



Universitat de Lleida

Abordatge del diagnòstic de la disfàgia orofaríngea

en les persones grans institucionalitzades:

Programa de formació

per als professionals de salut.

Treball Final de Grau

Autor: Lluís Robles

Tutora: Camen Nuin

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

2016-2017

Lleida, 15 de maig del 2017

Agraïments:

“En primer lloc, agrair a la meva tutora Carmen Nuin per la seva paciència, recolzament i atenció al llarg d'aquets mesos, i en segon lloc, a tots el companys, professors i professionals que m'han acompanyat durant aquets anys hi han aconseguit que m'apassioni per aquesta professió”.

Índex

1. Resum	7
2. Introducció.....	9
3. Marc teòric	11
3.1 La disfàgia en les persones grans.....	11
3.2 Prevalença de la disfàgia orofaríngea en les persones grans.....	12
3.3 Factors de risc i causes associades a la disfàgia orofaríngea.....	13
3.4 Conseqüències i complicacions de la disfàgia orofaríngea	15
3.5 Signes i símptomes de la disfàgia orofaríngea.....	17
3.6 Diagnòstic de la disfàgia orofaríngea.....	18
3.7 Mètodes clínics de diagnòstic.	18
3.7.1 Mètodes i proves no invasives.....	18
3.7.2 Mètodes i proves invasives.....	23
3.8 Tractament i cuidatges	24
3.9 Infradiagnòstic de la disfàgia i causes	26
3.10 L'Institucionalització i els models d'atenció: Cap a un model centrat en la persona.....	27
4. Justificació	30
5. Objectius del programa d'intervenció.....	31
5.1 Objectiu general.....	31
5.2 Objectius específics	31
6. Metodologia	32
6.1 Població diana	32
6.1.1 Informació sobre la residència Sant Antoni de Pàdua.....	32
6.2 Metodologia de cerca	34
6.2.1 Criteris d'inclusió i exclusió.....	34
6.2.2 Paraules clau.....	34
6.2.3 Resultats de la cerca	39
7. Desenvolupament del programa d'intervenció en la formació dels professionals en el maneig de la DO	40
7.1 Fase Preintervenció.....	40
7.2 Fase d'intervenció	41
7.3 Fase post intervenció	43
8. Discussió	45
9. Conclusions.....	49
10. Bibliografia.....	51
11. Annexes	56
Annex 1: Qüestionari preintervenció i post intervenció.	56
Annex 2: Qüestionari satisfacció i valoració de la formació.	57
Annex 3: Exemple pòster recordatori.....	58

Índex de taules

Taula 1. Prevalença de la DO en diferents poblacions diana.....	12
Taula 2. Resum dels articles escollits.....	37
Taula 3. Cronograma de la intervenció.....	46

Índex de figures

Figura 1. Factors associats amb la disfàgia en persones d'edat avançada.....	13
Figura 2. Seqüència del mètode d'exploració clínica Volum-Viscositat.....	21
Figura 3. Algoritme diagnòstic utilitzant el test Volum-Viscositat.....	24
Figura 4. Diagrama de flux de la cerca bibliogràfica.....	36

Llista d'abreviatures

ACV: Accident Cerebro-Vascular

AVD: Activitats de la Vida Diària

CAP: Centre Atenció Primària

CIE: Classificació Internacional de Enfermedades

DO: Disfàgia Orofaringea

ELA: Esclerosis Lateral Amiotròfica

ESPEN: European Society of Parenteral and Enteral Nutrition

FESS: Fibroendoscopia de la deglució

FUB: Fundació Universitària del Bages.

IMC: Índex de Massa Corporal

MECV-V: Mètode d'Exploració Clínica Volum-Viscositat

MNA: Mini Nutricional Assessment

OECD: Organisation for Economy Cooperation and Deselopment

OMS: Organització Mundial de la Salut

UAB: Universitat Autònoma de Barcelona

VFS: Videofluoroscopia

1. Resum

Introducció: La disfàgia orofaríngea és un dels síndromes geriàtrics menys coneguts i infradiagnosticats en les persones institucionalitzades malgrat l'elevada prevalença. Té gran impacte sobre la salut, la capacitat funcional i la qualitat de vida dels ancians que ho pateixen. A més, que suposa un increment del cost sanitari. És per això que es considera de gran importància un adequat maneig dels pacients institucionalitzats amb disfàgia orofaríngea per tal de prevenir i evitar-ne complicacions.

Objectius: Conèixer les aportacions i suggeriments de l'evidència científica sobre les intervencions necessàries per al maneig de la disfàgia orofaríngea en les residències per tal d'elaborar un programa de formació destinat als professionals sanitaris amb l'objectiu de millorar la seva detecció i maneig.

Metodologia: La cerca bibliogràfica s'ha realitzat en la base de dades Pubmed utilitzant diferents paraules claus en relació a l'objectiu del treball. Posteriorment s'ha realitzat una entrevista a la directora de la residència seleccionada.

Resultats: S'han seleccionat 9 articles els quals inclouen intervencions com formació presencial teòrica o pràctica i en altres és teoricopràctica, tret d'un que la formació és totalment online.

Conclusions: Tots els estudis determinen que, la realització d'un programa de formació per als professionals sanitaris, concretament infermers/res, millora els coneixements, les habilitats i les aptituds enfront la DO, millorant alhora el seu maneig. Per tant, la formació als professionals d'infermeria, a més d'augmentar el coneixement infermer, té una gran repercussió en la salut i la qualitat de vida dels pacients millorant així la qualitat assistencial.

Paraules clau: Personal sanitari, residències geriàtriques, trastorns de la deglució, programes de formació, valoració de la disfàgia, maneig de la disfàgia.

Abstract

Introduction: Dysphagia Oropharyngeal is one of the least known and geriatric syndromes in people institutionalized despite the high prevalence. It has great impact on health, functional capacity and quality of life of elderly sufferers. In addition, an increase of health care costs. That is why it is considered very important proper management of patients with dysphagia Oropharyngeal institutionalized in order to prevent and avoid complications.

Objectives: Get the contributions and suggestions on the scientific evidence necessary interventions for the management of dysphagia Oropharyngeal residences in order to develop a training program for health professionals in order to improve the detection and management.

Methodology: The literature search was conducted in the PubMed database using different keywords in relation to the objective of the work. Subsequently conducted an interview with the director of the residence selected.

Results: 9 articles have been selected as interventions which include tuition and other theoretical or practical is theoretical and practical training except one that is entirely online.

Conclusions: All studies determined that the completion of a training program for health professionals, particularly nurses / off, improving knowledge, skills and abilities against the DO, while improving handling. Therefore, training nurses, in addition to increasing knowledge nurse, has a major impact on health and quality of life for patients and improving the quality of care.

Keywords: health professionals, nursing homes, swallowing disorders, training programs, assessment of dysphagia management of dysphagia.

2. Introducció

Al llarg de l'últim segle, s'ha produït un dels fenòmens més espectaculars dels nostres temps, l'increment continu de l'esperança de vida causat per una disminució de la natalitat i de la mortalitat amb un increment de la longevitat, aquest fet ha provocat que els grups de persones de 65 anys o més, siguin un segment important de la població (1).

L'envelliment de la població és un fenomen mundial i es presenta com un gran repte per al segle XXI, ja que té una gran transcendència social i una important repercussió en la organització dels serveis sanitaris. Es considera com un fenomen demogràfic amb importants conseqüències socials i sanitàries.

Actualment a Espanya, ens trobem a nivell mundial, entre els països amb el major envelliment de població. La població d'ancians actual ascendeix al 18,4% de la població total, s'estima que al 2021, es pot arribar aproximadament al 20.3%, i al 29.9% en el 2060 (2,3).

A conseqüència de l'envelliment poblacional a Espanya, en la última dècada, el nombre d'ancians institucionalitzats s'ha quasi triplicat, de manera que més d'un 4% d'ancians viu en residències (3,4).

La institucionalització de les persones majors no té efectes innocus. Viure en una residència assistida provoca una distorsió de la realitat, a causa de la pèrdua de contacte amb el món, la falta de responsabilitats, la manca de contacte amb l'exterior, la privació del control d'aspectes relacionats amb les tasques de la vida quotidiana. Les activitats bàsiques de la vida passen a estar protocol·litzades, adaptant-se a la institució i als horaris dels treballadors del centre, alhora que també es perd l'autogestió dels recursos econòmics. La institucionalització, també implica la pèrdua de la intimitat a més, al llarg del temps, es desencadenarà el que s'anomena com la consciència de malalt, referint-se a una sèrie d'actituds i exigències per tenir una atenció mèdica continuada (6).

Per altra banda, durant els darrers 30 anys, les institucions han canviat la seva funció principal. Es van posar de moda per a les persones majors amb bona salut perquè era una alternativa a la seva llar, amb cuidatges i companyia en canvi, en els darrers anys, ha canviat aquesta tendència, les persones majors ja no volen abandonar la seva llar, mantenint així la seva independència. En aquest sentit, la crisi econòmica actual ha afectat a moltes famílies que no poden assumir el cost i s'encarreguen elles mateixes dels seus familiars, és per això, que l'edat d'ingrés en una residència ara és major. Així és que el perfil dels usuaris de les residències ha canviat, actualment presenten més edat, i el percentatge de persones

assistides en front al de persones vàlides s'ha invertit, és per això que cada vegada presenten major deteriorament físic i/o mental. Aquest canvi de perfil dels residents de les institucions, ha provocat que el rati de professional per usuari, a l'actualitat sigui insuficient, tant per l'increment de dependència com per la pluripatologia, fent que sigui necessari més gent que fa vint anys, quant es va aprovar la normativa (7).

Les residències per a persones majors en situació de dependència s'anomenen assistides. En aquets centres, es presta una atenció interprofessional de tipus sociosanitari, dirigides a persones incapacitades a conseqüència de malalties degeneratives o neurològiques, amb dificultats per la deambulació, i/o en situació de dependència arrel del trastorn psíquic (7,8).

Un estudi elaborat en les residències públiques de Galícia conclou que les persones que hi viuen presenten alts nivells de dependència funcional i cognitiva a causa de malalties neurodegeneratives. El 85% i el 49% respectivament de les persones que es troben en les residències eren totalment dependents a nivell instrumental i bàsic. El 72% sofreix deteriorament cognitiu moderat o greu. Altres no compleixen aquest perfil perquè tenen una dependència lleu, requerint ajuda puntualment (8).

La disfàgia orofaríngea s'associa majoritàriament a malalties neurodegeneratives, cerebrovasculars i ancians fràgils. En l'ancià és un símptoma amb molta prevalença alhora que infradiagnosticat. S'estima que pot afectar al 40% de les persones amb més de 65 anys. Per tant, s'ha de tenir en compte aquest síndrome geriàtric per l'envelliment poblacional actual. En l'actualitat es troba infradiagnosticat i infravalorat pels professionals sanitaris (5,9).

La disfàgia orofaríngea provoca un gran impacte sobre la salut, la capacitat funcional, i la qualitat de vida del que ho sofreix, alhora que n'augmenta el cost al sistema sanitari (5). Aquest trastorn pot desencadenar complicacions com la desnutrició, deshidratació i la broncoaspiració, totes elles greus i amb elevada morbimortalitat (10).

Per tant es considera imprescindible un diagnòstic precoç i un ràpid abordatge en les residències geriàtriques, per tal d'evitar i prevenir les conseqüències negatives que se'n deriven d'aquesta situació (5,9).

3. Marc teòric

3.1 La disfàgia en les persones grans.

L'exercici físic i la alimentació son dos actuacions que garanteixen un envelliment saludable lliure de discapacitat. Aquest últim consisteix en intentar aconseguir viure més anys conservant la funcionalitat física i mental, la independència i la major autonomia possible, és a dir, viure més anys amb millor qualitat de vida (11).

La alimentació és una necessitat bàsica de l'ésser humà, que permet tant la supervivència com el creixement i desenvolupament de l'individu. Per poder satisfer aquesta necessitat es necessària una correcta deglució.

La deglució és el procés de transport pel qual els aliments i els líquids passen de la boca al estómac. És un procés que requereix la integritat física, funcional i coordinació de les estructures anatòmiques implicades, és un acte complex, que necessita la realització d'una sèrie de seqüències motores voluntàries i involuntàries, aquestes ultimes sota el control del sistema nerviós central, qualsevol factor que alteri aquest mecanisme pot desencadenar un quadre de disfàgia, és per això, que les patologies que afecten al sistema nerviós central poden desencadenar trastorns en la deglució (12).

La disfàgia prové del grec: Dys – Dificultat i phagia- menjar, és la alteració o dificultat en el procés de la deglució, caracteritzat per la sensació no dolorosa de la dificultat o incapacitat del pas del bolus alimentari de la boca a l'estómac (13).

La disfàgia orofaríngea (DO) se li ha assignat un codi específic (787.2, R13), dins de la *Classificació Internacional de Enfermedades* (CIE-9 i CIE-10) publicades per la Organització Mundial de la Salut (OMS) (13).

