

AUTOPERCEPCIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN PERSONAS CON COVID-19 NO HOSPITALIZADAS Y HOSPITALIZADAS EN UNIDADES DE CUIDADOS MEDIOS Y BÁSICOS

SELF-PERCEPTION OF SWALLOWING IN PEOPLE WITH COVID-19, NOT HOSPITALIZED AND HOSPITALIZED IN MEDIUM AND BASIC CARE UNITS

AUTOPERCEPÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM PESSOAS COM COVID-19, NÃO HOSPITALIZADAS E HOSPITALIZADAS EM UNIDADES DE CUIDADOS MÉDIOS E BÁSICOS

ISSN 0717-9553
CIENCIA Y ENFERMERIA (2025) 31:13

DOI
<https://doi.org/10.29393/CE31-13DPFE70013>



Autor de correspondencia
Felipe Gonzalo Rosales-Lillo

Palabras clave
COVID-19; Deglución; Autoinforme; Hospitalización; Fonoaudiología; Chile.

Key words
COVID-19; Swallowing; Self Report; Hospitalization; Speech-Language Pathology; Chile.

Palavras-chave
COVID-19; Deglutição; Autorrelato; Hospitalização; Fonoaudiologia; Chile.

Fecha de recepción
23/03/2025
Fecha de aceptación
19/05/2025

Editora Asociada
Dra. Claudia Delgado Riffo

Felipe Gonzalo Rosales-Lillo¹ Email: frosaleslillo@gmail.com

Nicole Vargas-Ferrada² Email: nvargas@udla.cl

Catherine Cappello-Sandoval³ Email: cathiccappello@gmail.com

Brenda Díaz-Segovia⁴ Email: brndv.ds99@gmail.com

Karina Muñoz-Silva⁵ Email: munozsilvakarina@gmail.com

Ámbar Salgado-Neira⁶ Email: ambar.salgado.neira@gmail.com

Estefanía San-Martín-Díaz⁷ Email: estefania.sanmartindiaz@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Describir la autopercepción de la deglución de personas en Santiago de Chile que padecieron COVID-19 entre marzo de 2020 a septiembre de 2022, que fueron hospitalizadas en unidades de cuidados medios-básicos y personas no hospitalizadas. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal que incluyó 36 participantes que padecieron COVID-19, separados en grupo de personas hospitalizadas y grupo de personas no hospitalizadas. Se utilizó el cuestionario *Eating Assessment Tool*, EAT-10. **Resultados:** La media de edad del grupo de personas hospitalizadas fue de 39,95 años, mientras que la del grupo de personas no hospitalizadas fue de 37,38 años. La media de días de hospitalización fue de 19,78 días. La media total del EAT-10 del grupo de personas hospitalizadas y grupo de personas no hospitalizadas fue de 4,83 y 2,67 puntos respectivamente. El grupo de personas no hospitalizadas concentró más respuestas en la categoría "ningún problema" en comparación al grupo de personas hospitalizadas. Este grupo presentó mayor alteración autopercebida de los parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad de la

¹Fonoaudiólogo, Centro de Estudios e Investigaciones en Salud y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago, Chile.

²Fonoaudióloga, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Viña del Mar, Chile.

³Fonoaudióloga, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Santiago, Chile.

⁴Fonoaudióloga, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Santiago, Chile.

⁵Fonoaudióloga, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Santiago, Chile.

⁶Fonoaudióloga, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Santiago, Chile.

⁷Fonoaudióloga, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Santiago, Chile.

deglución. Conclusiones: Quienes fueron hospitalizados percibieron mayor alteración de los parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad de la deglución. El puntaje medio de EAT-10 indica riesgo de disfagia en quienes fueron hospitalizados. Se sugiere realizar investigaciones de calidad de vida.

ABSTRACT

Objective: To describe the self-perception of swallowing of people in Santiago de Chile who suffered from COVID-19 between March 2020 and September 2022 and were hospitalized in medium-basic care units or were not hospitalized. **Material and Method:** Observational, descriptive, cross-sectional study that included 36 participants who suffered COVID-19, separated into groups of hospitalized and non-hospitalized individuals. The Eating Assessment Tool (EAT-10) questionnaire was used. **Results:** The mean age of the hospitalized group was 39.95 years, compared to 37.38 years for the non-hospitalized group. The mean number of days of hospitalization was 19.78. The overall mean of the EAT-10 score for the hospitalized and non-hospitalized group was 4.83 and 2.67 points, respectively. The group of non-hospitalized individuals concentrated more responses in the "no problem" category than the group of hospitalized individuals. This group reported greater self-perceived alteration in the parameters of swallowing safety, efficiency, competence and comfort. **Conclusions:** Those who were hospitalized perceived greater alteration in the parameters of swallowing safety, efficiency, competence and swallowing comfort. The mean EAT-10 score indicates the risk of dysphagia among hospitalized patients. Further research on quality of life is suggested.

