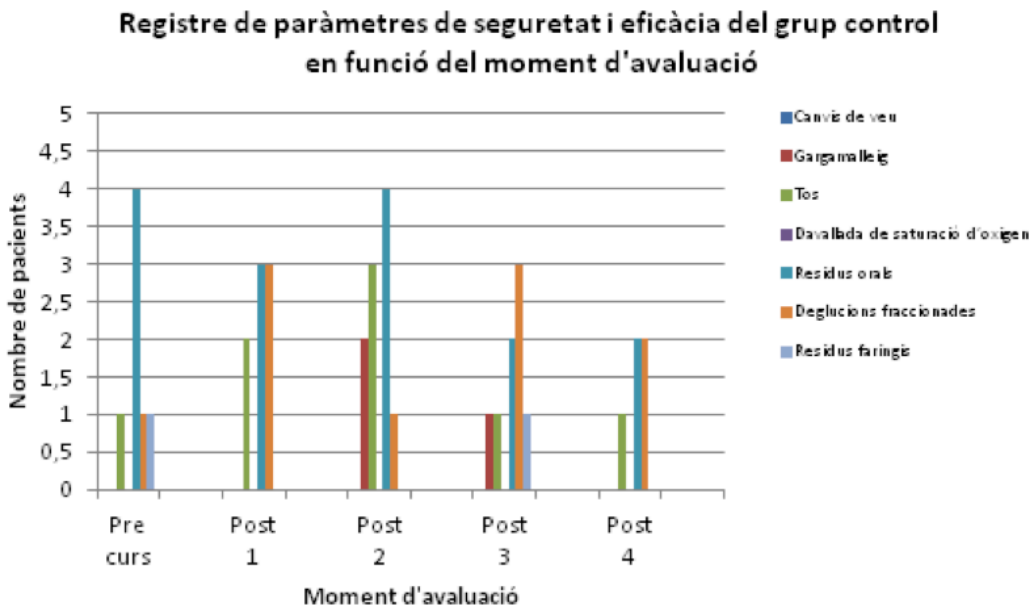

Figura 6. Gràfic de barres agrupades en el qual apareix l'evolució dels paràmetres de seguretat i eficàcia en del grup control funció del temps.

Tal com mostren la taula 7 i la figura 6, el grup control ha mostrat una fluctuació dels signes de seguretat i d'eficàcia. Dos ítems relacionats amb la seguretat -els canvis de veu i la saturació d'oxigen en sang- s'han mantingut iguals en el temps, en canvi la tos ha disminuït. Pel que fa a l'eficàcia, els residus orals han disminuït i la resta ha variat al llarg del temps.

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

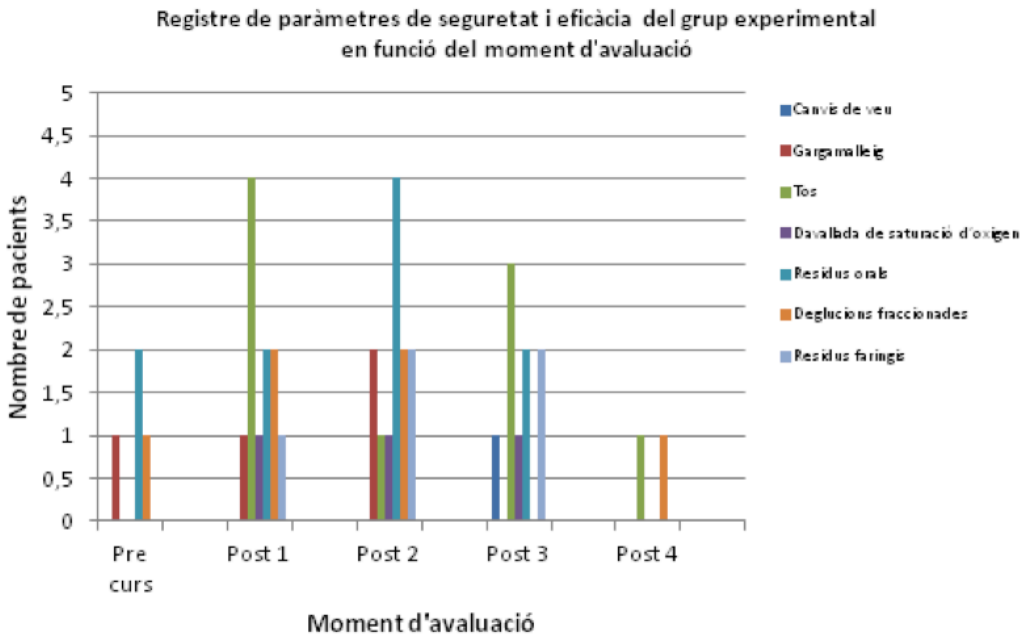

Figura 7. Gràfic de barres agrupades en el qual apareix l'evolució dels paràmetres de seguretat i d' eficàcia en del grup experimental en funció del temps.

