

cuidar a sus pacientes y ofertarles las mejores condiciones para superar sus dolencias.

Así mismo nuestro agradecimiento a todo el personal del Hospital Virgen del Rocío vinculado al diagnóstico y tratamiento de los pacientes a nivel de urgencias, plantas de hospitalización y laboratorio de microbiología, ya que gracias a su implicación se ha podido dar una atención oportuna a los pacientes.

## Bibliografía

1. Davis LE, DeBiasi R, Goade DE. West Nile virus neuroinvasive disease. *Ann Neurol*. 2006;60:286–300.
2. Petersen LR, Brault AC, Nasci RS. West Nile virus: Review of the literature. *JAMA - JAM Med Assoc*. 2013;310:308–15.
3. López-Ruiz N, Montañó-Remacha M, Durán-Pla E. West Nile virus outbreak in humans and epidemiological surveillance, west Andalusia, Spain, 2016. *Eurosurveillance*. 2018;23:8–10.
4. Sotelo E, Fernández-Pinero J, Jiménez-Clavero MÁ. La fiebre/encefalitis por virus West Nile: reemergencia en Europa y situación en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30:75–83.
5. Nash. The Outbreak of West Nile Virus Infection in the New York City Area in 1999. *Infect Dis Clin Pract*. 2001;10:295–296.
6. Bai F, Ashley Thompson E, Vig PJS, Arturo Leis A. Current understanding of west Nile virus clinical manifestations, immune responses, neuroinvasion, and immunotherapeutic implications. *Pathogens*. 2019;8.

7. Chowers MY, Lang R, Nassar F. Clinical characteristics of the West Nile fever outbreak Israel, 2000. *Emerg Infect Dis*. 2001;7:675–8.
8. Martin MF, Simonin Y. West Nile virus historical progression in Europe. *Virologie*. 2019;23:265–70.
9. García San Miguel Rodríguez-Alarcón L, Sierra Moros M, Pérez Formigó J, Suárez Rodríguez B, Simón Soria F. Meningoencefalitis por el virus del Nilo occidental en España. Resumen de la situación y conclusiones. 2º actualización. Ministerio de Sanidad. 2020:1-10.
10. Du B, Hua C, Xia Y. Evaluation of the BioFire FilmArray meningitis/encephalitis panel for the detection of bacteria and yeast in Chinese children. *Ann Transl Med*. 2019;7, 437-437.

D.X. Cuenca-Apolo\*, H. García-Delgado Rosado y R. Amaya Villar

*Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[diegox.cuenca.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:diegox.cuenca.sspa@juntadeandalucia.es)

(D.X. Cuenca-Apolo).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.11.009>

0210-5691/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

## Percepción de la disfagia en las UCI de España, manejo diagnóstico y terapéutico



### Perception of Dysphagia in the ICU of Spain, diagnostic and therapeutic management

Sr. Director:

La disfagia orofaríngea (DOF) y sus complicaciones son problemas que se describen con frecuencia entre los pacientes críticos, aunque aún se desconoce con claridad su incidencia<sup>1,2</sup>. Debido a la poca información disponible, diferentes autores recomiendan que se lleven a cabo futuras investigaciones para intentar validar la estandarización en los protocolos diagnósticos de este problema<sup>3-6</sup>.

Por ello, los autores de esta investigación nos planteamos como objetivo conocer la percepción, el abordaje diagnóstico y el manejo terapéutico de la DOF en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de España.

Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo, a partir de la realización de una encuesta en las UCI españolas adaptada al español del estudio DICE, publicado por Zuercher Z et al. en Suiza<sup>7</sup>. Entre profesionales médicos, referentes en nutrición, uno por cada unidad, de junio a noviembre de 2020.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos y un análisis bivariable para estudiar si existían diferencias entre las UCI en función del *Número de pacientes tratados anualmente* (< y >1.500 al año).

Participaron un total de 38 UCIs, distribuidas por todo el territorio nacional, 31 (81,5%) atiende menos de 1.500 pacientes/año.

Treinta y cuatro (89,5%) consideraban que los trastornos deglutorios eran un problema en los pacientes de UCI. Sin embargo, solo 10 (26,3%) disponía de un procedimiento asistencial normalizado para su abordaje, y ocho (21,1%) tenía previsto instaurarlo en un futuro cercano (tabla 1).