La DO és un problema clínic important degut a l'increment de l'esperança de vida. Té una alta prevalença en l'ancià amb un gran impacte sobre la salut, la capacitat funcional, la qualitat de vida, a més, que suposa un increment dels costos per al sistema sanitari (5,9,12).

3.2 Prevalença de la disfàgia orofaríngea en les persones grans.

A Espanya, s'estima que la disfàgia en la població general ronda al voltant del 11%. En persones joves és del 8.3%, i esta relacionada amb malalties musculars. En persones majors de 65 anys, la prevalença és del 15%, en canvi, si aquestes es troben institucionalitzades, s'incrementa en més d'un 40%, i esta relacionada amb malalties neurodegeneratives i la presbifàgia (7,9,10,16). S'estima que una de cada 17 persones presentarà alguna forma de disfàgia al llarg de la seva vida (14,16).

Cal destacar, que el diagnòstic de la DO en les persones grans no es deu atribuir la DO automàticament al procés normal de l'envelliment, encara que la disfàgia funcional generalment apareix amb més freqüència. En la majoria de casos el seu diagnòstic esta associat a diferents patologies, però també pot estar associada a l'ús de diferents fàrmacs. Per tant, i com veurem més endavant, habitualment es provocada per trastorns del sistema nerviós central com l'accident cerebrovascular, malaltia de Parkinson i la demència fent que els pacients amb malalties neurodegeneratives, cerebrovasculars i els ancians fràgils siguin el col·lectiu més vulnerable a patir DO (12-16).

Fenotip	Població	Mètode de avaluació	Prevalença	Referències
Pacients ancians	Ancians que viuen sols i son independents	Qüestionaris de cribatge (EAT-10)	11.4-33.7%	Holland 2011 Roy 2007 Bloem 1990 Kawashima 2004 Yang 2013
		Exploració clínica i test MECV-V	23%	Serra-Prat 2011
	Hospitalitzat en unitat geriàtrica	Test del aigua / MECV-V	29.4-47%	Lee 1999 Cabré 2014
	Hospitalitzats amb pneumònia adquirida a la comunitat	Test del aigua	55-91.7%	Cabré 2010 Almirall 2012
		Exploració instrumental	75%	Almirall 2012
	Institucionalitzats	Qüestionaris	40%	Nogueira 2013
		Test del aigua	38%	
		Qüestionaris + Exploració instrumental	51%	Lin 2002
Ictus	Fase aguda	Qüestionaris	37-45%	Martino 2005
		Exploració clínica	51-55%	
		Exploració instrumental	64-78%	
	Fase crònica	Exploració clínica	25-45%	
		Exploració instrumental	40-81%	
Malalties neurodegeneratives	Parkinson	Referit pels pacients	35%	Kalf 2012
		Exploració objectiva	82%	
	Alzheimer	Exploració instrumental	57-84%	Langmore 2007 Horner J 1994
		Demència	Referit pels cuidadors	19-30%
			Exploració instrumental	57-84%
	Esclerosis múltiple	Qüestionaris	24%	De Pauw 2002
		Exploració instrumental	34%	Calcagno 2002
Esclerosis lateral amiotròfica	Exploració clínica i instrumental	47—86%	Chen A 2005 Ruoppolo G 2013	

Taula 1. Prevalença de la DO en diferents poblacions diana. **Font:** Extret de Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;12(5):259-270.

3.3 Factors de risc i causes associades a la disfàgia orofaríngea

La DO no es considera un síndrome geriàtric inevitable en l'envelliment, però amb l'augment de la edat, es produeixen diferents canvis fisiològics que poden contribuir en la seva aparició. En aquest sentit, existeixen diferents factors de risc considerats precipitants a desenvolupar aquest problema de salut i que estan directament relacionats amb les característiques sociodemogràfiques:

- Edat:

Actualment, la disfàgia s'associa a l'envelliment perquè la seva prevalença augmenta amb la edat, sobretot a partir dels 65 anys, a causa dels canvis fisiològics lligats al envelliment. Generalment el terme presbifàgia s'utilitza per descriure tots els canvis fisiològics que incrementen el risc de desenvolupar una DO, i que estan relacionats amb la edat (11). Aquets son la pèrdua de massa i funció muscular, la reducció de la elasticitat dels teixits, canvis en la columna cervical, la reducció de la producció de saliva, l'estat dental deteriorat, la reducció de la sensibilitat oral i laríngea, la reducció de l'olfacte i la funció gustativa i la reducció de la capacitat de compensació de l'envelliment, aquets son els factors que poden actuar com a precipitants de la DO.

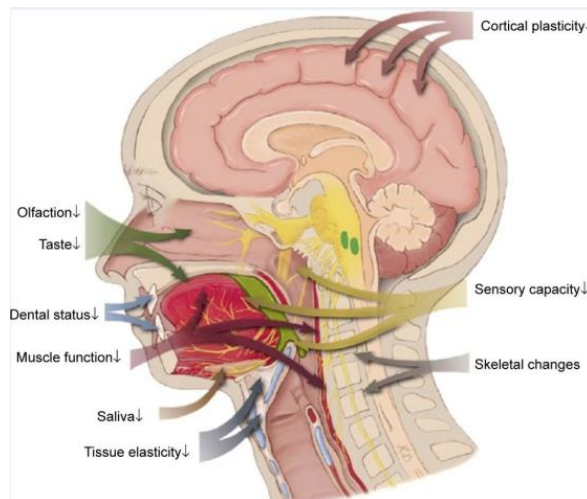


Figura 1. Factors associats amb la disfàgia en persones d'edat avançada. **Font:** Extret de Wirth R, 2016 (15).

- Sexe:

Les dones presenten una prevalença significativament major que els homes, un estudi realitzat a les residències de Barcelona, assenyala que el perfil del resident amb disfàgia esta representat per un alt percentatge de dones (80,8%) amb respecte als homes, fet que es reflexa la realitat sociodemogràfica (23).

A banda de les característiques sociodemogràfiques, també existeixen factors de risc relacionats amb l'estat de salut. Actualment, la majoria de causes que s'associen a la DO estan relacionades amb algunes malalties, ja que aquestes, poden arribar a desenvolupar una disfàgia, sobretot si produeixen trastorns en el sistema nerviós i/o alteracions en la deglució, com en el cas de les malalties neurodegeneratives (60-80%) i el ACV (40 - 70%) (12,15,16) i la posterior demència.

Existeixen dades sobre la DO en diferents malalties neurològiques podent afectar al 30% dels pacients que han patit un ACV, el 52-82% dels afectats per la malaltia de Parkinson, al 60% dels malalts amb malaltia lateral amiotròfica (ELA), al 40% dels pacients amb miastènia gravis, al 44% de les esclerosis múltiples, fins al 84% dels pacients amb malaltia Alzheimer i al 25-45% dels pacients que han patit un traumatisme cranioencefàlic; també al 10-30% de persones hospitalitzades independentment de la causa d'ingrés, en el 15% dels majors de 65 anys en el 45% dels majors de 75 anys, i fins el 56-76% dels ancians institucionalitzats (7).

Actualment Espanya, és un dels països d'Europa amb major proporció de persones amb malalties neurodegeneratives i demències entre la població de 60 anys o més. El 6.3% dels espanyols majors de 60 anys sofreix algun grau de demència, segons l'informe de la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health at a Glance) existeix una correlació lògica entre la prevalença de la demència i l'esperança de vida, on la demència augmenta a mesura que n'augmenta l'esperança de vida (7).

Encara que existeixen pocs estudis sobre el tema, un factor rellevant i a tenir en compte, és que alguns fàrmacs, com els sedants, els antipsicòtics i els antidepressius poden empitjorar la funció deglutòria. Tenint en compte que la polifarmàcia (>4 fàrmacs) afecta aproximadament el 50% de les persones grans, per tant podem pensar que medicaments que afavoreixen la DO son administrats diàriament a persones institucionalitzades (12,13,15). Un estudi realitzat a València, va determinar que el 86% de les persones institucionalitzades presenta polifarmàcia i que aquesta augmenta amb la edat. A més, la polifarmàcia, és la quarta causa d'hospitalització en l'àmbit de les residències (10).

3.4 Conseqüències i complicacions de la disfàgia orofaríngea

La DO és un dels síndromes geriàtrics que afecta directament a la qualitat de vida de l'ancià, provocant un augment de la morbimortalitat, alteracions en l'estat nutricional i immunitari i l'empitjorament de les malalties prèviament diagnosticades, associant-se als altres síndromes geriàtrics.

Les complicacions de la DO son moltes i variades. Les més freqüents son la desnutrició i deshidratació que impliquen una pèrdua de pes anormal i progressiva. En altres casos, es donen freqüents infeccions respiratòries com pneumònies o bronquitis de repetició. Totes elles amb una elevada morbimortalitat i pèrdua de qualitat de vida del pacient.

Aquestes complicacions poden estar associades amb l'alteració de l'eficàcia i/o l'alteració de la seguretat. Per una banda, tenim l'alteració de la eficàcia de la deglució que implica el compromís de la funció per transportar els nutrients i els líquids a través del tub digestiu fins a l'estómac, podent arribar a provocar **desnutrició** o **deshidratació**.

Les conseqüències de la desnutrició en un principi, impliquen la pèrdua de pes, i en casos extrems, pot haver una disminució de la massa muscular, aquest fet empitjoraria la força per deglutir empitjorant les conseqüències i agreujant la DO. Sumat a això, un ancià desnodrit té un increment de mortalitat major que una altre amb una bona nutrició. A més, l'ancià desnodrit esta caracteritzat pel retràs en la cicatrització de ferides, deteriorament muscular i disminució de la massa òssia provocant major risc a caigudes, anèmies, deteriorament cognitiu, augment de la fragilitat, augment d'aparició de nafres per pressió i infeccions nosocomials, ja que la desnutrició també afecta al sistema immunològic.

En canvi, la deshidratació pot provocar confusió mental, sequedat de la pell i mucoses i disminució de la saliva, que també empitjoraria la capacitat per deglutir.

En els estudis sobre població senil fràgil, es comprova que la DO és un risc independent de malnutrició amb un 65.8% de mortalitat durant el primer any en pacient amb DO i malnutrició. A més, la prevalença de desnutrició dels ancians amb DO es aproximadament del 33%.

Per altra banda, la deshidratació és també una freqüent complicació, encara que la prevalença és més desconeguda i variable depenent dels diferents estudis (17).

La DO, a més, empitjora la qualitat de vida dels pacients. Un estudi refereix que el 41% presenta ansietat o pànic durant el àpats (18).

Per altra banda, les complicacions poden estar associades amb alteracions de la seguretat, aquestes es produeixen quan durant el transport del bolus alimentari pel tub digestiu, aquest passa al sistema respiratori. Aquest fet pot tenir varies conseqüències respiratòries com **ennuegament**, podent desencadenar una parada cardiorespiratòria o **infeccions respiratòries** produïdes per una broncoaspiració com pneumònia o pneumònia aspirativa. Les complicacions respiratòries suposen la primera causa de mortalitat, fins al 50% en ancians que tenen alteracions en la seguretat de la deglució (penetracions i aspiracions). Si tenim en compte altres autors, podem concloure que el 75% de les persones majors amb DO realitzaran aspiracions, d'aquests, més de la meitat desenvoluparan una pneumònia amb una mortalitat associada del 50% (7,19-22, 40).

Convé destacar que, també existeixen altres conseqüències de la DO que en molts casos s'ignoren, per exemple en un pacient amb la disfàgia, en molts casos, s'obliga a modificar la forma en la que s'administren els fàrmacs: es trenquen les pastilles, s'obren les càpsules, etc. Aquesta alteració del fàrmac pot donar lloc a **alteracions farmacocinètiques**, com la desactivació del principi actiu, trencar l'alliberació retardada d'un comprimit retard, entre d'altres. Alhora que també es pot irritar la mucosa per la pèrdua de la protecció entèrica, o una irritació mecànica per la forma del comprimit (23-25).

Un tret curiós és que el 23% de la gent gran pensa que la DO és un procés normal de l'envelliment. El 61% pensa que els seus problemes de deglució no poden ser tractats, a més a més, també s'ha profunditzat en **l'impacte psicològic i la qualitat de vida** que la disfàgia provoca a la persona que la sofreix. Un 36% afirma tenir ansietat o pànic durant els àpats, tot i que la gran majoria pensa que el àpat ha de ser una experiència positiva, però únicament la meitat ho percep així, d'aquets un 36% afirmava haver evitat menjar amb companyia a causa de la disfàgia (26).

En definitiva, tots els factors anomenats anteriorment provoquen l'increment del risc per l'aparició de complicacions en les persones majors, que condueixen a una disminució de l'estat funcional, l'increment de consultes a l'atenció primària, hospitalitzacions, enrariment en la recuperació d'estats patològics existents al mateix temps que empitjoren la qualitat de vida, alhora que poden tenir repercussions econòmiques per ell, la família i pel sistema sanitari.

Per tant, és necessària una millora en la qualitat assistencial sobre la DO i millorar l'organització d'un sistema de detecció precoç, vigilància de nous casos, seguiment i establiment d'un procediment necessari per al seu control (27-29).