En relació al grup experimental, observant la taula 8 i la figura 7, també ha mostrat una fluctuació dels signes de seguretat i d'eficàcia. La tos, el gargamelleig i els residus orals han disminuït, mentre que els canvis en la saturació d'oxigen i les

deglucions fraccionades s'han mantingut igual en el temps.

		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 9. Valors mitjans del temps d'ingesta en funció del grup de pacients i de la mesura.

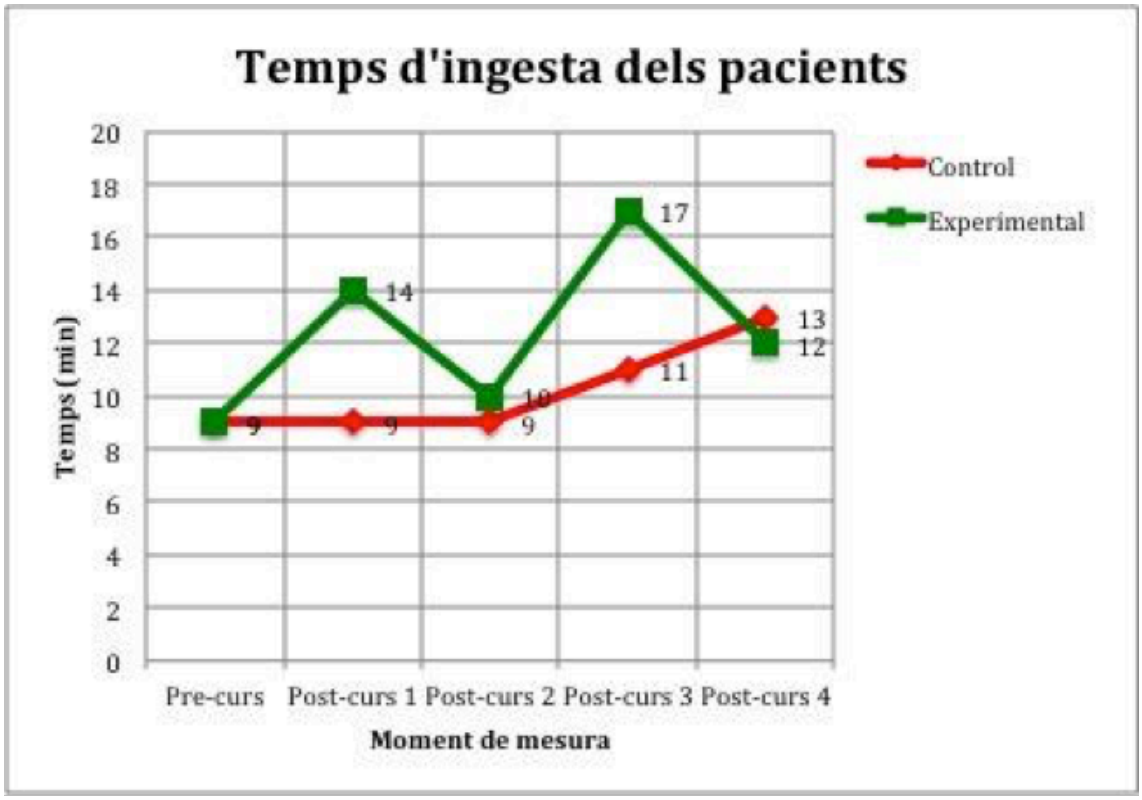

Figura 8. Valors mitjans del temps d'ingesta dels pacients del grup control i de l'experimental en funció del moment de mesura.

Pel que fa al temps d'ingesta, els resultats obtinguts a la taula 9 han mostrat com el GC, ha mantingut de forma estable el temps d'ingesta del menú (plat principal i les postres). En canvi, els valors obtinguts pels pacients del GE han mostrat resultats inestables en el temps.

		Quantitat d'aliment ingerit (en grams, g)					
		Pre-curs	Post-curs 1	Post-curs 2	Post-curs 3	Post-curs 4	Total mitjana
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 10. Mitjana de grams ingerits en funció del grup de pacients i de la mesura.