RESUMO

Objetivo: Descrever a autopercepção da deglutição de pessoas em Santiago do Chile que sofreram COVID-19 entre março de 2020 e setembro de 2022 e foram hospitalizadas em unidades de cuidados médios-básicos e pessoas não hospitalizadas. **Material e Método:** Estudo observacional, descritivo e transversal que incluiu 36 participantes que sofreram COVID-19, separados em grupos de indivíduos hospitalizados e não hospitalizados. Foi utilizado o questionário *Eating Assessment Tool* (EAT-10). **Resultados:** A média de idade do grupo hospitalizado foi de 39,95 anos, enquanto a do grupo não hospitalizado foi de 37,38 anos. O número médio de dias de hospitalização foi de 19,78 dias. A média total da pontuação EAT-10 para os grupos hospitalizado e não hospitalizado foi de 4,83 e 2,67 pontos, respectivamente. O grupo de indivíduos não hospitalizados concentrou mais respostas na categoria "sem problemas" em comparação com o grupo de indivíduos hospitalizados. Esse grupo apresentou maior alteração na autopercepção dos parâmetros de segurança, eficiência, competência e conforto da deglutição. **Conclusões:** Os indivíduos hospitalizados perceberam maior alteração nos parâmetros de segurança, eficiência, competência e conforto da deglutição. A pontuação média do EAT-10 também indica risco de disfagia entre os pacientes hospitalizados. Sugere-se, portanto, a realização de mais pesquisas sobre a qualidade de vida.

INTRODUCCIÓN

Las personas que se contagian de COVID-19 pueden experimentar algún grado de disfagia, que puede perdurar en los meses posteriores⁽¹⁾. Estudios previos de autopercepción de la deglución han sido llevados a cabo mayoritariamente en personas que fueron hospitalizadas en unidades críticas⁽²⁻⁶⁾, no así en servicios de cuidados medios y básicos, como aquellos que no precisaron de hospitalización. Conocer la autopercepción en esta población permite obtener un panorama más completo de las secuelas post-COVID, facilitando tanto a los equipos de salud como a los gestores de salud (coordinadores, jefes de servicio y autoridades

responsables de planificar, administrar y evaluar las políticas sanitarias) el diseño de estrategias de cuidados e intervenciones de rehabilitación más efectivas y accesibles. Para ello, resulta fundamental conocer las percepciones de sujetos que requirieron hospitalización en unidades de cuidados medios y básicos, además de quienes no requirieron hospitalización.

El virus SARS-CoV-2, de rápida propagación, fue el agente causante de la pandemia COVID-19, considerada como un desastre público global^(7, 8). Los signos y síntomas del COVID-19 más habituales incluyen fiebre, tos, disnea, dolor torácico, conjuntivitis, cefalea, diarrea, escalofríos, mialgia, cansancio, anos-

mia y ageusia⁽⁹⁾. Algunos pacientes que padecieron COVID-19, según la gravedad del caso, requirieron de hospitalización, incluso con soporte ventilatorio en unidades de cuidados intensivos (UCI), como también, atención en unidades de cuidados medios y básicos⁽¹⁰⁾. En Chile, si bien, la mayoría de las personas que cursaron COVID-19 presentaron cuadros leves, alrededor del 14% de los contagiados requirieron hospitalización, donde un 5% necesitó de cuidados intensivos⁽¹¹⁾.

Debido a la contingencia mundial de la pandemia, se realizaron diversos estudios en el contexto hospitalario, lo que permitió observar una alta incidencia de disfagia en pacientes con COVID-19 al compararlos con aquellos que no presentaban la enfermedad. Dichos hallazgos destacan el rol del fonoaudiólogo en el proceso de rehabilitación⁽¹²⁾, respaldando la necesidad de implementar programas de rehabilitación deglutoria y recomendando la asignación de recursos específicos para su ejecución⁽¹³⁾. Se ha destacado en estudios anteriores que en pacientes con COVID-19 la disfagia fue un factor de riesgo independiente para la malnutrición, que prolongó la hospitalización⁽¹⁴⁾. Además, se demostró que esta población presentó mayor prevalencia de lesiones laríngeas y disfagia orofaríngea⁽¹⁵⁾. En UCI se evidenció que la mayoría de los sujetos intubados presentaron algún grado de disfagia, con aumento del riesgo por ventilación mecánica prolongada y requerimiento de traqueostomía⁽²⁾. Asimismo, cerca del 40% de los pacientes precisaron de terapia deglutoria post extubación orotraqueal, donde el 90% presentó disfagia a la evaluación deglutoria inicial, 59% alguna vía de nutrición alternativa y 36% restricción de ingesta por vía oral⁽³⁾. Adicionalmente, los sujetos con COVID-19 grave y estadía prolongada en UCI presentaron disfagia grave e incidencia elevada de aspiración silente⁽⁴⁾. Igualmente, se destacó la relación entre extubación orotraqueal y disfagia, como también, de factores asociados a COVID-19 y disfagia, siendo ellos edad avanzada, debilidad muscular asociada a hospitalización prolongada, deterioro cognitivo, entre otros⁽⁵⁾. Según la evidencia disponible, la disfagia ha sido identificada en el 77% de las personas hospitalizadas con COVID-19. Si bien, no indican diferencia en

términos de prevalencia entre las personas hospitalizadas en UCI y personas hospitalizadas en unidades de cuidados medios y básicos, sí existen contrastes en cuanto la severidad de la deglución, viéndose más alterada en pacientes que necesitaron de cuidados intensivos⁽⁶⁾. En personas que no requirieron de soporte ventilatorio, se evidenció que también podían experimentar disfagia, la que estaría relacionada con alteración de la función respiratoria y neurológica provocada por el SARS-CoV-2⁽¹⁶⁾. Desde el punto de vista respiratorio, los sujetos diagnosticados con COVID-19 pueden presentar disfagia por aumento del esfuerzo respiratorio⁽¹⁷⁾.

