



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN DEGLUCIÓN
POSTCOVID19, CENTRO DE MOTRICIDAD OROFACIAL, LIMA, 2023

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título de Especialista en Reeducción de la Motricidad Orofacial

Autor:

Parra Reyes, Belkis David

Asesora:

Jaramillo Diaz, Maritza
(ORCID: 0000-0001-7067-6047)

Jurado:

Cordero Tito. Leydy
Mauricio Vilchez, Cesar
Zuzunaga Infantes, Flor

Lima - Perú

2024

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN DEGLUCIÓN POSTCOVID19, CENTRO DE MOTRICIDAD OROFACIAL, LIMA, 2023.

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	adnz.uchile.cl Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	revistas.uautonoma.cl Fuente de Internet	1%
7	docs.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad de Almeria Trabajo del estudiante	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN DEGLUCIÓN
POSTCOVID19, CENTRO DE MOTRICIDAD OROFACIAL, LIMA, 2023

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el título de Especialista en Reeduación de la Motricidad Orofacial

Autor:

Parra Reyes, Belkis David

Asesor

Jaramillo Diaz, Maritza

(ORCID: 0000-0001-7067-6047)

Jurado

Cordero Tito, Leydy

Mauricio Vilchez, Cesar

Zuzunaga Infantes, Flor

LIMA – PERÚ

2024

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN DEGLUCIÓN
POSTCOVID 19, CENTRO DE MOTRICIDAD OROFACIAL, LIMA, 2023.

Dedicatoria

Con mucho amor a toda mi familia, a mi madre que descansa en la gloria de Dios, a mi esposa Helen que es mi compañera de vida y a mis hermosos hijos Corinne y Valentino que han estado en todo momento durante mi formación, por su apoyo y paciencia.

Agradecimiento

Gracias a Dios por darme vida y salud para seguir cada día, gracias a mi amada madre Isabel por su amor infinito, su apoyo incondicional, su paciencia y su esfuerzo durante estos años, y a mi esposa Helen por acompañarme en cada etapa de mi vida de manera espiritual.

A mis profesores de la Universidad Nacional Federico Villarreal, que Dios los tenga en su gloria, por ser mi mejor referente, enseñarme lo hermoso que es esta carrera tan maravillosa y a todas las personas que han contribuido para poder culminar mi presente tesis, para todos ellos mi especial gratitud.

Índice

	Pág.
I. Introducción.....	1
1.1 Descripción y formulación del problema	2
1.2 Antecedentes	4
1.3 Objetivos	12
- Objetivo General.....	12
- Objetivos Específicos	12
1.4 Justificación.....	12
1.5 Hipótesis.....	14
II. Marco teórico.....	15
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	15
III. Método.	28
3.1 Tipos de investigación.....	28
3.2 Ámbito temporal y espacial	28
3.3 Variables..	28
3.4 Población y muestra	29
3.5. Instrumentos	30
3.6 Procedimientos	35
3.7 Análisis de datos	36
3.8. Consideraciones éticas	36
IV. Resultados	38
V. Discusión de resultados	47
VI. Conclusiones	54
VII. Recomendaciones	56
VIII. Referencias	58
IX. Anexos	74

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Validez de contenido por juicio de expertos del protocolo de disfagia (PARD)...	31
Tabla 2. Validez de contenido por juicio de expertos del cuestionario de calidad de vida (SWAL-QOL)	35
Tabla 3. Porcentajes relacionados a las características etarias generales de la población participante de la investigación.....	38
Tabla 4. Características clínicas de la deglución evaluados con el PARD.....	39
Tabla 5. Porcentajes relacionados al nivel de clasificación de gravedad de disfagia evaluados con el PARD.....	43
Tabla 6. Porcentajes relacionados a la calidad de vida en deglución según sus dominios...	45
Tabla 7. Operacionalización de variables.....	99

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Características clínicas generales de la deglución evaluados con el PARD.....	41
Figura 2. Comparación entre las características clínicas de la deglución con agua y alimento pastoso evaluados con el PARD.....	42
Figura 3. Porcentajes relacionados al nivel de clasificación de gravedad de disfagia.....	44
Figura 4. Porcentajes relacionados a la calidad de vida en deglución según sus dominios.	46

Resumen

Objetivo: Conocer las características clínicas y la calidad de vida en deglución en pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023. **Métodos:** El estudio fue cuali-cuantitativa de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental. **Resultados:** Las características clínicas generales de la deglución, más frecuentes son, el tiempo de tránsito oral lento con un 80%, el número de degluciones en los pacientes evaluados es múltiple en un 90%, la elevación laríngea reducida con un 86%, la auscultación cervical con alteración antes y después de la deglución con un 90%, la calidad vocal de voz húmeda y aclaramiento espontáneo con un 56%, la presencia de tos voluntaria en un 54% y solo se presentan atoros con recuperación rápida en un 16%. Los dominios de la calidad de vida en deglución más afectados son, duración de la ingesta con un 52.28%, la selección de los alimentos con un 58.32%, apetito con un 60.46% y fatiga con un 64.36%. Entre los ítems, los cuales se encuentran con mayor conservación, se encuentran, el miedo con 84.02%, sueño con 78.24% y para finalizar la salud mental con 77.21%. **Conclusión:** Se concluye que cuanto más grave sea la disfagia, mayores serán las implicaciones para la calidad de vida de los participantes del estudio.

Palabras clave: Calidad de vida en deglución, postcovid 19, características clínicas de la deglución, disfagia.

Abstract

Objective: To know the clinical characteristics and quality of life in swallowing in postcovid 19 patients at the Surquillo Orofacial Motricity Center, 2023. **Methods:** This study will be of a qualitative-quantitative nature, descriptive, prospective, cross-sectional, and non-experimental design. **Results:** The general clinical characteristics of swallowing, the most frequent are, the slow oral transit time with 80%, the number of swallows in the evaluated patients is multiple in 90%, the reduced laryngeal elevation with 86%, the Cervical auscultation altered before and after swallowing with 90%, the vocal quality of wet voice and spontaneous clearance with 56%, the presence of voluntary cough in 54% and only choking with rapid recovery in 16%. The most affected domains of quality of life in swallowing are duration of ingestion with 52.28%, food selection with 58.32%, appetite with 60.46% and fatigue with 64.36%. Among the items that are most conserved are: fears with 84.02%, dreams with 78.24% and finally mental health with 77.21%. **Conclusion:** It is concluded that the more severe the dysphagia, the greater the implications for the quality of life of patients.

Keywords: Quality of life in swallowing, postcovid 19, clinical characteristics of swallowing, dysphagia.

I. Introducción

Se sabe que las personas con dificultades respiratorias pueden presentar alteraciones en la forma de la coordinación de la respiración con la deglución, provocando o dando lugar a la posibilidad de broncoaspiración, por lo que los pacientes que han sido afectados por covid-19 son la población abierta a presentar alteraciones como la disfagia (Liaw et al., 2020).

Ante la pandemia del coronavirus, muchos pacientes con Síndrome Respiratorio Agudo se encuentran en la necesidad de soporte ventilatorio a través de la intubación orotraqueal. Para los casos de coronavirus, los hospitales están optando por modificar el protocolo estándar, extendiendo el tiempo del paciente en el tubo endotraqueal más de lo habitual. En muchos casos, la traqueotomía solo se realiza después de 30 días de intubación, hecho que no se aplica comúnmente (Zareifopoulos et al., 2020).

Se ha demostrado, también que, el virus covid19 puede causar daños neurológicos al invadir el cerebro a través de la vía nasal o del torrente sanguíneo. Y aún no se sabe cuánto pueden afectar estos cambios neurológicos a la función de deglución (Baig et al., 2020).

Para determinar las características clínicas de la deglución en pacientes postcovid 19, se seguirá la metodología descrita por el protocolo de evaluación de riesgo de la disfagia – PARD (*Dysphagia Risk Evaluation Protocol*), además se usará el *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL) permite conocer el impacto de la disfagia en la calidad de vida de las personas, de forma medible, mediante una autoevaluación que permite dilucidar el impacto en la calidad de vida resultante de las modificaciones en el proceso de la deglución, en sujetos que fueron infectados por el coronavirus (Pilz et al., 2020)

En consecuencia, el terapeuta de lenguaje especialista en motricidad orofacial, como uno de los responsables del proceso de rehabilitación de las personas con alteraciones en el proceso de la deglución o disfagia, puede cumplir un papel muy importante en la mejora integral del paciente post covid y con ello una mejora en la calidad de vida de disfagia.

1.1 Descripción y formulación del problema

Estudios científicos realizados en China muestran que las personas infectadas con el nuevo coronavirus pueden tener problemas pulmonares incluso más tarde o que el virus ya no esté activo en ningún organismo. Las evaluaciones posteriores de la tomografía computarizada indican un aumento de las lesiones pulmonares en comparación con el primer examen, lo que lleva a la posibilidad de daño permanente en los pulmones (Chen et al., 2020). Las personas con dificultades respiratorias pueden presentar alteraciones en la coordinación de la respiración con la deglución, provocando o dando lugar a la posibilidad de broncoaspiración. Causando complicaciones en su calidad de vida en deglución (Chung et al., 2020)

Los pacientes que fueron afectados por el covid 19 y que, debido a su complejidad, fueron intubados para suministrar una adecuada ventilación, presentan alteraciones en la voz y durante el proceso de deglución de los alimentos. EsSalud, también refiere que al 40% de las personas que han sido dadas de alta les dificulta mucho realizar actividades simples como, comer con normalidad, hablar, gritar y hasta reír. Esto debido a que el tubo ingresado para la ventilación mecánica recorre desde los labios hasta la tráquea, interponiéndose entre las cuerdas vocales y al ser un cuerpo extraño, causa ciertas laceraciones durante la intubación y extubación, causando alteraciones en su deglución. “Cuando el paciente sale de alta puede presentar alteraciones en la deglución asociado a una voz bastante baja, incluso tiende a agitarse al hablar o trata de elevar la voz y el sonido, simplemente, no aparece. Esto es normal, pero si pasadas las 48 horas del alta médica la situación no mejora, entonces podríamos estar hablando de una alteración en la deglución o disfagia causada por el covid 19” y esto puede desencadenar perjuicios en su calidad de vida. (EsSalud El peruano, 2021)

La calidad de vida en los trastornos de la deglución (*SWAL-QOL*) permite determinar el impacto de la disfagia en la calidad de vida de las personas, de forma medible. Esta prueba fue elegida para su uso en este estudio, porque es un importante instrumento de autoevaluación

que permite dilucidar el impacto en la calidad de vida debido a cambios en la deglución, en sujetos que tienen o han tenido coronavirus (Pilz et al., 2020).

Las secuelas relacionadas con el Sistema Nervioso Central muestran que el virus covid19 puede causar lesiones neurológicas como la deglución, hipoxia y alteración del olfato y gusto son síntomas que pueden estar presentes en estos casos provocando alteraciones en la calidad de vida de la deglución de estas personas, o pretenden demostrar la importancia de investigar la calidad de vida en la deglución en los sujetos.

La disfagia es un síntoma que compromete o detiene la deglución y puede explicarse como un proceso dificultoso para transportar alimentos, sean líquidos o sólidos de la cavidad oral al estómago a través de dos fases interrelacionadas, comandadas por un complejo mecanismo neuromotor, y puede ocurrir como consecuencia de alguna enfermedad o evento neurológico, mecánico o impermeable (Easterling, 2018)

Los análisis relacionados con el Sistema Nervioso Central muestran que el virus covid19 puede causar lesiones neurológicas al invadir el cerebro a través de las fosas nasales o el torrente sanguíneo. No se sabe aún ni en qué medida estas alteraciones neurológicas pueden afectar la función deglutoria, trayendo consigo alteraciones en la calidad de vida en deglución (Baig et al., 2020).

En consecuencia a los comentarios anteriores, es fundamental que los colegas y otros profesionales relacionados en el campo de los procesos deglutorios y las disfagias, relacionados con las secuelas encontradas en pacientes que han sido infectados por el covid 19, tengan nociones adecuadas sobre las características clínicas que pudieran presentar estas personas con estos trastornos y cómo es su calidad de vida ante estas dificultades, de modo que se puedan encontrar respuestas adecuadas y efectivas en el abordaje, junto con el equipo multidisciplinar, cuando se presente el caso.

Considerando estos datos, en este trabajo se proponen las siguientes preguntas:

1.1.1. Problema general

¿Cuáles son las características clínicas y la calidad de vida en deglución en pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características clínicas de la deglución en pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023?.

- ¿Cuál es la gravedad de las disfagia que presentan los pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023?.

¿Cómo es la calidad de vida en deglución según sus dominios en pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023?.

1.2. Antecedentes

Para el presente proyecto de investigación se realizó la búsqueda de revisión en los buscadores científicos Alicia, Google académico, PubMed, Scielo, Sciencedirect y EBSCOhost, en donde a la fecha de elaboración del presente plan de tesis se encontraron los siguientes estudios:

1.2.1. Antecedentes internacionales

Según Tan et al., en el año 2021, en su trabajo publicado en la revista Am J Hosp Palliat Care 38 (10), titulado, comprender la calidad de vida de los pacientes paliativos con disfagias mediante la prueba, *Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL)*, tuvieron como objetivo: Hay pocos estudios sobre las diferencias en la calidad de vida (QOL) entre los pacientes de cuidados paliativos con y sin disfagia hasta la fecha. Nuestro objetivo fue comparar la calidad de vida y aquellos síntomas en pacientitos paliativos con y sin disfagia utilizando Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL). Métodos: Ochenta y un pacientes paliativos con y sin disfagia fueron sometidos al cuestionario SWAL-QOL. Se realizó una serie de pruebas U de Mann Whitney entre grupos sin disfagia y disfagia para la puntuación SWAL-QOL total y los 11 dominios

SWAL-QOL. Resultados: La disfagia afectó significativamente la calidad de vida de los pacientes en el grupo disfágico (media, 69,5; SD 21,9) que en el grupo no disfágico (media, 83,2; SD 14,8) ($P = 0,006$). Aquí se pudieron observar diferencias con significancia entre los dos grupos para los dominios de sobrecarga, deseo de comer, duración de la comida, síntomas, selección de alimentos, comunicación y salud mental. Los resultados también mostraron que el grupo disfágico tenía una puntuación de síntomas más baja en todos los síntomas, lo que sugiere una mayor carga de síntomas. Conclusiones: Este estudio es el primero en examinar la calidad de vida y los síntomas de deglución en pacientes de cuidados paliativos con y sin disfagia. La disfagia provoca una calidad de vida significativamente peor en los pacientes de cuidados paliativos. La detección de disfagia y el manejo de su impacto en los síntomas y también en los dominios que determinan la calidad de vida son importantes para los cuidados paliativos.

En Florie et al., en el año 2021, en su investigación publicada en la revista *Laryngoscope*, con título, Puntuaciones EAT-10 y evaluación endoscópica con fibra óptica de la deglución en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, tuvieron como propósito: determinar la relación entre la calidad de vida (QOL) específica de la deglución utilizando el Inventario de Disfagia de MD Anderson (MDADI) y la función de la deglución utilizando un protocolo estandarizado de evaluación endoscópica de fibra óptica del proceso de deglución (FEES) en pacientes con disfgias con cáncer en cabeza y cuello. Métodos. Sesenta y tres pacientes con disfagia y cáncer de cabeza y cuello se inscribieron en el estudio. Los pacientes completaron el cuestionario MDADI y se sometieron a un examen FEES estandarizado. Se midieron las variables FEES ordinales. Se realizaron pruebas de estadística descriptiva y análisis de varianza de 1 vía. Conclusión. El cuestionario MDADI se puede utilizar para evaluar el impacto de la disfagia en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. A pesar de las

tendencias claras, no está claro si el cuestionario MDADI se puede utilizar como indicador para la gravedad de la disfagia orofaríngea.

Según Kim et al., en el año 2020, en su trabajo publicado en la revista *Medicine* (Baltimore) 99(34) y titulado, el impacto de la disfagia en la calidad de vida de los pacientes con accidente cerebrovascular. Tuvieron como objetivo de investigar la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular utilizando un cuestionario de calidad de vida de la deglución (SWAL-QOL). También se determinó la correlación entre el resultado del cuestionario SWAL-QOL y las puntuaciones de la escala de disfagia videofluoroscópica (VDS) en pacientes con accidente cerebrovascular. Este estudio transversal se realizó retrospectivamente con 75 pacientes con accidente cerebrovascular y síntomas de disfagia. A todos los pacientes se les realizó estudio videofluoroscópico de deglución (VFSS) y cuestionarios SWAL-QOL. Estos pacientes se dividieron en un grupo de alimentación oral y un grupo de alimentación por sonda. Las puntuaciones SWAL-QOL se compararon entre los 2 grupos. La gravedad de la disfagia se estimó mediante puntuaciones VDS según los resultados del estudio videofluoroscópico de deglución. También se investigaron las relaciones entre las puntuaciones SWAL-QOL y las puntuaciones VDS. La puntuación compuesta fue $48,82 \pm 19,51$ para el grupo de alimentación por sonda y $53,17 \pm 25,42$ para el grupo de alimentación oral. Hubo diferencias significativas en los subdominios de carga y sueño del SWAL-QOL entre los 2 grupos ($p = 0,005$ y $p = 0,012$, respectivamente). Hubo correlación negativa significativa entre los puntajes compuestos del resultado SWAL-QOL y la puntuación total de VDS ($r = -0,468$, $P = 0,012$). La puntuación de la fase faríngea del VDS tuvo correlaciones negativas significativas con los subdominios SWAL-QOL de carga ($r = -0,327$, $P = 0,013$), salud mental ($r = -0,348$, $P = 0,008$) y funcionamiento social ($r = -0,365$, $p = 0,029$). Para mejorar la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular, la rehabilitación de la disfagia debe centrarse en la fase faríngea de la disfagia. Hubo diferencias significativas en los

subdominios de carga y sueño del SWAL-QOL entre los 2 grupos ($p = 0,005$ y $p = 0,012$, respectivamente)..

En Pilz et al., en el año 2020, en su investigación publicada en la revista Eur Arch Otorhinolaryngol, con título, calidad de vida relacionada con la deglución y disfagia orofaríngea en la distrofia miotónica, tuvieron como objetivo, el describir la calidad de vida que se relaciona con la deglución (SWAL-QOL) en sujetos que padecen de distrofia miotónica tipo 1 (DM1) e investiga su asociación con la función de deglución y la gravedad de la enfermedad. Métodos: un cuestionario SWAL-QOL fue completado por 75 pacientes con DM1 y 25 sujetos de control sanos. La gravedad de la enfermedad se evaluó mediante la escala de calificación de deterioro muscular (MIRS). Veintiocho pacientes con DM1 se sometieron a un examen de deglución videofluoroscópico (VFS). Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para medir la dirección y la fuerza de las asociaciones. Conclusión: Nuestros resultados sugieren que se recomienda una evaluación multidimensional de la deglución para pacientes con DM1, ya que SWAL-QOL y VFS miden diferentes aspectos de la función de deglución, lo que proporciona información complementaria.

En Zareifopoulos et al., en su estudio publicado el 2020, en la revista Monaldi Arch Chest Dis., titulado, intubación y ventilación mecánica de pacientes con COVID-19: ¿qué debemos decirles?. Donde refieren que el padecimiento grave por COVID 19 es caracterizado por la aparición del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), y que para ello, el pilar del tratamiento primordial es la ventilación de tipo mecánica. La mortalidad asociada al SDRA por otras causas está en el rango del 40-60%, pero los datos disponibles actualmente aún no son suficientes para sacar conclusiones seguras sobre el pronóstico de las personas infectadas con COVID 19 que requieren ventilación mecánica. Según los datos de las cohortes de las enfermedades relacionadas con el coronavirus, es decir, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y el síndrome respiratorio del medio oriente (MERS), el pronóstico parece ser

peor que el SDRA ya que puede ser relacionado a otros factores etiológicos, como traumatismos y otras infecciones. Así, la discusión del pronóstico final es centralizado con la finalidad de conseguir el consentimiento informado para que se produzca la intubación del paciente, sin embargo, ante la ausencia de datos definitivos, no se puede realizar una discusión adecuada.