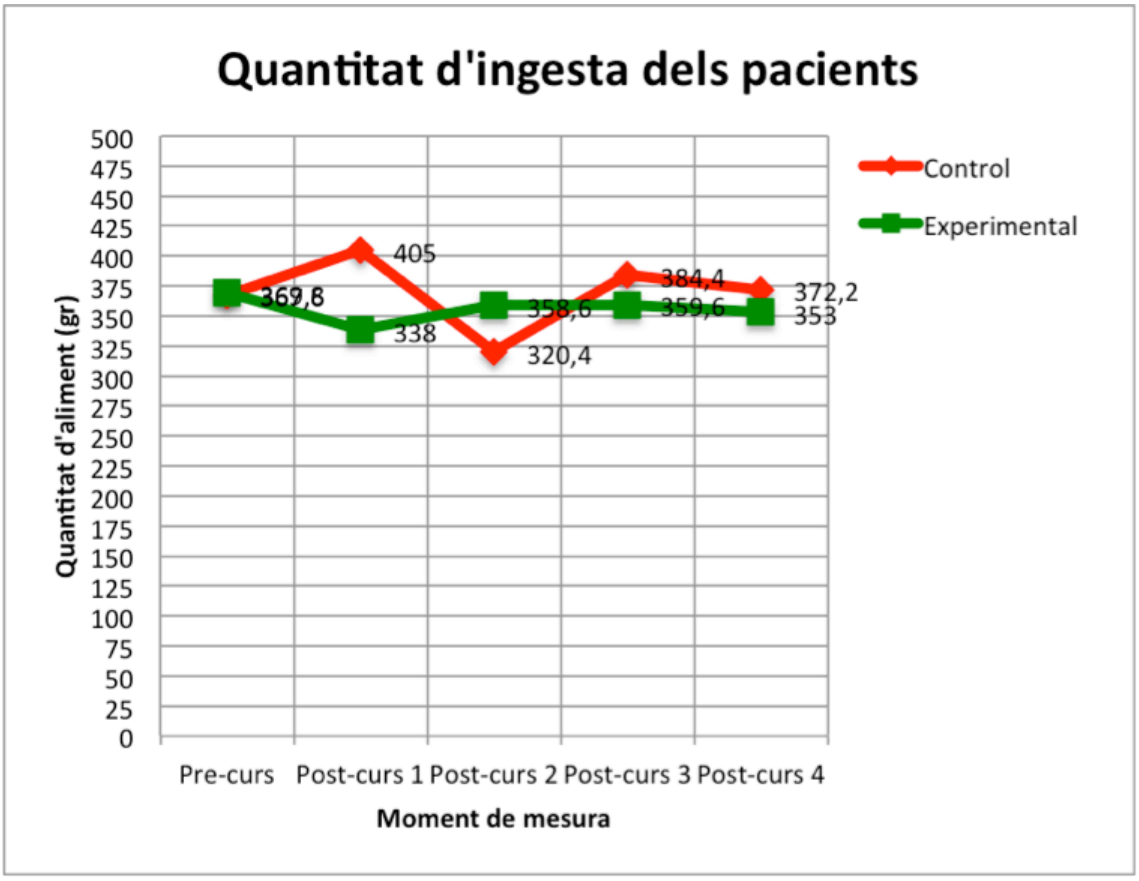

Figura 9. Mitjana de grams ingerits dels pacients del grup control i de l'experimental en funció del moment de mesura.

Quant a la quantitat d'aliment ingerit, els resultats obtinguts a la taula 10 constaten que els subjectes del GC han ingerit quantitats de menjar molt variables en tots els moments d'avaluació.

Altrament, el GE ha definit una major estabilitat dels valors al llarg del temps.

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

7. Discussió

Analitzant les puntuacions inicials sobre els coneixements teòrico-pràctics del GE i del GC d'auxiliars, es pot constatar que **cap auxiliar obté una puntuació que indica tenir els coneixements suficients en relació a la DOF** en persones amb demència. Aquests resultats poden explicar-se per una manca de formació.

Després de realitzar el curs de formació específica, els resultats indiquen que **el grup experimental posseeix uns coneixements teòrics i pràctics suficients sobre DOF en pacients amb demència mentre que el grup control no els mostra.** A més, s'ha comprovat que **estudiant els coneixements teòrics s'acomoden i s'incrementen** de forma més eficaç.
Malgrat existeixin variables no controlades 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, les auxiliars del **GE obtenen puntuacions majors en coneixements teòrico-pràctics que les del GC.**

En relació als usuaris, des de l'inici s'ha observat que tots presenten disfàgia a líquids, però cadascun d'ells precisa una viscositat i un volum adequats a les seves necessitats d'alimentació, degut al tipus i al grau d'evolució de la demència.