3.5 Signes i símptomes de la disfàgia orofaríngea.

Hi ha múltiples símptomes que ens han de fer pensar en la disfàgia. Els símptomes que més es donen en la disfàgia són (12,13,17,21,29):

- Inadequat tancament labial o baveig.
- Tos i canvis en la veu: veu humida i/o afonia.
- Presència de residus d'aliments en la llengua o la boca.
- Deglució fraccionada i augment del temps dels àpats.
- Sensació d'estancament en la gola i/o carraspeig.
- Sensació d'ofec amb determinades consistències i/o ennuegaments.
- Febre de repetició sense causa aparent.



Figura 2. Signes i símptomes de la disfàgia orofaríngea

3.6 Diagnòstic de la disfàgia orofaríngea.

El procés de diagnòstic dels pacients amb DO s'ha de realitzar per un equip multidisciplinari de manera seqüencial i coordinada (13,31).

El personal d'infermeria té un paper important en la detecció de la DO, ja que per la seva activitat professional, té un contacte continu amb el resident a peu de llit, i fa que sigui més fàcil observar els signes i símptomes d'alarma durant l'administració de la dieta o medicació. Així doncs, el paper de la infermeria en el cribratge de la DO és clar i molt important (13,35).

En primer lloc, per a diagnosticar als pacients de DO, és important primer identificar els pacients en risc, és a dir, de tota la població, seleccionar aquells que puguin presentar DO pels seus antecedents, factors de risc, malalties i/o troballes a l'exploració que ho suggereixin o pacients vulnerables que tinguin sospita d'alteracions de la seguretat i eficàcia de la deglució. En aquest sentit, hi ha múltiples símptomes i signes, descrits anteriorment, que ens han de fer pensar en una possible DO (12,13,31).

3.7 Mètodes clínics de diagnòstic.

El diagnòstic de la DO inclou un seguit de mètodes i proves no invasives amb l'objectiu d'identificar als pacients amb alteracions de la deglució. Posteriorment, si s'escau, se li realitzaran proves invasives per tal d'afirmar el diagnòstic i trobar el problema que produeix l'alteració en la deglució (13,31).

3.7.1 Mètodes i proves no invasives.

- **Historia clínica**

Després de la identificació dels pacients vulnerables s'ha de realitzar una historia clínica que ajudarà a conèixer si els símptomes que presenta el pacient corresponen a una possible DO.

La historia clínica ha de recollir dades sobre:

- La patologia de base.
- El estat nutricional, amb dades sobre característiques de la dieta i hàbits alimentaris.
- Símptomes digestius i/o respiratoris.

- **Exploració física.**

La finalitat de l'exploració física és continuar profunditzant en els problemes físics associats a la deglució que pugui presentar el pacient.

- **Valoració de la cara, cap i coll**

Es valora la postura, posició i gest. La postura adequada per una correcta deglució de manera segura i eficaç és la del pacient assegut, amb l'esquena i el cap rectes i alineats amb la columna.

- **Valoració estat cognitiu**

La valoració de l'estat cognitiu és important per la planificació del tractament.

- **Exploració neurològica dels parells cranials**

Aquesta exploració ens informarà sobre les possibles alteracions motores i sensibles relacionades amb la deglució. Es valorarà la simetria dels llavis, la cara, l'úvula i el paladar. La sensibilitat oral i faríngia, la musculatura lingual, el maneig de secrecions, la tos. Es provocarà els reflexes tussígens, nauseosos i deglutòris.

- **Exploració de la cavitat oral**

Es valorarà l'apertura de la mandíbula, els músculs de la masticació, l'absència de peces dentals o qualsevol altra alteració anatòmica fisiològica de la boca.

- **Exploració de la deglució sense bolus.**

Aquesta exploració informa sobre la capacitat de formar i mantenir el bolus a la boca i començar la deglució, detecta alteracions en les primeres fases de la deglució.

- **Valoració de la deglució amb aliment.**

En quan als tests de valoració per detectar pacients vulnerables cal utilitzar tests que siguin de fàcil administració, ràpids, poc invasius, que tinguin un resultat vàlid i fiable, i realitzats amb personal entrenat que habitualment acostuma a ser el professional d'infermeria (31).

En els últims anys s'han elaborat diferents i variats test clínics per tal de realitzar valoracions de la deglució, aquests han demostrat una gran utilitat a l'hora de detectar disminucions en la seguretat i eficàcia de la deglució, a més a més d'orientar al professional sanitari amb el volum i viscositat més adequats per al pacient, que dependrà de la seva funció deglutiria (31-35).

Al 2009 Bours et al. (30) van publicar una revisió dels tests de cribratge de DO. Van afirmar que basant-se en criteris psicòmètrics el millor test de cribratge és el test de l'aigua combinat amb la pulsioximetria i avaluant diferents símptomes com tos, ennuegament i canvi de veu. La revisió conclou que combinar el test amb el pulsioximetria permet detectar les aspiracions silencioses, molt prevalent amb pacients amb patologies neurològiques.

Posteriorment, al 2014 Kertscher et al. (29) van realitzar una nova revisió que englobava tots els tests de cribratge que havien sortit després de l'anterior revisió (2008-2012). En aquesta revisió 4 van ser els mètodes que complien els criteris metodològics però 2 eren superiors a la resta en quan a sensibilitat i especificitat. Aquests son el test volum viscositat MEC-V i el Toronto Bedside Swallowing.

Es conclou que, el mètode de detecció MECV-V destaca dels altres mètodes de detecció de disfàgia, encara que es triga més temps en realitzar-lo. Aquest test permet diagnosticar alteracions de la deglució de manera segura y efectiva, sense riscos per la salut del pacient, tot i detectant possibles aspiracions silencioses gràcies a l'utilització del pulsioxímetre. A més, permet determinar el volum i la viscositat del bolus alimentari més adequat per a cada pacient, individualitzar la quantitat i el volum òptim del bolus alimentari per tal de reduir els riscos, tot i millorant el seu estat de salut, el seu estat nutricional i en definitiva la seva qualitat de vida. Convé destacar que és un mètode senzill, ràpid i de baix cost que es pot realitzar fins i tot en domicilis, en residències i a la capçalera del llit. (29-31)

Aquest test consisteix en l'administració de 3 viscositats diferents (nèctar, púding i líquida) amb 3 volums diferents (5,10 i 20 ml) començant pel bolus més fàcil de deglutir, incrementant la dificultat en el cas de que no apareixen signes de disfàgia, alhora que s'utilitza un pulsioxímetre amb el que es detecten possibles aspiracions silencioses.

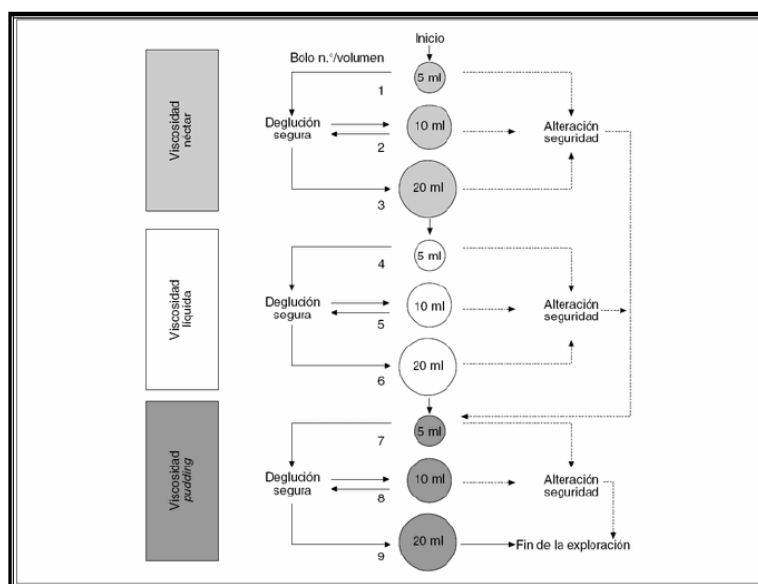


Figura 2. Seqüència de realització del mètode d'exploració clínica Volum-Viscositat (MECV-V) Font: Garcia-Peris, 2011 (36)

El MECV-V detectarà signes de disminució de l'eficàcia de la deglució, seran els següents:

- Presència de residus al final de la deglució en la boca, llengua o genives.
- Presència de residus al final de la deglució en la faringe amb sensació de cos estrany en la gola.
- Deglucions fraccionades del bolus alimentari.
- Impossibilitat de mantenir el bolus dins de la boca.

També detectarà signes de disminució de la seguretat en la deglució:

- Aspiracions: Tos, canvis de veu o carraspeig.
- Aspiracions silencioses per disminució de la saturació d'oxigen major a un 3% de la saturació d'oxigen normal.

Aquesta tècnica de cribratge s'ha de realitzar per personal amb coneixements i entrenat, com ho és el personal d'infermeria.

L'objectiu és aconseguir una detecció precoç de la disfàgia i establir intervencions per tal de reduir els riscos associats de forma que es garanteixi una ingesta adequada i segura (31).

Finalment, després d'aplicar el test de cribratge es valorarà sotmetre al pacient a una altra avaluació per professionals especialitzats i l'aplicació de tests instrumentals per completar el diagnòstic.

- **Valoració del estat nutricional**

És important avaluar l'estat nutricional dels pacient perquè existeix una estreta relació entre malnutrició i DO.

Per avaluar l'estat nutricional utilitzarem el test Mini Nutritional Assessment (MNA) ja que, és un dels més utilitzats per l'avaluació dels ancians, a més esta aconsellat per la European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, (ESPEN) per ser un test senzill i específic per a valorar l'estat nutricional (35).

El MNA conta de dos parts: MNA-SF o curt i el MNA-full o total.

La primera part, el MNA-SF és una avaluació mitjançant 6 ítems i ens indica si pot existir risc de malnutrició. En el cas de que es descarti el risc no és necessari continuar amb l'avaluació, però si ens indica risc de malnutrició continuarem amb el MNA-full, aquest consta de 12 preguntes que depenent de la puntuació obtinguda ens indicarà desnutrició o risc de desnutrició.

Per continuar amb l'avaluació s'han d'estudiar els paràmetres analítics i les mesures antropomètriques.

Les mesures antropomètriques més utilitzades per avaluar l'estat nutricional del pacient ancià son: el pes, la talla, el IMC, plecs cutanis, els perímetres del panxell i la circumferència braquial, ambdós inclosos en el MNA.

Per últim, per poder dissenyar un pla dietètic individualitzat per al pacient és necessari obtenir informació sobre els seus hàbits alimentaris: al·lèrgies o intoleràncies, horaris i número de àpats al dia, aliments preferits, qui i com es cuina, etc.(35)

- **Valoració de l'estat d'hidratació**

Com en el cas de la desnutrició, existeix una estreta relació entre deshidratació i la disfàgia, a més si tenim en compte que la disfàgia a líquids és la que te més prevalença, queda justificada l'obligació d'avaluar l'estat d'hidratació del pacient ancià.

La valoració de la hidratació ha d'incloure:

- Anàlisis de sang i d'orina.
- Registre del balanç hídric.
- Registre del pes: Registrar pes periòdicament.
- Registre de signes clínics : Aspecte de la pell, mucoses i la llengua. Constants vitals (TA, FC,FR i T°) i l'estat de consciència.

3.7.2 Mètodes i proves invasives

Existeixen proves instrumentals per tal de completar l'estudi de l'alteració de la deglució, es basen en l'avaluació de la fisiopatologia de la disfàgia, detecten les aspiracions silencioses i ens aporten dades sobre el moment deglutòri en la que es produeix l'aspiració. Actualment existeixen 3 proves amb aquesta funció: la videofluoroscopia (VFS), la fibroendoscopia de la deglució (FEES) i la manometria faringoesofàgica (35).

- La videofluoroscopia (VFS)

La VFS es considerada la prova de referència per al diagnòstic de la DO.

És una prova radiològica dinàmica que consisteix en l'administració d'un contrast radiològic amb diferents volums i viscositats (líquid, nèctar i púding), per tal d'obtenir diferents imatges radiològiques de la deglució i observar la fisiopatologia de la deglució.

- La fibroendoscopia de la deglució (FEES)

La FEES consisteix en introduir un fibroscopi flexible connectat a una font de llum i una càmera per les fosses nasals. Es gravarà la deglució d'un aliment sòlid, i diferents viscositats (nèctar, líquid i púding) amb diferents volums.

- La manometria faringoesofàgica.

La manometria faringoesofàgica dona informació sobre la relaxació de l'esfínter esofàgic superior.