En McIntyre et al., en el año 2020, en su investigación publicada en la revista *Aust Crit Care*, con título, *Incidencia de disfagia postextubación en pacientes críticos: revisión sistemática y metanálisis*, tuvieron como objetivos: (i) realizar un metanálisis sobre la incidencia de las disfgias posterior a la intubación endotraqueal en pacientes adultos en estado crítico y (ii) describir el grado de heterogeneidad dentro de los artículos revisados por pares y la literatura gris sobre la incidencia de la disfagia después de la intubación endotraqueal. Los métodos para revisión usados, fueron la extracción de datos se realizó de manera doble ciego para los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. El riesgo de sesgo se determinó utilizando herramientas de evaluación crítica relevantes para el diseño del estudio individual. La calidad general de los resultados sintetizados se describió utilizando la metodología *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. Los datos sin procesar se transformaron utilizando la metodología de raíz cuadrada de arcoseno de Freeman-Tukey. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios debido a la heterogeneidad entre los estudios. Conclusión: La disfagia después de la intubación endotraqueal es común y ocurre en el 41% de los adultos críticamente enfermos. Dada la prevalencia de disfagia y las altas tasas de aspiración silenciosa en esta población, la investigación prospectiva adicional debe centrarse en métodos de identificación temprana sistemáticos y sensibles.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

En Herreras y Yauyo en su artículo publicado el 2021, en la *Revista de Investigación en Logopedia*, titulada, *alteraciones de la voz y deglución en pacientes neurológicos post*

ruptura de aneurisma, cuya finalidad del trabajo fue establecer los cambios de la voz y del proceso deglutorio en pacientes con alteraciones neurológicas post hemorragias subaracnoideas por ruptura de aneurisma cerebral. El presente es un trabajo descriptivo de corte transversal; aplicado a 30 individuos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en Perú. Las cualidades de la fonación y del proceso deglutorio fueron evaluados por medio de la Evaluación clínica de la voz y de la deglución en individuos con Accidente Cerebrovascular Hemorrágico, el mismo que emplea el pulsioxímetro, sonómetro y auscultación laríngea. En los resultados se observó que en un 73,3% la presencia de apnea. Un grado de disfonía con un 70% perteneciente al Grado II. En cuanto al grado de disfagia, un importante 60% presentas un grado grave. Por lo que, se puede concluir que hay problemas de la voz con supremacía del tono grave, intensidad disminuida, timbre opaco y duración de tipo corta, además de problemas de la deglución en la etapa oral con presencia de un alto porcentaje de disfagia de grado severo y disfonía de grado II.

Para Ramos, en el año 2021, en su tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo, titulado calidad de vida relacionada a la salud oral en adultos mayores de Programa Pensión 65 Ichuña - Moquegua 2021, tuvo como objetivo Establecer la calidad de vida en relación con la salud bucal en adultos mayores. El estudio fue transversal, descriptivo, no experimental, con 107 residentes de un programa nacional (rango de edad de 60 a 89 años) que completaron un cuestionario que contenía datos generales y la escala GOHAI utilizada para evaluar la salud bucal autoinformada de los residentes calidad de vida relacionada. Se concluye que el nivel de calidad en vida en relación con la salud entre los adultos mayores es baja.

Según Andía, el año 2021, realizó su tesis para optar el título de especialista en enfermería en cuidados intensivos en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Norbert Wiener, titulado, conocimiento sobre los cuidados de enfermería en pacientes Covid

19 con tubo endotraqueal y su relación con las complicaciones en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital San Isidro Labrador, donde hace referencia que en el objetivo de este estudio fue analizar y evaluar el nivel de conocimiento y sensibilización de las enfermeras de UCI del Hospital San Isidro Labrador sobre las complicaciones más comunes de la intubación endotraqueal en pacientes con Covid 19, al ser una enfermedad de transmisión aérea. Fue un trabajo de análisis descriptivo que utiliza métodos cuantitativos, utiliza análisis de conglomerados para comprender hipótesis, utiliza métodos estadísticos para crear planes de comportamiento y realiza experimentos teóricos basados en comparaciones numéricas. El programa de búsqueda no fue experimental, y las variables de búsqueda no fueron manipuladas ni probadas, por lo que son transversales y correlacionales.

Según Monroy, en el año 2021, en su tesis para optar el título profesional de cirujano dentista en la Universidad Norbert Wiener, con el título, calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes de odontología de la Universidad Norbert Wiener durante la Covid-19, Lima 2021; tuvo como objetivo del estudio fue evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) entre estudiantes de odontología de la Universidad Norbert Wiener de Lima durante el COVID-19 en 2021. Los métodos utilizados fueron cuantitativos, aplicados y descriptivos de corte transversal. Se obtuvo una muestra de 341 estudiantes de diferentes ciclos de la educación odontológica y estos estudiantes fueron seleccionados al azar. Se concluyó que un nivel alto de SBQOL se asocia con varios factores psicosociales.

Según Ariza, en el 2020 en su artículo publicado en la Revista Herediana de Rehabilitación, titulado, grado de severidad de la disfagia orofaríngea en el paciente de unidad de cuidado intermedio. Este estudio tuvo como objetivo, el investigar la gravedad de la disfagia orofaríngea neurogénica en pacientes de salas intermedias mediante la escala de gravedad de la disfagia Horacio Cámpora, que evalúa las habilidades alimentarias en función de la

consistencia con la que los pacientes son capaces de afrontarla y, según un método de ensayo clínico, volumen-viscosidad. (MECV-5). El estudio fue exploratorio, no experimental e incluyó a 32 pacientes con trastornos neurológicos. Este estudio concluye haciendo un aporte elocuente al abordaje fonostomatognático y/o motricidad orofacial del fonoaudiólogo en las unidades de cuidados intermedios.

Según Sanzana y Parra, en su artículo publicado el 2020, en el Journal of Medical and Surgical Sciences, titulado, Rol del Fonoaudiólogo en el Tratamiento de la Disfagia en Usuarios con Alta Clínica por (COVID-19): Una Revisión de Literatura. El objetivo de este estudio fue conocer la literatura profesional y recopilar información sobre el papel del terapeuta de lenguaje en el tratamiento de la disfagia en pacientes dados de alta hospitalaria con Covid-19. Los métodos utilizados determinaron búsquedas específicas en los repositorios PubMed, Sciencedirect y Health Library Virtual (BSV). Utilice la palabra clave MeSH "Covid-19", luego utilice la intersección de Bollinger "AND" y la palabra clave MeSH "disfagia", luego utilice la intersección de Bollinger "OR" y la palabra clave MeSH "disfagia". Se encontraron un total de 42 artículos, distribuidos de la siguiente manera: PubMed (14), ScienceDirect (7), BSV (21). Este estudio solo incluyó artículos correspondientes a experimentos, estudios cuasiexperimentales, estudios de casos, revisiones de literatura y ensayos clínicos en los que se observó a los logopedas en el manejo de la disfagia en las altas clínicas post-Covid-19. En conclusión, los resultados encontrados confirman que los logopedas especializados en motricidad orofacial son actores importantes en la evaluación e intervención de pacientes con disfagia por intubación prolongada por Covid-19.

Para Escalante, en el año 2020, en su tesis para optar el título profesional de cirujano dentista en la Facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, titulado, relación de la enfermedad periodontal con la calidad de vida en adultos mayores de la Red de Salud Puno – 2020, que tuvo como objetivo fue la determinación de la relación

entre enfermedad periodontal y calidad de vida en personas mayores de la Red de Salud Puno - 2020. Este estudio utilizó un diseño no experimental, correlacional, observacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo compuesta por 95 adultos mayores que asisten al Postgrado de Salud Jayllihuaya-Red de Salud Puno que cumplieron con los criterios de inclusión. El tipo de muestreo es secuencial no probabilístico. Los datos sobre la "calidad de vida" se recopilaron sobre la base de un examen estructurado del Índice de Salud Bucal Geriátrica (GOHAI), y los datos sobre el estado de la "enfermedad periodontal" se recogieron sobre la base de observaciones y exámenes clínicos de pacientes de edad avanzada. Índice Periodontal Comunitario (IPC). La Red de Salud Puno-2020 concluyó que la enfermedad periodontal se asocia con la calidad de vida en los adultos mayores.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Conocer las características clínicas y la calidad de vida en deglución en individuos postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características clínicas de la deglución en individuos postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023.

- Conocer la gravedad de la disfagia que presentan los pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023.

- Conocer la calidad de vida en deglución según sus dominios en individuos postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo, 2023.

1.4 Justificación

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre el covid 19 y sus secuelas posteriores a esta infección, que crea la necesidad de realizar investigaciones sobre las posibles consecuencias que trae este virus, evidenciándose

alteraciones en los diversos sistemas y funciones humanas, en particular en la deglución y sobre la calidad de vida en personas que han sido relacionadas en este proceso, como individuos infectados por covid 19 (Miles et al., 2021).

Muchas personas que han presentado el síntoma del síndrome respiratorio agudo, han requerido hospitalización en una unidad de altos cuidados clínicos (UCI), a los que se les realizaron procedimientos de intubación y/o traqueotomía, lo que puede provocar en trastornos de la deglución. Sin embargo, aún no se sabe cuánto puede afectar el virus al sistema nervioso periférico y central en la red de procesamiento de la deglución, los mismos que provocan disfagia en los pacientes postcovid 19 (Dawson et al., 2020). Es por ello que esta investigación se realiza porque existe la necesidad de conocer cuáles son las características clínicas de la deglución que trae como consecuencia de la infección del virus y cómo es su calidad de vida ante esta situación.

Para lo cual se hace necesario, la aplicación y el uso del protocolo de evaluación de riesgo de la disfagia (PARD) que son instrumentos validados que identifican la capacidad de deglución de un individuo, y permite medir el riesgo de aspiración en pacientes que tienen dificultad para tragar tras haber sido infectados por covid 19 y postcovid 19 (Vaira et al., 2020). A su vez, el cuestionario *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL) nos permite conocer y medir el impacto que produce el cuadro de disfagia en la calidad de vida en los pacientes. Este instrumento permite dilucidar el impacto en la calidad de vida derivado de los cambios en la deglución, en sujetos que han sido infectados por el covid 19 (Pilz et al., 2020).

Es importante señalar que en nuestra sociedad y realidad peruana el terapeuta de lenguaje especialista en motricidad orofacial es el profesional habilitado para diagnosticar e intervenir en el proceso de rehabilitación del proceso alterado de la deglución, concretamente en personas con covid19, tras su mejora y estabilización clínica. De esta forma, se evalúan las características de la persona con disfagia y la posibilidad de alimentación oral, determinando

la consistencia y cantidad de la ingesta oral y la necesidad de intervención (Frajkova et al., 2020).

Por lo tanto, es importante investigar qué características de presenta la persona con se asocian con la disfagia, y su calidad de vida en disfagia, posterior a la infección del covid 19, para así entender su relación.

1.5 Hipótesis

Por ser una investigación de tipo descriptiva, el presente estudio no amerita hipótesis.

II. Marco teórico.

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Aspectos generales sobre el covid 19

El covid 19 ha infectado a muchas personas el mundo por el nuevo coronavirus Sars-Cov-2, que comenzó en Wuhan, China en 2019. Sars-Cov-2 tiene una amplia gama de características y síntomas, que van desde infecciones leves y asintomáticas del tracto respiratorio superior hasta insuficiencia respiratoria progresiva, insuficiencia pulmonar y muerte (Law et al., 2020). Además, sus principales manifestaciones clínicas son fiebre, tos seca, mialgias, fatiga, leucocitosis anormal, anosmia, ageusia, disnea y estudios de imagen compatibles con neumonía (Omer et al., 2020). En los casos más complejos y severos, los pacientes con covid-19 pueden cursar con insuficiencia multiorgánica como insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y síndrome respiratorio agudo severo (SARS), requiriendo muchas veces soporte ventilatorio a través de ventilación mecánica, requiriendo ventilación para la realización de una intubación orotraqueal (Yan et al., 2020).

Dada la variedad de manifestaciones clínicas de la enfermedad, existen diversas estrategias de rehabilitación que pueden identificarse según su gravedad. (Godoy et al., 2021). De ese modo, se sugiere que la recuperación de los síntomas leves presentes en la covid-19 puede estar acompañada de una remisión completa o casi completa de estos síntomas. Sin embargo, los pacientes que se recuperan de una neumonía aguda a menudo requieren un apoyo clínico profesional de un equipo interdisciplinario para identificar y cuantificar el resultado actual de la enfermedad, ya que no está determinada las secuelas que el covid-19 dejará, pudiendo ser daños físicos y/o pulmonares permanentes en diferente medida (Smith et al., 2021). No obstante, las consecuencias del covid 19 aún se siguen estudiando, y ya hay conclusiones donde refieren que los pacientes que se encuentran en cuidados intensivos para

controlar la infección, además de los cambios respiratorios que experimentan, también pueden manifestar síndrome de post internamiento en cuidados intensivos (SPICI) (Ambrosino et al., 2020). Este síndrome (SPICI) es causada por la sedación prolongada y la inmovilidad en la unidad de cuidados críticos (UCI), que comprometen varios estados en el paciente que lo padece, como el físico, cognitivo, emocional y social, estas características se observan incluso después del alta (Biehl y Sese, 2020). A su vez, la presencia de otras complicaciones que pueden afectar a los pacientes con covid 19 después de la fase aguda, tendrán que requerir programas de rehabilitación específicos, como disfagia postextubación, problemas relacionados con traqueotomías (TQT) y su retiro (Mattioli et al., 2020); el mismo que suele ser complejo y depende de varios factores, como la coordinación y sensibilidad faringolaríngea, protección de las vías aéreas, la estabilidad clínica, los factores neurológicos, el control de las secreciones, la deglución efectiva, la fuerza de la tos y la permeabilidad de las vías respiratorias (Sansana y Parra, 2020).

Bajo estos criterios, se puede evidenciar que los mecanismos de ventilación mecánica invasiva tienen consecuencias a largo plazo, ya que muchos pacientes se recuperan de la covid 19, pero luego presentan cambios en el funcionamiento de las estructuras que han sido afectadas por este tipo de soporte ventilatorio, por lo que se hace de suma importancia una evaluación posterior al alta hospitalaria (González-Castro et al., 2020)

Cuando se refiere a nervios craneales, se toma un estudio de caso realizado por Aoyagi et al., (2020), donde menciona que el paciente solo presentaba alteraciones en el gusto y el olfato, pero cuando se le realizaron varias pruebas se encontraron otras alteraciones adicionales como, en la sensibilidad faringolaríngea, presencia de aspiración silenciosa e incoordinación de los músculos constrictores faríngeos. De este modo se es evidente relacionarla con una neuropatía glossofaríngea y vagal, las mismas que puede haber dado lugar a varios cambios que

enfatan la importancia de presumir afectación neurológica como secuela de la enfermedad (Beyrouiti et al., 2020). Completando la idea, podemos mencionar que, las evidencias reportadas como síntomas producidos como secuela de la covid 19, se determinan como la alteración del soporte respiratorio, la intubación y el deterioro de los nervios craneales, los mismos que están asociados con el riesgo de producirse un trastorno o alteración en el proceso de la deglución o muchas veces disfagia (Frajkova et al., 2020).

2.2.2. Deglución

Como definición de la deglución, podemos mencionar a un grupo de investigadores que refieren que es una de las funciones fisiológicas más importantes en el ser humano que comprende una serie compleja de acontecimientos sensoriales y motores que se producen en las estructuras orofaríngeas, las mismas que nos permiten controlar el transporte de los alimentos desde la cavidad oral (iniciándose con la secreción de la saliva en la boca, así como el control de los alimentos líquidos y sólidos), hasta el estómago (Saitoh et al., 2018).

2.2.2.1. Fases del proceso deglutorio.

Como vemos, este proceso de la deglución implica un control neurológico en cada etapa de la deglución, dividido en cuatro fases, dos voluntarias, oral preparatoria y oral propiamente dicha y dos involuntarias, faríngea y esofágica. Durante la preparación y oral, se produce la activación de varios músculos, para la preparación del bolo alimenticio. Esta división de la deglución es basada en sus características anatómicas y funcionales (Furkim y Sacco, 2008). Algunos autores sugieren otra fase de la deglución, la denominada fase preoral o anticipatoria, en la que se analiza el alimento según sus cualidades visuales y olfativas (Sordi et al., 2009). En esta fase el control neurológico de la deglución, se ven involucrados cuatro componentes principales, las fibras sensoriales aferentes contenidas en los nervios cerebrales; las fibras del cerebro, mesencéfalo y cerebelo que hacen sinapsis con los centros de deglución en el tronco

del encéfalo; los pares centrales de deglución ubicados en el tronco del encéfalo; y las fibras motoras eferentes contenidas en los nervios cerebrales (Costa, 2018).

A. Fase oral de la deglución.

Según Fernandes et al., (2009), la fase preparatoria oral es consciente, voluntaria y comienza con la prensión del alimento. En esta fase, el alimenticio se ensaliva y se vuelve homogénea. La duración depende del tiempo de masticación. En esta fase o etapa la lengua identifica y valora del volumen y la textura de los diversos alimentos que suelen deglutirse. Por lo tanto, las personas sin problemas, por lo general, necesitan al menos dos degluciones por cada porción masticada y preparada; a su vez, la duración de la fase oral, depende del volumen del bolo (Zuercher et al., 2019).

Para que se produzca la deglución, el alimento debe concentrarse y ubicarse en el surco longitudinal ubicado en el medio de la lengua mediante el acto de succión. Luego, esta se eleva, posicionándose sobre la papila palatina. Luego, los bordes de la lengua entran en contacto con la estructura del paladar duro y lo tocan ligeramente las caras palatinas ubicados en los dientes. Aquí, la musculatura elevadora de la mandíbula, este, es decir, maseteros, temporales y pterigoideos mediales, se contraen ocluyendo así los dientes (Dawodu, 2008). Asimismo, el músculo orbicular de la boca realiza el sello para mantener la presión intraoral negativa. Después, se va a producir un movimiento ondulatorio anteroposterior realizado por la musculatura de la lengua, la misma que transfiere el bolo alimenticio a la región posterior de la boca. Cuando el alimento, líquido o la saliva, se junta y llega al dorso de la lengua, luego contacta con los pilares anteriores, y se inicia el reflejo deglutorio accionado por el IX par craneal (el glosofaríngeo), que dura poco menos de un segundo (Furkim y Sacco, 2008). En esta fase el control motor pasa por tres nervios cerebrales que permiten el control eferente de la fase oral deglutoria (Costa, 2018). El control motor labial, de las mejillas y boca lo realiza

el nervio facial (VII), el cual controla no solo los músculos que intervienen en la fase oral, sino también los músculos de la expresión facial, los movimientos de la lengua en la fase oral son realizados por los movimientos del hipogloso (XII) y de la mandíbula están controlados por el trigémino (V) (Costa, 2018).

B. Fase faríngea de la deglución.

En esta siguiente etapa del proceso de deglución, la fase faríngea, aquí ocurre la protección de las vías aéreas superiores, siendo considerado uno de los eventos más importantes de la deglución, siendo consciente, pero involuntaria (Zuercher et al., 2019). Se menciona también, que el alimento produce serie de reflejos, produciéndose un sello de la nasofaringe mediante la intervención del paladar blando, impidiendo el bolo pase a través de la cavidad de la nariz; también, la faringe se acciona estrujando el alimento contra el dorso de la lengua para impedir su paso a la cavidad oral; se cierra la glotis con la ayuda de la epiglotis, con la finalidad de proteger la permeabilidad aérea; además, la respiración cesa momentáneamente; aquí se produce una elevación hioidea por contracción de la musculatura suprahioidea y, finalmente, la apertura del cricofaríngeo, que permite el paso del alimenticio al esófago. Este proceso tiene una duración promedio de 1 segundo (Zuercher et al., 2019). Al mismo tiempo que se eleva la laringe, se relaja el esfínter esofágico ubicado en la parte superior y se da la apertura de la transición faríngea, de manera que el alimento pasa al esófago, iniciándose así la fase esofágica de deglución, que es inconsciente e involuntaria. En esta etapa, el alimento es transportado al estómago por ondas peristálticas (Daniels y Huckabee, 2011). Finalmente, el control sensorial de la fase faríngea de la deglución está controlada e inervada principalmente por los pares: V, IX y X. La mayor parte de la inervación sensorial de la faringe y la laringe es transmitida por el glossofaríngeo (IX) y el nervio vago (X). Los estímulos receptivos en la parte de atrás de la lengua, la úvula y el paladar blando son captados por el IX par craneal (glossofaríngeo) (Costa, 2018).