En cuanto a la afección post hospitalaria, se documentó que, luego de un mes de hospitalización, la disfagia se mantuvo en el 12,6% de los sujetos que estuvieron en UCI y en un 12,7% de quienes estuvieron en unidades de menor complejidad, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos⁽¹⁸⁾. Asimismo, quienes padecieron COVID-19 con o sin hospitalización presentaron una prevalencia de disfagia del 14% luego de tres a seis meses posterior al contagio⁽¹⁹⁾. La razón más común postulada es la alteración de los pares craneales asociados al acto deglutorio⁽²⁰⁾. Además, la disfagia podría estar causada por varios factores, que incluyen la reducción de la coordinación faringolaríngea como consecuencia del tropismo del SARS-CoV-2 hacia el sistema nervioso central y/o periférico⁽²¹⁾.

En cuanto a la autopercepción de la disfagia, se han utilizado herramientas como los cuestionarios *Eating Assessment Tool* (Herramienta de evaluación de la alimentación, EAT-10), y *Quality of Life in Swallowing Disorders* (Calidad de vida en los trastornos de la deglución, SWAL-QoL)^(22, 23). El primero permite evaluar de forma rápida y sencilla la presencia y gravedad de síntomas relacionados con la disfagia en adultos. Consta de 10 ítems que el paciente califica del 0 al 4, donde 0 indica ausencia de dificultad y 4 representa una afectación severa. El puntaje total va de 0 a 40; una puntuación igual o superior a 3 sugiere riesgo de disfagia y la necesidad de una evaluación más completa.

El SWAL-QoL permite evaluar el impacto de los trastornos de la deglución en la calidad de vida de los adultos. Consta de 44 ítems

distribuidos en 11 dominios: carga, deseo de comer, duración de las comidas, síntomas, estado mental, sueño, fatiga, comunicación, función social, miedo a comer y selección de alimentos. Cada respuesta se transforma a una escala de 0 a 100, donde los puntajes más altos reflejan una mejor calidad de vida. En quienes requirieron de ventilación mecánica no invasiva, el EAT-10 indicó puntuación total media de 13 puntos, que señala indicios de sospecha de disfagia⁽²²⁾. Dentro de los síntomas más afectados se encuentra dolor al tragar, placer afectado al momento de comer, deglución estresante y tos al comer⁽²²⁾. Se identificó asociación estadísticamente significativa entre disfagia, reinfección, duración y gravedad del COVID-19, pudiéndose establecer que, a mayor gravedad de la patología, mayor puntuación del cuestionario EAT-10⁽²²⁾. En pacientes hospitalizados con puntaje mayor a 3 en el cuestionario EAT-10 (problemas de seguridad de la deglución, es decir, de la protección de la vía aérea, y eficacia de la deglución, entendida como la capacidad para transportar adecuadamente el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago asegurando una nutrición e hidratación adecuadas), la media de hospitalización fue de 16,5 días. De estos pacientes, el 50% requirió soporte de oxígeno, 38% fue intubado, 87,5% presentó disnea, y 62,5% tos⁽⁵⁾. Estudios en los que se aplicaron ambos cuestionarios, los participantes manifestaron quejas subjetivas asociadas a dificultades deglutorias, con puntuaciones más negativas en la categoría de alimentación en pruebas de autopercepción. Se constató que estas quejas interfieren negativamente en los dominios de salud mental, ingesta oral y percepción de la severidad de la disfagia. De igual forma, quienes presentaron condiciones respiratorias obtuvieron peores resultados en fatiga, ingesta oral y percepción de la severidad de la disfagia. Finalmente, las mujeres presentaron peores resultados en sobrecarga y selección de los alimentos en comparación a los hombres⁽²³⁾. Al comparar la calidad de vida mediante SWAL-QoL en personas que necesitaron hospitalización en UCI versus unidades de cuidados medios y básicos, se registró que en ambos grupos hubo reducción de esta, existiendo diferencias estadísticamente

significativas entre grupos, siendo más alterada en el grupo de personas hospitalizadas en UCI⁽⁶⁾.

La mayor parte de los estudios en el área se encuentra centrada en sujetos hospitalizados por COVID-19 en unidades críticas, y en menor medida en unidades de cuidados medios y básicos.

En Chile, las personas que contrajeron COVID-19 y fueron hospitalizadas en unidades críticas, corresponden al 5% del total⁽¹¹⁾. Este grupo presenta y refiere percibir alteraciones de la deglución estadísticamente más severas^(5, 6, 22, 23).

86% de la población que ha padecido algún grado de COVID-19, no requiere hospitalización⁽¹¹⁾. Sin embargo, este grupo también puede presentar disfagia, ya sea por alteraciones respiratorias y/o neurológicas, reportándose incluso, estos síntomas meses post contagio⁽¹⁾. Es en esta población donde no existe mayor análisis de la autopercepción de la deglución. Considerando que existen limitados datos de autopercepción en el grupo de personas hospitalizadas por COVID-19 en unidades de cuidados medios y básicos y personas no hospitalizadas, como propósito resulta interesante contar con más antecedentes que permitan mejorar la comprensión de los efectos del COVID-19 en esta población. En base a lo planteado, la pregunta de este estudio es ¿cuál es la autopercepción de la deglución de personas que padecieron COVID-19 que fueron hospitalizadas en unidades de cuidados medios y básicos y de los que no fueron hospitalizados? Este estudio tuvo como objetivo describir la autopercepción de la deglución de personas en Santiago de Chile que padecieron COVID-19 entre marzo de 2020 a septiembre de 2022, que fueron hospitalizadas en unidades de cuidados medios y básicos y de los no hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y la unidad de análisis correspondió a sujetos de entre 25 y 50 años que padecieron COVID-19 con y sin hospitalización en Chile.