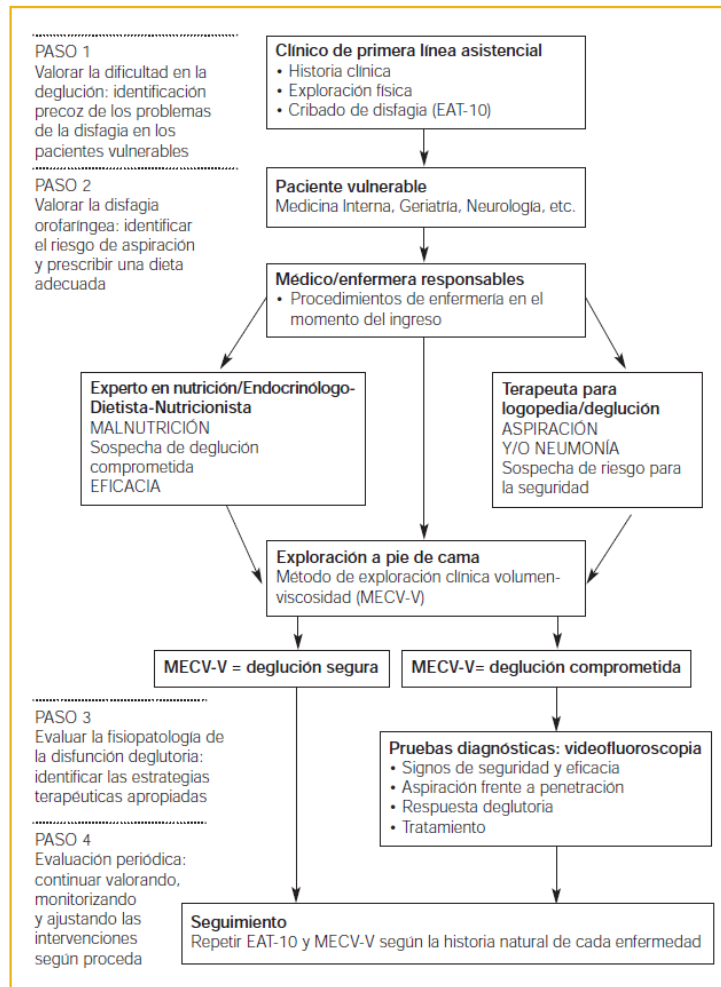


Figura 3. Algoritme del diagnòstic i seguiment dels pacients amb DO utilitzant el test Volum- Viscositat. **Font:** Clavé P, 2013 (13).

Encara que aquestes tècniques han demostrat la seva utilitat en l'estudi de la disfàgia no s'utilitzen en persones grans, el diagnòstic de la disfàgia en la població anciana es limita a l'ús dels mètodes clínics (29).

3.8 Tractament i cuidatges

La DO en la població geriàtrica es desencadena generalment per patologies cròniques i neurodegeneratives, és per això, que el tractament es basa en un seguit de cuidatges amb l'objectiu de prevenir les complicacions de la DO.

Primerament, un cop diagnosticada la DO i seguint les recomanacions dels autors de nombrosos estudis, s'haurà de millorar l'estat nutricional amb una deglució més segura i eficient, per tant, les estratègies es basaran en variacions del volum i viscositat del bolus

alimentari, modificacions ambientals i posturals a l'hora dels àpats, modificar les textures de la dieta, millorar la interacció del personal i el temps dedicat a l'alimentació, ja que, tots aquets factors anomenats condicionen la ingesta del pacient.

Es precisa disposar d'un equip interdisciplinari ben format i que pugui oferir informació i alternatives tot integrant a la família en el pla de cuidatges. Aquets objectius exigeixen la sensibilització de la direcció del centre i la conscienciació dels treballadors i familiars, per a que, amb una correcta formació, ajudin a millorar l'estat nutricional del pacient i es puguin identificar les alteracions de la conducta alimentària precoçment (35-37).

La majoria d'autors estan d'acord en recomanar adaptacions per als aliments sòlids (modificació del volum, consistència i textura) com per als líquids (espessidor), llevat de les gelatines, que no es recomanen per la capacitat de perdre la composició amb el pas del temps.

Els tractament que més eficàcia han demostrat garantint seguretat de la deglució han estat l'ús d'espessidors que incrementen la viscositat dels líquids. En aquest sentit, la prevalença de broncoaspiracions de bolus líquids sobrepasa el 20%, aquesta es redueix a la meitat (10%) amb la viscositat nèctar i al 5% amb la viscositat púding. Aquesta estratègia terapèutica és de gran utilitat perquè no requereix aprenentatge, únicament corre a càrrec del cuidador la seva preparació (35,36,38).

Cal remarcar que la textura s'ha d'individualitzar en funció de l'evolució del pacient i que s'ha de realitzar de forma gradual, perquè existeix evidència que demostra que l'ús de dietes modificades sense individualitzar augmenta el risc de disminuir la ingesta calòrica i proteica, entre d'altres complicacions. En referència a això, existeixen altres autors que afirmen que la població geriàtrica institucionalitzada amb DO estan rebent, en moltes ocasions, una dieta modificada segons els codis de dietes del propi centre, sense la realització d'una valoració de la disfàgia ni d'una dieta personalitzada adaptada a la seva situació i/o malaltia, per contra, diversos autors afirmen que una dieta personalitzada, millora la ingesta i s'eviten les complicacions derivades de la DO. Això implica, alhora, que una dieta que no es modifiqui al llarg del temps, pot empitjorar l'estat de salut de la persona amb DO (28,36-38).

Per acabar parlarem, sobre consells que es basen en la higiene postural i ambiental, son en unes recomanacions simples, que no sempre es segueixen, i que disminueixen el risc de sofrir les complicacions de la DO.

En primer lloc, s'ha de procurar que el pacient a l'hora d'alimentar-se es trobi còmode i que la posició sigui segura i eficaç per una bona deglució. Aquesta es realitza amb el pacient assegut amb l'esquena i el cap rectes, alineat amb la columna.

Per altra banda, si la persona es troba enllitada, l'alimentació es realitzarà de la mateixa manera, però en el cas que no sigui possible s'haurà de col·locar el llit amb uns 60° - 80°. En ambdós casos abans d'estirar-se al llit (llit en 0°) es recomana esperar 15 minuts, per tal d'evitar possibles aspiracions.

També alguns autors recomanen el descens de la barbata al moment de deglutir, per tal d'augmentar la seguretat de la deglució, d'aquesta manera es protegeix del pas dels aliments a la via aèria (22).

3.9 Infradiagnòstic de la disfàgia i causes

La DO en les persones grans institucionalitzades és un problema amb gran transcendència, que repercuteix de manera directa sobre l'estat de salut dels ancians amb elevada morbimortalitat. A més, és la causa més freqüent de malnutrició afectant al 33% dels ancians amb disfàgia, en aquest sentit la OMS assenjala que la població geriàtrica és la més vulnerable en l'àmbit nutricional, i que aproximadament el 40% de les persones presenta una alteració nutricional, entre elles la desnutrició. Diferents estudis realitzats en els últims anys afirmen que la institucionalització esta considerada un risc per a la desnutrició i que la incidència augmenta si tenen funcions cognitives alterades (13,39-40).

Per altra banda, l'evidència actual, demostra que la DO a Espanya es troba clarament infradiagnosticada i rarament es vinculen les seves complicacions més importants a ella (malnutrició i pneumònia).

La situació real actual és que la majoria de pacients mai seran diagnosticats de disfàgia, i per tant, no seran tractats adequadament. En aquest sentit, varis autors diuen que actualment l'estàndard assistencial europeu, el que segueixen la majoria de pacients amb DO, no és molt elevat, perquè el 80% de persones amb DO no estan diagnosticats ni reben cap tractament per a aquesta patologia. Existeixen varis tractaments però existeix poca evidència sobre la seva efectivitat i seguretat a més que no hi ha directrius ni tractaments establerts.

L'infradiagnòstic de la DO és degut a la falta d'educació sanitària als professionals de salut sobre la elevada prevalença de disfàgia, els mètodes diagnòstics, les causes i els mecanismes que la provoquen, la falta de coneixements per identificar les seves complicacions i les estratègies terapèutiques més apropiades per a cada persona (13).

Tenint en compte que existeix una gran variabilitat en la prevalença de disfàgia en les persones majors, causada freqüentment per la baixa valoració i pel baix diagnòstic. En la població institucionalitzada trobem habitualment dependències, mobilitat i presència de malalties neurodegeneratives que generalment produeixen disfàgia.

És important destacar que moltes de les persones no són conscients de presentar signes de disfàgia, això provoca més dificultats per realitzar el diagnòstic i per tant, el diagnòstic i el tractament no es realitza.

L'evidència assenyala que el diagnòstic de la DO implica el treball coordinat de l'equip multidisciplinari, del que la infermera ocupa el lloc més important ja que és el professional que té el contacte més continu amb el pacient i té els coneixements per detectar els signes i símptomes que fan sospitar de l'existència de disfàgia i actuar per evitar-ne les complicacions. Per tant, la funció principal de la infermera és la d'assegurar que els cuidatges que rep són els apropiats, a l'hora n'observa altres necessitats o dificultats incloent-hi el cribatge de la disfàgia (41,46-50). A més, s'ha demostrat que quan infermeria realitza una detecció sistemàtica de la DO a través d'un test de cribatge, augmenta la prevalença i s'ajusta a la dels autors. Així s'eviten les complicacions derivades, millora la evolució nutricional i es disminueix la mortalitat associada (48).

3.10 L'Institucionalització i els models d'atenció: Cap a un model centrat en la persona.

En els últims anys existeix un debat en les polítiques socials que analitzen la falta d'adequació o personalització de les prestacions i serveis d'atenció a les persones que precisen cuidatges de llarga duració.

Actualment, degut a l'envelliment poblacional, les persones que requereixen atenció i recolzament, és a dir, les persones fràgils o amb dependència, són ara més nombroses i també més exigents. Partint de la base de que cada persona és diferent a una altra, i que per tant, s'han d'individualitzar els cuidatges adaptant-se a les característiques i circumstàncies de la persona, ja que actualment, s'han redefinit algunes polítiques socials, en concret els models clàssics de l'atenció a les persones en situació de discapacitat, fragilitat o dependència.

D'una banda tenim que les normatives de diferents països desenvolupats, incloent Espanya, han reconegut el dret a disposar d'una varietat de recursos i prestacions adequats a la diversitat de situacions, i per l'altra aquestes persones que al igual de la resta de la població

també vol continuar desenvolupant els seus propis projectes vitals seguint les seves preferències i mantenint el control de la seva vida i dels aspectes de les seves rutines. En definitiva, demanen que en el seu pla d'atenció no solament es contemplin els objectius dirigits al tractament de malalties i/o reduir la dependència, que és el que han tingut fins ara, sinó també actuacions d'autonomia personal, pressa de decisions i la inclusió activa en la societat (46-48).

Ara per ara, a Espanya conviuen dos clars models d'atenció a les persones amb discapacitat, envelliment o dependència. La seva aplicació millora la qualitat de vida, el funcionament del sistema d'atenció i els recursos que s'utilitzen en ells. Per una banda tenim l'atenció centrada en les tasques i per l'altra l'atenció centrada en la persona (46).

Per una banda, l'atenció centrada en les tasques, és l'actual model de la majoria d'institucions. Aquest model dona importància als criteris tècnics i es regeixen pel compliment de protocols genèrics i rutines on no existeix flexibilitats d'horaris i no es vetlla pels drets, preferències i desitjos. En aquest model, el professional no arriba mai a conèixer a les persones, dificultant així l'excel·lència en els cuidatges, fent que es puguin cometre més errors(47-49).

Per altra banda, l'atenció centrada en la persona és *“l'atenció integral que promou les condicions necessàries per a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de les persones, partint del respecte a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i contant amb la seva participació efectiva”* (47). Per tant, aquest model busca i prioritza la qualitat de vida de les persones majors que necessiten cuidatges des de la professionalitat i el coneixement tècnic però amb la persona usuària en el centre de la planificació, garantint el seus drets, respectant les seves preferències i els seus desitjos en l'atenció i en la vida quotidiana. Inclús les persones que tenen deteriorament cognitiu avançat, puguin continuar tenint el control de la seva vida quotidiana (48,49).

Al mateix temps dona importància a que els professionals coneguin a cada persona: la seva salut, les seves circumstàncies, el seu funcionament, les seves capacitats, les seves preferències i desitjos, les activitats que els hi agraden i fins hi tot la seva història de vida per tal d'aconseguir una màxima autogestió de la persona en la seva vida quotidiana. A més, té en compte l'entorn on conviu, es promou el canvi dels dissenys uniformes per dissenys agradables i casolans ja que influencien sobre la forma de relacionar-se i sobre el benestar de les persones que conviuen allí.

El fet de que la infermera conegui als seus usuaris garanteix una millor atenció en els seus cuidatges i grans beneficis per les característiques de la seva activitat, ja que pot ser un

element clau en les reavaluacions dels problemes de salut, així com en la detecció precoç dels problemes, anticipant-se a les complicacions derivades d'ell (43,50).

4. Justificació

La DO en les persones grans és un fet de gran transcendència que repercuteix de manera directa sobre l'estat de salut i la qualitat de vida de la població geriàtrica, podent desencadenar complicacions associades, com per exemple la desnutrició. En aquest sentit, la OMS, assenyala al grup de població geriàtrica com els més vulnerables a desencadenar aquests síndromes (4).