C. Fase esofágica de la deglución.

En cuanto a la fase esofágica, su componente motor comienza con la inhibición simultánea de ambos músculos a lo largo de todo el esófago. Esto ocurre de un plano superior a inferior, a través de movimientos peristálticos descendentes. Ambas señales son estimuladas por el nervio craneal vago (X). Los impulsos motores descendentes hacen sinapsis a través de las interneuronas en la médula del tronco encefálico, que pueden interactuar con los núcleos corticales y subcorticales que controlan el proceso faríngeo deglutorio. Mediante estas interacciones es posible modificar la etapa esofágica (Zuercher et al., 2019). Asimismo, el nervio laríngeo superior (rama del vago) inerva el esfínter esofágico superior y el esófago superior; el nervio laríngeo recurrente inerva el esófago inferior. Las ramas torácicas del nervio vago inervan el esófago distal y el esfínter esofágico inferior. Cuando se toca por algún motivo la mucosa esofágica o se realiza la presión de los mecanorreceptores profundos, puede excitar los receptores y afectar el peristaltismo esofágico. La retroalimentación sensorial del propio bolo, a medida que pasa por el esófago, se torna para iniciar los movimientos peristálticos (Corbin-Lewis y Liss, 2014).

2.2.3. Disfagia y su relación con el covid 19.

Según Marchesan (1999), es muy conocido que las alteraciones de la deglución de tipo complejo, como las disfagias, están relacionados con un mayor riesgo de aspiración y consecuentemente con una neumonía. En consecuencia, esta disfagia se puede definir como cualquier dificultad para deglutir o comúnmente para tragar, resultante de un proceso agudo o progresivo, que interfiere en el transporte del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago (Costa, 2018). A su vez, la disfagia puede manifestarse mediante diversas características como dificultades o dolor al masticar y deglutir, alteraciones en el gusto, sensación de restos de comida en la garganta, presencia de tos y asfixia antes, durante o después

de deglutir, disminución del reflejo de deglución, estasis de alimento en la boca o faringolaríngea y llegar a una reducción en los movimientos laríngeos, faríngeos y de protección de la vía aérea, lo que predispone a una aspiración traqueal (Almirall et al., 2012). En consecuencia, como se mencionó puede ser la causa de aspiraciones más complejas como las silenciosas no identificadas, es decir, la comida o la saliva ingresan a las vías respiratorias y pueden provocar la aparición de edema pulmonar o derivar en neumonía. Es por estos motivos que se considera que la disfagia puede estar asociada a varias complicaciones, tales como, desnutrición, penetración laríngea, neumonía por aspiración, presencia de saliva o residuos de alimentos en el vestíbulo laríngeo antes, durante o después de la deglución (Drozd et al., 2014).

Para algunos autores, la disfagia se puede clasificar según la localización de la alteración; y puede ser orofaríngea y/o esofágica. Bajo esta mira, y lo que se relaciona directamente con los pacientes postcovid 19 es la disfagia orofaríngea, que es la incapacidad que presenta la persona para iniciar la deglución, lo que desencadena una falla en la transmisión del alimento de la cavidad oral al esófago, es decir cuando hay cambios en las etapas oral o faríngea del proceso de deglución (Serra-Prat et al., 2012). A su vez, se conocen complicaciones asociadas de este tipo en las secuelas de covid 19, en pacientes infectados que necesitan soporte respiratorio, por lo que es probable que la disfagia sea secundaria a varias comorbilidades asociadas a la intubación y los consiguientes cambios en el mecanismo sensoriomotor de la deglución (Coutts et al., 2020). De modo que, el ingreso a UCI con asistencia respiratoria se considera un factor posible de presencia de disfagia, sin desconsiderar que los medicamentos sedantes que le son administrados durante la estancia en la UCI y las estrategias de apoyo respiratorio utilizadas también pueden contribuir al deterioro de los mecanismos de deglución (Gemma et al., 2016).

En estudios recientes se han determinado que el covid 19 afecta la función del sistema respiratorio y parece comprometer gravemente a las poblaciones con mayor riesgo, principalmente a las personas mayores de 60 años, así como a las personas con afecciones pulmonares preexistentes, además de las personas con enfermedades subyacentes que han resultado en un sistema respiratorio sistema inmunitario debilitado (Yachou et al., 2020). Cabe destacar que este sistema de respiración está íntimamente regularizado con el patrón deglutorio y, el cual, si es interrumpido este patrón adecuado, la vía respiratoria queda expuesta. En la disfagia producida a pacientes con síndrome respiratorio afecta en el proceso de rehabilitación y recuperación general del paciente y, en consecuencia, su calidad de vida, por lo que es importante que los profesionales de la salud y en la rehabilitación integral del paciente comprendan la relación entre el síndrome respiratorio agudo y la disfagia (Wang et al., 2020).

Esta relación que entre la deglución y la respiración hace que los pacientes con covid 19 y dificultades respiratorias severas estén más predispuestos a tener disfagia, haciéndolos más vulnerables a un mayor deterioro de las funciones respiratorias (Mohan y Mohaptra, 2020). Los pacientes más graves infectados por covid 19 requieren de oxigenoterapia y/o ventilación de tipo no invasiva, si embargo, en algunos casos de respuesta insatisfactoria a la terapéutica, puede ser importante la asistencia respiratoria invasiva, y como consecuencia es sabido que una duración mayor de la intubación puede aumentar la incidencia de las alteraciones de la deglución o disfagias (Korupolu et al., 2020).

Naunheim et al. (2020) informan que la mayoría de las lesiones objetivamente observadas en la laringe después de la infección por covid 19 estaban relacionadas con la intubación. Estas lesiones laríngeas pueden causar deterioro funcional de la voz, de las vías respiratorias y de la deglución, y se tenían reconocidos durante mucho tiempo como complicaciones de intubaciones prolongadas. Asimismo, la TQT es, también, un elemento de

riesgo para la disfagia, incrementando así, el riesgo de aspiración y las consiguientes neumonías (Chao et al., 2020). La información revisada confirma lo anterior, que refieren que formas de ventilación mecánica de tipo invasiva, tal como la intubación orotraquea y TQT, suelen causar afecciones laríngeas y/o disfagias en un porcentaje de hasta el 94% de los pacientes (McGrath et al., 2020).

En consecuencia, todo el proceso de ingreso en la UCI también provoca debilidad muscular, que también puede afectar a los músculos de manera global, así como a los músculos encargados de la deglución, esta carencia neuromuscular presente en el acto de la deglución conlleva a la falta de coordinación muscular y nerviosa, y se relaciona con la incidencia de cuadros de disfagia y como consecuencia un incremento en el riesgo de aspiración (Bangash et al., 2020).

2.2.3.3. Clasificación de la gravedad de las disfagias.

Para presentar una clasificación de la gravedad de la disfagia, se debe elegir el parámetro, determinado por el grado de gravedad del hallazgo durante la evaluación que se realiza a los pacientes. Hay varias escalas propuestas, una de ellas, y la que se va usar en el presente trabajo, que es el Protocolo de Evaluación de Riesgo de la Disfagia (PARD) (Padovani et al., 2007, 2014). Para lo cual, se detalla en la escala de severidad propuesta por ASHA (2004), la misma que se basa en la observación y valoración clínica y subjetiva del proceso de alimentación. Esta escala de clasificación más utilizada en la práctica diaria de los profesionales. Según esta escala, siete niveles identificados:

- Nivel I. Proceso de deglución normal – Deglución adecuada para ingestión en todas las consistencias y texturas sin excepción y en todos los puntos que se evalúan. No existe estrategia ni tiempo adicional requerido.

- Nivel II. Proceso de deglución funcional - Puede ser anormal o alterada, sin embargo, no da como resultado un proceso de aspiración o disminución en la eficacia del proceso deglutorio, lo que permite preservar una adecuada hidratación y nutrición por vía oral. Se espera una compensación espontánea de alteración leve, en al menos una consistencia, sin signos de aspiración.

- Nivel III. Proceso de disfagia orofaríngea leve - trastorno del proceso deglutorio presente, con urgencia de orientación específica del terapeuta durante la alimentación. Es necesario la modificación dietética menor; presencia de tos y/o carraspeo espontáneo y efectivo; ligeras alteraciones orales experimentando adecuada compensación.

- Nivel IV. Proceso de disfagia orofaríngea leve a moderada - existencia de riesgo importante de aspiración, pero restringido con el uso de técnicas y maniobras terapéuticas. Se hace necesario la observación ocasional para realizar precauciones terapéuticas; signos de aspiración y restricción de una consistencia; tos refleja débil y voluntaria fuerte. Se aumenta significativamente el tiempo en que se alimenta y se indica el uso de suplementos nutricionales.

- Nivel V. Proceso de disfagia orofaríngea moderada – existe de riesgo importante de aspiración. La alimentación de tipo oral es complementada por vía alternativa, presentan signos de aspiración por dos consistencias. El paciente puede comer consistencias, con la ayuda de técnicas focalizadas y así disminuir la posibilidad de aspiración y/o facilitar el proceso deglutorio, pero con urgencia de supervisión. La tos refleja se encuentra débil o muchas veces ausente.

- Nivel VI. Proceso de disfagia orofaríngea moderada a severa – aquí la tolerancia es una sola consistencia, necesita sumo apoyo para el uso de estrategias y técnicas, signos de aspiración que requieren múltiples solicitudes de limpieza, aspiración de más de dos

consistencias, existe la ausencia de tos refleja, tos voluntaria ineficaz y débil. Es necesario conocer si su estado pulmonar está comprometido, por lo que se debe interrumpir la alimentación por vía oral.

- Nivel VII. Proceso de disfagia orofaríngea severa: incapacidad para comer por vía oral. Atragantamiento con problema en la recuperación; se observa cianosis o broncoespasmo; existe una aspiración silenciosa por dos o más consistencias; ineficacia en la tos voluntaria; e incapacidad para iniciar el proceso deglutorio.

2.2.5. Calidad de vida en la disfagia.

El interés por los estudios sobre calidad de la vida, ultimamente ha ido creciendo en varias áreas de actuación en la actividad humana. Tal es la importancia que se sabe que la conceptualización de la calidad de vida es relativa, de múltiples dimensiones e relacionado por muchos aspectos involucrados con aspectos socioculturales, la economía y la educación, llevando a una falta de consenso en su definición (Pinto-Neto y Conde, 2008). Sin embargo, para enfocarnos de mejor manera y comprender el tema, se debe tener en cuenta la percepción que el individuo tiene de su propia salud para poder emplear medidas de intervención eficientes. Como ya se mencionó, aunque no existe consenso sobre la definición, la mayoría de los autores afirman que la evaluación en calidad de vida debe considerar las expectativas, estándares y preocupaciones en cuanto a los dominios físico, social, psicológico y espiritual, buscando capturar la experiencia personal de cada individuo, considerando la visión del paciente sobre su situación en la vida, tanto en el argumento cultural como en el valorativo en el que se desarrolla y relacionado con sus finalidades. Asimismo, como es tan difícil conceptualizar la calidad de vida, es también difícil caracterizar su impacto frente a alguna enfermedad que enfrenta el individuo. (Toscano y Oliveira, 2009). A su vez, la Organización Mundial de la Salud, ha intentado crear una definición sobre calidad de vida y esta en

determinación con la percepción individual intrínseca de la vida en una contextualización dentro del sistema cultural y de valorativo en que la persona se despliegue, siempre en función y en correlación con determinadas normas, esperanzas, objetivos, y preocupaciones (Noriega et al., 2017).

En terapia de lenguaje, fonoaudiología o logopedia, como se conoce a nuestra área de actuación profesional, existen varios protocolos clínicos para la evaluación de la deglución. Sin embargo, pocos enfatizan el impacto real de este problema de la deglución en la calidad de vida del paciente. Uno de los más adecuados para estos casos es el *Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL*, (Cuestionario de Calidad de Vida en Disfagia) que fue desarrollado en los Estados Unidos por McHorney et al., en el 2000. Este instrumento consta de 44 ítems agrupados en 10 dominios se relacionan con el estilo de vida afectados ante la presencia de una disfagia. Además, contiene una escala de síntomas agrupados en 14 ítems agrupados, con 10 dominios que corresponden a:

- sobrecarga o dificultad general al comer (2 ítems),
- selección de la comida (2),
- duración de la alimentación (2),
- deseo de alimentación (3),
- miedo a la alimentación (4),
- sueño (2),
- fatiga (3),
- comunicación (2),
- salud mental (5) e
- impacto social (5)

Que produce la alteración del proceso de alimentación en la vida diaria de los individuos. Estos ítems se califican en correspondencia a la frecuencia de presencia de los síntomas con puntuación de 1 a 5. La puntuación 1 se brinda para la peor condición en calidad de vida, que se pertenece al ítem representado como “siempre”. Por otro lado, la puntuación 5 refiere a la mejor condición en calidad de vida, donde el ítem que se pregunta no se presenta “nunca” (Toledo et al., 2017). Por lo tanto, teniendo en cuenta los pocos estudios que investigan la calidad de vida en la deglución de los pacientes post covid 19 y entendiendo que el proceso de la disfagia puede traer daños sociales, entre otros, buscamos, a través de este estudio, conocer el perfil de los pacientes con respecto a la disfagia y su calidad de vida.

III. Método.

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación fue cuantitativa de tipo descriptivo, además de prospectivo, de corte transversal y diseño no experimental (Tafur, 2012). Se asume como descriptivo, pues se describieron los hechos tal cual se presentan y se asociaron con las variables; también es prospectivo, debido a que la investigación se realizó con datos obtenidos en la toma de muestras; es de corte transversal pues se estudió las características clínicas y calidad de vida en deglución postcovid 19, en un espacio de tiempo específico; y finalmente, de diseño no experimental debido a ser un trabajo observacional que describió lo que hay tal cual se presenta en la realidad.

3.2 Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se realizó en el Centro de Motricidad Orofacial (CEMOF) ubicada en el distrito de Surquillo en Lima, durante el periodo marzo a junio 2023.

3.3 Variables.

En el estudio que se realiza presenta dos variables. La variable 1, que pretende determinar las características clínicas de la deglución en pacientes postcovid 19, la misma que es definida como las diferentes particularidades que se produce durante el proceso de deglución (ASHA, 2004), y la variable 2, que intenta conocer la calidad de vida en deglución según sus dominios, que es definido como las expectativas, estándares y preocupaciones en cuanto a los dominios físico, social, psicológico y espiritual, de cada individuo, considerando la visión del paciente sobre su posición en la vida (Toscano y Oliveira, 2009); en pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial ubicado en Surquillo, 2023. Asimismo, se considerarán algunas variables intervinientes como el *screening* de riesgo de padecer disfagia y algunas características sociodemográficas de género y edad (Tabla 3).

3.4 Población y muestra

3.4.1. Población

Esta población estuvo compuesta por 100 pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial (CEMOF), en el periodo Marzo a Junio 2023.

3.4.2. Muestra

Esta muestra fue realizada por conveniencia tomando a todos los pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial (CEMOF), siendo esta de 100 individuos con características específicas que cumplan con los criterios de inclusión para formar parte de esta muestra.

3.4.3. Unidades de análisis

Esta unidad de análisis fue un individuo con postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial (CEMOF), en el periodo Marzo a Junio 2023.

3.4.4. Criterios de selección

En consideración a los objetivos del trabajo se realizó un muestreo de tipo no probabilístico, según la valoración correspondiente, con los siguientes criterios de inclusión:

3.4.4.1. Criterios de inclusión

- Personas que tuvieron postcovid 19, verificado por su antecedente de examen PCR, independientemente del género y nivel de severidad que asisten al centro de Motricidad Orofacial;
- Individuos que tuvieron postcovid 19 mayores de edad acuden al centro de Motricidad Orofacial;

3.4.4.1. Criterios de exclusión

- Personas que edades menores de 18 años.
- Individuos con antecedentes de alteraciones en la deglución previamente a la infección por covid19.

- Personas con alteración en la conciencia que no responden a preguntas verbales simples

3.5. Instrumentos

Los datos fueron recolectados mediante el análisis de respuestas de los individuos después de la toma de los siguientes instrumentos de medición:

3.5.1. Evaluación de las características clínicas de la deglución.

Para determinar las características clínicas de la deglución en pacientes postcovid 19, se seguirá la metodología descrita por el protocolo de valoración de riesgo de tener disfagia – PARD (*Dysphagia Risk Evaluation Protocol*). Este protocolo fue realizado, validado y estandarizado por Padovani et al., (2007, 2014), cuya validez de contenido de sus dimensiones fue con un 70% de sensibilidad y 88% de especificidad en cuanto a la evaluación con agua y un 62% de especificidad; y con un 72% de sensibilidad en la evaluación con alimento de tipo pastoso, cabe destacar que si se combina con la evaluación del agua la especificidad aumenta a un 90%, además se obtuvo grado de concordancia por encima del 75% en la valoración por juicio de expertos, además es de libre acceso para su utilización desde la Revista de la Sociedad Brasileira de Fonoaudiología 12 (3), y en otros trabajos de investigación publicados. El protocolo es dividido en dos secciones de diferente consistencia, y se realiza ofreciendo al paciente volúmenes controlados de agua y alimento pastoso a manera de puré. Como determinan los autores, los pacientes son evaluados durante la deglución de volúmenes de agua medidos en jeringa y con una cuchara la consistencia de puré en los volúmenes de 3ml, 5ml y 10ml., durante tres repeticiones para confirmar los resultados (Anexo B).

Para establecer la confiabilidad del instrumento se optó por la realización de una prueba piloto de 30 personas encuestadas. Cuyo coeficiente conseguido, indica una alta consistencia interna para los ítems del Protocolo de valoración para medir el riesgo de tener disfagia (PARD) siendo de 0.764, lo que indican que las preguntas del instrumento, contribuyen significativamente a la definición de conceptos a investigar, puesto que el coeficiente se

aproxima a la unidad, en donde se considera que este instrumento es confiable para el estudio (Anexo D).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,764	31

Asimismo, para conocer el nivel de validez de constructo del presente instrumento se optó por la realización de la opinión de juicio de expertos, obteniéndose un puntaje promedio de 90.7%, que tomando en cuenta los valores del nivel de validez, según Ruiz (2002), se considera muy alta, los mismos que se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1

Validez de contenido por juicio de expertos

Juez No.	Expertos	Grado e institución	Protocolo de evaluación de riesgo de la disfagia (PARD)
			Puntaje %
01	Mg. Armando Ivan ramos Gutarra	Magister Universidad Femenina del Sagrado Corazón UNIFE	100%
02	Dr. Carlos Manzano Aquiahuatl	Médico Foniatra / Maestro en Ciencias Médicas Hospital Médica Sur/Centro Médico Abc de México	72%
03	Mg. Liz Ojeda Peña	Magister Centro de Especialidades Pediátricas - Universidad Autónoma de Asunción - Paraguay	100%
Promedios de validación			90.7%

3.5.2. Cuestionario de Calidad de Vida en Disfagia (*Quality of Life in Swallowing Disorders-SWALQOL*),

Este cuestionario fue elaborado y validado por McHorney et al., en el año 2000, para medir la calidad de vida en deglución, que es un instrumento diseñado para identificar la satisfacción de los individuos, así como las consecuencias de la disfagia en la vida cotidiana (McHorney et al., 2000). El *SWAL-QOL* es un instrumento autoaplicado que brinda conocimiento cuantitativo sobre el impacto funcional de las alteraciones de la deglución. Este instrumento consta de 44 ítems agrupados en 10 dominios se relacionan con el estilo de vida afectados ante la presencia de una disfagia. Además, tiene una sucesión de síntomas agrupados en una pregunta de 14 ítems. Los 10 dominios corresponden a:

- sobrecarga o dificultad general al comer (2 ítems),
- selección de la comida (2),
- duración de la alimentación (2),
- deseo de alimentación (3),
- miedo a la alimentación (4),
- sueño (2),
- fatiga (3),
- comunicación (2),
- salud mental (5) e
- impacto social (5)

Que produce la alteración del proceso de alimentación en la vida diaria de los individuos. Estos ítems se califican en correspondencia a la frecuencia de presencia de los síntomas con puntuación de 1 a 5. La puntuación 1 se brinda para la peor condición en calidad de vida, que se pertenece al ítem representado como “siempre”. Por otro lado, la puntuación 5 refiere a la mejor condición en calidad de vida, donde el ítem que se pregunta no se presenta

“nunca”. Por poner un ejemplo, a frecuencias mayores de sintomatologías, corresponde a una menor calidad de vida.