Muestra: Estuvo conformada por un total de 36 sujetos que padecieron COVID-19, residentes en la ciudad de Santiago de Chile,

sin antecedentes de dificultades deglutorias previas, patologías psiquiátricas ni cognitivas. Se consideró un grupo de 18 personas que requirieron de hospitalización en unidades de cuidados medios y básicos y 18 personas que no fueron hospitalizadas. Este tamaño muestral se estimó en base a la comparación del puntaje total del cuestionario EAT-10⁽²⁴⁾, que evalúa el riesgo de disfagia en un rango de 0 a 40 puntos. Según el estudio original de validación del EAT-10⁽²⁵⁾, se reportaron desviaciones estándar cercanas a 12 puntos en poblaciones con disfagia. No obstante, considerando la menor variabilidad esperada en esta muestra (personas con COVID-19 sin enfermedades de base que comprometieran gravemente la deglución), se asumió una desviación estándar de 5 puntos. Bajo esta suposición, y considerando una diferencia mínima clínicamente relevante de 5 puntos entre grupos, un nivel de significación de 0,05 y un poder estadístico del 80%, se calculó un tamaño mínimo de 16 sujetos por grupo. Finalmente, se incluyeron 18 participantes en cada grupo para asegurar la potencia del análisis y la validez de las comparaciones. El tipo de muestreo implementado fue a conveniencia, accediendo a los sujetos mediante reclutamiento por redes sociales, hasta lograr el máximo por grupo.

Los criterios de inclusión fueron: sujetos de

la Región Metropolitana que hayan padecido COVID-19 entre marzo de 2020 y septiembre de 2022, que hayan o no requerido de hospitalización por COVID-19 en unidades de cuidados medios y/o básicos, con edad entre 25 y 50 años al momento de participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: sujetos con dificultades cognitivas, psiquiátricas y sin antecedentes de dificultades de la deglución previo al contagio por COVID-19.

Variables y recolección de datos: Las variables consideradas fueron edad de los participantes, días de hospitalización y puntaje total y por ítem del cuestionario EAT-10⁽²⁴⁾.

Para determinar la autopercepción de la deglución de los participantes, se utilizó el cuestionario EAT-10 que corresponde a una herramienta analógica, unidimensional y de puntuación directa que tiene como objetivo conocer la dificultad que perciben las personas para deglutir⁽²⁶⁾. Este cuestionario, validado en Chile, posee una consistencia interna de 0,89 (Alfa de Cronbach) y una consistencia inter-observador del 100%⁽²⁴⁾. La Tabla 1 muestra la categorización de las preguntas del cuestionario EAT-10 de acuerdo a los parámetros de Seguridad, Eficiencia, Competencia y Confortabilidad (SECC)⁽²⁷⁾.

Tabla 1. Preguntas del cuestionario EAT-10 categorizadas según parámetros SECC ⁽²⁵⁾.

Parámetro	Ítem EAT-10
Seguridad	Ítem 9: Toso cuando como.
Eficiencia	Ítem 1: Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.
Competencia	Ítem 3: Tragar líquido me supone un esfuerzo extra.
	Ítem 4: Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.
	Ítem 5: Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.
	Ítem 8: Cuando trago la comida se pega en mi garganta.
Confortabilidad	Ítem 2: Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.
	Ítem 6: Tragar es doloroso.
	Ítem 7: El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.
	Ítem 10: Tragar es estresante.

El cuestionario fue implementado en formato online a través de *Google Form®*. La información obtenida se almacenó en una planilla de *Microsoft Excel®*, versión 2016 para mantenerla ordenada, la cual fue guardada en los computadores del equipo de investigación.

Para el reclutamiento de los sujetos de investigación, entre el 31 de octubre al 20 de noviembre de 2022 se compartió un afiche por las redes sociales *LinkedIn*, *Facebook* e *Instagram* con el propósito de invitar a potenciales colaboradores a participar del estudio, logrando así un alcance más amplio y diversificar el tipo de participantes que padecieron de COVID-19 con o sin hospitalización, estrategia útil al no contar con una base de datos previa con los antecedentes y fuera el ámbito clínico o institucional. Esta etapa del estudio se determinó considerando criterios logísticos, factibilidad de difusión y tiempos disponibles de ejecución. Al momento de abrir el cuestionario en línea, se solicitó correo electrónico e iniciales para acceder al consentimiento informado aprobado por el Comité Ético Científico. Luego de leerlo y aceptar, el participante pudo acceder a todas las preguntas del cuestionario. En caso de no aceptar, automáticamente el sistema redirigió al participante a la última parte del cuestionario, sin tener acceso a responder.

Para garantizar la integridad de los datos y evitar respuestas incompletas, el cuestionario fue configurado para que todas las preguntas requirieran dar información obligatoria, impidiendo el envío del formulario en caso de respuestas faltantes. Luego de tres semanas de estar el afiche en redes sociales, se descargó la base de datos, se eliminó el enlace y el formulario de *Google®* para no dejar registro de la información. Posteriormente, de la base de datos disponible se eliminaron los correos electrónicos de los participantes, y se anonimizaron los datos de sus iniciales otorgando numeración para codificarlos.

Análisis de datos: Para el análisis descriptivo de variables numéricas se utilizó la media y desviación estándar como medidas de tendencia central. Adicionalmente, se reportó el rango, el mínimo y el máximo. Para variables categóricas, se consideró la frecuencia y el porcentaje. El análisis se realizó mediante el

software SPSS v.24.