En cuanto al cribado, 17 (44,7%) de los centros lo realizaba, aunque sólo tres (7,9%) de forma sistemática en todos los pacientes. Todas las UCI con > 1.500 camas lo realizan (tabla 1). Generalmente, este cribado lo realiza el personal de enfermería 22 (57,9%) y, mayoritariamente es elaborado con el test de deglución de agua 15 (39,5%) (tabla 2).

Veintitrés (60,5%) carecían de un abordaje secuencial para la evaluación de la DOF (test de cribado seguido de valoración por especialista en disfagia y/o realización de prueba instrumental de confirmación). Este porcentaje era mayor en unidades de <1.500 pacientes al año 20 (64,5%). En el 39,5% no se realizaba una valoración especializada para el diagnóstico de la disfagia (41,9% en UCI < 1.500 pacientes/año vs. 28,6% en unidades de > 1.500) y cuando se realiza el encargado es sobre todo el otorrinolaringólogo ocho (21,1%) (tabla 2).

La técnica diagnóstica más utilizada en UCI era la de la deglución (52,6%), seguida de la sospecha clínica de aspiración (47,4%) (tabla 2). La fibroendoscopia de la deglución era la prueba instrumental más utilizada para el diagnóstico, no obstante, solo se utilizaba en el 23,7% de las unidades (19,4% en < 1.500 pacientes/año vs. 42,9% en > 1.500). Ninguna uti-

**Tabla 1** Percepción de la disfagia en las UCIs

Percepción	Todos los hospitales (n = 38)		UCI con < 1.500 ingresos/año (n = 31)		UCI con > 1.500 ingresos/año (n = 7)		p
	n	%	n	%	n	%	
<i>¿Considera en general que los trastornos deglutorios (disfagia) son un problema en los pacientes de su UCI?</i>							
No	4	10,5	3	9,7	1	14,3	0,720
Sí	34	89,5	28	90,3	6	85,7	
<i>¿Tienen una norma asistencial para la disfagia (p. ej. un procedimiento normalizado de trabajo [PNT] instituido para la disfagia)?</i>							
No	20	52,6	18	58,1	2	28,6	0,121
Se prevé en un futuro cercano	8	21,1	7	22,6	1	14,3	
Sí	10	26,3	6	19,4	4	57,1	
<i>¿Se hace habitualmente un cribado de la disfagia en los pacientes de su UCI?</i>							
Está previsto hacer el cribado en un futuro cercano	7	18,4	5	16,1	2	28,6	0,091
No se hace cribado	14	36,8	13	41,9	1	14,3	
Sí, se hace un cribado caso por caso	14	36,8	12	38,7	2	28,6	
Sí, se hace un cribado sistemático en todos los pacientes de la UCI	3	7,9	1	3,2	2	28,6	
<i>¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI repercute en la mortalidad a medio o largo plazo (mortalidad a más de 28 días)?</i>							
Indeciso	8	21,1	8	25,8	0	0,0	0,264
No	1	2,6	1	3,2	0	0,0	
Sí	29	76,3	22	71,0	7	100,0	
<i>¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI prolonga la estancia en la UCI?</i>							
Indeciso	2	5,3	2	6,5	0	0,0	0,319
No	6	15,8	6	19,4	0	0,0	
Sí	30	78,9	23	74,2	7	100,0	
<i>¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI aumenta el coste total del tratamiento hospitalario?</i>							
Indeciso	3	7,9	3	9,7	0	0,0	0,604
No	1	2,6	1	3,2	0	0,0	
Sí	34	89,5	27	87,1	7	100,0	