La puntuación final se enuncia de la siguiente manera:

1. Siempre - Mala calidad de vida
2. Muchas veces - Satisfactoria calidad de vida
3. Algunas veces - Buena calidad de vida
4. Pocas veces – Muy buena calidad de vida
5. Nunca - Excelente calidad de vida.

Para finalizar, se calcula para cada valoración una puntuación porcentual, donde el 100% se pertenece a un estado más favorable, mientras que un 0% se corresponde a la menos favorable. Estos puntajes se convierten en un escalafón del 0 al 100. Para conocer la puntuación general del impacto de la prueba, se promedian los resultados de los dominios. Así, los resultados se interpretan en los rangos siguientes: 0-49, impacto severo; 50 - 70, impacto moderado; y 71 - 100, impacto discreto o sin impacto en la Calidad de vida (Anexo C). (McHorney et al., 2002).

Para el presente estudio se utilizó el instrumento que presenta una adaptación cultural al español, por colegas de la universidad de Chile, Toledo et al., (2017), el mismo que se ejecutó de acuerdo con las guías de investigación que garantizan el equivalente cultural de las herramientas (Costa y De Brito, 2002). Para ello se refiere que se hizo una traducción del cuestionario. La parte primera, fue ejecutada por dos traductores bilingües nativos de español y otro traductor bilingüe cuya lengua materna es el inglés. Luego, fueron revisados por un grupo de cuatro expertos en alteraciones de la deglución y lingüistas, donde se obtuvo una versión unificada del instrumento; además, se consideraron los valores de consistencia interna para todas las escalas como “buenos”, con coeficiente de Alpha de Cronbach entre 0.71 y

0.90; siendo permitido compartir en el estudio en acceso libre en la revista Chilena de Fonoaudiología 16,1-9, y en otras tesis de titulación de pre y post grado (Anexo C).

Para poder establecer la confiabilidad de la presente herramienta se realizó una prueba piloto a 30 individuos, en donde el coeficiente de confiabilidad que se obtuvo, indica una consistencia interna muy alta, en cada uno de los ítems que forman parte del Cuestionario de Auto percepción de calidad de vida en Disfagia (SWAL-QOL) que corresponde a un 0.922, lo que asegura que las ítems del instrumento favorecen significativamente a la definición conceptual que se pretende investigar, ya que si el coeficiente se acerca a uno, la herramienta es muy confiable para la realización del presente estudio (Anexo E).

Cronbach's Alpha	N of Items
,922	44

Asimismo, para conocer el nivel de validez de constructo de la presente herramienta se optó por la realización de la opinión de juicio de expertos, obteniéndose un puntaje promedio de 91.3%, que tomando en cuenta los valores del nivel de validez, según Ruiz (2002), se considera muy alta, los mismos que se describen en la siguiente tabla:

Tabla 2*Validez de contenido por juicio de expertos*

Juez No.	Expertos	Grado e institución	Cuestionario de Autopercepción de Calidad de Vida en Disfagia (SWAL-QOL)
			Puntaje %
01	Fgo. Andres Felipe Sanzana Leiva	Fonoaudiólogo Centro Fonoaudiológico Integral Cusco	94%
02	Lic. T.M. T.L. Claudia Juarez Escobar	Tecnólogo Médico en Terapia de Lenguaje	90%
03	Dr. Miguel Antonio Vargas García	Doctor Universidad Metropolitana - Colombia	90%
Promedios de validación			91.3%

3.6 Procedimientos

Inicialmente cada participante recibirá las informaciones necesarias y se solucionarán sus dudas con relación a la investigación. Después se procede a leerle el correspondiente consentimiento informado, donde se asegurará que su participación sea absolutamente voluntaria y anónima, y que pudieran, sin perjuicio, interrumpir su participación en cualquier momento. También se les informará que los datos recolectados solo serían utilizados dentro del alcance de este estudio. Estando de acuerdo el voluntario procederá a firmar el mismo (Anexo A).

Luego, se explicó oralmente a cada uno de los participantes la finalidad del estudio, y se procederá a aplicarles el protocolo de evaluación de riesgo de la disfagia – *PARD* que nos permitirá determinar las características clínicas de la deglución en pacientes postcovid 19, así como comorbilidades, síntomas, tipo de dieta, consistencia de los alimentos, intubación, traqueotomía, estado de conciencia, nivel de deterioro función pulmonar y presencia o ausencia

de dificultades para deglutir, etc.; inmediatamente después se le aplicará el cuestionario de calidad de vida en disfagia (*Quality of Life in Swallowing Disorders- SWALQOL*), para la medir la calidad de vida en deglución e identificar el nivel de satisfacción del individuo y sus consecuencias de la disfagia en la vida cotidiana, mediante nueve dominios relacionados con deglución (carga general, duración de la alimentación, selección de alimentos, deseo de comida, miedo a comer, funcionamiento social, comunicación y salud mental), y dos conceptos genéricos (fatiga y sueño), y una escala de síntomas clínicos de disfagia (puntuación de síntomas), cuya puntuación de cada dominio se calcula sobre la base de dos o más preguntas, siendo que la puntuación por dominio varía de 0 (extremadamente deteriorado) a 100 (sin prejuicio).

3.7 Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos, en una primera fase se utilizó la estadística descriptiva, usando las medidas de tendencia central y dispersión, como la media, y la desviación estándar.

Para el tratamiento, análisis e interpretación estadística de la información recolectada se utilizó el programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versión 27.0 para Windows, en cuanto a la asociación en las puntuaciones de los que se analizaron los cuestionarios PARD y los dominios del cuestionario SWAL-QOL, se realizó mediante un análisis univariado, mediante la prueba paramétricas de t de student, que nos permitió demostrar si existen diferencias entre las variables.

Las tablas obtenidas se realizarán con el programa Word 2016, donde serán formateadas y ordenadas gráficamente, además las figuras se realizarán en Excel 2016.

3.8. Consideraciones éticas

Los métodos y propósitos de recolecta de datos de acuerdo al estatuto de la institución universitaria, brindado por la Universidad Nacional Federico Villarreal, citado con resolución

R. No- 7189-2020-CU-UNFV, que resuelve certificar el Plan de Difusión del código de ética y del reglamento del código de ética para la investigación de la UNFV; además se brindará información a todos los participantes mediante un consentimiento informado creado especialmente para el presente estudio, donde se asegurará que su participación sea absolutamente voluntaria y anónima, y que pudieran interrumpir su participación en cualquier momento (Simón y Barrio, 2012). Asimismo, se solicitó el permiso correspondiente al director del centro de Motricidad Orofacial (CEMOF), para poder realizar el estudio en sus instalaciones y nos facilite el contacto con los pacientes necesarios para los fines del estudio.

IV. Resultados

Tabla 3

Porcentajes relacionados a las características etarias generales de la población participante de la investigación

Características etarias generales	Número de pacientes	Porcentaje
	N	(%)
Género		
Masculino	33	66
Femenino	17	34
Edad		
Menor que 60 años	21	42
Mayor o igual que 60 años	29	58
Compromiso pulmonar		
Leve (0-25%)	10	20
Moderado (25-50%)	13	26
Severo (50% a más)	27	30
Antecedente de intubación		
Sí	43	86
No	7	14
Antecedente de traqueotomía		
Sí	45	90
No	5	10
Ageusia		
Sí	35	70
No	15	30
Anosmia		
Sí	40	80
No	10	20

Pérdida de peso			
Sí		27	54
No		23	46

Interpretación: En lo que se puede observar en la tabla 3 se puede apreciar las características etarias generales de la población participante de la investigación, notándose con una mayor presencia del género masculino con un 66%; en cuanto a la edad, la mayoría con un 58%, es mayor o igual a 60 años; con respecto al compromiso pulmonar la mayoría con un 30% fue de tipo severo; además, un 86% tuvo antecedente de intubación, un 90% de los participantes tuvo antecedente de traqueotomía; un 70% presentó ageusia; un 80% presentó anosmia; y finalmente un 54% tuvo pérdida de peso.

Tabla 4

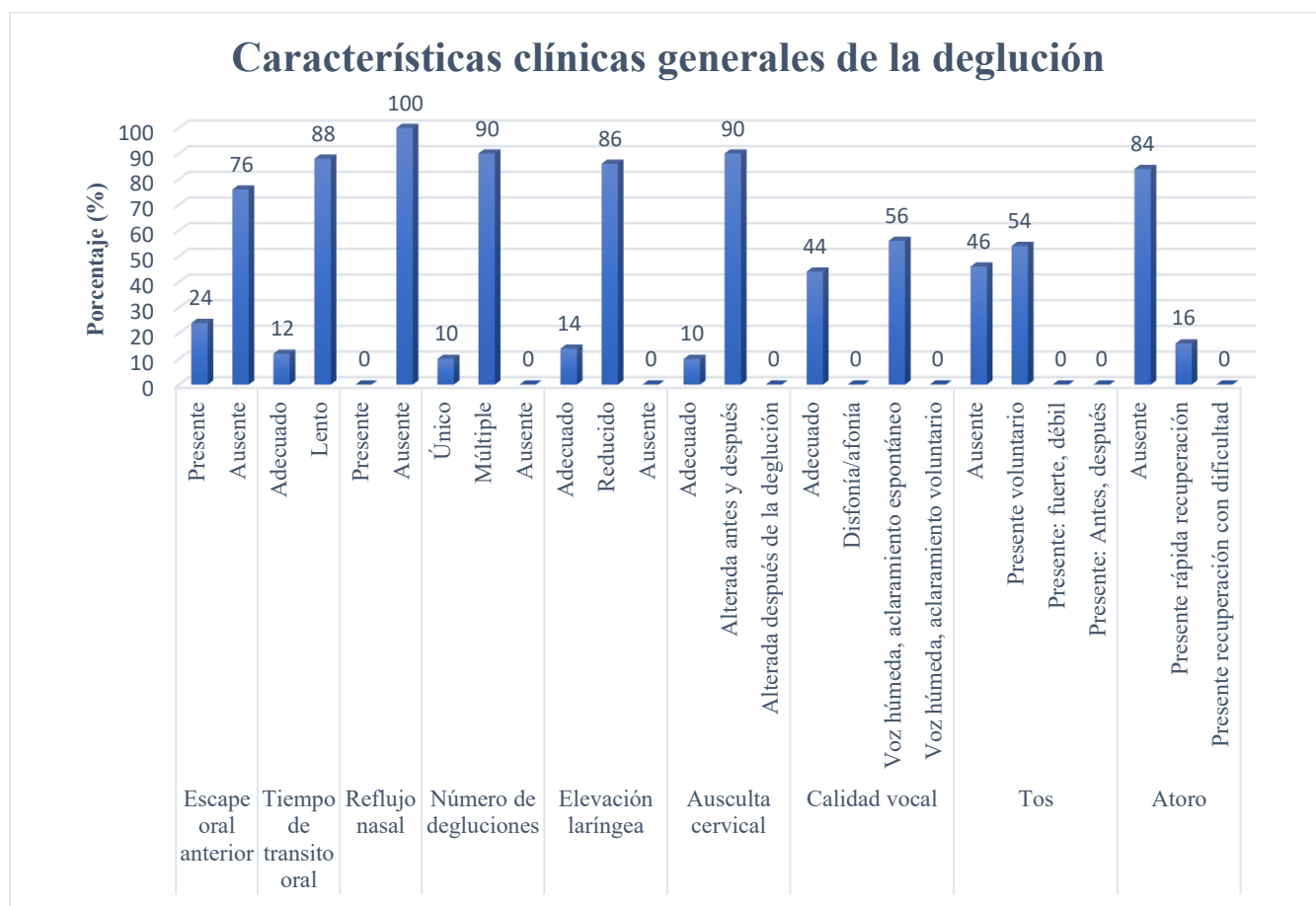
Características clínicas de la deglución evaluados con el PARD.

Características clínicas de la deglución evaluados con el PARD		Test de deglución de agua	Test de deglución de alimento pastoso	Promedio total
		N (%)	N (%)	N (%)
Escape oral anterior	Presente	2 (4%)	10 (20%)	12 (24%)
	Ausente	48 (96%)	40 (80%)	38 (76%)
Tiempo de transito oral	Adecuado	46 (92%)	10 (20%)	6 (12%)
	Lento	4 (8%)	40 (80%)	44 (88%)
Reflujo nasal	Presente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Ausente	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)
Número de degluciones	Único	35 (70%)	20 (40%)	5 (10%)
	Múltiple	15 (30%)	30 (60%)	45 (90%)
	Ausente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Elevación laríngea	Adecuado	30 (60%)	27 (54%)	7 (14%)
	Reducido	20 (40%)	23 (46%)	43 (86%)
	Ausente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ausulta cervical	Adecuado	28 (56%)	27 (54%)	5 (10%)
	Alterada antes y después	22 (44%)	23 (46%)	45 (90%)
	Alterada después de la deglución	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Calidad vocal	Adecuado	22 (44%)	50 (100%)	22 (44%)
	Disfonía/afo nía	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Voz húmeda, aclaramiento espontáneo	28 (56%)	0 (0%)	28 (56%)
	Voz húmeda, aclaramiento voluntario	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tos	Ausente	30 (60%)	43 (86%)	23 (46%)
	Presente voluntario	20 (40%)	7 (14%)	27 (54%)
	Presente: fuerte, débil	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Presente: Antes, después	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Atoro	Ausente	42 (84%)	0 (0%)	42 (84%)
	Presente rápida recuperación	8 (16%)	0 (0%)	8 (16%)
	Presente recuperación con dificultad	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Figura 1

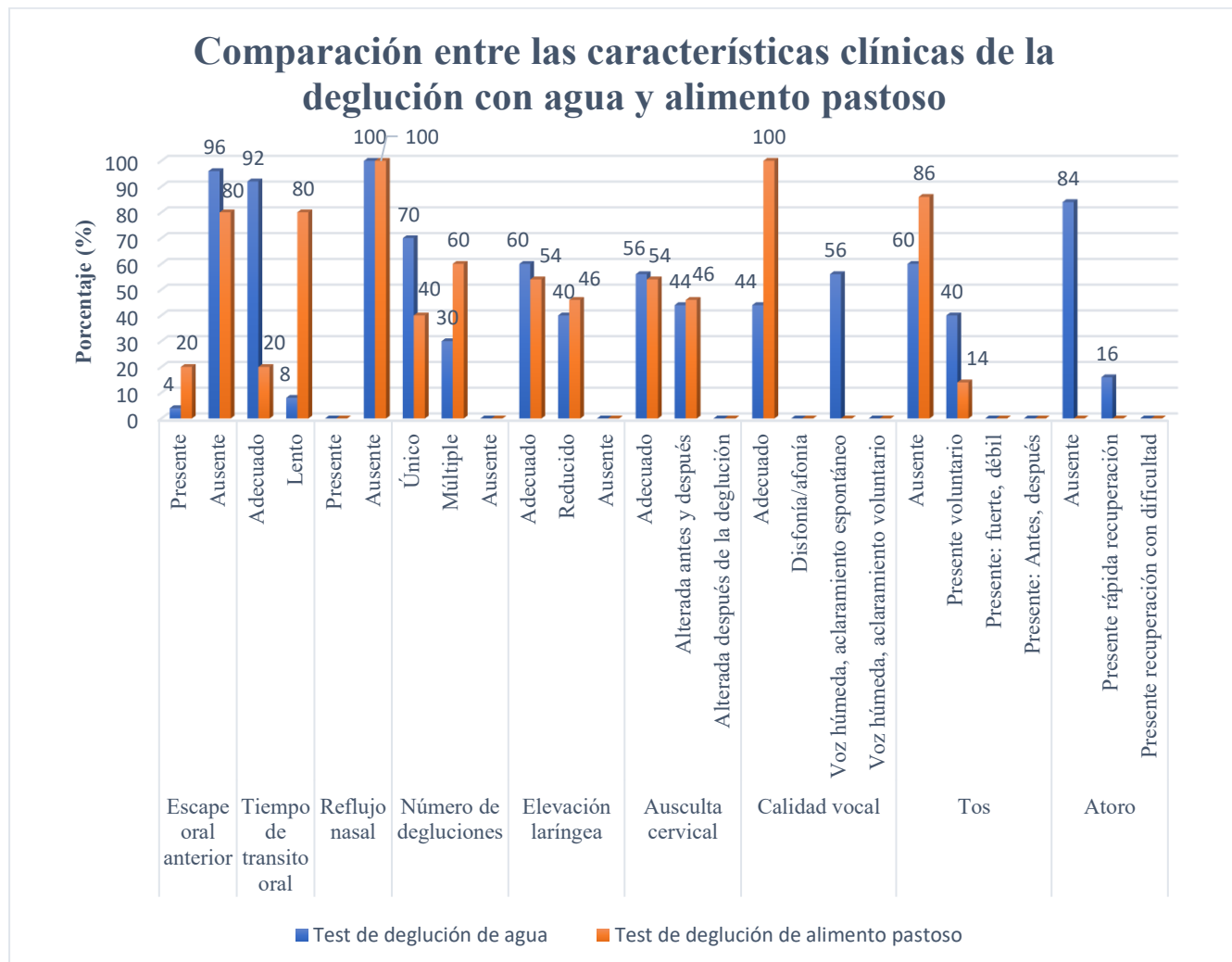
Características clínicas generales de la deglución evaluados con el PARD.



Interpretación: Según como se observa en la tabla 4 y la figura 1, en referencia a las características clínicas generales de la deglución evaluados con el PARD, se nota que el tiempo de tránsito oral es lento con un 88%, que el número de degluciones en los pacientes evaluados es múltiple en un 90%, además se observa una elevación laríngea reducida con un 86%, con una ausulta cervical alterada, tanto antes como después del proceso deglutorio con un 90%, con una calidad vocal de voz húmeda y aclaramiento espontáneo con un 56%, con presencia de tos voluntaria en un 54% y solo se presentan atoros con recuperación rápida en un 16% del total de pacientes evaluados.

Figura 2

Comparación entre las características clínicas de la deglución con agua y alimento pastoso evaluados con el PARD.



Interpretación: Tal y como se aprecia en la tabla 4 y la figura 2, en referencia a la comparación entre las características clínicas de la deglución con agua y alimento pastoso evaluados con el PARD, se determina que existe un escape oral anterior de alimento pastoso presente en un 20%, un mayor tiempo de tránsito oral lento para el alimento pastoso con un 80%, un número de degluciones múltiple con un 90% durante el alimento pastoso, además se observa una elevación laríngea reducida con un 46% con el alimento pastoso, con una auscultación cervical alterada, tanto antes como después del proceso deglutorio con alimento pastoso con un 46%, una calidad vocal de voz húmeda y aclaramiento espontáneo con un 56% durante la deglución de líquidos, con

presencia de tos voluntaria en un 40% durante la ingesta de líquidos para y solo se presentan atoros con recuperación rápida en un 16% también, durante la ingesta de líquidos, en comparación del alimento pastoso.