Aspectos éticos: En relación con las consideraciones éticas, este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile mediante número de protocolo 142 de fecha 25 de octubre de 2022. Se aplicó el consentimiento informado a los participantes, aprobado por el Comité, quienes confirmaron voluntariamente su participación mediante la firma del documento, libre y esclarecido. Todos los datos de identificación de los participantes fueron anonimizados, utilizando códigos alfanuméricos. Tras el análisis, toda la información fue eliminada. El equipo de investigación se comprometió con el Comité a respetar la Declaración de Helsinki de 1975, las normas de buenas prácticas clínicas, las Leyes chilenas N°20.584⁽²⁸⁾, N°19.628⁽²⁹⁾ y la Ley N°20.120 sobre Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana⁽³⁰⁾.

RESULTADOS

Características de los sujetos que padecieron COVID-19:

En términos generales, el promedio de edad en el grupo requirente de hospitalización en unidades de cuidados medios y básicos (PH) fue de 39,95 años (DE +/- 11,8 años), con una media de días de hospitalización de 19,78 días (DE +/- 9,84 días). El grupo compuesto por sujetos que no requirieron hospitalización (PNH), tuvo un promedio de edad de 37,38 años (DE +/- 8,42 años).

Autopercepción de la deglución: La Tabla 2 muestra los resultados que ambos grupos obtuvieron en el cuestionario EAT-10. En ella se puede observar que los participantes que fueron hospitalizados (PH) reportaron mayores niveles de dificultad en la deglución en comparación con quienes no lo fueron. El puntaje global del cuestionario EAT-10 sugiere que el grupo PH presentaría riesgo de disfagia. El análisis específico por ítem muestra medias mayores en el grupo PH, lo que sugiere mayor alteración deglutoria percibida, que se relaciona a todos los parámetros SECC. El análisis detallado de las medias por ítem de ambos grupos se presenta en la Tabla 3.

Tabla 2. Respuestas del cuestionario EAT-10 en personas no hospitalizadas (PNH) y personas hospitalizadas (PH), Región Metropolitana, Chile, 2022 (n=36).

Medidas estadísticas	PNH	PH
Media	2,67	4,83
Desviación estándar	7,94	8,07
Rango	33	23
Mínimo	0	0
Máximo	33	23

Tabla 3. Media de las respuestas de ambos grupos del cuestionario EAT-10, Región Metropolitana, Chile, 2022 (n=36).

Pregunta	Grupo	M	DE
Ítem 1	PH	0,39	0,92
	PNH	0,33	0,97
Ítem 2	PH	0,33	0,69
	PNH	0,17	0,7
Ítem 3	PH	0,28	0,82
	PNH	0,28	1,82
Ítem 4	PH	0,61	1,09
	PNH	0,33	0,84
Ítem 5	PH	0,68	1,19
	PNH	0,28	0,96
Ítem 6	PH	0,39	0,7
	PNH	0,28	0,83
Ítem 7	PH	0,5	1,04
	PNH	0,28	0,96
Ítem 8	PH	0,56	0,92
	PNH	0,17	0,51
Ítem 9	PH	0,5	0,86
	PNH	0,33	0,97
Ítem 10	PH	0,72	1,32
	PNH	0,22	0,94

DE= Desviación estandar / M= Media

Del mismo modo, tras analizar las frecuencias y porcentajes de las respuestas en cada grupo, se puede observar que los sujetos del grupo PNH concentran más respuestas en la categoría "ningún problema", en comparación a las personas del grupo PH. Por ello, en este último grupo se presenta descriptiva y cualitativamente

mayor alteración de los parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad de la deglución. La Tabla 4 detalla la frecuencia y porcentaje de las respuestas de los participantes en el cuestionario EAT-10, separados por grupo PH y PNH.

Tabla 4. Respuestas de los participantes en el cuestionario EAT-10, separados por grupo, Región Metropolitana, Chile, 2022 (n=36).

EAT-10 Pregunta	PH			PNH	
	Puntaje	f	%	f	%
Ítem 1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.	0	15	83%	16	89%
	1	0	0%	0	0%
	2	2	11%	0	0%
	3	1	6%	2	11%
	4	0	0%	0	0%
Ítem 2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.	0	14	78%	17	94%
	1	2	11%	0	0%
	2	2	11%	0	0%
	3	0	0%	1	6%
	4	0	0%	0	0%
Ítem 3. Tragar líquido me supone un esfuerzo extra.	0	16	88%	16	88%
	1	1	6%	1	6%
	2	1	6%	1	6%
	3	0	0%	0	0%
	4	0	0%	0	0%
Ítem 4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.	0	13	72%	15	82%
	1	1	6%	1	6%
	2	2	11%	1	6%
	3	2	11%	1	6%
	4	0	0%	0	0%
Ítem 5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.	0	12	66%	16	88%
	1	3	16%	1	6%
	2	1	6%	0	0%
	3	1	6%	0	0%
	4	1	6%	1	6%
Ítem 6. Tragar es doloroso.	0	13	72%	16	88%
	1	3	17%	0	0%
	2	2	11%	1	6%
	3	0	0%	1	6%
	4	0	0%	0	0%
Ítem 7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.	0	14	77%	16	88%
	1	1	6%	1	6%
	2	1	6%	0	0%
	3	2	11%	0	0%
	4	0	0%	1	6%

Continuación Tabla 4.