**Tabla 2** Manejo diagnóstico y terapéutico de la disfagia en las UCIs españolas

Manejo diagnóstico y terapéutico	Todos los hospitales (n = 38)		UCI con < 1.500 ingresos/año (n = 31)		UCI con > 1.500 ingresos/año (n = 7)		p
	n	%	n	%	n	%	
<i>¿En qué pacientes se hace el cribado de la disfagia?</i>							
En todos	2	5,3	2	6,5	0	0,0	0,490
En los postextubados o decanulados	21	55,3	17	54,8	4	57,1	0,912
Pacientes con enfermedad neurológica de base	17	44,7	14	45,2	3	42,9	0,912
Pacientes con trastorno deglutorio preexistente	12	31,6	9	29,0	3	42,9	0,477
En los presentan signos clínicos de disfagia	21	55,3	15	48,4	6	85,7	0,73
<i>¿Quién hace el cribado?</i>							
Cualquier enfermera	13	34,2	11	35,5	2	28,6	0,493
No se hace	4	10,5	4	12,9	0	0,0	
Un especialista en terapia ocupacional	1	2,6	1	3,2	0	0,0	
Un fisioterapeuta	1	2,6	1	3,2	0	0,0	
Un logopeda	3	7,9	3	9,7	0	0,0	
Un médico intensivista	6	15,8	5	16,1	1	14,3	
Otorrinolaringólogo	1	2,6	1	3,2	0	0,0	
Una enfermera de UCI	9	23,7	5	16,1	4	57,1	
<i>¿Cómo se realiza el cribado?</i>							
Con una comida de prueba	12	31,6	10	32,3	2	28,6	0,013
No se hace	5	13,2	5	16,1	0	0,0	
Con fibroendoscopia de la deglución	1	2,6	0	0,0	1	14,3	
Sin instrumental: exploración clínica	5	13,2	2	6,5	3	42,9	
Sin instrumental: test de deglución de agua	15	39,5	14	45,2	1	14,3	
<i>¿Quién realiza la exploración especializada?</i>							
No se hacen pruebas confirmatorias	15	39,5	13	41,9	2	28,6	0,078

Tabla 2 (continuación)

Manejo diagnóstico y terapéutico	Todos los hospitales (n = 38)		UCI con < 1.500 ingresos/año (n = 31)		UCI con > 1.500 ingresos/año (n = 7)		p
	n	%	n	%	n	%	
Un logopeda	4	10,5	3	9,7	1	14,3	
Un ORL	8	21,1	8	25,8	0	0,0	
Otros	11	28,9	7	25,7	4	57,2	
<i>¿Qué técnica se utiliza para llegar al diagnóstico de "disfagia"?</i>							
Indicios clínicos de disfagia (aspiración)	18	47,4	16	51,6	2	28,6	0,270
Exploración clínica: prueba de deglución	20	52,6	18	58,1	2	28,6	0,158
Fibroendoscopia de la deglución	9	23,7	6	19,4	3	42,9	0,186
Ninguna técnica diagnóstica	4	10,5	3	9,7	1	14,3	0,720
<i>¿Cómo trata a sus pacientes de la UCI que presentan disfagia?</i>							
Dieta absoluta por vía oral durante el ingreso	4	10,5	2	6,5	2	28,6	0,085
Modificación de la consistencia de los alimentos	24	63,2	21	67,7	3	42,9	0,218
Alimentación exclusiva por sonda	15	39,5	10	32,3	5	71,4	0,055
Traqueotomía temprana	1	2,6	1	3,2	0	0,0	0,630
Rehabilitación deglutoria	14	36,8	10	32,3	4	57,1	0,218
Estimulación eléctrica o magnética transcraneal	1	2,6	0	0,0	1	14,3	0,033

liza para el estudio la videofluoroscopia de la deglución o la manometría.

En cuanto al tratamiento se basa fundamentalmente, por un lado, en la modificación de la dieta con cambios en el tamaño del bolo y la consistencia de los alimentos 24 (63,2%) y, por otro, en alimentar exclusivamente a sus pacientes mediante sonda 15 (39,5%) (tabla 2).

Con respecto a la rehabilitación de la deglución, mediante técnicas dirigidas a la recuperación funcional motora o sensitivo-motora, así como cambios posturales para facilitar la deglución, realizada por un fisioterapeuta o un logopeda, solo estaba presente en 14 (36,8%) de las unidades (tabla 2). Se aprecia que las unidades de > 1.500 pacientes al año realizaban esta rehabilitación con mayor frecuencia (57,1% vs. 32,3%), de igual manera que realizaban menos adaptación de la dieta (42,9% vs. 67,7%) y mayor uso de dieta absoluta por vía oral (28,6% vs. 6,5%) (tabla 2).

Los factores de riesgo más importantes que creían los entrevistados (pudiendo contestar a más de uno) para el desarrollo de la DOF eran la intubación > 5 días 33 (86,8%), el ingreso por enfermedad neurológica 33 (86,8%), el desgaste muscular o caquexia, sea preexistente o adquirido 29 (76,3%), la presencia de patología neurológica preexistente 28 (73,7%), la edad 21 (55,3%) o el ingreso por traumatismo 20 (52,6%).