En els ancians, com hem vist, el procés d'institucionalització és considerat un important factor de risc per desenvolupar certs síndromes geriàtrics, entre ells la disfàgia. Tant és així que, trobem una de les majors prevalences de DO en les institucions, si ho comparem amb la resta de nivells assistencials. A més, l'estat de salut i el nivell de dependència que caracteritza a la majoria de ancians institucionalitzats poden contribuir a l'augment d'aquesta prevalença (7).

La situació real actual a Espanya, és que la DO es troba infradiagnosticada i rarament es vinculen les seves complicacions a ella, això implica que la majoria de pacients mai seran diagnosticats, i per tant no seran tractats adequadament.

La causa principal d'aquest infradiagnòstic és la falta de coneixements en quan a la seva elevada prevalença, els mètodes diagnòstics, símptomes i signes i les complicacions associades (13).

El diagnòstic de la DO implica el treball coordinat de l'equip multidisciplinar, on la infermera té un paper important, perquè és el professional que té un contacte més continu amb el pacient i té els coneixements per sospitar de l'existència de disfàgia, i actuar si s'escau per evitar complicacions. En aquest sentit, s'ha demostrat que quan els professionals d'infermeria realitzen una detecció sistemàtica de la DO a través d'un test de cribratge, augmenta la prevalença i s'ajusta a la dels autors (48).

Son per aquets motius pels quals jo m'he interessat en realitzar el següent treball. L'objectiu principal és desenvolupar un programa de formació pels professionals sanitaris sobre la valoració i els cuidatges d'infermeria, per tal d'aconseguir sensibilitzar-los sobre la DO i les seves complicacions tant nutricionals com respiratòries i establir un seguit d'eines per tal de realitzar un diagnòstic precoç d'aquest síndrome geriàtric.

5. Objectius del programa d'intervenció

5.1 Objectiu general

Augmentar el diagnòstic de la DO en les residències mitjançant un programa de formació per als professionals d'infermeria.

5.2 Objectius específics

Objectiu 1 - Conèixer el nivell de coneixements del personal d'infermeria en relació al diagnòstic i tractament de la disfàgia.

Objectiu 2 -Descriure el procediment d'avaluació del risc de DO.

Objectiu 3 -Avaluar l'adherència al programa de formació.

Objectiu 4 -Avaluar la satisfacció amb el programa de formació.

Objectiu 5 -Avaluar l'impacte de la formació en el diagnòstic de la DO.

6. Metodologia

6.1 Població diana

La intervenció del present treball esta destinada a **professionals de la Salut**, especialment infermeres i auxiliars d'infermeria que treballen amb pacients ancians en la **Residència Sant Antoni de Pàdua**.

La **població objecte** de la intervenció esta formada per 4 infermeres i 16 auxiliars d'infermeria. S'ha decidit formar a les auxiliars i a les infermeres perquè son els que estan més en contacte amb el pacient i es recomanable que unifiquin els seus criteris en quan a valoració, cuidatges i maneig de la DO. A més, de forma indirecta la intervenció també esta dirigida a tots els residents de la residència perquè durant la intervenció se'ls hi realitzarà un cribratge de DO.

6.1.1 Informació sobre la residència Sant Antoni de Pàdua

La residència escollida ha estat Sant Antoni de Pàdua, és una residència situada al centre de Lleida, és de titularitat privada i concertada amb la fundació ADESMA. Els motius de la seva elecció son perquè vaig estar realitzant en ella pràctiques clíniques en el quart curs d'infermeria.

Aspectes generals de la residència:

- Numero total de residents:
85 residents.
- Numero total de places:
88 places per a vàlids i assistits.
- Graus de dependència dels residents i com es troben repartits per la institució (zones, plantes...):

A la residència trobem persones amb diferents necessitats i dependències. La residència consta de 3 plantes, on els residents se'ls assigna una habitació en les diferents plantes depenent de les seves necessitats i grau de dependència, les persones amb autonomia o una lleu dependència per alguna de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) es troben al primer pis, al segon pis es troben persones amb una moderada dependència i/o autonomia per les ACVD, en canvi, els residents amb grans dependències i escassa o nul·la autonomia per les ABVD es troben al pis superior.

- Grau dependència 1: 6 residents
- Grau dependència 2: 8 residents
- Grau dependència 3: 22 residents

Demències: 27 residents amb algun estadi de demència.

ACV: 8 residents han sofert un Ictus abans de l'ingrés o durant la estada a la residència.

- Nombre total de personal sanitari:

Torn de matí:

- 1 Metge
- 2 Infermeres
- 5 auxiliars

Torn de tarda:

- Metge de guardià fora del centre.
- 2 Infermeres
- 5 auxiliars

Torn de nit

- Metge de guardià fora del centre.
- 2 auxiliars

- Formació continuada dels professionals:

La formació continuada als professionals es realitza fora de la jornada laboral, en torn de matí o tarda, per a que tot el personal pugui assistir. La formació es realitza per persones alienes a l'empresa i generalment es realitza un curs de formació cada 1 o dos mesos sobre temes diversos, però en el programa de formació no es contempla cap formació sobre la DO.

6.2 Metodologia de cerca

Per tal de realitzar la intervenció proposada amb garanties d'efectivitat realitzarem un seguit de cerques bibliogràfiques, que detallarem a continuació, amb l'objectiu de recollir la millor evidència actual.

La base de dades escollida per realitzar la cerca ha estat **PubMed**. S'ha realitzat una revisió de les publicacions científiques sobre intervencions destinades a millorar la formació dels professionals de salut.

6.2.1 Criteris d'inclusió i exclusió

Els criteris d'inclusió que s'han establert per la realització de la selecció dels articles de la base de dades anteriorment descrita, han estat els següents:

- Articles sobre programes de formació realitzats a professionals sanitaris amb resultats sobre l'efectivitat dels programes.
- Articles publicats en anglès.

Els criteris d'exclusió establerts han estat els següents:

- Intervencions que no aportin una avaluació i/o resultats del projecte.
- Articles de més de 12 anys d'antiguitat.
- Articles de pagament.

6.2.2 Paraules clau

Amb l'objectiu de realitzar una primera cerca bibliogràfica s'han escollit varis grups de paraules clau per posteriorment utilitzar-los en l'estratègia de cerca en les diferents bases de dades.

Les paraules clau establertes en una primera cerca bibliogràfica han estat les següents:

- Health personnel (personal sanitari)
- Nursing staff, nurses, geriatric nursing (Personal d'infermeria i/o infermers)
- Nursing homes (geriàtrics)
- Deglutition disorders i/o Swallowing disorders i/o Dysphagia (trastorns en la deglució)
- Education i/o Training i/o program (programes de formació)

Amb aquesta estratègia de cerca es van obtenir 76 resultats de cerca, un cop feta la revisió de cada un d'ells, s'han seleccionat 4 per complir els criteris d'inclusió.

Com que la cerca bibliogràfica ha estat escassa degut a que molts dels articles no s'ajustaven als criteris de selecció, s'ha tingut que realitzar una nova cerca amb l'objectiu de cercar articles d'intervencions que ens aportin resultats sobre l'impacte de la formació a professionals, alhora que es va ampliar la cerca a paraules sobre el tipus d'intervenció. Les paraules clau afegides son les següents:

- Effectiveness (eficàcia)
- Impact (impacte)
- Interventions (Intervencions)
- Health Impact Assessment (avaluació de l'impacte sanitari)
- Early intervention (intervenció anticipada)
- Control trial (assaig de control)
- Training programme (programa d'entrenament)
- Screening swallowing function (cribratge de la funció deglutòria)
- Assessment dysfagia (valoració de la disfàgia)
- Management dysfagia (maneig de la disfàgia)

Amb aquesta nova cerca s'obtenen 42 resultats, dels quals s'han seleccionat 3 articles.

Com que la mostra d'articles que compleixen els criteris d'inclusió continua sent escassa per garantir una bona intervenció, s'han tingut que ampliar l'àmbit de actuació a residències, CAP's i hospitals, afegint les paraules clau següents:

- Hospitals
- Primary Care Nursing

Amb aquesta nova cerca s'obtenen 88 resultats, dels quals s'han escollit 2 articles per complir amb els criteris d'inclusió.

Finalment, s'han seleccionat en total 9 articles, que es descriuen amb detall en la taula 2.

Un cop realitzada la cerca bibliogràfica podem concloure que no existeix molta evidència descrita sobre intervencions similars. És per això que s'ha tingut que ampliar els criteris de cerca fins a obtenir una quantitat d'articles que ens garanteixi una suficient evidència per tal de garantir-nos una intervenció efectiva i un bon impacte al llarg del temps.

En la següent figura (figura 4) es sintetitza mitjançant un diagrama de fluxos els passos que s'han realitzat per l'elecció dels estudis dels quals s'ha extret la informació de la base de dades consultada.

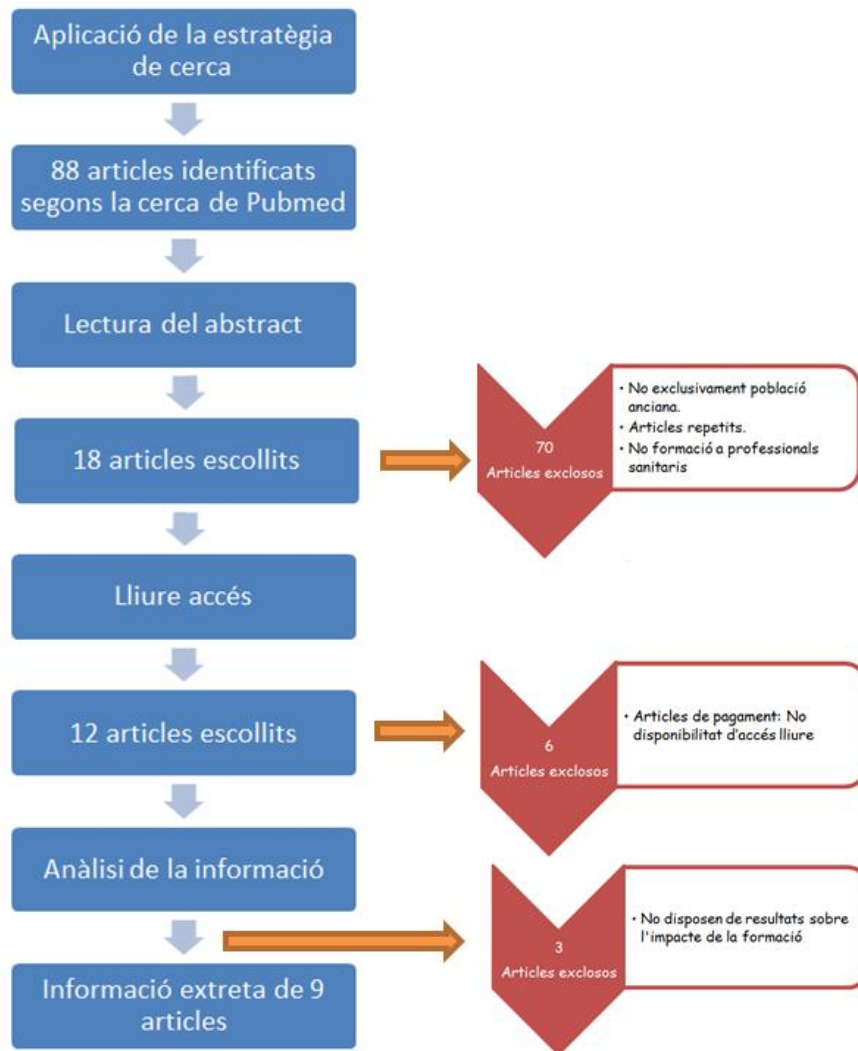


Figura 4. Diagrama de flux de cerca bibliogràfica i extracció de la informació en la base de dades Pubmed.

Autor i any	Població (n)	Tipus de estudi:	Tipus de intervenció	Avaluació: que avaluen (satisfacció, diagnòstic, prevalença..) e instrument de mesura	Resultats
Tonya R. Freeland i col, 2016. (51)	32 infermeres	Analític, observacional: Cas control	Formació presencial durant 1 hora sobre el maneig de la DO a dos grups d'infermeres, un únicament formació didàctica i l'altre formació didàctica i pràctica amb l'ús de maniquins.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: La formació, habilitats, interpretació i avaluació en el cribratge de la DO. - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció i realització d'una entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Millora les competències dels professionals per al cribratge de la DO.
Irene Illiott i col, 2013. (52)	22 infermeres i 10 assistents de salut	Estudi de cohorts: prospectiu	Formació virtual a un grup de professionals sanitaris.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: coneixements, aptituds i habilitats - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció 	<ul style="list-style-type: none"> - Millora els coneixements sobre DO. - Augmenta les habilitats sobre la DO.
Park Y i col, 2015. (53)	15 infermeres	Analític observacional: Cas control	Formació presencial durant 6 mesos a infermers/res i auxiliars d'infermeria sobre el maneig de la DO a través de l'establiment d'un protocol basat en l'evidència científica.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: Qualitat de vida relacionada amb DO i el risc d'aparició de complicacions - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminució del risc d'aspiració. - Millora de la qualitat de vida relacionada amb la DO.
Poisson P i col 2014. (54)	138 infermeres i altres professionals sanitaris.	Estudi descriptiu: Transversal	Formació presencial teoricopràctica per als professionals sanitaris de residències geriàtriques.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: Diagnòstic i factors de risc de desnutrició, nafra per pressió i la disfàgia. - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - Millora els coneixements i les habilitats dels professionals. - Millora el maneig de la DO.

