

UNIR

Cuando hasta tragar se convierte en un riesgo

Salud «Cuanto antes atendamos a personas con disfagia, mejor», asegura Jaime Paniagua, del Grado de Logopedia de UNIR

V. DUCRÓS

La disfagia se define como la dificultad o imposibilidad de tragar. Según la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, más de 2,5 millones de personas en el país sufren disfagia orofaríngea y de ellas, nueve de cada diez no están diagnosticadas ni reciben tratamiento o alimentación adecuada.

«Cuanto antes atendamos a la persona que tiene problemas de deglución, mejor», avisa Jaime Paniagua, docente y asesor científico del Grado de Logopedia de UNIR y miembro del grupo de referencia en disfagia IDDSI Spain. Todo ello con el objetivo de evaluar al paciente y establecer un plan de tratamiento lo antes posible. De hecho, «con pacientes oncológicos, ya se plantea un periodo de rehabilitación previo a otros tratamientos terapéuticos», como pueden ser la cirugía o la radioterapia, porque «existe evidencia científica para asegurar que el abordaje precoz implica una recuperación más temprana».

Paniagua afirma que se observa una prevalencia de disfagia en diferentes grupos poblacionales. «En uno donde vamos a encontrarla, casi al 100%, es el afectado por enfermedades neurodegenerativas»; por ejemplo, en pacientes con ELA, enfermedad de Huntington, parkinson, con algunos tipos de esclerosis múltiples, «y también tene-

mos una elevada tasa de disfagia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello e ictus».

De ahí la relevancia de la logopedia y del abordaje interdisciplinar. «El logopeda es un buen gestor, porque conoce muy bien el complejo orofacial, pero deben estar implicados más profesionales, sobre todo de Otorrinolaringo-

logía, Enfermería y Nutrición». Y en esa implicación, Jaime Paniagua añade a las personas cuidadoras, que tienen un papel activo en este asunto.

Hay signos de alerta, muy evidentes, que indican la presencia de disfagia, como el atragantamiento o la tos cuando una persona se está alimentando –«la tos normal-

LA FRASE

Jaime Paniagua
Asesor científico del Grado de Logopedia en UNIR

«El logopeda es un buen gestor, pero deben estar implicados más profesionales»

mente nos da bastante información»– y otros menos evidentes como el rechazo de determinados alimentos o que deje de comer algunos «porque no se sienta cómodo con ellos». Hay signos que no se manifiestan de manera tan inmediata, como la desnutrición y deshidratación.

El impacto que puede tener en la vida social y emocional es claro, ya que la mayoría de las actividades del día a día «implican alimentos. Una persona que tiene disfagia va a tener un problema directo a la hora de alimentarse y uno indirecto al realizar tareas como hacer a compra, cocinar o salir a un restaurante». Y eso influye en la calidad de vida. «Hace que la persona sea menos feliz, tenga menos salud y se aisle mucho más».



Consulta especializada en disfagia en un hospital español. NACHO GARCÍA

La adaptación alimentaria y el rol de los cuidadores

V. D.

LOGROÑO. El papel del logopeda cobra especial relevancia porque ofrece soluciones a la persona con problemas de deglución, ya sea «ayudándole a buscar adaptaciones de los alimentos o a establecer un programa de entrenamiento de la

deglución», señala Jaime Paniagua. En una sociedad cada vez más envejecida «en la que vamos hacia un incremento de la tasa de disfagia», tan importante es enseñar al paciente a adaptar el alimento como darle «estrategias para que trague de forma más segura».

Y las más efectivas van des-

de la adaptación de los alimentos hasta el entrenamiento orofacial. «Son trucos que están estudiados para tragar mejor». Además, insiste en el trabajo y capacitación de las personas cuidadoras o que acompañan a quien padece disfagia, «que normalmente los convertimos en una especie de asistentes de alimentación».

Y en este contexto la mayor herramienta que tienen los logopedas es la evaluación. «Evaluamos la capacidad del paciente, así como aspectos como

su deglución, su capacidad para toser y la de sus órganos orales». Y con ese análisis, se establece la búsqueda de un nuevo patrón de deglución.

El punto al que se quiere llegar con el paciente es que conozca qué tiene que comer, aparte de mostrarle «cómo debe toser de una forma más eficaz y a tragar de manera eficiente para que se alimente de un modo seguro».

Con los cuidadores también se acomete un trabajo paralelo, porque cada persona tendrá un

tipo de alimentación individualizada. «Tenemos cuatro o cinco niveles de adaptación que recomendamos en función de la evaluación», concreta.

La labor con ellos va encaminada a «enseñarles a buscar alimentos que tengan una baja dureza, que no sean pegajosos ni fragmentables, a incorporar salsas, a trocear los alimentos a un tamaño adecuado y, sobre todo, a quitarles el miedo, porque el mayor miedo del cuidador es que se asfixie la persona con disfagia», concluye Paniagua.