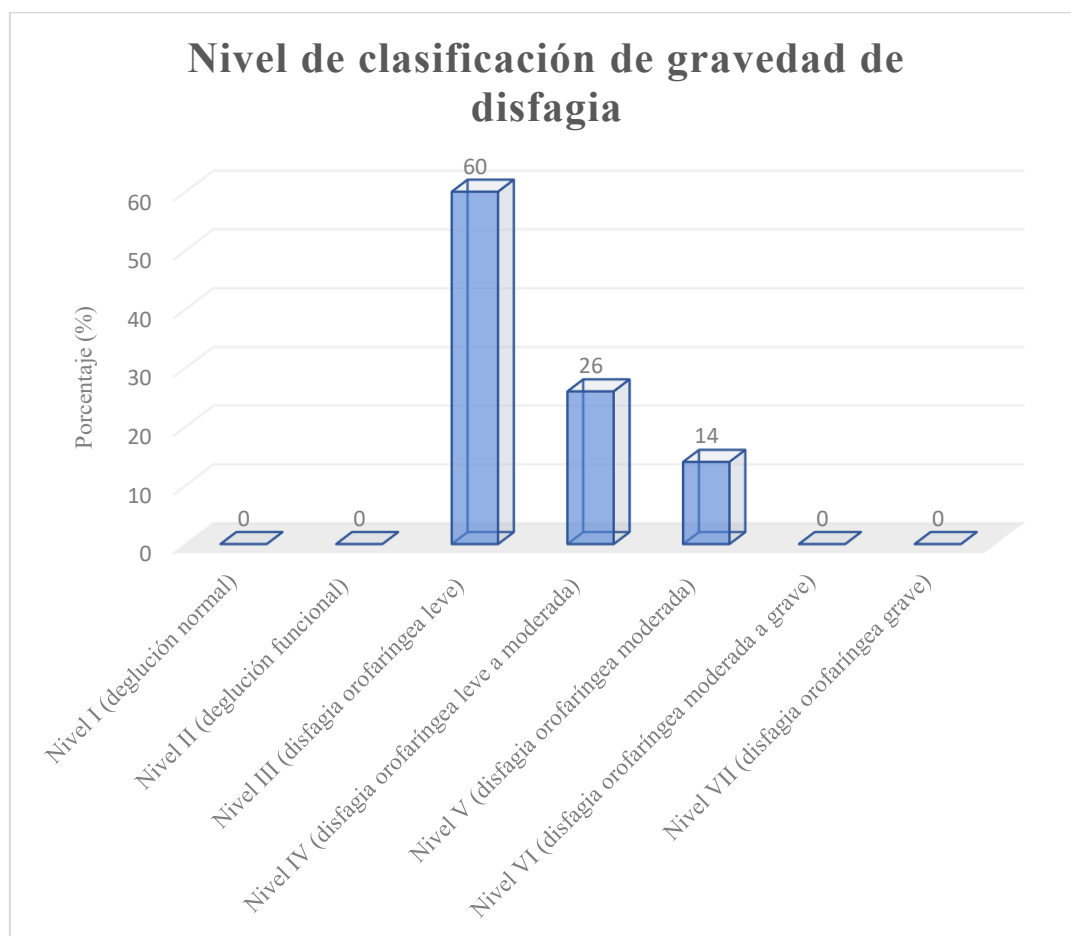
Tabla 5

Porcentajes relacionados al nivel de clasificación de gravedad de disfagia evaluados con el PARD

Nivel de clasificación de gravedad de disfagia	Número de pacientes
	N (%)
Nivel I (deglución normal)	0 (0%)
Nivel II (deglución funcional)	0 (0%)
Nivel III (disfagias orofaríngeas leves)	30 (60%)
Nivel IV (disfagias orofaríngeas leves a moderadas)	13 (26%)
Nivel V (disfagias orofaríngeas moderadas)	7 (14%)
Nivel VI (disfagias orofaríngeas moderadas a graves)	0 (0%)
Nivel VII (disfagias orofaríngeas graves)	0 (0%)

Figura 3

Porcentajes relacionados al nivel de clasificación de gravedad de disfagia.



Interpretación: Según se aprecia en la tabla 5 y la figura 3, en referencia a los porcentajes relacionados al nivel de clasificación de gravedad de disfagia evaluados con el PARD, se observa que existe un alto porcentaje de pacientes que presentan un nivel III que representa un nivel de disfagia orofaríngea leve con un 60%, seguido de un nivel IV o disfagia orofaríngea de leve a moderada con un 26%, y finalmente seguido del nivel V que representa un nivel de disfagia moderado con un 14% de los pacientes evaluados.

Tabla 6

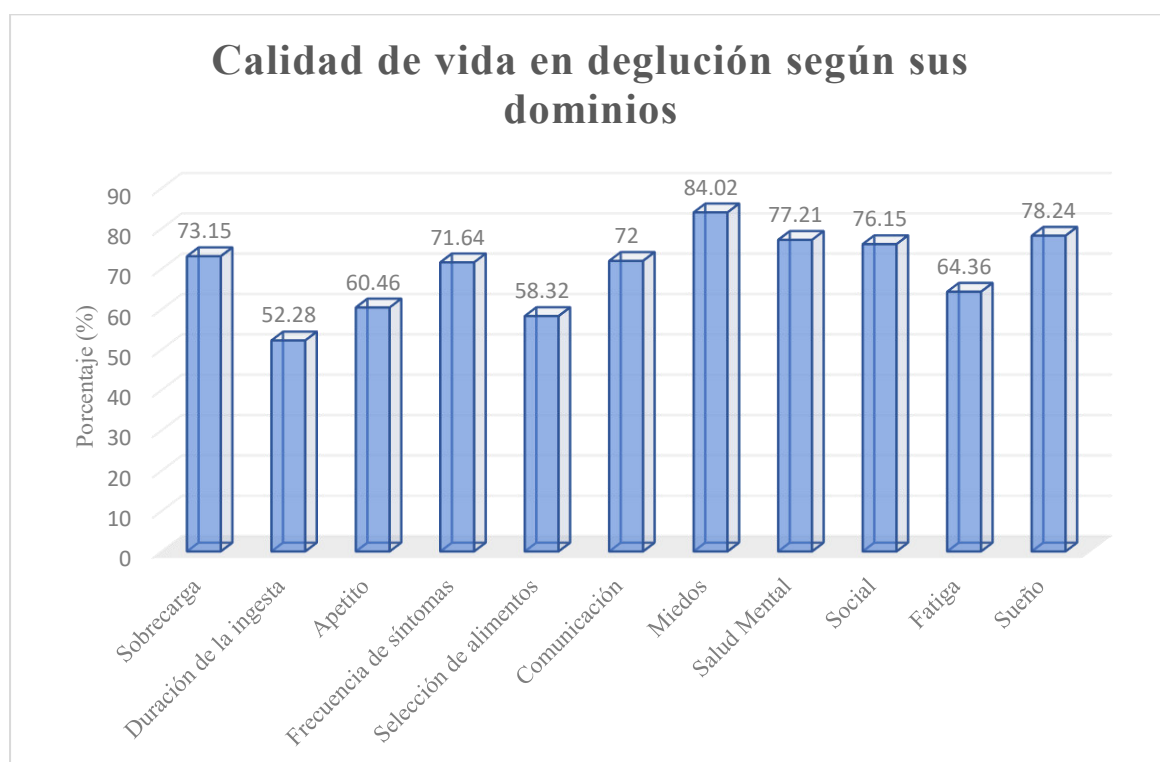
Porcentajes relacionados a la calidad de vida en deglución según sus dominios.

Dominios de SWAL- QOL	Puntaje promedio (%)	Desviación estandar	P
Sobrecarga	73.15	± 21	0.001
Duración de la ingesta	52.28	± 28	0.006
Apetito	60.46	± 15	0.050*
Frecuencia de síntomas	71.64	± 18	0.002
Selección de alimentos	58.32	± 22	0.003
Comunicación	72	± 20	0.005
Miedos	84.02	± 16	0.001
Salud Mental	77.21	± 19	0.002
Social	76.15	± 27	0.003
Fatiga	64.36	± 18	0.650*
Sueño	78.24	± 22	0.003
Puntuación total	76.27	± 14	0.001

* $p \leq 0.05$ Significancia según la prueba Anova

Figura 4

Porcentajes relacionados a la calidad de vida en deglución según sus dominios.



Interpretación: En lo que se puede observar en la tabla 6 y figura 4 se observa el porcentaje del puntaje promedio de los ítems de la calidad de vida en deglución, notándose que en los más afectados se encuentran: Duración de la ingesta con un 52.28%, seguido de selección de los alimentos con un 58.32%, apetito con una 60.46% y fatiga con un 64.36%. Entre los ítems que se hallan mejor adecuados se encuentran: miedos con 84.02%, sueño con 78.24% y, finalmente la salud mental con 77.21%.

Al analizar los niveles de significancia, fue posible verificar que los dominios apetito ($p=0,050$), y fatiga ($p=0,650$) mostraron diferencias estadísticamente significativas en comparación de los demás ítems de los dominios de la calidad de vida en deglución.

V. Discusión de resultados

Después de presentar los datos recopilados a través de los instrumentos de medición mencionados, se puede realizar las siguientes discusiones:

Características etarias generales de la población participante del estudio:

En cuanto a los hallazgos epidemiológicos, este estudio corrobora lo descrito en la literatura sobre el predominio masculino de las alteraciones de la deglución, especialmente en mayores de 60 años. En su gran mayoría los pacientes, en el momento del diagnóstico de la patología, tuvieron compromiso pulmonar de tipo severo, es decir que tuvieron una afectación pulmonar de más del 50%, lo que coincide con lo ocurrido en los resultados de otros estudios como el de Aoyagi et al., (2020).

Estudios realizados por Frajkova et al., (2020), describieron la información actualmente disponible sobre la existencia de riesgo de disfagia en casos de intubación, traqueotomía, enfermedades preexistentes y alteraciones pulmonares. Además, plantearon la posibilidad de riesgo de disfagia en casos de COVID-19 por estos mismos factores. Sin embargo, esta investigación no mostró resultado significativo entre las variables sexo, nivel de afectación pulmonar, ageusia, anosmia, hiporexia, pérdida de peso y presencia de alguna comorbilidad con el PARD, demostrando que estos aspectos no son determinantes para el riesgo de disfagia en pacientes que tenían COVID-19. Por otro lado, se observó una diferencia significativa para las variables de edad, mayor de 60 años, y antecedente de traqueotomía.

La existencia de un resultado significativo para la variable edad con el PARD muestra que los adultos mayores infectados por COVID-19 tienen mayor riesgo de disfagia que los adultos menores que 60 años. Estos hallazgos están en línea con los estudios realizados por Demeco et al., (2020) y Escalante (2020), que demuestran que el envejecimiento provoca cambios en el sistema sensorial-motor-oral. En los ancianos se produce un enlentecimiento del

mecanismo de la deglución, con disminución de la sensibilidad orofacial, de la fuerza y de la movilidad de algunas estructuras orales responsables de este proceso.

Los datos estadísticos mostraron que la intubación por sí sola no aumenta el riesgo de disfagia en personas que tenían COVID-19 y necesitaban ser intubadas. La variable intubación no fue estadísticamente significativa, mostrando que esta variable solo explicaba la variedad en las puntuaciones de deglución y calidad de vida cuando no estaba asociada a la traqueotomía. Estos datos muestran que el riesgo de disfagia ocurre en individuos que fueron intubados y posteriormente requirieron traqueotomía. Esto está de acuerdo con los estudios de Andia, (2021) y Zareifopoulos et al., (2020), para casos de coronavirus en hospitales.

Debido a la producción de aerosoles que pueden causar contaminación en los profesionales de la salud, en muchos casos la traqueostomía solo se está realizando después de 30 días de intubación. Este hecho prolonga el tiempo del paciente en el tubo endotraqueal. Por otro lado, se describe que la intubación prolongada también puede aumentar el riesgo de disfagia, pues según Brodsky et al., (2020), la intubación promueve la inmovilización de los músculos orales, faríngeos y laríngeos de la deglución. Esto puede conducir a la atrofia de esta musculatura y disminución de la sensibilidad faríngea y laríngea, lo que justifica el riesgo de disfagia en estos individuos. Los individuos traqueostomizados también presentaron alteraciones en la calidad de la deglución. Este hecho va de acuerdo con los estudios realizados por Chao et al. (2020) y McGrath et al. (2020), que demuestran que los individuos traqueostomizados presentan alteración en la calidad del proceso deglutorio por disfagia. En el presente estudio, la figura de disfagia en la población estudiada y la disminución de la calidad de la deglución se asociaron más con la traqueotomía que con la intubación.

La presencia de un resultado significativo para la variable traqueotomía con el PARD demostró que el riesgo de disfagia es mayor en pacientes sometidos a traqueotomía. Este resultado está de acuerdo con las investigaciones realizadas por Chao et al., (2020) y Godoy et

al. (2021), sobre la evolución que se suele encontrar en los casos graves de COVID-19. Por lo general, estos pacientes necesitan una etapa más prolongada de uso de la traqueostomía para facilitar la ventilación debido a la insuficiencia pulmonar y al síndrome de dificultad respiratoria. Estos pacientes pueden tardar en lograr la decanulación. Por lo que la presencia del tubo de traqueotomía reduce el movimiento de la laringe en el cuello y cambia la ruta del flujo de aire espiratorio hacia el estoma en el cuello. Esta modificación del trayecto provoca una reducción del flujo y una reducción de la presión infraglótica, lo que justifica el riesgo de disfagia en esta población (Chao et al., 2020)

Los resultados encontrados en la prueba SWAL-QOL mostraron que la mayoría de estos individuos presentaron alteraciones en los dominios de duración de la ingesta, apetito, selección de alimentos y fatiga; presentando quejas relacionadas a estos dominios como, dificultad para lidiar con la alteración en la deglución; presencia de tos, carraspeo, ahogo y dificultad para masticar; restos de comida en la boca; incómodo por no poder comer de todo; miedo a ahogarse; desánimo porque necesitan cuidarse al comer; y dificultad en la vida social debido a cambios en la deglución. Estos hallazgos concuerdan con los estudios de Fernández et al., (2018), que demostraron que los pacientes post covid19 tienen un mayor cambio en la calidad del proceso de deglución, ya que son una población con mayor incidencia de disfagia.

Además, coincidentemente, la mayoría de los individuos evaluados fueron traqueostomizados concordando con los estudios de McIntyre et al., (2020), que demostraron que los pacientes traqueostomizados presentan una mayor alteración en la calidad del proceso de deglución, ya que también son una población con mayor riesgo de disfagia.

La mayoría de los participantes que tuvieron síntomas de ageusia y anosmia, y que en algunos casos persistían, tuvieron cambios en el ítem de selección de los alimentos del SWAL-QOL. Ya que, al preguntársele por ello, respondieron que les es difícil encontrar algún alimento que les guste. Este resultado está en línea con investigaciones realizadas por Vaira et al., (2020),

que demostraron que la pérdida del placer de comer cambia la calidad de la deglución, ya que el proceso de deglución se inicia en la fase oral.

Características clínicas de la deglución evaluados con el PARD:

Según los resultados de la evaluación del PARD, que evalúa las características clínicas de la deglución, se encontró un alto número de pacientes con auscultación cervical alterada tanto antes como después de la ingesta de alimentos (indicativa de penetración laringotraqueal o acumulación de alimento en los recesos faríngeos), así también en el número de degluciones que lo hacía en mayoría de manera múltiple, tiempo de tránsito oral lento y reducción de la elevación laríngea. Estos resultados indican una mayor necesidad de adaptación de la alimentación, reforzando los hallazgos obtenidos del PARD que indican que todos los pacientes evaluados necesitan una vía alternativa, cambiando la consistencia por vía oral o con restricciones dietéticas, coincidiendo con los estudios de Leandro et al., (2020), Korupolu et al., (2020) y Herreras y Yauyo (2021)

De hecho, la literatura señala que las dificultades deglutorias más frecuentemente asociadas a los pacientes con secuelas postcovid 19 están relacionadas con la fase oral y faríngea, resultando dificultad en la formación del bolo alimenticio, retraso en el reflejo de la deglución y tiempo de tránsito oral prolongado, con múltiples degluciones para despejar la garganta (Peñalva et al., 2022; Sanzana y Parra, 2020). Así mismo, los movimientos de la lengua, en algunos pacientes postcovid 19 especialmente los que fueron afectados neurológicamente, encargados de la propulsión y la masticación, se consideran hipocinéticos en la fase oral. En estos pacientes, la fase oral suele ser más larga y lenta que la fase faríngea, coincidiendo con los reportes de Beyrouti et al., (2020).

Nivel de clasificación de gravedad de disfagia evaluados con el PARD:

Los resultados obtenidos corroboran con la literatura, indicando que el nivel de gravedad o severidad de la disfagia evaluada mediante el instrumento PARD, impactó la

calidad de vida en disfagia en de los pacientes post covid19. Estos cambios en la deglución pueden afectar la duración de la ingesta, causar una sensación de fatiga y disminuir el placer y la capacidad de seleccionar, consumir varios alimentos, en otros casos afectan la sobrecarga, el nivel social; pudiendo afectar también, en los niveles más moderados, la frecuencia de los síntomas, los miedos a comer alimentos y el proceso de comunicación (Peñalva et al., 2022; Sanzana y Parra, 2020). Aunque el paciente no entienda los trastornos de la deglución como un trastorno perjudicial para su salud, la presencia de tos, ahogo y adaptaciones durante la alimentación pueden tener una connotación social y emocional negativa, según indica el estudio de Ariza (2020).

Calidad de vida en deglución según sus dominios:

A través de la aplicación del SWAL-QOL (calidad de vida en deglución) se pretendió obtener una evaluación multidimensional de los trastornos de la deglución, esperando brindar una visión más amplia de este problema, a través de la perspectiva de quienes lo atienden.

Fue posible reconocer que la duración de la alimentación, la selección de alimentos el apetito, tienen un impacto importante en estos pacientes. Estos dominios revelan que los pacientes que han sido afectado por el covid19, ven alterada su Calidad de vida por el tiempo que tardan en comer, la dificultad para encontrar alimentos que les gustan y que pueden comer al mismo tiempo, y la falta de ganas de comer por falta de apetito que muchos de los pacientes presentan, dejando comprometido su proceso de alimentación.

La duración de la alimentación y la selección de alimentos como los dominios más afectados en pacientes post covid19, evidentes en el presente estudio, están consensuados en la literatura disponible, como lo referencia Ramos (2021), Tan et al., (2021), Amaya et al., (2022) en sus publicaciones.

Pilz et al., (2020) refuerza este hecho, refiriendo que el aumento del tiempo de comida, la elección limitada de alimentos y los métodos especiales de preparación de alimentos son

algunas de las implicaciones psicosociales de la disfagia que contribuyen a la disminución de la calidad de vida.

También Ramos (2021) atribuye la necesidad de dedicar mucho más tiempo del habitual a la alimentación como un factor que altera la calidad de vida de los pacientes, lo que concuerda con Florie et al., (2020). Los autores refieren que el impacto de la disfagia en la calidad de vida, resulta de la imposibilidad de mantener una dieta que abarque diferentes tipos de alimentos y las dificultades que la comida supone para estos pacientes, debido al aumento del tiempo destinado a ello.

La falta de apetito también demostró estar gravemente comprometida en la muestra del estudio. Aunque Tan et al., (2021), en su revisión sistemática, consideran que las alteraciones de la deglución (seguimiento > 1 año) el apetito presenta resultados razonables o favorables, admiten que una parte significativa de los pacientes presenta una disminución de los alimentos que se desvía de los parámetros de la normalidad. Publicaciones Pilz et al., (2020) y Tan et al., (2021), quienes utilizan como instrumento el SWAL-QoL, también revelan que el dominio comunicación obtuvo puntajes más bajos, indicativos de una mayor afectación en el apetito y la fatiga. Asimismo, Leandro et al. (2020), evaluaron la calidad de vida en individuos con alteraciones de la deglución y encontraron que la fatiga era una de los dominios alterados en estos pacientes con disfagia.

La fatiga, por otro lado, tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes de la muestra. Ramos (2021) encontraron que el dominio de fatiga, obtuvo buenas puntuaciones en su estudio, revelando también un bajo impacto en la calidad de vida de su muestra de 95 pacientes con alteraciones en el proceso de deglución.

Law et al., (2020) pretendía evaluar los trastornos de la deglución en pacientes post covid19. A partir de su evaluación, el dominio fatiga demostró ser uno de los problemas que

más se ve comprometido en la calidad de vida de los individuos. Estos datos eran idénticos a los que Ramos (2021) y Leandro et al., (2020) informaron en sus publicaciones.

Los datos obtenidos en este estudio afirman que las puntuaciones totales de la calidad de vida en deglución, puede establecer el tratamiento precoz de la calidad de vida en pacientes que tuvieron covid19, principalmente en sus dominios de duración de la ingesta, apetito, selección de los alimentos y fatiga, que se observa que son características iniciales del declino de la calidad de vida en estos pacientes.

VI. Conclusiones

Después de haber terminado el presente trabajo, concluyo en que:

6.1. En cuanto a las características etarias generales de la población se concluye que hay una mayor presencia del género masculino con un 66%; y que la mayoría con un 58%, tiene una edad mayor o igual a 60 años; con respecto al compromiso pulmonar la mayoría con un 30% fue de tipo severo; además, un 86% tuvo antecedente de intubación, un 90% de tuvo antecedente de traqueotomía; un 70% presentó ageusia; un 80% presentó anosmia; y finalmente un 54% tuvo pérdida de peso.