Chia-Chi Chang PhD i col, 2005. (55)	77 auxiliars d'infermeria	Estudi quasi-experimental: cas control	Formació presencial teoricopràctica de 4 hores de durada sobre les habilitats d'alimentació en persones amb demència.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: Efectes positius d'un programa de formació. - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - Millora els temps de la ingesta, el coneixement, actitud i comportament dels professionals.
Cichero JA, i col, 2009. (56)	38 infermeres	Estudi analític, Observacional: Prospectiu, quasi-experimental.	Formació presencial teoricopràctica durant 7 setmanes sobre la metodologia per al triatge de la disfàgia.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: El risc d'aspiració i/o disfàgia, el maneig d'infermeria i el programa de formació. - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - Millora la detecció de la disfàgia. - Es recomana el cribatge de la disfàgia per personal qualificat per evitar males interpretacions.
Cadwick DD i col, 2014. (57)	62 cuidadors formals	Estudi experimental: Cas control	Formació presencial, teoricopràctica sobre el maneig de la DO i l'ús del TIM per ajustar la consistència dels líquids.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: Maneig de la DO i la modificació de la consistència de líquids. - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - La formació millora el maneig de la DO. - Fan falta més estudis per valorar la eficàcia del TIM.
Tse MMy, i col. 2014. (58)	88 infermers de 4 residències	Estudi quasi-experimental	Formació presencial, teoricopràctica sobre el maneig del dolor en l'ancià. Duració de 8 setmanes amb classes de 2 hores setmanals.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: Efectes positius de un programa de formació en coneixements, habilitats i aptituds. - Mètode: Qüestionaris validats pre i post intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manca de coneixements abans de la intervenció. - La formació millora els coneixements, habilitats i aptituds dels professionals sanitaris.
Nagamatsu, Y, i col, 2014. (59)	188 infermeres	Assaig clínic	Programa de educació presencial teoricopràctic sobre els cuidatges de infermeria en pacients amb Mesotelioma Pleural Maligno (MPM) amb una duració de 2 dies (14 hores) y 3 hores de seguiment.	<ul style="list-style-type: none"> - Que avaluen: L'impacte de la formació sobre els coneixements, el tractament i la actitud en els cuidatges - Mètode: Qüestionari pre i post intervenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - Millora els coneixements i la actitud. - Disminueix la dificultat dels cuidatges. - Millora els cuidatges de tot el centre perquè les infermeres van compartir l'experiència i els coneixements amb la resta de l'equip.

Taula 2. Resum dels articles escollits.

6.2.3 Resultats de la cerca

Quan s'analitza la **població** i **mostra** que participen en els estudis, s'observa que la intervenció va dirigida majoritàriament a professionals de salut, concretament infermers, tret d'un que la intervenció es realitza sobre cuidadors formals. En quan a l'àmbit assistencial on es desenvolupa la intervenció, en sis dels estudis s'intervé en residències, dos en hospital i per últim, un es realitza en domicilis.

Respecte al **tipus d'estudi**, es troben diferències entre ells. Quatre corresponen amb estudis de disseny quasi-experimentals, dos son estudis analítics observacionals de cas control, un estudi aleatori controlat cas control, un descriptiu transversal, i un estudi de cohorts prospectiu.

En relació a l'**avaluació** de la intervenció, 8 del total dels estudis avaluen l'adquisició de coneixements, aptituds i habilitats mitjançant qüestionaris pre i post intervenció. Els qüestionaris contenen preguntes obertes i tancades. Al mateix temps, la majoria del estudis avaluen la satisfacció dels professionals mitjançant una pregunta que engloba característiques com la durada, el temps destinat i els continguts. En un d'ells s'utilitzen qüestionaris validats.

En quan a les **intervencions** i a la **metodologia** que s'utilitza, en vuit dels estudis la formació és teoricopràctica i presencial, mentre que en un la formació és totalment teòrica i aquesta és online mitjançant un campus virtual.

En relació als **continguts** que es duen a terme en les diferents intervencions, cinc del total dels estudis son casos control, aquests comparen dues intervencions diferents, una solament teòrica (control) i l'altra teoricopràctica (cas/experimental). En tres estudis es realitza una comparació entre abans i després de la realització de la intervenció mitjançant una formació teoricopràctica, tret d'un que únicament es realitza formació teòrica i es compara els resultats obtinguts abans i després de la formació. En una altra intervenció es realitza formació presencial i es realitza un protocol d'actuació.

Finalment, en quan als **resultats**, es conclou en tots els articles que la formació dels professionals millora els coneixements, les habilitats i les aptituds, és a dir, després de realitzar un programa de formació als infermer/res, es millora el maneig de la DO. A més, en un article, les infermeres que havien acudir al centre van compartir els coneixements amb la resta de l'equip fent que milloressin els cuidatges de tot el centre.

7. Desenvolupament del programa d'intervenció en la formació dels professionals en el maneig de la DO

A continuació es descriurà la intervenció que tindrà una durada de 3 mesos i que es desenvoluparà en 3 fases: preintervenció, intervenció i post intervenció.

7.1 Fase Preintervenció

La duració d'aquesta fase serà d'**un mes**. En primer lloc, es reunirà al grup de professionals sanitaris que actualment esta treballant en el centre, per tal de fer-los coneixedors del programa de formació que es vol dur a terme. Entre tots, escolliran a dos membres de l'equip, que seran els encarregats de formar a la resta de professionals de l'equip de treball sobre els temes proposats. Les dos persones escollides hauran de tenir qualitats per la formació, predisposició i compromís alhora que una bona relació amb l'equip de treball del centre.

Les dos persones escollides realitzaran un curs de formació per a formadors sobre la DO que tindrà una duració de dues setmanes i serà reconeguda dins de la jornada laboral i serà finançada pel centre. Entre l'oferta de formació pel maneig de la DO, destaquen els següents cursos que es poden cursar a Catalunya:

- Postgrau en Alteracions de la Deglució a la UAB de Barcelona
- Postgrau en Disfàgia Orofaringea a la FUB de Manresa.

Durant el mes que dura aquesta fase, s'aprofitarà per passar un qüestionari semiestructurat als professionals (Annex 1), amb preguntes relacionades amb els coneixements i les habilitats dels mateixos sobre els signes i símptomes, mètodes diagnòstics i tractament de la DO. El registre de la informació donarà resposta a l'objectiu 1.

La recollida de dades en la residència es pactarà de manera verbal, amb l'objectiu de realitzar les entrevistes al personal que treballa en la institució, contant amb la col·laboració de la infermera i/o supervisora d'infermeria com amb la directora del centre.

7.2 Fase d'intervenció

La fase d'intervenció tindrà una duració de **dos mesos**. Aquesta fase d'intervenció es dividirà en 3 períodes:

- Durant el primer període s'impartiran 4 classes teòriques. Cada sessió tindrà una durada de 1,5 hores i es realitzaran dins del horari laboral, els dimarts a les 15:00. Les classes de formació estaran dirigides pels dos professionals sanitaris escollits com a formadors i es realitzaran en una sala que es troba en el mateix centre.

En quan a la metodologia docent que s'utilitzarà, s'ha decidit impartir classes teoricopràctiques, perquè és la que s'utilitza en la majoria d'articles revisats en la bibliografia. A més, els resultats obtinguts amb aquesta metodologia han estat els millors (51,54-59).

Totes les sessions estaran estructurades de la mateixa manera: A l'inici es presentarà el tema a tractar i es realitzaran torns de paraula durant aproximadament 15 minuts per a que tothom expliqui sobre el tema: el que sap, la seva opinió, les inquietuds, etc. Seguidament es realitzarà una classe teòrica durant 1 hora aproximadament. Finalment, es confluirà amb una reflexió sobre el que s'ha tractat i es deixaran 15 minuts per tal de resoldre dubtes o preguntes que hagin sorgit durant la classe.

Per establir la durada de les classes i el cronograma del curs de formació, es van tenir en compte les característiques que han obtingut un benefici major en els resultats dels diferents autors.

L'elecció del contingut de les classes s'ha basat en els dèficits de coneixements que es mostra a l'evidència entre els professionals. Aquests són:

1. Disfàgia orofaríngea: Definició, epidemiologia, causes i factors de risc.
2. Infradiagnòstic de la disfàgia orofaríngea en les residències. Signes i símptomes d'alarma. Complicacions i conseqüències.
3. Diagnòstic de la disfàgia: Mètodes i proves invasives i no invasives. Escala de valoració MECV-V i la pulsioximetria.
4. Tractament i cuidatges de la disfàgia orofaríngea.

La teoria esta dividida en 5 temes, el primer és introductor i per a que els professionals sanitaris es situïn en el context de la formació i del problema. Seguidament, el segon tema descriu els

motius de l'infradiagnòstic, i també inclou els signes i símptomes característics de la DO i les complicacions que apareixen si no s'actua a temps.

Finalment, es presenten el tercer i quart tema, que son més pràctics, per tal d'ensenyar als professionals sanitaris les diferents proves diagnòstiques, una escala validada i útil per a la seva pràctica clínica i per altra banda, el tractament i els cuidatges necessaris per aquest tipus de pacient.

Per tal de valorar l'adherència al programa de formació, es controlarà l'assistència dels professionals a les classes (objectiu 3).

- Durant el segon període amb una durada de 2 setmanes, els professionals realitzaran pràctiques clíniques amb la supervisió dels professionals experts, que els instruiran i supervisaran en el maneig de la DO amb els residents. Els professionals aplicaran l'escala de valoració apresada (MECV-V), i detectaran si el resident té un problema de disfàgia. D'aquesta manera seran conscients de les dificultats que puguin aparèixer a l'hora de realitzar la prova en una situació real i com que es trobaran sota la supervisió i suport dels formadors els hi podran resoldre tots els dubtes que sorgeixin. Al final del període, i responent a l'objectiu general s'obtidran les dades sobre la prevalença i les característiques de la DO entre els residents. Al mateix temps, s'analitzaran les dificultats que hagin sorgit per tal de millorar el programa de formació, de manera que es pot afegir una sessió extraordinària per tal de reforçar coneixements.
- Finalment, durant el tercer període i amb una durada de 2 setmanes, els professionals realitzaran les pràctiques clíniques sense la supervisió del experts, encara que aquests estaran disponibles en el cas de que tinguin dubtes. Durant aquest últim període i per concloure la formació, cada professional elaborarà un pòster que reculli tots els conceptes adquirits i s'escollirà el millor de tots per tal de realitzar-ne diferents còpies i penjar-lo en les diferents plantes del centre amb l'objectiu de poder consultar els conceptes bàsics a mode de recordatori.

7.3 Fase post intervenció

Durant la fase post intervenció, s'avaluarà l'impacte del programa de formació en l'adquisició de coneixements i habilitats en el maneig de la DO. Les avaluacions es realitzaran al mes i als sis mesos de la finalització de la fase d'intervenció. Per això, es tornarà a reunir als professionals amb la intenció de valorar mitjançant un qüestionari si amb el programa de formació han adquirit coneixements i habilitats, i aquestes han estat interioritzades, d'aquesta manera contestarem al objectiu 1. Alhora, es valorarà la satisfacció dels professionals amb el programa de formació (objectiu 4) a través del mateix qüestionari amb preguntes sobre el professorat i les característiques del programa (Annex 2).

Per acabar, es revisaran les històries clíniques per veure quina prevalença de DO actual hi ha al centre i quina hi havia abans del programa de formació, d'aquesta manera respondrem al objectiu general i els objectius 1,5.

Consideracions ètiques

Primerament, per dur a terme aquesta intervenció en la Residència Sant Antoni de Pàdua de Lleida, és necessari demanar una autorització del centre residencial per poder dur a terme el projecte, pel que es parlarà amb la directora del centre i se li presentarà la intervenció que es pretén realitzar.

Seguidament ha estat necessari identificar algunes dades clíniques i personals de la història clínica dels ancians del centre, com que en aquest cas ens trobem davant de persones amb demències i per tant, amb incapacitats per autoritzar aquesta intervenció, el consentiment informat es sol·licitarà als familiars o tutors dels residents.

Com indica la *Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre sobre la Protección de Datos de Carácter Personal* tota la informació consultada de cada resident és totalment confidencial i no es farà pública, conservant així la seva intimitat.