Com s'ha vist al llarg dels resultats, existeix una tendència a augmentar les situacions de deglució segura i eficaç, tant en el grup experimental com en el grup control, tot i que en aquest últim augmenta en menor mesura. Una de les causes que expliquen aquest fet és que el curs de formació promou una disminució de les situacions de risc dels signes de seguretat en la deglució i un augment dels signes d'eficàcia.

Tot i que cada grup de pacients va estar sempre atès pel mateix grup d'auxiliars, el GC d'auxiliar pot haver après per imitació la forma d'alimentar als pacients i, per tant, aquesta podria ser una variable no controlada que expliqués la millora dels pacients del GC.

Per altra banda, existeix una relació entre el temps d'ingesta i la quantitat d'aliment que s'ingereix. 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 i de residus.

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 en la alimentació d'aquests pacients i que aquestes estan relacionades amb el curs de formació.

8. Conclusions

El logopeda és el professional encarregat de detectar, diagnosticar i intervenir en la DOF. Aquest estudi dóna 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 neurodegeneració pot causar disfàgia orofaríngia.

És essencial dur a terme una actuació interdisciplinar entre logopedes i equips de professionals dels centres geriàtrics oferint coneixements sobre disfàgia per tal de prevenir problemes de seguretat i d'eficàcia.

Es constata que el sol fet d'impartir un curs de formació específica de DOF dirigit a auxiliars de geriatria duplica els coneixements teòrico-pràctics dels professionals, a més de generar beneficis pels usuaris.

Amb el curs s'ha comprovat que 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, millorant la pràctica de les auxiliars adaptant-la a les necessitats de l'entorn, es minva la desnutrició, la deshidratació, el risc de broncoaspiració o inclús la mort.

Els beneficis que s'han obtingut gràcies al curs de formació específica a auxiliars de geriatria plantegen diverses reflexions. Tenint en compte que aquest curs es pot adaptar a les necessitats de cada entorn, què passaria amb el paper del logopeda en els centres geriàtrics? Què passaria si aquesta formació, impartida per un logopeda, estigués inclosa en la titulació de tècnic de geriatria? Es podrien evitar negligències professionals sota la supervisió de logopedes en aquests centres? Seria la pneumònia per broncoaspiració una de les primeres causes de mort el 2050?

9. 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 l'equip de professionals de la Fundació Antònia Roura, 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, 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 la 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, que es va posar en contacte amb el Departament de Qualitat per fer arribar la qüestió a la seu d'Alemanya per a que s'investigui l'efecte dels medicaments (Molaxole® i Movicol®) sobre el seu espessidor. Gràcies a la mobilització de tots els professionals implicats en aquest treball, Fresenius Kabi© ha desenvolupat un espessidor anomenat Fresubin Espesante que no modifica les seves propietats en contacte amb l'amilasa.

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

Finalment, volem expressar el nostre afecte al tutor d'aquesta investigació, Andreu Sauca i Balart, per supervisar amb dedicació aquest estudi. Gràcies per la teva confiança.

10. Bibliografia

1. 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
2.
3. Álvarez Hernández, J. (2009). Ética y tratamiento nutricional en el paciente con demencia. Nutrición Hospitalaria, 2 (2), número 2 (p.114 y 121)
4.
5. 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
6.
7. 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
8.
9. Clavé, P., Arreola, V., i Velasco, M. (2011). Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea editado por Nestlé. Barcelona: Glosa (p. 57-78).
10.
11. Instituto Nacional de Estadística. (2014). Defunciones según la causa de Muerte en Epaña en el año 2012 (Nota de prensa), 1-14. Recuperat el 31 de gener del 2014, de http://www.ine.es/prensa/np830.pdf
12.
13. Jiménez, C., Corregidor, A. I., i Gutiérrez, C. (2007). Disfagia. En Tratado de Geriatría para residentes. SEGG (p. 545-553).
14.
15. Pérez, E., Fernández, A., i Sánchez, J. C. (2013). Atención sanitaria. Madrid: McGraw-Hill i Interamericana de España.
16.
17. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. (2012). World Population Prospects: The 2012 Revision. Recuperat el l'11 de febrer del 2014 de http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm
18.
19. Portell Vidal, M., i Vives Brosa, J. (2014). Tècniques de control. En Introducció als dissenys experimentals, quasiexperimentals i ex post facto (p. 53-54).