6.2. En cuanto a las características clínicas generales de la deglución, se concluye que el tiempo de tránsito oral es lento con un 80%, que el número de degluciones en los pacientes evaluados es múltiple en un 90%, además se observa una elevación laríngea reducida con un 86%, con una auscultación cervical alterada, tanto antes como después del proceso deglutorio con un 90%, con una calidad vocal de voz húmeda y aclaramiento espontáneo con un 56%, con presencia de tos voluntaria en un 54% y solo se presentan atoros con recuperación rápida en un 16% del total de pacientes evaluados.

6.3. Así mismo, al realizar la comparación entre las características clínicas de la deglución con agua y alimento pastoso evaluados con el PARD, se concluye que existe un escape oral anterior de alimento pastoso presente en un 20%, un mayor tiempo de tránsito oral lento para el alimento pastoso con un 80%, un número de degluciones múltiple con un 90% durante el alimento pastoso, además se observa una elevación laríngea reducida con un 46% con el alimento pastoso, con una auscultación cervical alterada, tanto antes como después del proceso deglutorio con alimento pastoso con un 46%, una calidad vocal de voz húmeda y aclaramiento espontáneo con un 56% durante la deglución de líquidos, con presencia de tos voluntaria en un 40% durante la ingesta de líquidos para y solo se presentan atoros con recuperación rápida en un 16% también, durante la ingesta de líquidos, en comparación del alimento pastoso.

6.4. En cuanto al nivel de clasificación de gravedad de disfagia, se concluye que existe un alto porcentaje de pacientes que presentan un que representa un nivel de disfagia orofaríngea leve (nivel III) con un 60%.

6.5. Finalmente, en lo que corresponde a los dominios de la calidad de vida en deglución, se concluye que en los más afectados se encuentran duración de la ingesta con un 52.28%, seguido de selección de los alimentos con un 58.32%, apetito con una 60.46% y fatiga con un 64.36%. Además, los ítems que se encuentran con mejor conservación se encuentran; los miedos con 84.02%, sueño con 78.24% y, la salud mental con 77.21%.

VII. Recomendaciones

Después de la realización del presente trabajo de investigación, se puede recomendar, lo siguiente:

7.1. La realización de este estudio, permitió ampliar la comprensión y entendimiento sobre las características, la evolución de la disfagia y las modificaciones en la calidad del proceso deglutorio en individuos infectados por Covid19, el mismo que servirá como referencia a los colegas especialistas en motricidad ante futuros pacientes que lleguen con esa condición.

7.2. Ante la limitación que existió inicialmente en la realización de estudios referentes al campo de la motricidad orofacial durante la pandemia, se recomienda una mayor incursión de fonaudiología en situaciones de pandemia, ya que esta investigación trajo como beneficio nuevos conocimientos sobre las características y evolución del proceso deglutorio y la calidad del proceso de deglución en individuos post covid19. Y este nuevo conocimiento puede servir de base para futuras investigaciones en motricidad orofacial en la disfagia tras el alta hospitalaria de pacientes que han sido infectados por Covid19 y otras secuelas semejantes.

7.3. Partiendo de los datos obtenidos a lo largo del estudio, se considera que sería importante que durante la finalización de este estudio, difundir los resultados obtenidos en esta investigación, no solo a los profesionales de nuestra área, sino también al equipo multidisciplinario que está en contacto diario con estos pacientes en el transcurso de su evolución de la enfermedad y posterior a ella.

7.4. Se debe concientizar a la población involucrada con este y otros futuros virus que pueden ocasionar secuelas de disfagia, a ser orientados hacia la prevención y detección oportuna de estas características identificables que ocasionan alteraciones en la deglución, para realizar lo antes posible un adecuado abordaje por el especialista en motricidad orofacial, con la finalidad de mantener los niveles de calidad de vida en deglución.

7.5. Después de la realización de la tesis, se crea la importancia de incentivar futuras investigaciones reconociendo conscientemente la necesidad de profundizar en algunos dominios sobre calidad de vida en deglución y la necesidad de establecer relaciones más concluyentes entre diferentes variables y otros factores que pueden asociarse o influenciar en los resultados.

VIII. Referencias

- American Speech-Language-Hearing Association (2004). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology* [Preferred practice patterns]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association. Disponible en: <http://www.asha.org/policy/PP2004-00191>
- Andia, R. (2021). *Conocimiento sobre los cuidados de enfermería en pacientes Covid 19 con tubo endotraqueal y su relación con las complicaciones en el servicio de unidad de cuidados intensivos del Hospital San Isidro Labrador*. [Tesis para optar el título de especialista en enfermería en cuidados intensivos en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional Norbert Wiener. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5616>
- Aoyagi, Y., Ohashi, M., Funahashi, R., Otaka, Y., y Saitoh, E. (2020). Oropharyngeal dysphagia and aspiration pneumonia following coronavirus disease 2019: a case report. *Dysphagia*, 35(4), 545-548. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-020-10140-z>
- Ariza, J. (2020). Grado de severidad de la disfagia orofaríngea neurogénica en el paciente de unidad de cuidado intermedio. *Revista Herediana De Rehabilitación*, 3(1), 20-26. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116196>
- Baig, A., Khaleeq, A., Ali, U. y Syeda, H. (2020). Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem Neurosci*, 11(7), 995-998. <https://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/acscchemneuro.0c00122>
- Bangash, M., Owen, A., Alderman, J., Chotalia, M., Patel, J. y Parekh, D. (2020). COVID-19 recovery: potential treatments for post-intensive care syndrome. *The Lancet Respiratory*

- Medicine*, 8(11), 1071-1073.
[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30457-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30457-4/fulltext)
- Barritt, A. y Smithard, D. (2009). Role of cerebral cortex plasticity in the recovery of swallowing function following dysphagic stroke. *Dysphagia*, 24(1), 83.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-008-9162-3>
- Belafsky, P., Mouadeb, D., Rees, C., Pryor, J., Postma, G., Allen, J., y Leonard, R. (2008). (2008). Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology* 117(12), 919-24.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/000348940811701210>
- Beyrouiti, R., Adams, M., Benjamin, L., Cohen, H., Farmer, S., Goh, Y., Humphries, F., Jäger, H., Losseff, N., Perry, R., Shah, S., Simister, R., Turner, D., Chandratheva, A. y Werring, D. (2020). Characteristics of ischaemic stroke associated with COVID-19. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 91(8).
<https://jnnp.bmj.com/content/91/8/889.abstract>
- Biehl, M. y Sese, D. (2020). Post-intensive care syndrome and COVID-19-Implications post pandemic. Cleveland Clinic. *Journal of Medicine*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32759175/>
- Bouadma, L., Lescure, F., Lucet, J., Yazdanpanah, Y. y Timsit, J. (2020). Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive care medicine*, 46(4), 579-582. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-020-05967-x>
- Brandão, D., Nascimento, J. y Vianna, L. (2009). Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. *Rev Assoc Med Bras*. 55(6), 738-743.
<https://www.scielo.br/j/ramb/a/98M5JbxydL8dvYyqHJDVrbD/?lang=pt&format=html>

- Brodsky, M., Huang, M., Shanholtz, C., Mendez-Tellez, P., Palmer, J., Colantuoni, E. y Needham, D. (2018). Recovery from dysphagia symptoms after oral endotracheal intubation in acute respiratory distress syndrome survivors. A 5-year longitudinal study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(3), 376-383. <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1513/annalsats.201606-455oc>
- Brodsky, M., Pandian, V. y Needham, D. (2020). Post- extubation dysphagia: A problem needing multidisciplinary efforts. *Intensive Care Medicine*, 46(1), 93–96. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-019-05865-x>
- Burgos, R. (2011). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. In *XXVI Congreso Nacional SENPE..*
- Carneiro, I., Costa, A. J., Lima, A. y Vaz, I. (2021). Protocol proposal to the initial assessment of the postintensive care syndrome in COVID-19 patients, in an inpatient rehabilitation setting. *Rehabilitacion*, 55(1), 82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518166/>
- Centers for disease Control and Prevention (CDC). (2020). Coronavirus Disease (COVID19). *People with certain medical conditions*. Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medicalconditions.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fneed-extra-precautions%2Fgroups-at-higher-risk.html
- Chao, T., Harbison, S., Braslow, B., Hutchinson, C., Rajasekaran, K., Go, B. y Rassekh, C. (2020). Outcomes after tracheostomy in COVID-19 patients. *Annals of surgery*, 272(3), e181. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7467054/>
- Chen, X., Liu, S., Zhang, C., Pu, G., Sun, J., Shen, J. y Chen, Y. (2020). Dynamic chest ct evaluation in three cases of 2019 novel coronavirus pneumonia. *Arch Iran Med.*, 23(4),

277-280.

<https://pdfs.semanticscholar.org/861d/e29c331412175156fdbbd7b64a6a4caac656.pdf>

Chung, M., Bernheim, A., Mei, X., Zhang, N., Huang, M., Zeng, X., ... y Shan, H. (2020). CT imaging features of 2019 novel coronavirus. *Radiology*. 295(1), 202-207.

<https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2020200230>

Corbin-Lewis, K. y Liss, J. (2014). *Clinical anatomy & physiology of the swallow mechanism*.

Cengage

Learning.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1nTzAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq>

[=Corbin-](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1nTzAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq)

[Lewis,+K.+y+Liss,+J.+\(2014\).+Clinical+anatomy+%26+physiology+of+the+swallow+](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1nTzAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq)

[mechanism.+Cengage+Learning.+&ots=R_RLTcs8aU&sig=NSXYxa9uU_ecnmdZ66](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1nTzAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq)

[UKWm8YWFA](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1nTzAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq)

Costa, M. (2018). Neural control of swallowing. *Arquivos de gastroenterologia*, 55, 61-75.

<https://www.scielo.br/j/ag/a/KSKwC9f7JRqtDxntLyCbksS/abstract/?lang=en>

Costa, N. y De Brito, E. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana Salud Pública*, 11(2), 109–111.

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n2/8381.pdf>

Coutts, K. (2020). Dysphagia services in the era of COVID-19: Are speech-language therapists essential?. *South African Journal of Communication Disorders*, 67(1), 1-6.

http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-

[47652020000100012](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-)

Dawodu, S. (2008). *Swallowing disorders*: eMedicine.

<http://emedicine.medscape.com/article/2212409-overview>

Dawson, C., Capewell, R., Ellis, S., Matthews, S., Adamson, S., Wood, M., Fitch, L., Reid, K., Shaw, M., Wheeler, J., Pracy, P., Nankivell, P. y Sharma, N. (2020). Dysphagia

- presentation and management following COVID-19: an acute care tertiary centre experience. *J Laryngol Otol.*; 1-6. <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-laryngology-and-otology/article/dysphagia-presentation-and-management-following-covid19-an-acute-care-tertiary-centre-experience/F20C90D0E4FD54F9C5F0628521C0F964>
- Demeco, A., Marotta, N., Barletta, M., Pino, I., Marinaro, C., Petraroli, A. y Ammendolia, A. (2020). Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *Journal of International Medical Research*, 48(8), 0300060520948382. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0300060520948382>
- Drozdz, D., Mancopes, R., Silva, A. y Reppold, C. (2014). Analysis of the level of dysphagia, anxiety, and nutritional status before and after speech therapy in patients with stroke. *International archives of otorhinolaryngology*, 18, 172-177 <https://www.scielo.br/j/iao/a/CLFMVSrkrCwJKLhnHp6dDWG/abstract/?lang=en>
- Dziewas, R., Warnecke, T., Zürcher, P. y Schefold, J. (2020). Dysphagia in COVID-19–multilevel damage to the swallowing network?. *European journal of neurology*, 27(9), e46-e47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7283711/>
- Easterling, C. (2018). Management and treatment of patients with dysphagia. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*; 6(4), 213-219. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40141-018-0196-7>
- El Peruano (10/06/2021) *Essalud recomienda estos ejercicios para recuperar el habla tras cuadro grave por covid-19*. Lima.
- Escalante, M. (2020). *Relación de la enfermedad periodontal con la calidad de vida en adultos mayores de la Red de Salud Puno – 2020*. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista en la Facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3226496>

- Estrela, F., Schneider, F., Aquini, M., Marrone, A., Steffani, M. y Jotz, G. (2009). *Controle neurológico da deglutição*. En Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-554981>
- Fernández-Rosati, J., Lera, L., Fuentes-López, E. y Albala, C. (2018). Validez y confiabilidad del cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 146(9), 1008-1015. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872018000901008&script=sci_arttext
- Florie, M., Pilz, W., Kremer, B., Verhees, F., Waltman, G., Winkens, B., ... y Baijens, L. (2021). EAT-10 scores and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in head and neck cancer patients. *Laryngoscope*; 131(1): E45-E51. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/lary.28626>
- Frajkova, Z., Tedla, M., Tedlova, E., Suchankova, M. y Geneid, A. (2020). Postintubation dysphagia during COVID19 outbreak-contemporary review. *Dysphagia*, 35(4),549-557. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-020-10139-6>
- Freitas, A., Zica, G. y Albuquerque, Ch. (2020). Pandemia de coronavírus (COVID-19): o que os fonoaudiólogos devem saber. En: *CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia* <https://www.scielo.br/j/codas/a/GgQqqrRtJHw4vDX5YfgJBrs/?lang=pt>
- Fritz, M., Brenner, M. y Fritz, M. (2020). Moving forward with dysphagia care: Implementing strategies during the COVID-19 pandemic and beyond. *Dysphagia*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-020-10144-9>
- Furkim, A. y Sacco, A. (2008). Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Rev CEFAC*. 10, 503-512. <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/q8VNjpNM9cC43vsL853mgzf/abstract/?lang=pt>

- Gama, A., Alves, C., Cerceau, J. y Teixeira, L. (2009). Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. *Pró-Fono*.21(2), 125-130. <https://www.scielo.br/j/pfono/a/YXjZ9xRvpv9f9Wxwx59fSxv/abstract/?lang=pt>
- Gemma, M., Pasin, L., Oriani, A., Agostoni, M., Palonta, F., Ramella, B., Bussi, M. y Beretta, L. (2016). Swallowing Impairment during propofol target-controlled infusion. *Anesthesia and Analgesia*, 122(1), 48–54. <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/anc/2016/00000122/00000001/art00014>
- Godoy, D., Graneros, N., Oyarzabal, L. y Murillo-Cabezas, F. (2021). Oxigenoterapia de alto flujo en insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a neumonía por COVID-19. *Medicina Intensiva*, 45(8), 506–508. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7891069/>
- González-Castro, A., Campoverde, A., Medina, A., y Alapont, V. (2020). Ventilación mecánica no invasiva y oxigenoterapia de alto flujo en la pandemia COVID-19: el valor de un empate. *Medicina Intensiva*, 45(5), 320–321. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198163/>
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., ... y Zhong, N. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*, 382(18),1708-1720. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/neJMoa2002032>
- Herreras, V. y Yauyo, S. (2021). Alteraciones de la voz y deglución en pacientes neurológicos post ruptura de aneurisma cerebral. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(2), e69343. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/29383>
- Horton, K., Segers, L., Nuding, S., O'Connor, R., Alencar, P., Davenport, P. y Gestreau, C. (2018). Central respiration and mechanical ventilation in the gating of swallow with breathing. *Frontiers in physiology*, 9, 785. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2018.00785/full>

- Ishkanian, A. y Mehl, A. (2020). Clinical Conundrum: Dysphagia in a Patient with COVID-19 and Progressive Muscle Weakness. *Dysphagia*, 1-2. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-020-10205-z>
- Kertscher, B., Speyer, R., Palmieri, M. y Plant, C. (2014). Bedside screening to detect oropharyngeal dysphagia in patients with neurological disorders: an updated systematic review. *Dysphagia*, 29(2), 204-212. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-013-9490-9>
- Kim, D., Park, H., Park, S. y Kim, J. (2020). The impact of dysphagia on quality of life in stroke patients. *Medicine (Baltimore)* 99(34), e21795. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7447354/>
- Korupolu, R., Francisco, G. E., Levin, H. y Needham, D. (2020). Rehabilitation of critically ill COVID-19 survivors. *The Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, 3(2), 45. <https://www.jisprm.org/article.asp?issn=2349-7904;year=2020;volume=3;issue=2;spage=45;epage=52;aulast=Korupolu>
- Law, S., Leung, A. y Xu, Ch. (2020). Severe acute respiratory syndrome (SARS) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): From causes to preventions in Hong Kong. *International Journal of Infectious Diseases*, 94(2020), 156-163. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220301922>
- Leandro, G., Martins, D., Vaz, I. y Rios, J. (2020). A Abordagem da Medicina Física e de Reabilitação nos Doentes com Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos por COVID-19 em Portugal. *Acta Med Port*, 778-778. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/14375/6173>
- Liaw, M., Hsu, C., Leong, C., Liao, C., Wang, L., Lu, C. y Lin, M. (2020). Respiratory muscle training in stroke patients with respiratory muscle weakness, dysphagia, and dysarthria -

- a prospective randomized trial. *Medicine (Baltimore)*, 99(10), e19337.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7478702/>
- Mayo, B., Massel, D., Bohl, D., Khechen, B., Haws, B., Narain, A., ... y Singh, K. (2019). Dysphagia following anterior cervical spine surgery: assessment using an abridged SWAL-QOL. *Int J Spine Surg.* 13(1), 102-109.
<http://www.ijssurgery.com/content/13/1/102.abstract>
- Mattioli, F., Fermi, M., Ghirelli, M., Molteni, G., Sgarbi, N., Bertellini, E. y Marudi, A. (2020). Tracheostomy in the COVID-19 pandemic. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277(7), 2133-2135. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-020-05982-0>
- McGrath, B., Brenner, M., Warrillow, S., Pandian, V., Arora, A., Cameron, T. y Feller-Kopman, D. (2020). Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(7), 717-725.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213260020302307>
- McHorney, C., Bricker, D., Robbins, J., Kramer, A., Rosenbek, J. y Chignell, K. (2000). The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. Item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*, 15, 122–133.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s004550010012>
- McHorney, C., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J., Chignell, K., Kramer, A. y Bricker, E. (2002). The SWALQOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 17, 97–114.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-001-0109-1>
- McIntyre, M., Doeltgen, S., Dalton, N., Koppa, M., y Chimunda, T. (2020). Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis.

*Australian**Critical**Care.*

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731420302320>

Miles, A., Connor, N., Desai, R., Jadcherla, S., Allen, J., Brodsky, M., ... y Langmore, S. (2021). Dysphagia care across the continuum: a multidisciplinary dysphagia research society taskforce report of service-delivery during the COVID-19 global pandemic.

Dysphagia, 36(2), 170-182. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-020-10153-8>

Mirzakhani, H., Williams, J., Mello, J., Joseph, S., Meyer, M., Waak, K., ... y Eikermann, M.

(2013). Muscle weakness predicts pharyngeal dysfunction and symptomatic aspiration in long-term ventilated patients. *Anesthesiology*, 119(2), 389- 397.

<https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article-abstract/119/2/389/11485>

Mohan, R. y Mohapatra, B. (2020). Shedding light on Dysphagia associated with COVID-19:

The what and why. OTO open, 4(2), 2473974X20934770.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2473974X20934770>

Monroy, R. (2021). *Calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes de odontología de la Universidad Norbert Wiener durante la Covid-19*. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista en la Universidad Norbert Wiener]. Repositorio

Institucional

Norbert

Wiener.