Cronograma																			
		Gener				Febrer				Març				Abril				Maig	Novembre
Activitats		3	10	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	4	11	18	25	2	2
Pre Intervenció	Reunió de grup per informar																		
	Elecció dels professionals formadors																		
	Formació dels formadors																		
	Enquesta pre intervenció																		
	Classes teòriques																		
Intervenció	Classes pràctiques																		
	Creació d'un pòster																		
	Reflexió i debat final																		
Post Intervenció	Revisió HC dels ancians intervinguts																		
	Enquesta post intervenció																		

Taula 3. Cronograma de la intervenció

8. Discussió

En relació a la prevalença de la DO en la residència, únicament es registren les persones que precisen d'espessants, aquesta decisió es pren sense que s'hagi valorat al pacient, únicament basant-se en el criteri de la infermera. De fet, moltes vegades es valora que la persona té disfàgia després d'haver fet una broncoaspiració o ennuegament presenciats i clar. En aquest sentit, el 8% dels residents precisa espessants, per tant, la prevalença de DO en la residència Sant Antoni de Pàdua basant-nos en aquesta dada no s'apropa a la dels autors i és que tant sols existeix una prevalença del 8%, mentre que la dels autors s'estima en un 40%. A més, el diagnòstic no es troba registrat en la seva història clínica, impeding així la continuïtat dels cuidatges en cas d'ingrés en un altre àmbit sanitari com l'hospitalari.

La causa principal del infradiagnòstic i de la infravalorització d'aquest problema de salut per part dels professionals sanitaris d'aquest síndrome s'origina principalment per la falta de coneixements, tant en signes d'alarma com en els mètodes de valoració. A més, no existeix cap protocol sobre aquest trastorn deglutori, per tant, no li donen la mateixa importància que als altres síndromes geriàtrics. Un cop finalitzada la intervenció, la prevalença de la DO s'aproximaria a la dels autors. En aquest sentit, l'evidència conclou que si es realitzen mètodes diagnòstics de la disfàgia, la prevalença augmenta i és similar a altres estudis (26).

Cal tenir en compte que els pacients amb disfàgia, són pacients crònics i que per tant, el tractament és basa en un seguit de cuidatges que tenen l'objectiu de prevenir les complicacions de la DO, és per això que si tenim en compte que la causa principal d'aquest infradiagnòstic és la falta de coneixements, en quant a la seva elevada prevalença, els mètodes diagnòstics, símptomes i signes, les complicacions associades (13), podem dir que la intervenció que es proposa sobre les infermeres milloraria les competències i es garantiria la qualitat assistencial i la continuïtat en l'atenció (51-59) ja que, la infermera té un paper fonamental, perquè és el professional que té un contacte més continu amb el pacient, però és necessari que els professionals d'infermeria tinguin els coneixements i les habilitats per poder garantir uns cuidatges de qualitat (48).

Per altra banda, el model centrat en la persona millora encara més l'atenció i la qualitat assistencial perquè garanteix que la infermera conegui als seus pacients, oferint una millor atenció en els seus cuidatges i grans beneficis per les característiques de la seva activitat, ja que pot ser un element clau en les revaluacions dels problemes de salut, així com en la detecció precoç dels problemes, anticipant-se a les complicacions derivades d'ell (43,50).

A la residència, en els torns de matí i tarda hi ha dos infermeres amb diferents activitats assignades. A l'hora dels àpats cada infermera reparteix la teràpia farmacològica dels residents planta per planta, però no observa als residents durant la ingesta. Les auxiliars d'infermeria són les encarregades de donar el menjar als residents més depenents per les AVD, fet que implica que han de córrer per poder realitzar totes les activitats assignades amb aquets professionals i en molts casos no pugin detectar problemes de salut en els residents. En aquest sentit, és necessari que ambdós professionals es formin i es coordinin durant tot el procés assistencial per assegurar la continuïtat assistencial on la persona, és el centre d'atenció, d'acord amb el nou paradigma o model d'Atenció centrada en la persona.

No obstant, les infermeres no consideren que sigui la seva funció el diagnòstic de la disfàgia, ja que afirmen que no realitzen tests diagnòstics en cas de sospita, és més, ni els coneixen. Per altra banda, en el cas de les auxiliars d'infermeria no tenen coneixements per detectar els signes i/o símptomes, i tampoc saben com es diagnostica. Així doncs, la intervenció que es proposa és adient, donat que l'evidència sobre la formació dels professionals millora el maneig de la DO tant en el seu diagnòstic, els cuidatges i el tractament (51-59).

Els professionals sanitaris de la residència, tampoc avaluen les disfàgies periòdicament dels residents diagnosticats, tot i sabent que la disfàgia pot augmentar. Per això, és necessari revaloritzar sempre i quan hi hagi un canvi en les circumstàncies del pacient o després d'un període on ha estat ingressat per un problema de salut i periòdicament de forma semestral (12,14).

Per altra banda, un cop diagnosticada la disfàgia i seguint les recomanacions dels autors de nombrosos estudis (1,3,9,19,29), s'haurà de millorar l'estat nutricional amb una deglució més segura i eficient, per tant les estratègies es basaran en variacions del volum i de viscositat del bolus alimentari, modificacions ambientals i posturals, modificacions de les textures de la dieta, millorar la interacció del personal i el temps dedicat a l'alimentació, ja que tots ells condicionen la ingesta del resident. Això implica la necessitat de disposar d'un equip interdisciplinari ben format i que pugui oferir informació i alternatives tot integrant a la família en el pla de cuidatges. Aquets objectius exigeixen la sensibilització de la direcció del centre i la conscienciació dels treballadors i familiars per a que amb una correcta formació ajudin a millorar l'estat nutricional de pacient i es puguin identificar les alteracions de la conducta alimentària precoçment. El fet de desenvolupar guies y protocols així como propostes de indicadors d'avaluació durant la formació dels professionals sanitaris, permetrà conèixer el seguiment i els resultats dels plans de cuidatges dels residents amb DO facilitant així la presa de decisions davant els canvis de salut del resident.

La majoria d'autors estan d'acord en recomanar adaptacions per als aliments sòlids (modificació del volum, consistència i textura) com per als líquids (espessants), llevat de les gelatines que no es recomanen per la capacitat de perdre la composició amb el pas del temps. Els tractaments que més eficàcia ha demostrat han estat l'increment de la viscositat amb l'ús d'espessants (1,2,9,17,19) . La prevalença de broncoaspiracions de bolus líquids sobrepassa el 20%, aquesta es redueix a la meitat (10%) amb la viscositat nèctar i al 5% amb la viscositat púding. Aquesta estratègia terapèutica és de gran utilitat perquè no requereix aprenentatge, únicament corre a càrrec del cuidador la seva preparació (29).

Cal remarcar que la textura s'ha d'individualitzar en funció de l'evolució del pacient i fer-ho de forma gradual perquè existeix evidència que demostra que l'ús de dietes modificades sense individualitzar augmenta el risc de disminuir la ingesta calòrica i proteica entre d'altres complicacions. En referència a això, existeixen autors que afirmen que hi ha gent gran institucionalitzada amb disfàgia que rep en moltes ocasions una dieta modificada segons els còdigs de dietes del centre sense la realització d'un cribratge i dieta personalitzada a la seva situació fent creure que aquesta dieta millorarà la seva ingesta, evitant així les complicacions. Aquest fet alhora implica que una dieta que no es modifiqui al llarg del temps pot empitjorar l'estat de salut de la persona. A més a més, la textura en la dieta personalitzada en persones grans institucionalitzades que l'aportació de calories i macronutrients era similar a les persones que no necessitaven una dieta texturitzada (29).

A la residència, no personalitzen la textura ni la viscositat, és més, no existeix cap diferència entre una persona amb una disfàgia lleu amb una de greu, totes les persones diagnosticades de disfàgia porten la mateixa modificació de dieta i viscositat.

La textura que s'utilitza és mel i l'alimentació bàsicament és "turmix" per tant, si que redueixen els riscos i complicacions de la disfàgia en alguns casos però també modifiquen totes les propietats organolèptiques fent que disminueixi la ingesta i apetència. Pel que fa al "turmix" s'observa que la viscositat no ve tampoc personalitzada pel tipus de pacient, tot depèn de la quantitat d'aigua que tingui el contingut del puré, fent que normalment la viscositat sigui líquida i en pocs casos nèctar amb tots els riscos que això comporta.

Per acabar parlarem sobre els consells que ens proporciona l'evidència científica, i es que ens dona una sèrie de recomanacions simples que no sempre es segueixen. Ens parla sobre consells a l'hora d'alimentar-se, com que es trobi còmode i que la posició sigui segura i eficaç per una bona deglució. Aquesta es realitza amb el pacient assegut amb la esquena i el cap rectes, alineat amb la columna. Per altra banda, si la persona es troba enllitada, l'alimentació es realitzarà de la mateixa manera, però en el cas que no sigui possible s'haurà de col·locar

el llit amb uns 60° - 80°. En ambdós casos abans d'estirar-se al llit es recomana esperar 15 minuts per tal d'evitar possibles aspiracions. També alguns autors recomanen el descens de la barbata per tal de augmentar la seguretat de la deglució a l'hora de tragar, d'aquesta manera es protegeix del pas dels aliments a la via aèria (29).

En la residència la majoria d'aquestes recomanacions no es compleixen per falta de coneixements en molts casos, i altres per falta de temps. Per una banda, si que vigilen que l'ambient sigui tranquil i relaxat, que el pacient estigui recte i alineat el cap amb la columna, a més, de que estigui còmode a l'hora dels àpats. Però en canvi, algunes ingestes és donen amb el pacient completament tombat, amb el llit a 0°. També, en alguns casos, els pacients mengen a uns 80°, però que al acabar no les deixaven reposar els 15 minuts que diu l'evidència científica sinó que al finalitzar la ingesta, els tornaven a ficar el llit a 0° amb el risc de broncoaspiració que això comporta.

9. Conclusions

L'idea per a l'elaboració d'aquest treball va sorgir per la necessitat de resoldre aquest problema d'interès infermer, degut en primer lloc, a les greus complicacions que genera la DO, i tenint en compte la creixent incidència de les malalties neurològiques que existeix en les residències del nostre país.

Durant la cerca bibliogràfica vaig ser conscient de que la DO és un dels problemes que encara tenen importants repercussions sobre la salut i qualitat de vida dels ancians, és dels més desconeguts pels professionals de salut, ja que manquen de coneixements sobre la DO, és per això, que vaig decidir realitzar una intervenció dirigida a professionals de salut per tal de millorar els coneixements i disminuir les repercussions d'aquest síndrome.

Durant l'elaboració d'aquest projecte han anat apareixent problemes que han provocat que la cerca bibliogràfica hagi estat més costosa i perllongada del que s'esperava. Aquest tema és bastant innovador i infravalorat, pel que es poc estudiat. L'evidència bibliogràfica d'intervencions realitzades ha estat escassa pel que em necessitat ampliar els criteris de cerca a altres camps d'intervenció. Únicament s'han trobat articles en anglès, però no tots han estat vàlids per a la realització d'aquest projecte.

No obstant, i malgrat de les limitacions que han anat apareixent al llarg d'aquests mesos d'elaboració, ha estat positiu poder desenvolupar un projecte d'aquesta envergadura perquè m'ha servit per donar-me compte de que els professionals de salut tenen necessitats per continuar formant-se en diferents àmbits, ja que és beneficiós tant per als pacients que estan sota la nostra responsabilitat com per la millora en la pràctica clínica infermera. A més, és un projecte viable, ja que existeixen poques intervencions d'aquest tipus i s'ha comprovat que els professionals de salut tenen carències en determinats temes, els quals son clau per tal de tractar la DO en els ancians diagnosticats amb alguna malaltia neurodegeneratives.

Convé subratllar, que és necessari que les institucions i els professionals sanitaris coneguin els signes i símptomes de la DO, alhora que han de saber utilitzar les eines de detecció, amb la intenció de poder diagnosticar-la per establir un pla de cuidatges multidisciplinar que millorarà la qualitat assistencial dels pacients.

Finalment, després de l'elaboració d'aquest projecte, es pot concloure que aquestes intervencions realitzades per professionals sanitaris, especialment infermers, tenen una gran repercussió en la salut i la qualitat de vida de les persones, i que gràcies a projectes com aquest es pot disminuir el infradiagnòstic dels problemes de salut, alhora que augmentar el

coneixement infermer. A més, aquestes intervencions no es poden únicament desenvolupar en institucions geriàtriques, sinó que, com s'ha pogut demostrar a través de l'evidència científica, molts projectes semblants però desenvolupats en altres àmbits com hospitals i CAP's tenen grans repercussions per la millora de la qualitat assistencial.

En conclusió, podem dir que malgrat els projectes desenvolupats durant l'última dècada, son necessaris nous estudis en aquesta àrea i desenvolupar projectes clínics innovadors. Alhora que promoure l'aprenentatge i la formació continua dels professionals de salut amb l'objectiu de garantir uns cuidatges basats en l'evidència i millorar la pràctica clínica en aquests camps per tal de satisfer les creixents necessitats de la població geriàtrica.