EAT-10	PH			PNH	
	Puntaje	f	%	f	%
Ítem 8. Cuando trago la comida se pega en mi garganta.	0	12	66%	16	88%
	1	3	17%	1	6%
	2	2	11%	1	6%
	3	1	6%	0	0%
	4	0	0%	0	0%
Ítem 9. Toso cuando como.	0	12	66%	15	83%
	1	4	22%	2	11%
	2	1	6%	0	0%
	3	1	6%	0	0%
	4	0	0%	1	6%
Ítem 10. Tragar es estresante.	0	13	71%	17	94%
	1	1	6%	0	0%
	2	1	6%	0	0%
	3	2	11%	0	0%
	4	1	6%	1	6%

DISCUSIÓN

La evidencia en sujetos hospitalizados en unidades críticas con diagnóstico de COVID-19 se ha centrado principalmente en características clínicas e inmediatas de la disfagia, donde se ha justificado la presencia del fonoaudiólogo^(2-5, 12-15). Si bien, la prevalencia de disfagia entre quienes precisaron de cuidados críticos versus cuidados medios y básicos es similar (77%), los primeros presentan mayor severidad clínica de la deglución y mayor alteración acorde a la autopercepción de la misma⁽⁶⁾. A pesar de estos antecedentes, no se ha explorado del todo sobre sujetos que requirieron hospitalización en unidades de cuidados medios y básicos, y menos aún, en aquellos que se contagiaron de la patología con menor severidad y que, por ende, no fueron hospitalizados. Ello, considerando las cifras del Ministerio de Salud de Chile, donde alrededor del 5% de las personas requirió de cuidados intensivos, 9% de cuidados medios y básicos, mientras que un 86% no fue hospitalizado⁽¹¹⁾. Tampoco se tiene evidencia

sobre la autopercepción de la deglución en estos grupos posterior al alta médica a mediano y largo plazo, donde se han reportado cifras de prevalencia de disfagia cercanas al 12%⁽¹⁸⁾ y del 14% de quienes fueron y no hospitalizados luego de 3-6 meses⁽¹⁹⁾, pudiendo existir manifestaciones tardías de trastornos de la deglución como consecuencia del COVID-19. Por lo anterior, fue justificada la importancia de estudiar a estas poblaciones, que representan el mayor porcentaje de personas y donde no existe análisis profundo de autopercepción de la deglución. Lo anterior es importante para conocer y determinar las necesidades reportadas por los mismos pacientes, con el fin de mejorar la comprensión del fenómeno y hacer partícipes a los pacientes dentro del proceso de rehabilitación.

En este estudio se integró la categorización de preguntas según parámetros SECC⁽²⁷⁾, lo que permitió un análisis más profundo de los datos. Desde el punto de vista cualitativo, los resultados mostraron que las personas hospitalizadas tuvie-

ron peor autopercepción de la deglución en todos los parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad de la deglución. Al comparar las frecuencias de las respuestas por grupo con los parámetros SECC, se puede observar que en el grupo de personas que requirieron hospitalización se encuentran más alteradas la seguridad, competencia y confortabilidad de la deglución, específicamente en “tragar pastillas me supone un esfuerzo extra”, “tragar es doloroso”, “toso cuando como”, “cuando trago la comida se pega en mi garganta”, y “mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa”. Lo anterior, es similar a lo reportado por la literatura, donde se ve alterada la confortabilidad (placer, dolor y estrés al comer) y seguridad (tos al comer) de la deglución⁽²²⁾, como también una alta prevalencia de tos⁽⁵⁾. En cuanto a la media total del puntaje del cuestionario EAT-10, este estudio muestra que el grupo de personas que requirió de hospitalización tuvo un puntaje mayor que quienes no requirieron ser hospitalizados (4,83 y 2,67 respectivamente). El puntaje medio sugiere indicios de riesgo de disfagia en este grupo, tal como en un estudio previo⁽²²⁾.

La literatura ha documentado un impacto persistente y significativo en la salud física y psicosocial de los sobrevivientes de COVID-19, con efectos indirectos sobre sus parejas y otros miembros del núcleo familiar⁽³¹⁾. En personas con *Long COVID*, se ha observado una asociación significativa entre una menor calidad de vida, funcionalidad reducida, bajos niveles de actividad física y fatiga severa⁽¹⁾. En relación con las alteraciones deglutorias, se han identificado síntomas frecuentes de disfagia post-COVID, tales como dolor al tragar, tos, estrés durante la alimentación y disminución del placer al comer^(22, 23). Estas dificultades se relacionan con una mayor gravedad del cuadro clínico y repercuten negativamente en la salud mental, la ingesta oral y la percepción general de la disfagia⁽²³⁾. La mayoría de los estudios se han centrado en pacientes hospitalizados en unidades críticas, excluyendo en gran medida a quienes cursaron la enfermedad en unidades de cuidados medios, básicos o sin hospitalización, como los participantes de este estudio. Esta

brecha, evidencia la necesidad de ampliar la investigación hacia estas poblaciones junto a sus núcleos familiares, con el objetivo de desarrollar estrategias de atención más eficaces, inclusivas y ajustadas a sus realidades clínicas y biopsicosociales.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que la recolección de datos se realizó exclusivamente en residentes de la ciudad de Santiago, lo que restringe la representatividad de la muestra. Además, la muestra estuvo compuesta por 36 participantes, y no se utilizó un muestreo aleatorio, lo que limita la generalización de los resultados a la población general. Por otra parte, el estudio incluyó únicamente a pacientes hospitalizados en unidades de complejidad media y básica, excluyendo a pacientes críticos. Esta exclusión se debió a modificaciones solicitadas por el Comité Ético Científico durante la primera revisión del protocolo de investigación. Finalmente, la modalidad de administración del cuestionario en línea impidió un control directo sobre la participación de los sujetos, pudiendo haber generado un sesgo de selección.