Un elevado porcentaje consideraba que la DOF repercute de forma significativa en la mortalidad a medio o largo plazo 29 (76,3%), provocando una estancia más prolongada en la UCI 30 (78,9%) y, por tanto, un aumento del gasto hospitalario 34 (89,5%) (tabla 1).

Entre las complicaciones con la disfagia, la principal descrita fue la neumonía aspirativa 36 (94,7%), seguido de la desnutrición o caquexia 25 (65,8%), la necesidad de reintubación 24(63,2%), el reingreso en UCI 18 (47,4%), la intolerancia a la decanulación 13 (42,1%), la necesidad de traqueotomía 13 (34,2%) y la sepsis 12 (31,6%).

La debilidad adquirida en el paciente crítico suponía un problema añadido en sus pacientes, sin embargo, solo disponían de un procedimiento normalizado para su abordaje en el 18,4% de las unidades (42,9% en unidades de > 1.500 pacientes al año vs. 12,9% en unidades de < 1.500 pacientes al año).

Por último, la mayoría de las unidades, 35 (92,1%), llegaban a la conclusión de que debería mejorarse la sensibilización hacia la disfagia en la UCI.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, por un lado, la tasa de respuesta es pequeña lo que supone un 14% de las UCI españolas y, por otro, puede existir un sesgo de contestación positivo, donde puede que hayan respondido más aquellos con mayor sensibilidad al problema, lo cual podría magnificar aún más este problema del manejo de DOF en UCI.

Por los resultados obtenidos podemos afirmar que la amplia mayoría de las UCI españolas participantes consideran la DOF como un problema potencial en sus pacientes, no obstante, más de la mitad no dispone de un procedimiento normalizado para abordar este trastorno deglutorio. Situación similar fue hallada en un estudio nacional holandés, pues, a pesar de ser conscientes del problema, tan solo el 20% de las unidades tenían implementados procedimientos estandarizados para su detección y tratamiento<sup>8</sup>. En cambio, en el estudio suizo DICE, los autores evidenciaron que

casi en el 70% de hospitales participantes disponían de este tipo de protocolos<sup>7</sup>.

En resumen, a pesar de que la DOF se percibe como un problema muy importante que influye en el pronóstico de estos pacientes, se puede apreciar que las UCI no disponen de protocolos de diagnóstico ni de abordaje secuencial de la misma.

## Financiación

Los autores declaran que el presente estudio ha sido financiado por Fresenius Kabi España.

## Bibliografía

1. Skoretz SA, Flowers HL, Martino R. The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest*. 2010;137:665–73.
2. Zuercher P, Moret CS, Dziejewski R, Schefold JC. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Crit Care*. 2019;23:103.
3. Perren A, Zürcher P, Schefold JC. Clinical Approaches to Assess Post-extubation Dysphagia (PED) in the Critically Ill. *Dysphagia*. 2019;34:475–86.
4. Schefold JC, Berger D, Zürcher P, Lensch M, Perren A, Jakob SM, et al. Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial. *Crit Care Med*. 2017;45:2061–9.
5. Duncan S, McAuley DF, Walshe M, McGaughey J, Anand R, Fallis R, et al. Interventions for oropharyngeal dysphagia in acute and critical care: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46:1326–38.
6. Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M. ICU-acquired swallowing disorders. *Crit Care Med*. 2013;41:2396–405.
7. Zuercher P, Moret C, Schefold JC. Dysphagia in the intensive care unit in Switzerland (DICE) - results of a national survey on the current standard of care. *Swiss Med Wkly*. 2019;149, <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2019.20111>.
8. Van Snippenburg W, Kröner A, Flim M, Hofhuis J, Buise M, Hemler R, et al. Awareness and Management of Dysphagia in Dutch Intensive Care Units: A Nationwide Survey. *Dysphagia*. 2019;34:220–8.

L. Santana-Cabrera<sup>a,\*</sup>, J. Rico Rodríguez<sup>a</sup>,  
D. Simón Bautista<sup>b</sup>, B.N. Santana-López<sup>a</sup>,  
J. Alcaraz Jiménez<sup>a</sup>  
y J.C. Martín González<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Islas Canarias, España

<sup>b</sup> Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Islas Canarias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org) (L. Santana-Cabrera).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.06.003>

0210-5691/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.