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/4870>

Morin, L., Savale, L., Pham, T., Colle, R., Figueiredo, S., Harrois, A. y Writing Committee for the COMEBAC Study Group. (2021). Four-month clinical status of a cohort of patients

after hospitalization for COVID19. *Jama*, 325(15), 1525-1534.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2777787>

- Naunheim, M., Zhou, A., Puka, E., Franco Jr, R., Carroll, T., Teng, S. y Song, P. C. (2020). Laryngeal complications of COVID-19. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, 5(6), 1117-1124. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/liv.2.484>
- Noriega, C., Velasco, C., Pérez, G., Carretero, I., Chulián, A. y López J. (2017). Calidad de vida, bienestar psicológico y valores en personas mayores. *Rev Clin Contemp*; 8(1), 1-13.
http://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/10656/1/Calidad_CristinaNoriega_et_al_RevClinCont_2017.pdf
- Ochoa, J., Ortiz, O., Correa, L. y Rueda, D. (2015). Pacientes con trastorno de la deglución después de ventilación mecánica y traqueostomía, resultados del manejo con terapia deglutoria en UCI:«serie de casos». *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 15(3), 215-219. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726215000531>
- Oliveira, A., Friche, A., Salomão, M., Bougo, G. y Vicente, L. (2018). Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84(6), 722-728.
<https://www.scielo.br/j/bjorl/a/YRJt8XjXVNYZV5yfvw78BRt/abstract/?lang=en>
- Omer, S., Malani, P. y Del Rio, C. (2020). The COVID-19 pandemic in the US: a clinical update. *Jama*, 323(18), 1767-1768. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2764366>
- Padovani, A., Moraes, D. Mangili, L. y Andrade, C. (2007). Protocolo de Avaliacao do risco para a disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 12(3). 199-205.
<https://www.scielo.br/j/rsbf/a/sFTJfXjKkqrtYjSKzDzgyDd/abstract/?lang=pt>
- Peñalva, A., Lecha, M., Sansano, A., Prats, R., Gomes, A., Bascuñana, H. y Vila Ballester, L. (2022). Diferencias en la calidad de vida de pacientes con disfagia orofaríngea según el lugar de residencia: impacto en la selección de alimentos y el tipo de dieta. *Nutrición*

- Hospitalaria*, 39(1), 46-52.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000100009
- Pilz, W., Passos, V., Verdonschot, R., Meijers, J., Roodenburg, N., Halmans, Y., Faber, C., Kremer, B. y Baijens, L. (2020). Swallow-related quality of life and oropharyngeal dysphagia in myotonic dystrophy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 277(8), 2357-2362.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-020-05964-2>
- Pinto-Neto, A. y Conde, D. (2008). Qualidade de vida. *Rev Bras Ginec Obstet.* 30(11), 535-536. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15082012-135511/en.php>
- Pontes, É., Do Amaral, A., Do Rêgo, F., Azevedo, E. y Silva, P. (2017). Qualidade de vida relacionada à deglutição de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. *Arq Gastroenterol* 54(1), 27-32.
- Ramos, J. (2021). *Calidad de vida relacionada a la salud oral en adultos mayores de Programa Pensión 65 Ichuña - Moquegua 2021*. [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.
<https://repositorio.uev.edu.pe/handle/20.500.12692/63805>
- Ruiz, C. (2002). *Instrumentos de Investigación Educativa*. Venezuela: Fedupel.
- Saitoh, E., Pongpipatpaiboon, K., Inamoto, Y. y Kagaya, H. (2018). *Dysphagia Evaluation and Treatment*. Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-981-10-5032-9.pdf>
- Sanzana, A. y Parra, D. (2020). Rol del fonoaudiólogo en el tratamiento de la disfagia en usuarios con alta clínica por COVID-19: Una revisión de literatura. *International Journal of Medical and Surgical Sciences* 7(3), 1-10.
<https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ijmss/article/download/547/520>

- Sassi, F., Medeiros, G., Zambon, L., Zilberstein, B. y Andrade, C. (2018). Avaliação e classificação da disfagia pós-extubação em pacientes críticos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(3).
<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/fcxZk6NmZMJdMmDBsLXW6Zy/abstract/?lang=pt>
- Serra-Prat, M., Palomera, M., Gomez, C., Sar-Shalom, D., Saiz, A., Montoya, J. y Clavé, P. (2012). Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age and ageing*, 41(3), 376-381. <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/41/3/376/31818>
- Simón, P. y Barrio, I. (2012). Consentimiento informado. En: Bioética Clínica. Beca, J. y Astete, C. (Eds.). Santiago de Chile, Mediterráneo.
- Smith, E., Lee, A., Smith, J., Thiele, A., Zeleznik, H. y Ohtake, P. (2021) COVID-19 and Post-intensive Care Syndrome: Community-Based Care for ICU Survivors. *Home Health Care Management & Practice*, 33(2), 117-124.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1084822320974956>
- Sordi, M., Mourão, L., Silva, A. y Flosi, L. (2009). Importância da interdisciplinaridade na avaliação das disfagias: avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75, 776-787.
<https://www.scielo.br/j/bjorl/a/yM4bktbn7t5NcyhcY37xRhJ/abstract/?lang=pt>
- Stierli, S., Buss, I., Redecker, H., Baumberger, M., Blättler, E., Selb, M. y Schwegler, H. (2020). Insights from an interprofessional post-COVID-19 rehabilitation unit: A speech and language therapy and respiratory medicine perspective. *Journal of rehabilitation medicine*, 52(9), jrm0010-jrm00100
<https://medicaljournalssweden.se/jrm/article/view/3833v>
- Tafur R. (2012). *La tesis Universitaria* (2a.ed.). Editorial Mantaro

- Takhar, A., Walker, A., Tricklebank, S., Wyncoll, D., Hart, N., Jacob, T., ... y Surda, P. (2020). Recommendation of a practical guideline for safe tracheostomy during the COVID-19 pandemic. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 1-12.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-020-05993-x>
- Tan, L., Lim, Y., Ho, P., Limm L., Lim, Y. y Low, J. (2021). Understanding Quality of Life for Palliative Patients With Dysphagia Using the Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL) Questionnaire. *Am J Hosp Palliat Care*. 38(10), 1172-1176.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049909121992532>
- Teixeira, I. y Neri, A. (2008). Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol USP*.19(1), 81-94.
<https://www.scielo.br/j/pusp/a/gZHYGynvbQ7F3pFBqChVVVd/abstract/?lang=pt>
- Toledo, L., Aguirre, I., Scaramelli, M., Baeza, D., Mella, J. y Munita, A. (2017). Adaptación inicial de un cuestionario de autopercepción de calidad de vida en pacientes con disfagia. *Revista Chilena de Fonoaudiología* 16, 1-9.
<https://enfoceseducacionales.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/47559>
- Toscano, J. y Oliveira, A. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte*.15(3),169-173.
<https://www.scielo.br/j/rbme/a/KMfqJVrmwjtcVf47ycnCRnR/abstract/?lang=pt>
- Vaira, L., Salzano, G., Deiana, G. y De Riu, G. (2020). Anosmia and ageusia: common findings in COVID-19 Patients. *Laryngoscope*, 130(7), 1787.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/lary.28692>
- Vergara, J., Skoretz, S., Brodsky, M., Miles, A., Langmore, S., Wallace, S., ... y Mourão, L. (2020). Assessment, Diagnosis, and Treatment of Dysphagia in Patients Infected With SARS-CoV-2: A Review of the Literature and International Guidelines. *American*

journal of speech-language pathology, 1-12.
https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2020_ajslp-20-00163

Wang, Z., Chen, X., Lu, Y., Chen, F. y Zhang, W. (2020). Clinical characteristics and therapeutic procedure for four cases with 2019 novel coronavirus pneumonia receiving combined Chinese and Western medicine treatment. *BioScience Trends*, 14(1).
https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/14/1/14_2020.01030/article/-char/ja/

Warnecke, T., Ritter, M. A., Kröger, B., Oelenberg, S., Teismann, I., Heuschmann, P. y Dziewas, R. (2009). Fiberoptic endoscopic dysphagia severity scale predicts outcome after acute stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 28(3), 283-289.
<https://www.karger.com/Article/Abstract/228711>

Wu, Z. y Mcgoogan, J. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 323(13), 1239-1242.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762130>

Yachou, Y., El Idrissi, A., Belapasov, V. y Benali, S. (2020). Neuroinvasion, neurotropic, and neuroinflammatory events of SARS-CoV-2: understanding the neurological manifestations in COVID-19 patients. *Neurological Sciences*, 1-13.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-020-04575-3>

Yan, Y., Shin, W., Pang, Y., Meng, Y., Lai, J., You, C., ... y Pang, C. (2020). The first 75 days of novel coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak: Recent advances, prevention, and treatment. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2323. <https://www.mdpi.com/677688>

Zaldibar, M., Miranda, M., Zaldibar A, Pinedo, S., Erazo, P. y Tejada P. (2013). Versión española del Swallowing Quality of Life Questionnaire: fase inicial de adaptación

transcultural.

Rehabilitacion;

47(3):136-140

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712013000169>

Zareifopoulos, N., Lagadinou, M., Karela, A., Karantzogiannis, G. y Velissaris, D. (2020).

Intubation and Mechanical Ventilation of Patients With COVID-19: What Should We

Tell Them?. *Monaldi Archives for Chest Disease* 90 (1). [https://monaldi-](https://monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/1296)

[archives.org/index.php/macd/article/view/1296](https://monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/1296)

Zuercher, P., Moret, C., Dziewas, R. y Schefold, J. (2019). Dysphagia in the intensive care

unit:epidemiology, mechanisms, and clinicalmanagement. *Critical Care*, 23, 103.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s13054-019-2400-2>

IX. Anexos

Anexo A:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted Sr(a). está siendo invitado como voluntario a participar en la investigación “Características Clínicas y Calidad de Vida en Deglución Postcovid 19, Centro De Motricidad Orofacial, Lima, 2023”.

Objetivo de investigación: El objetivo principal de este trabajo es conocer las características clínicas y la calidad de vida en deglución en pacientes postcovid 19 del Centro de Motricidad Orofacial de Surquillo.

Procedimientos: En primer lugar, se le realizará una evaluación que determine las características clínicas de la deglución, siguiendo la metodología descrita por el protocolo de evaluación de riesgo de la disfagia PARD, este protocolo fue realizado, validado y estandarizado por Padovani et al. (2007, 2014), así mismo, seguidamente se le pedirá que complete un cuestionario previamente validado por Toledo et al. (2017), lo que permitirá identificar la calidad de vida en deglución en pacientes postcovid 19, a través de preguntas cerradas, cuyo contenido es sencillo y objetivo.

Riesgos y molestias: La investigación no presenta riesgos ni ninguna molestia. Su nombre se mantendrá confidencial y se seguirán los principios éticos de solo analizar datos relacionados con el estudio. En este estudio no se utilizarán instrumentos invasivos, puede sentirse en comodidad de terminar en cualquier momento y abandonar la investigación cuando lo desee.

Beneficios: Los participantes se beneficiarán de esta investigación ya que podrán acceder a la información de los resultados de la investigación sobre las características clínicas y la calidad de vida en deglución en pacientes postcovid 19. En definitiva, los beneficios y ventajas son indirectos, aportando retorno social a través de, inicialmente producto de una tesis para optar el título de segunda especialidad en motricidad orofacial, con la posibilidad subsiguiente de ser

redactado para una publicación en revistas científicas y la reflexión sobre la importancia del abordaje de las alteraciones en la deglución que mejoren su calidad de vida.

Garantía de negativa a participar en la investigación y/o retirada del consentimiento: Su participación es voluntaria, donde existe la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin causar perjuicio de ningún tipo.

Garantía de mantenimiento de la confidencialidad y privacidad: Si participa del estudio, se le garantizará el derecho a la confidencialidad. Le garantizamos la confidencialidad durante todas las fases de la investigación, incluso después de su publicación. La información obtenida será analizada junto con los demás participantes, y no se divulgará la identificación de ningún voluntario.

Gastos: Este proyecto será financiado totalmente por el investigador responsable, por lo que no habrá gasto ninguno para el participante.

Aclaración de dudas: En caso de dudas sobre la presente investigación donde usted participará o en caso de necesidad de reportar algún problema relacionado con el estudio, se debe contactar con el investigador principal: David Parra Reyes, a través del celular 997439403.

Por lo tanto, declaro que he sido informado y aclarado sobre el contenido de este documento, comprendiendo todos los términos anteriores, así como mis derechos, y que voluntariamente acepto participar en este estudio. Dando conformidad o no a la siguiente pregunta: ¿Acepta participar en esta investigación?

() Acepto () No acepto

_____ , ____ de _____ de 2023

(Firma del investigador)

(Firma del participante)

Anexo B

Evaluación de las características clínicas de la deglución

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA DISFAGIA (PARD)

(Padovani et al. 2007, 2014)

Test de deglución de agua				
Señales vitales previa: FC: ___ bpm (60 a 100 bpm) FR: ___ rpm (12 a 20 rpm) SPO2: ___ % (> 95%)				
Escape oral anterior	Ausente 1 2 3 4 5 ml		Presente 1 2 3 4 5 ml	
Tiempo de transito oral	Adecuado 1 2 3 4 5 ml		Lento 1 2 3 4 5 ml	
Reflujo nasal	Ausente 1 2 3 4 5 ml		Presente 1 2 3 4 5 ml	
Número de degluciones	Único 1 2 3 4 5 ml		Múltiple 1 2 3 4 5 ml	Ausente 1 2 3 4 5 ml
Elevación laríngea	Adecuado 1 2 3 4 5 ml		Reducido 1 2 3 4 5 ml	Ausente 1 2 3 4 5 ml
Ausulta cervical	Adecuado 1 2 3 4 5 ml		Alterada antes y después 1 2 3 4 5 ml	Alterada después de la deglución 1 2 3 4 5 ml
Saturación de oxígeno	Línea de base ___ % 1 2 3 4 5 ml		Queda ___ para ___ % 1 2 3 4 5 ml	
Calidad vocal	Adecuado 1 2 3 4 5 ml	Disfonía/afonía 1 2 3 4 5 ml	Voz húmeda, aclaramiento espontáneo 1 2 3 4 5 ml	Voz húmeda, aclaramiento voluntario 1 2 3 4 5 ml
Tos	Ausente 1 2 3 4 5 ml	Presente: Voluntaria 1 2 3 4 5 ml Refleja 1 2 3 4 5 ml	Presente: Fuerte 1 2 3 4 5 ml débil 1 2 3 4 5 ml	Presente: Antes 1 2 3 4 5 ml Durante 1 2 3 4 5 ml Después 1 2 3 4 5 ml
Atoro	Ausente 1 2 3 4 5 ml		Presente: Rápida recuperación 1 2 3 4 5 ml	Presente: Recuperación con dificultad 1 2 3 4 5 ml
Otros síntomas	Cianosis 1 2 3 4 5 ml		Broncoespasmo 1 2 3 4 5 ml	Alteración de las señales vitales FC 1 2 3 4 5 ml FR 1 2 3 4 5 ml
Test de deglución de alimento pastoso (3, 5 y 10 ml)				
Escape oral anterior	3 5 10 ausente 3 5 10 presente		Reflujo nasal	3 5 10 ausente 3 5 10 presente
Tiempo de transito oral	3 5 10 adecuado 3 5 10 lento		Residuo en cavidad oral	3 5 10 ausente 3 5 10 presente

Número de degluciones	3 5 10 única 3 5 10 múltiple 3 5 10 ausente	Atoro	3 5 10 ausente Presente: 3 5 10 rápida recuperación 3 5 10 recuperación con dificultad
Tos	3 5 10 ausente Presente: 3 5 10 voluntaria 3 5 10 refleja 3 5 10 débil 3 5 10 fuerte	Calidad vocal	3 5 10 adecuada 3 5 10 disfonía/afonía 3 5 10 voz húmeda con aclaramiento espontáneo 3 5 10 voz húmeda con aclaramiento voluntario
Elevación laríngea	3 5 10 adecuada 3 5 10 disminuida 3 5 10 ausente	Ausulta cervical	3 5 10 adecuada 3 5 10 alterada antes y después de la deglución 3 5 10 alterada después a deglución
Saturación de oxígeno	3 5 10 línea de base ___ % 3 5 10 queda ___ para ___ %	Otros síntomas	3 5 10 cianosis 3 5 10 bronespasma Alteración de las señales vitales: FC 1 2 3 4 5 ml FR 1 2 3 4 5 ml
Nivel	Clasificación		
I	() Deglución NORMAL		
II	() Deglución FUNCIONAL		
III	() Disfagia orofaríngea LEVE		
IV	() Disfagia orofaríngea LEVE A MODERADA		
V	() Disfagia orofaríngea MODERADA		
VI	() Disfagia orofaríngea MODERADA A GRAVE		
VII	() Disfagia orofaríngea GRAVE		
Conducta	() Vía alternativa de alimentación () terapia fonoaudiológica () Alimentación vía oral asistida por el fonoaudiólogo		
Fonoaudiólogo:	Firma:		

Anexo C

Cuestionario de Autopercepción de Calidad de Vida en Disfagia (*SWAL-QOL*)

(Versión chilena adaptada y validada por Toledo et al.,2017)

Instrucciones para completar el cuestionario SWAL-QOL

Este cuestionario ha sido diseñado para saber si sus dificultades para tragar/deglutir han afectado la calidad de su vida diaria.

Por favor, tómese su tiempo en leer y responder cuidadosamente cada pregunta. Algunas de las preguntas pueden resultar muy parecidas entre sí, pero son todas diferentes.

A continuación hay un ejemplo del tipo de pregunta de este cuestionario.

¿Durante el último mes, con qué frecuencia ha experimentado los síntomas descritos?

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
Me siento débil	1	2	3	4	5

Puntuación

Como cada escala tiene diferente número de ítems, el puntaje para cada una de ellas es transformado a porcentaje para una mejor comparabilidad.

Los puntajes brutos totales para cada paciente en cada escala son convertidos a porcentajes, tomando como referencia el puntaje máximo posible de cada escala. Así, 100% corresponde a la condición más favorable de calidad de vida y 0% la menos favorable.

Puntaje escala = (puntaje bruto paciente * 100) / máximo posible escala

Escala	ítems	
Sobrecarga	Vivir con mi problema para tragar es muy difícil	
	Mi problema para deglutir es una gran distracción en mi vida	
Duración	Me demoro más que otras personas en comer	
	Comer algo me toma una eternidad	
Deseo	La mayoría de los días no me preocupa si como o no	
	Rara vez siento hambre	
	Ya no disfruto cuando como	
Síntomas	Toser	
	Atragantarse al comer alimento	
	Atragantarse al ingerir líquidos	
	Tener saliva espesa o flemas	
	Tener arcadas	
	Babear	

	Problemas al masticar	
	Tener exceso de saliva o flemas	
	Tener que carraspear	
	Tener comida pegada en la garganta	
	Tener comida pegada en la boca	
	Derramar alimentos o líquidos por la boca	
	Derramar alimentos o líquidos por la nariz	
	Toser comida o líquido por la boca cuando se quedan atorados	
Selección	Saber que puedo y que no puedo comer es un problema para mí.	
	Me resulta difícil encontrar alimentos que me gusten y que pueda comer	
Comunicación	Las personas tienen problemas para entender lo que digo	
	Es difícil para mí hablar claramente	
Miedo	Cuando como, tengo miedo que no pueda “pasar la comida”	
	Me preocupa la posibilidad de contraer neumonía	
	Cuando tomo líquidos, tengo miedo que pueda comenzar a ahogarme.	
	Nunca se cuándo me voy a atragantar y/o ahogarme	
Salud mental	Mi problema para tragar me deprime / me angustia	
	Me molesta el hecho de tener que ser tan cuidadoso para comer o beber	
	Me he desanimado por mi dificultad para tragar	
	Mi dificultad para tragar me frustra	
	Mi dificultad para tragar me pone impaciente	
Social	No salgo a comer fuera de casa por mi dificultad para tragar	
	Mi problema para tragar me dificulta tener una vida social	
	Mi trabajo habitual o mis actividades de recreación han cambiado debido a mi problema para tragar	
	Los eventos sociales (vacaciones o reuniones sociales con otras personas) no son agradables debido a mi problema para tragar	
	Mi rol frente a mi familia y amigos ha cambiado debido a mi problema para tragar	
Fatiga	Me he sentido sin fuerzas	
	Me he sentido cansado	
	Me he sentido agotado	
Sueño	He tenido problemas para quedarme dormido	

	He tenido problemas para mantenerme dormido	
--	---	--

¡Gracias por completar el estudio sobre el cuidado de la deglución!

- **La puntuación final y de los dominios se expresan de la siguiente manera:**

1. Siempre (Mala calidad de vida);
2. Muchas veces (Satisfactoria calidad de vida);
3. Algunas veces (Buena calidad de vida);
4. Pocas veces (Muy buena calidad de vida);
5. Nunca (Excelente calidad de vida).

- **Para expresar el impacto de la calidad de vida (Pontes et al., 2017).**

- 0-49, impacto severo;
- 50-70, impacto moderado; y
- 71-100, impacto discreto o sin impacto

Anexo D:

Nivel de confiabilidad y validez por juicio de expertos del Protocolo de evaluación de riesgo de la disfagia (PARD)

Confiabilidad:

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 30 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad Cronbach, obteniéndose el siguiente nivel de confiabilidad:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,764	31

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el Protocolo de evaluación para el riesgo de la disfagia (PARD) correspondiente fue de 0.764, lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno, el instrumento es muy confiable para la presente investigación.