Como proyecciones, se sugiere repetir el estudio considerando una muestra más representativa, con habitantes de todo el país e incluyendo a personas que hayan requerido hospitalización en unidades críticas. También, es necesario realizar estudios de calidad de vida en esta población, que aún son limitados. Lo anterior, podría ser de utilidad para obtener respuestas desde la visión propia del sujeto de investigación, lo que podría aportar en el entendimiento de la patología desde la visión del paciente y de este modo, integrar conceptos biopsicosociales dentro del análisis. Ello podría contribuir a comprender de manera óptima las preocupaciones y las prioridades de los usuarios, donde un enfoque personalizado por caso podría apoyar a los equipos clínicos en la toma de decisiones terapéuticas integrando una mirada biopsicosocial.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada, la autopercepción de la deglución en personas que padecieron COVID-19 varió entre aquellos que fueron hospitalizados

en unidades de cuidados medios y básicos y aquellos que no requirieron hospitalización. El primer grupo manifestó una percepción más negativa de los parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad de la deglución. El puntaje medio de EAT-10 refuerza esta diferencia, evidenciando un promedio de 4,83 puntos en el grupo hospitalizado, lo cual sugiere la existencia de riesgo de disfagia. Por su parte, el grupo no hospitalizado obtuvo un promedio de 2,67 puntos, indicando una percepción más favorable.

Estos resultados son importantes para programar el seguimiento y rehabilitación de personas que sufrieron COVID-19 y que podrían presentar disfagia, incluso en periodo prolongado post contagio. Se sugiere considerar estos antecedentes en la elaboración de programas, e impulsar investigaciones de calidad de vida en esta población.

Financiamiento: El proyecto no contó con fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses: Los autores refieren que no existe conflicto de intereses.

Agradecimientos: A todas las personas que voluntariamente participaron de este proyecto, respondiendo a las preguntas que permitieron reportar los resultados en este estudio.

Participación de los autores:

Felipe Gonzalo Rosales-Lillo: Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, asesoría estadística, y asesoría técnica y metodológica.

Nicole Vargas-Ferrada: Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, asesoría estadística, y asesoría técnica y metodológica.

Catherine Cappello-Sandoval: Análisis e interpretación de los resultados, y redacción del manuscrito.

Brenda Díaz-Segovia: Análisis e interpretación de los resultados, y redacción del manuscrito.

Karina Muñoz-Silva: Análisis e interpretación de los resultados, y redacción del manuscrito.

Ámbar Salgado-Neira: Análisis e interpretación

de los resultados, y redacción del manuscrito.

Estefanía San-Martín-Díaz: Análisis e interpretación de los resultados, y redacción del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Vélez-Santamaría R, Fernández-Solana J, Méndez-López F, Domínguez-García M, González-Bernal JJ, Magallón-Botaya R, et al. Functionality, physical activity, fatigue and quality of life in patients with acute COVID-19 and Long COVID infection. *Sci Rep* [Internet]. 2023 [citado 15 may 2025]; 13: 19907. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47218-1>
2. Sandblom H, Dotevall H, Svennerholm K, Tuomi L, Finizia C. Characterization of dysphagia and laryngeal findings in COVID-19 patients treated in the ICU - An observational clinical study. *PLoS One* [Internet]. 2021 [citado 12 dic 2022]; 16(6): e0252347. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252347>
3. Bordejé L, Marcos-Neira P, Martínez-de-Lagrán I, Mor E, Pollán C, Viñas C, et al. Dysphagia and mechanical ventilation in SARS-CoV-2 pneumonia: It's real. *Clin Nutr* [Internet]. 2022 [citado 3 ene 2023]; 41(12): 2927-2933. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.11.018>
4. Regan J, Walshe M, Lavan S, Horan E, Gillivan P, Healy A, et al. Post-extubation dysphagia and dysphonia amongst adults with COVID-19 in the Republic of Ireland: A prospective multi-site observational cohort study. *Clin Otolaryngol* [Internet]. 2021 [citado 13 dic 2022]; 46(6): 1280-1299. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/coa.13832>
5. Lagier A, Melotte E, Poncelet M, Remacle S, Meunier P. Swallowing function after severe COVID-19: early videofluoroscopic findings. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2021 [citado 7 dic 2022]; 278: 3119-3123. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06522-6>
6. Marchese M, Ausili C, Mari G, Proietti I, Carfi A, Tosato M, et al. Oropharyngeal dysphagia after hospitalization for COVID-19 disease: our screening results. *Dysphagia* [Internet]. 2021 [citado 27 nov 2022]; 37: 447-453. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10325-0>
7. Alabdulmonem W, Shariq A, Rasheed Z. COVID-19: A global public health disaster. *Int J Health Sci* [Internet]. 2020 [citado 7 abr 2022]; 14(3):7-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7269619/>