10. Bibliografía

1. Abades M, Rayón E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. Gerokomos [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Mar 21]; 23(4): 151-155.
2. Bielsa M, López M. Desnutrición en población geriátrica. Estudio de prevalencia. Nuber Cientif. 2015;2(15):18–23.
3. Méndez E, Romero J, Fernández MJ, Troitiño P, García S, Jardón M, et al. Do our elderly have an adequate nutritional status?. Nutr Hosp. 2013;28(3):903–13.
4. World Health Organization. Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. Geneva; 2002. p. 6–7.
5. García P, Velasco C, Frías L. Papel del equipo nutricional en el abordaje de la disfagia. Nutrición Hospitalaria 2014;29(supl. 2) 13-21.
6. Imsero. Institucionalización y dependencia. Catálogo oficial de publicaciones oficiales. Madrid, 2006.
7. J. Barroso. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S2):22–28.
8. International Journal of Developmental and Educational Psychology 294 INFAD Revista de Psicología, Nº1-Vol.5, 2014. ISSN: 0214-9877. pp:291-298
9. Cámpora O, Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución Rev Arn Med Resp. 2012;12(3):98-107.
10. García F. La polifarmacia es la cuarta causa de hospitalización. Rev Ballesol [Internet]. [citado 1 de marzo de 2017].
11. Formiga F, Duran P, Abellana R, Mila R. Prevalencia de la malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Med Clin. 2015;139(11):502–8.
12. Imsero. Guía de nutrición para las personas con disfagia. [Internet 2015].
13. Clavé P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia oroaríngea. NestlehealthScience [Internet 2013]
14. World Gastroenterology organisation (WGO) Disfagia, guías y cascadas mundiales. 2014.
15. Wirth R, Dziemas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clin Interv Aging. 23 de febrero de 2016;11:189-208.
16. Sánchez FL. Epidemiología de la disfagia en la población española. [Tesis doctoral en internet] Madrid: Universidad Complutense de Madrid;2016.

17. Carrion S, Cabre M, Monteis R, Roca M, Palomena E, Serra-Prat M, et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr* 2014 May 9.
18. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hanning A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002;17(2):139-46.
19. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® dysphagia. Reston, VA: American College of Radiology, 2013.
20. Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position statement—dysphagia and aspiration in older people. *Australas J Ageing* 2011;30:98–103.
21. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010.
22. Speech Pathology Association of Australia. Clinical guideline: dysphagia. Melbourne: Speech Pathology Australia, 2012.
23. Torres Camacho, M.^a J.; Vázquez Perozo, M.; Parellada Sabaté, A.; González Acosta, M. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos* 2011;22(1):20-24
24. Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnósticos de la disfagia. *Nutr Hosp.* 2014;2 (supl 2).
25. Manrique M, Martínez JD, Garzón MA, Hormaza N, Lizarazo J, Marulanda JC, et al. Enfermedad de Alzheimer y disfagia. Desarrollo del compromiso deglutorio. *Revista Colombiana de Gastroenterología* 2013;28(3).
26. Gázquez J, Pérez M, Molero M, Mercader I, Soler F. Vulnerabilidad del anciano ante la nutrición. *Investigación en salud y envejecimiento. Volumen I. Madrid. ASUNIVEP*; 2014. p. 141–5.
27. Ordóñez J, De Antonio J, Pou C, Navarro J, Rubio J, Marcos S y cols. Efecto de un suplemento nutricional oral hiperproteico en pacientes desnutridos ubicados en residencias geriátricas. *Nutr Hosp.* 2010;25(4):549–54.
28. García T, Villalobos J. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. *Med Int Mex.* 2012;28(1):57–64.
29. Kertscher B, Speyer R, Palmieri M, Plant C. Bedside screening to detect oropharyngeal dysphagia in patients with neurological disorders: an updated systematic review. *Dysphagia* 2014 Apr;29(2):204-12
30. Bours GJ, Speyer R, Lemmens J, Limburg M, de WR. Bedside screening tests vs. Videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *J Adv Nurs* 2009 Mar;65(3):477-93.

31. García P, Velasco C, Frías L. Papel del equipo nutricional en el abordaje de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria* 2014;29(Supl. 2):13-21.
 32. Affoo R, Foley N, Rosenbek JC, Shoemaker JK, Martin RE. Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: A scoping review of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013;61(12):2203-13.
 33. DeFabrizio ME, Rajappa A. Contemporary approaches to dysphagia management. *The Journal for Nurse Practitioners* 2010;6(8):622-30.
 34. Affoo R, Foley N, Rosenbek JC, Shoemaker JK, Martin RE. Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: A scoping review of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013;61(12):2203-13.
 35. Sánchez Peláez M. Early diagnosis and treatment of oropharyngeal dysphagia in elderly population in hospital: nursing role. [TFG] Santander: Universidad de Cantabria; 2014
 36. García P, Velasco C, Frías L. Papel del equipo nutricional en el abordaje de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria* 2014;29(Supl. 2):13-21
 37. Cámpora H, Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista Americana de Medicina Respiratoria* 2012;12(3):98-107
 38. Baena González M, Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutr Hosp* 2016;33:739-748
 39. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Guía de alimentación y nutrición. Factores de riesgo nutricional en los mayores institucionalizados. Madrid: 2014.
-
40. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(S2):22–28
 41. Luque LM. Impacto de la detección de la disfagia en la incidencia de neumonitis por aspiración y en los marcadores bioquímicos de desnutrición, en personas mayores hospitalizadas. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2011.
 42. Camarero E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutr Hosp.* 2013; 2(supl 2):66-78.
 43. Kaspar K, Ekberg O. Identificación de pacientes vulnerables: papel del EAT-10 y del equipo multidisciplinario para la intervención temprana y los cuidados integrales de la disfagia. [Internet]. Barcelona: Nestle Nutrition Institute; 2013.
 44. Sánchez M. Early diagnosis and treatment of oropharyngeal dysphagia in elderly population in hospital: nursing role. [TFG] Santander: Universidad de Cantabria; 2014
 45. Affoo R, Foley N, Rosenbek JC, Shoemaker JK, Martin RE. Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: A scoping review of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013;61(12):2203-13.

46. Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Madrid: Fundación Pilares, 2013.
47. Rodríguez, P, Vila A. (coords.); Álvarez Rosete A, et al. Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid: Tecnos, 2014. 399 p
48. Brooker, D. Atención centrada en la persona con demencia: mejorando los recursos. Barcelona: Octaedro, 2013. 167 p.
49. Roberts, G, Morley, C, Walters, W, Malta S, Doyle C. Caring for people with dementia in residential aged care: Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatric Nursing*: 2015 36(2), 106-110.
50. Luz M. Impacto de la detección de la disfagia en la incidencia de neumonitis por aspiración y en los marcadores bioquímicos de desnutrición, en personas mayores hospitalizadas. [Tesis doctoral en internet] Alcalá: Universidad de Alcalá; 2011.
51. Freeland TR, Pathak S, Garrett RR, Anderson JA, Daniels SK. Using Medical Mannequins to Train Nurses in Stroke Swallowing Screening. *Dysphagia*. febrero de 2016;31(1):104-10.
52. Iltott I, Bennett B, Gerrish K, Pownall S, Jones A, Garth A. Evaluating a novel approach to enhancing dysphagia management: workplace-based, blended e-learning. *J Clin Nurs*. 1 de mayo de 2014;23(9-10):1354-64.
53. Park Y, Oh S, Chang H, Bang HL. Effects of the Evidence-Based Nursing Care Algorithm of Dysphagia for Nursing Home Residents. *J Gerontol Nurs*. noviembre de 2015;41(11):30-9.
54. Poisson P, Barberger-Gateau P, Tulon A, Campos S, Dupuis V, Bourdel-Marchasson I. Efficiency at the resident's level of the NABUCCOD nutrition and oral health care training program in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. abril de 2014;15(4):290-5.
55. Chang C-C, Lin L-C. Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *J Clin Nurs*. noviembre de 2005;14(10):1185-92.
56. Cichero JAY, Heaton S, Bassett L. Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *J Clin Nurs*. junio de 2009;18(11):1649-59.
57. Chadwick DD, Stubbs J, Fovargue S, Anderson D, Stacey G, Tye S. Training support staff to modify fluids to appropriate safe consistencies for adults with intellectual disabilities and dysphagia: an efficacy study. *J Intellect Disabil Res*. enero de 2014;58(1):84-98.
58. Tse MMY, Ho SSK. Enhancing knowledge and attitudes in pain management: a pain management education program for nursing home staff. *Pain Manag Nurs*. American Society for Pain Management Nursing; 2014 Mar;15(1):2-11.

59. Nagamatsu Y, Natori Y, Yanai H, Horiuchi S. Impact of a nursing education program about caring for patients in Japan with malignant pleural mesothelioma on nurses' knowledge, difficulties and attitude: A randomized control trial. *Nurse Educ Today*. 2014;7(34):1087–93.

11. Annexes

Annex 1: Qüestionari preintervenció i post intervenció.

Intervencions detecció DO

- Saben què és la disfàgia?
- Els professionals sanitaris del centre saben identificar els signes i símptomes associats a la disfàgia?
- Es relacionen les seves complicacions amb la DO?
- Coneixen les eines per al cribratge de la DO?
- Efectuen re valoritzacions?
- Coneixen les mesures posturals i ambientals per tal de reduir-ne els riscos?
- Coneixen el tractament de la DO?

Valoració a l'ingrés (Per a respondre a l'objectiu 2)

- Professional encarregat de realitzar les valoracions inicials a l'ingrés:
- Àrees que es valoren en l'ingrés:
- Eines utilitzades per la valoració de l'estat nutricional del pacient:
- Eines utilitzades per la valoració de l'estat cognitiu:
- Es realitza algun cribratge de disfàgia orofaríngea a l'ingrés?

Intervencions nutricionals

- Quan s'identifica el risc de desnutrició o desnutrició es realitza un cribratge de disfàgia com la seva possible causa?
- Intervencions que es realitzen al detectar una pacient amb DO. (re valoritzacions, cribratge disfàgia)
- Quins criteris es segueixen per implantar unes intervencions o unes altres? I per indicar una dieta texturitzada?

Annex 2: Qüestionari satisfacció i valoració de la formació.

Utilitat

Els continguts del curs han respòs a les necessitats formatives?

Metodologia

La duració del curs ha estat suficient segons els objectius i continguts del mateix?

El curs ha estat ben organitzat (informació, duració, horaris, dates)?

La tipologia del curs i de les pràctiques clíniques ha estat adequada?

La modalitat presencial ha facilitat l'aprenentatge dels continguts impartits?

La metodologia utilitzada pels formadors a estat l'adequada per al desenvolupament de les classes?

Organització i recursos

El dossier amb el contingut formatiu ha estat útil?

La duració de la formació ha estat l'adequada per adquirir coneixements i habilitats per millorar el maneig de la DO?

Capacitat docent

El formador ha mostrat tenir domini dels continguts impartits?

El formador ha aconseguit mantenir l'interès dels assistents i adaptar les sessions a les expectatives del grup?

El formador ha resolt els dubtes i ha estat accessible?

El formador ha afavorit la participació dels alumnes?

El formador té un bon maneig de l'expressió verbal i no verbal durant la formació?

Satisfacció general

En general, estic satisfet amb el desenvolupament de la formació.

Li ha permès adquirir noves habilitats i capacitats?

Per millorar...

El que hauria de millorar és:

El que he trobat a faltar és:

Altres suggeriments o aportacions:

Annex 3: Exemple pòster recordatori.

Detección de la disfagia orofaríngea.



La disfagia es la alteración o la dificultad en el proceso de la deglución, está caracterizado por la sensación no dolorosa de la dificultad o incapacidad de pasar el bolo alimenticio de la boca al estómago.

12 signos y síntomas de la Disfagia

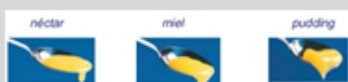
- 1 Babear excesivamente.
- 2 Problemas al masticar y deglutir.
- 3 Expulsar la comida de la boca por falta de control de la lengua.
- 4 Escupir la comida.
- 5 Rechazar la comida.
- 6 Aumento del tiempo de alimentación.
- 7 Aumento del esfuerzo, fatiga y disminución del estado de alerta.
- 8 Dificultad para controlar los líquidos, comidas en puré, semi-sólidos y alimentos sólidos.
- 9 Infecciones respiratorias recurrentes.
- 10 Cambios en la respiración durante la alimentación: cambio en los patrones normales de respiración, respiración con esfuerzo, etc.
- 11 Signos de aspiración como ahogo, tos, atragantamiento con líquidos y alimentos, etc.
- 12 Sensibilidad de contacto aumentada dentro o alrededor de la boca, rechazo de la comida o muecas, intolerancia a ciertas texturas de alimentos.



Recuerde que los alimentos **LIQUIDOS** son los que presentan un mayor riesgo a realizar un atragantamiento con una posible broncoaspiración.

¿Qué hacer en caso de presenciar algún signo o síntoma de la DISFAGIA?

1. Avisar a la enfermera.
2. Realizar una valoración de la deglución con el test MECV-V para identificar si el paciente presenta disfagia o ha sido un caso aislado. En caso afirmativo se valorará la textura necesaria para asegurar una buena deglución del paciente.



3. En caso que el paciente presente disfagia, se registrará en su historia clínica.
4. Se registrará en las hojas de trabajo de las auxiliares de enfermería.

NOTA: Revaloraciones: Es preciso modificar la consistencia a medida que progresa la enfermedad y la disfagia