Base de datos prueba piloto, N=30 (Nivel de confiabilidad)

Base de datos de la dimensión de la primera parte: evaluación con agua															Base de datos de la dimensión de la segunda parte: evaluación con elemento partura																				
Sust	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum	Hum							
1	1	1	2	4	3	3	5	3	1	1	3	5	3	3	1	3	4	1	3	1	5	3	2	4	5	1	1	3	1	4					
2	1	1	1	5	3	1	4	2	1	1	3	1	5	3	1	1	4	3	5	5	1	3	5	1	3	5	1	2	1	1	2	1			
3	1	2	2	3	2	2	4	2	1	3	3	2	3	3	2	3	2	3	4	4	4	4	4	5	2	2	3	3	3	2	1	2			
4	1	1	6	5	4	2	2	3	3	4	5	2	2	3	1	1	5	4	3	5	5	5	3	4	5	1	2	4	5	3	1	2			
5	1	2	3	1	3	3	3	3	2	4	2	3	3	5	2	1	2	3	3	3	3	3	1	4	5	2	1	2	3	2	1	2			
6	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	5	4	5	4	5	3	3	5	1	1	2	2	5	1	1	2	5		
7	1	2	3	4	4	2	3	1	1	5	3	2	3	5	4	1	4	3	5	4	2	5	1	2	3	5	1	1	4	4	3	3			
8	1	2	5	5	1	1	1	2	2	3	1	1	5	2	1	2	3	4	4	5	5	2	4	4	5	1	1	5	6	4	1	1	1		
9	1	2	4	3	4	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	4	5	5	4	2	1	3	4	4	2	3	3	2	2	2	1	2		
10	3	4	3	3	4	5	5	2	2	4	4	5	5	5	5	1	5	3	3	2	3	5	3	1	1	4	1	1	3	4	5	1	4		
11	1	1	2	5	2	2	3	2	3	3	1	2	3	3	4	1	4	1	3	5	5	2	3	3	5	1	5	4	3	1	5	4	3		
12	1	1	3	3	4	1	1	2	2	3	3	1	1	4	4	1	4	2	3	3	3	4	4	2	3	4	4	2	1	3	2	3	2	3	
13	1	3	3	3	3	4	2	4	5	1	3	4	5	5	4	5	3	4	3	4	2	4	3	3	5	1	1	4	5	5	1	4	5	5	
14	1	2	5	2	4	2	2	3	2	2	2	2	5	5	2	5	5	3	3	4	3	2	1	1	5	1	1	5	6	4	1	1	5	4	
15	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	3	5	4	2	4	3	2	2	3	2	1	3	4	3	1	1	4	4	2	1	4	4	2	
16	1	3	3	3	1	3	2	2	3	1	3	2	3	5	3	2	4	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	3	3	2	2	3	3	
17	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	3	4	4	5	4	5	5	2	2	4	4	5	1	1	4	4	5	5	
18	1	2	4	3	3	2	1	2	3	3	2	1	4	2	1	2	3	2	2	3	3	1	1	3	1	1	1	4	4	3	1	1	4	4	3
19	3	3	3	3	2	4	3	5	3	2	4	4	5	1	5	3	4	3	4	3	1	1	1	2	1	1	3	3	3	3	2	2	3	1	1
20	3	4	4	4	3	2	3	3	4	2	3	2	3	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3	3	4	2	2	4	3	4	2	2	4	3	4
21	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3	4	3	3	1	1	5	1	1	3	3	3	3	2	1	2	2
22	2	3	4	3	3	4	2	3	3	5	3	4	3	2	3	3	2	4	4	4	1	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
23	2	2	5	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	2	2	2	5	1	1	2	2	3	1	1	2	2	2	1
24	1	2	5	5	5	5	5	5	3	5	6	4	4	1	4	5	5	2	5	5	5	5	5	4	4	3	3	5	1	1	1	1	1	1	1
25	1	2	3	5	4	5	4	3	4	3	4	5	3	5	1	5	3	4	4	5	3	4	5	1	1	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1
26	1	2	3	1	3	3	3	2	4	2	3	5	2	1	2	3	3	3	3	3	1	4	5	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1
27	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	5	4	5	4	5	3	3	5	1	1	2	2	5	1	1	1	2	1	2
28	1	2	3	4	4	2	3	1	1	5	3	2	3	5	4	1	4	3	5	4	2	5	1	2	3	5	1	1	4	4	3	1	1	4	3
29	1	2	5	5	5	1	1	2	2	3	1	1	5	2	1	2	3	4	4	5	5	2	4	4	5	1	1	5	5	4	1	1	1	5	4
30	1	2	4	3	4	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	4	4	5	4	2	1	3	4	4	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1

Validez de contenido por juicio de expertos:

Juez No. 1.

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)

Instrucciones

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el contenido del presente instrumento. La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen un espacio para las observaciones que hubiera.

Juez N^o: 01 Fecha actual: 17-08-22

Nombres y Apellidos del Juez: Armando Ivan ramos Gutarra

Institución donde labora: Universidad Femenina del Sagrado Corazón UNIFE

Años de experiencia profesional o científica: 19 años

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

“CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN DISFAGIA (SWAL-QOL)”.

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100**(%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100**(%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100**(%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100**(%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100**(%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?
Ninguno
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?
Ninguno

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD: Esta de acuerdo y viable a nuestra realidad

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Fecha: 17-08-22

Validado por: Armando Ivan Ramos Gutarra

Grado académico: Magister

Firma:



Juez No 2.**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)****Instrucciones**

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el contenido del presente instrumento. La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen un espacio para las observaciones que hubiera.

Juez N°: ____02____

Fecha actual: 29082022

Nombres y Apellidos del Juez: DR.CARLOS MANZANO AQUIAHUATL

Institución donde labora: HOSPITAL MÉDICA SUR/CENTRO MÉDICO ABC

Años de experiencia profesional o científica: 10 AÑOS

|

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

“PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA DISFAGIA (PARD)”

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 **60** 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 **60** 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 **80** 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 **80** 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 **80** 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

Es importante especificar el ejemplo de pastoso ya que este puede variar en los diferentes países de Latinoamérica, lo ideal sería encontrar un ejemplo de consistencia pastosa que fuera común en todos los países de Latinoamérica.

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

Eliminaría algunas palabras que pueden causar confusión y las cambiaría por las siguientes palabras más claras y más comunes en todo Latinoamérica:

Atragantamiento en lugar de Atoro

Signos en lugar de Señales

Utilizar la palabra fonoaudiólogo ó fonoaudiológica delimita el uso de este protocolo solamente a un grupo de profesionales, desde mi punto de vista personal el diseño de un protocolo de disfagia debería poder ser utilizado por las diferentes multidisciplinas como por ejemplo: médicos, terapeutas, nutriólogos, etc.

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD: BUENA CON MODIFICACIONES.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 72 %

Fecha: 29/08/2022

Firma: 

Validado por: DR. CARLOS MANZANO AQUIAHUATL

Grado académico: **MÉDICO FONIATRA / MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS**

Juez No. 3.

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

Instrucciones

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el contenido del presente instrumento. La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen un espacio para las observaciones que hubiera.

Juez N°: 03

Fecha actual: 13/09/2022

Nombres y Apellidos del Juez: Liz Ojeda Peña

Institución donde labora: Centro de Especialidades Pediátricas - Universidad

Autónoma de Asunción - PARAGUAY

Años de experiencia profesional o científica: 12 años

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

“PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA DISFAGIA (PARD)”

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100(%)

2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100(%)

3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100(%)

4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100(%)

5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100(%)

6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD: _____ APLICABLE _____

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 100%

Fecha: 13/09/2022

Firma:



Validado por: _____ Liz Ojeda Peña _____

Grado académico: _____ Magister _____

Anexo E:

**Nivel de confiabilidad y validez por juicio de expertos del Cuestionario de
Autopercepción de Calidad de Vida en Disfagia (SWAL-QOL)**

Confiabilidad:

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 30 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad Cronbach, obteniéndose los siguientes resultados:

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.922	44

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el Cuestionario de Autopercepción de Calidad de Vida en Disfagia (SWAL-QOL) correspondiente fue de 0.922, lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno, el instrumento es muy confiable para la presente investigación.

**“CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN
DISFAGIA (SWAL-QOL)”.**

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100** (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100** (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?
 - En el ítem “Salud mental” sería interesante agregar el punto “Mi problema para tragar me angustia” como apartado previo a “deprimir”
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?
 - En el ítem “Miedo” sería interesante cambiar el término “atragantar” por “ahogarme”.
 - En el ítem “Fatiga” sería interesante cambiar los términos “Débil” por “Sin Fuerzas”; la expresión me he sentido Exhausto por me he sentido “Agotado”

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD: Sencillo, fácil de aplicar y con conceptos claros.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 94%

Fecha: 10/09/2022

Firma: _____

Validado por: ANDRES FELIPE SANZANA LEIVA

Grado académico: FONOAUDIÓLOGO

Juez No. 2.**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)****Instrucciones**

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el contenido del presente instrumento. La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen un espacio para las observaciones que hubiera.

Juez N°: 02

Fecha actual: 17 de agosto de 2022

Nombres y Apellidos del Juez: claudia juarez escobar

Institución donde labora: _Hospital Nacional Guillermo Almenara

Años de experiencia profesional o científica: 22 años

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

“CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN DISFAGIA (SWAL-QOL)”.

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 **90** 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD: _____

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90

Fecha: 17 de agosto de 2022

Firma:

Validado por: claudia juarez escobar

Grado académico: tecnólogo médico en terapia de lenguaje

Juez No. 3.**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)****Instrucciones**

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el contenido del presente instrumento. La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen un espacio para las observaciones que hubiera.

Juez N°: ____03____

Fecha actual: 17/08/2022

Nombres y Apellidos del Juez: Miguel Vargas GarcíaInstitución donde labora: Universidad MetropolitanaAños de experiencia profesional o científica: 11

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – JUICIO DE EXPERTOS

“PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA DISFAGIA (PARD)”

INSTRUCCIÓN: Sirvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100** (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100** (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 **80** 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 **100** (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 **70** 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?
Considero que se podrían agregar tipos de consistencia y ofertar volúmenes considerados habituales para el paciente, en caso de tener habilitada la vía oral.
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?
Ninguno.

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD: Aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Fecha: 17/08/2022

Firma: Miguel A. Vargas García

Validado por: Miguel Antonio Vargas García

Grado académico: Doctorado en Fonoaudiología

Anexo F:**Carta pidiendo autorización para realizar encuesta piloto para trabajo de investigación**

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 9 Febrero 2023

Lic. TM. TL. Diana Diaz Guerra

DIRECTORA DE TERASPEECH: FONOATRÍA, DEGLUCIÓN Y FISIOTERAPIA.

Lima, Perú

Apreciada Lic.:

Es muy gato saludarlo deseándole muchas bendiciones de Dios en su sagrada labor de liderar la prestigiosa institución como es TERASPEECH: Foniatría, deglución y fisioterapia.

El motivo de la presente es para solicitarle la autorización respectiva para realizar una encuesta piloto a los pacientes que acuden a su institución, a quienes se les aplicará una evaluación de la disfagia y un cuestionario de calidad de vida en aras de realizar un trabajo de investigación titulado: Características de la deglución y Calidad de vida en disfagia en pacientes postcovid19, 2023.

Agradezco de antemano su receptividad y colaboración. Este apoyo me permitirá adquirir habilidades y competencias en el campo de la estadística aplicada a la investigación, comprometiéndome al mismo tiempo, guardar la confidencialidad de la información recopilada.

Quedo de Ud. en espera de su autorización para realizar dicha intervención.

Muy atentamente:

Dr. Belkis David Parra Reyes

DNI: 40284575

Anexo G:**Carta de Respuesta para realizar encuesta piloto para trabajo de investigación**

Jesús María, 9 de Febrero del 2023

Presente.

Dr. Belkis David Parra Reyes

Asunto: RESPUESTA A LA CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a su solicitud de realizar un estudio en el servicio de Terapia de Lenguaje para la realización de su encuesta piloto a los pacientes que acuden a la institución que represento, TERASPEECH: Foniatría, deglución y fisioterapia, he decidido brindarle todo acceso a datos y facilidades para contribuir al proceso de realización del trabajo de investigación titulado: "Características de la deglución y Calidad de vida en disfagia en pacientes postcovid19, 2023".

Le deseamos muchos éxitos, sabemos la dedicación, empeño y tiempo que dedicará para alcanzar tus objetivos profesionales.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Diana", is positioned above a horizontal blue line.

Lic. Diana Diaz Guerra
Tecnólogo Médico
Directora de TERASPEECH:
Foniatría, deglución y fisioterapia

Jr. Huascar 1415. Jesús María, Lima, Peru
+51 928 748 369 speechcenter.info@gmail.com

Anexo H:

Carta pidiendo autorización para realizar recolección de datos emitido por la institución donde realiza la investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 15 Agosto de 2023

Dra. Angulo Luna, Helen

DIRECTORA DE CENTRO DE MOTRICIDAD OROFACIAL – CEMOF.

Lima, Perú

Apreciada Dra:

Es muy gato saludarlo deseándole muchas bendiciones de Dios en su sagrada labor de liderar la prestigiosa institución como es el Centro de Motricidad Orofacial - CEMOF.

El motivo de la presente es para solicitarle la autorización respectiva para realizar una encuesta piloto a los pacientes que acuden a su institución, a quienes se les aplicará una evaluación de la disfagia y un cuestionario de calidad de vida en aras de realizar un trabajo de investigación titulado: Características de la deglución y Calidad de vida en disfagia en pacientes postcovid19, 2022.


Agradezco de antemano su receptividad y colaboración. Este apoyo me permitirá adquirir habilidades y competencias en el campo de la estadística aplicada a la investigación, comprometiéndome al mismo tiempo, guardar la confidencialidad de la información recopilada.

Quedo de Ud. en espera de su autorización para realizar dicha intervención.

Muy atentamente:

Dr. Belkis David Parra Reyes

DNI: 40284575

Anexo I:**Oficio de recolección de datos emitido por la institución donde realiza la investigación**

Surquillo, 25 de Agosto del 2023

Presente.


Dr. Belkis David Parra Reyes

Asunto: RESPUESTA A LA CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a su solicitud de realizar un estudio en el servicio de Terapia de Lenguaje para la realización de su encuesta piloto a los pacientes que acuden a la institución que represento, el Centro de Motricidad Orofacial (CEMOF), he decidido brindarle todo acceso a datos y facilidades para contribuir al proceso de realización del trabajo de investigación titulado: "Características de la deglución y Calidad de vida en disfagia en pacientes postcovid19, 2022".

Le deseamos muchos éxitos, sabemos la dedicación, empeño y tiempo que dedicará para alcanzar tus objetivos profesionales.

Atentamente



Dra. Helen Angulo Luna
Médico otorrinolaringólogo
Directora del Centro de Motricidad Orofacial -
CEMOF

Calle Harrington 240 - La Calera de la Merced - Surquillo
(Alt. 37-38 Av. Aviación)
Telf. 01-3186999

Tabla 7

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS O REACTIVOS	VALORES	INSTRUMENTO
Características clínicas de la deglución	Test de deglución de agua	Escape oral anterior	- Presente - Ausente	2 ítems	PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA DISFAGIA (PARD) (Padovani et al. 2007)
		Tiempo de tránsito oral	- Adecuado - Lento	2 ítems	
		Reflujo nasal	- Presente - Ausente	2 ítems	
		Número de degluciones	- Único - Múltiple - Ausente	3 ítems	
		Elevación laríngea	- Adecuado - Reducido - Ausente	3 ítems	
		Ausulta cervical	- Adecuado - Alterada antes y después	3 ítems	

			- Alterada después de la deglución	
		Saturación de oxígeno	- Línea de base ___% - Queda ___ para ___%	2 ítems
		Calidad vocal	- Adecuado - Disfonía/afonía - Voz húmeda, aclaramiento espontáneo - Voz húmeda, aclaramiento voluntario	4 ítems
		Tos	- Ausente - Presente voluntario - Presente: fuerte, débil - Presente: Antes, después	4 ítems
		Atoro	- Ausente - Presente rápida recuperación - Presente recuperación con dificultad	3 ítems
		Otros síntomas	- Cianosis - Broncoespasmo	3 ítems

			- Alteración de las señales vitales	
Test de deglución de alimento pastoso	Escape oral anterior	- Presente - Ausente	2 ítems	
	Tiempo de tránsito oral	- Adecuado - Lento	2 ítems	
	Número de degluciones	- Único - Múltiple - Ausente	3 ítems	
	Reflujo nasal	- Presente - Ausente	2 ítems	
	Atoro	- Ausente - Presente rápida recuperación - Presente recuperación con dificultad	3 ítems	
	tos	- Ausente - Presente voluntario - Presente: fuerte, débil - Presente: Antes, después	4 ítems	
	Elevación laríngea	- Adecuada - Disminuida - Ausente	3 ítems	
	Saturación de oxígeno	- Línea de base ___% - Queda ___ para ___%	2 ítems	
	Calidad vocal	- Adecuado - Disfonía/afonía - Voz húmeda, aclaramiento espontáneo	4 ítems	

			- Voz húmeda, aclaramiento voluntario		
		Ausulta cervical	- Adecuado - Alterada antes y después - Alterada después de la deglución	3 ítems	
		Otros síntomas	- Cianosis - Broncoespasmo - Alteración de las señales vitales	3 ítems	
	Sobrecarga	- Vivir con mi problema para tragar es muy difícil - Mi problema para deglutir es una gran distracción en mi vida		2 ítems	
	Duración de la ingesta	- Me demoro más que otras personas en comer - Comer algo me toma una eternidad		2 ítems	
	Apetito	- La mayoría de los días no me importa si como o no - Rara vez siento hambre		3 ítems	
					Cuestionario de

Calidad de Vida en Disfagia		- Ya no disfruto cuando como	Escala de Likert de cinco ítems La puntuación final y de los dominios se expresan de la siguiente manera: 1. Siempre (Mala calidad de vida); 2. Muchas veces (Satisfactoria calidad de vida); 3. Algunas veces (Buena calidad de vida); 4. Pocas veces (Muy buena calidad de vida); 5. Nunca (Excelente calidad de vida).		Calidad de Vida en Disfagia (SWAL-QOL) (Zaldibar-Barinada et al., 2013; adaptado y validado al por Toledo et al.,2017)
	Frecuencia de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Toser - Atragantarse al comer alimento - Atragantarse al ingerir líquidos - Tener saliva espesa o flemas - Tener arcadas - Babear - Problemas al masticar - Tener exceso de saliva o flemas - Tener que carraspear - Tener comida pegada en la garganta - Tener comida pegada en la boca - Derramar alimentos o líquidos por la boca - Derramar alimentos o líquidos por la nariz - Toser comida o líquido por la boca cuando se quedan atorados 		16 ítems	
	Selección de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Saber que puedo y que no puedo comer es un problema para mí. - Me resulta difícil encontrar alimentos que me gusten y que pueda comer 		2 ítems	

	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas tienen problemas para entender lo que digo - Es difícil para mí hablar claramente 	2 ítems	
	Miedos	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando como, tengo miedo que pueda comenzar a atragantarme - Me preocupa la posibilidad de contraer neumonía - Cuando tomo líquidos, tengo miedo que pueda comenzar a atorarme - Nunca se cuándo me voy a atragantar 	4 ítems	
	Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Mi problema para tragar me deprime - Me molesta el hecho de tener que ser tan cuidadoso para comer o beber - Me he desanimado por mi dificultad para tragar - Mi dificultad para tragar me frustra - Mi dificultad para tragar me pone impaciente 	5 ítems	
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - No salgo a comer fuera de casa por mi dificultad para tragar - Mi problema para tragar me dificulta tener una vida social - Mi trabajo habitual o mis actividades de 		

		<p>recreación han cambiado debido a mi problema para tragar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los eventos sociales (vacaciones o reuniones sociales con otras personas) no son agradables debido a mi problema para tragar - Mi rol frente a mi familia y amigos ha cambiado debido a mi problema para tragar 		5 ítems	
	Fatiga	<ul style="list-style-type: none"> - Me he sentido débil - Me he sentido cansado - Me he sentido exhausto 		3 ítems	
	Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - He tenido problemas para quedarme dormido - He tenido problemas para mantenerme dormido 		2 ítems	