8. Muralidar S, Ambi S, Sekaran S, Krishnan U. The emergence of COVID-19 as a global pandemic: Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2. *Biochimie* [Internet]. 2020 [citado 30 mar 2022]; 179: 85-100. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.biochi.2020.09.018>
9. Pruthi H. When to initiate antifungal treatment in COVID-19 patients with secondary fungal co-infection. *Curr Clin Microbiol Rep* [Internet]. 2022 [citado 7 ene 2023]; 9(4): 60-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40588-022-00184-0>
10. Tan E, Song J, Deane AM, Plummer MP. Global impact of coronavirus disease 2019 infection requiring admission to the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Chest* [Internet]. 2021 [citado 13 jun 2022]; 159(2): 524-536. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.014>
11. Ministerio de Salud. Manual para categorización multidimensional de riesgo de secuelas GES 87: Rehabilitación en SARS-CoV-2. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Chile: Ministerio de Salud [Internet]. 2022 [citado 8 ene 2023]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/MANUAL-PARA-CATEGORIZACION-MULTIDIMENSIONAL-DE-RIESGO-DE-SECUELAS-GES-87-REHABILITACION-EN-SARS-COV-2.f.pdf>
12. Ceruti S, Glotta A, Galli A, Biggiogero M, Bona G, Mauri R, et al. Dysphagic disorder in a cohort of COVID-19 patients: evaluation and evolution. *Ann Med Surg* [Internet]. 2021 [citado 3 may 2022]; 69(1): 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102837>
13. Archer SK, Lezzi CM, Gilpin L. Swallowing and voice outcomes in patients hospitalized with COVID-19: an observational cohort study. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2021 [citado 3 may 2022]; 102(6): 1084-1090. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.01.063>
14. Martín-Martínez A, Ortega O, Viñas P, Arreola V, Nascimento W, Costa A, et al. COVID-19 is associated with oropharyngeal dysphagia and malnutrition in hospitalized patients during the spring 2020 wave of the pandemic. *Clin Nutr* [Internet]. 2021 [citado 13 dic 2022]; 41: 2996-3006. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.06.010>
15. Banari A, Aghaz A, Shahriyari A, Fakhimi F. Dysphagia and dysphonia in COVID-19 patients hospitalized in the ward versus intensive care unit. *Iran Rehabil J* [Internet]. 2024 [citado 12 feb 2024]; 22(3): 485-497. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32598/irj.22.3.2070.1>
16. Grilli G, Giancaspro R, Del-Colle A, Quarato M, Lacedonia D, Foschino M, et al. Dysphagia in non-intubated patients affected by COVID-19 infection. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2022 [citado 9 mar 2023]; 279: 507-513. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00405-021-07062-3>
17. Fernández L, Cabrera N, Fernández D, Olcese L. Disfagia en tiempos de COVID-19. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [Internet]. 2020 [citado 13 dic 2022]; 80(3): 385-394. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000300385>
18. Figueiredo V, Bianchini D, Conceição V, Correia M, Gonçalves L, Nunes C, et al. Persistent symptoms and disability after COVID-19 hospitalization: data from a comprehensive telerehabilitation program. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2021 [citado 11 dic 2022]; 102(7): 1308-1316. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.03.001>
19. Banari A, Aghaz A, Shahriyari A, Fakhimi F, Khoshgoftar M. The prevalence of dysphagia in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Int J Health Med Res* [Internet]. 2023 [citado 12 feb 2024]; 2(7): 172-181. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.58806/ijhmr.2023.v2i7n03>
20. Sharma P, Khaund G, Agarwal V, Barman S, Baruah D. Dysphagia in post COVID-19 patients- a prospective cohort study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2022 [citado 27 ene 2023]; 75: 463-468. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12070-022-03177-z>
21. Canta R, Vestito L, Castellini P, Trompetto C, Mori L, De Giovanni A, et al. Successful treatment of post COVID-19 neurogenic dysphagia with botulinum toxin. *EJCRIM* [Internet]. 2023 [citado 24 mar 2024]; 10(12). Disponible en: https://doi.org/10.12890/2023_004105
22. Shadi MS, Farahat M. Self-perceived dysphagia in non-invasively ventilated COVID-19 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2022 [citado 24 mar 2024]; 279: 5929-5937. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07557-7>
23. Barros RM, Moreti F, Menezes AMG, Ferreira FL, Fonseca JD, Souza TS, et al. Quality-of-life self-assessment, risk of dysphagia, and swallowing disorders in COVID-19 inpatients. *Rev CEFAC* [Internet]. 2022 [citado 7 ene 2023]; 24(6): e7422. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222467422>
24. Fernández-Rosati J, Lera L, Fuentes-López E, Albala C. Validez y confiabilidad del cuestionario *Eating Assessment Tool 10* (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2018 [citado 24 mar 2024]; 146(9): 1008-1015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000901008>

25. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol* [Internet]. 2008 [citado 15 may 2025]; 117(12): 919-924. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
26. Nestlé Health Science. Eat-10 test. [Internet]. Barcelona: Nestlé Health Science; 2019 [citado 27 ene 2024]. Disponible en: <https://www.nestlehealthscience.es/eat-ten-test#:~:text=OBJETIVO%3A,de%20tratamiento%20para%20sus%20síntomas>
27. Ambiedo-Lillo M, Castro J, Chambe Y, Latin N, Lobos S. Caracterización de la autopercepción de los procesos de alimentación y deglución de adultos mayores pertenecientes a un centro comunicativo de salud familiar (CECOSF). *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2024 [citado 24 mar 2024]; 35(1): 54-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2024.01.001>
28. CHILE. Ley N° 20.584, 13 de abril 2012, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
29. CHILE. Ley N° 19.628, 18 de agosto 1999, sobre protección de la vida privada. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Chile, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
30. CHILE. Ley N° 20.120, 7 de septiembre 2006, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478&buscar=20120>
31. Shah R, Ali FM, Nixon SJ, Ingram JR, Salek SM, Finlay AY. Measuring the impact of COVID-19 on the quality of life of the survivors, partners and family members: a cross-sectional international online survey. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado 15 may 2025]; 11: e047680. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047680>

