

**LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

AÑO: 2021

**IMPACTO EN LA INGESTA, CONDUCTA ALIMENTARIA Y
PESO CORPORAL POR ALTERACIONES EN EL OLFATO
Y/O GUSTO PROVOCADOS POR COVID-19 EN ADULTOS
MAYORES DE 18 AÑOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS
AIRES DURANTE 2020-2021.**

AUTOR: Paula Belén Galarza.

DOCENTES: Lic. Celeste Concilio y Lic. Eleonora Zummer.

IMPACTO EN LA INGESTA, CONDUCTA ALIMENTARIA Y PESO CORPORAL POR ALTERACIONES EN EL OLFATO Y/O GUSTO PROVOCADOS POR COVID-19 EN ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE 2020-2021

Autor: Galarza Paula B.

Paula.bgalarza@gmail.com

Universidad ISALUD

RESUMEN

Introducción: Las alteraciones en el olfato y gusto parecerían ser las manifestaciones más características y representativas de la enfermedad causada por la infección del virus SARS-CoV-2. Ambos sistemas sensoriales son esenciales, ya que influyen tanto en la conducta alimentaria; en las interacciones sociales, así como también, en poder mantener una buena calidad de vida.

Objetivo: Identificar y describir cómo las alteraciones en el gusto y el olfato provocadas por COVID-19 afectaron a la ingesta, conducta alimentaria y peso corporal en adultos mayores de 18 años en la provincia de Bs As en 2020-2021.

Metodología: Diseño descriptivo transversal cuali-cuantitativo que incluyó el análisis de la presencia y caracterización de las alteraciones sensoriales y su duración, en relación con la ingesta, conducta alimentaria y peso corporal. La recolección de los datos fue por medio de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas enviada a la población en estudio.

Resultados: De los 63 adultos estudiados, el 76% presentó pérdida de gusto y olfato en simultáneo. Ambas alteraciones fueron proporcionalmente mayores en las mujeres que en los hombres. El 57% de la población refirió que las disfunciones sensoriales influyeron al momento de cocinar y en el 71% de los casos afectó a la hora de comer. Para el 30%, a raíz de estas alteraciones, generaron cambios en la ingesta y conducta alimentaria que persisten en la actualidad.

Conclusiones: La nutrición, puede verse comprometida al presentar disfunciones olfativas y/o gustativas llevando a ingestas alimentarias en algunos casos restrictivas, con disminución o aumento del apetito, abuso de sal/azúcar u otros ingredientes para realzar el sabor a las comidas que terminan siendo un medio ideal para el desarrollo de otras enfermedades tales como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, entre otras.

Palabras clave: COVID-19, Pérdida del olfato, Pérdida del gusto, Ingesta y conducta alimentaria.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
OBJETIVOS.....	13
VARIABLES.....	14
METODOLOGÍA.....	18
Diseño de investigación.....	18
Población	18
- Criterios de inclusión	18
- Criterios de exclusión	18
- Criterios de eliminación.....	18
Tipo de muestreo	18
Metodología de recolección de los datos.....	18
Tratamiento y análisis de los datos.....	19
RESULTADOS	20
CONCLUSIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	36

INTRODUCCIÓN

La actual pandemia por Covid-19, producida por una cepa mutante de coronavirus el “SARS-CoV-2”, ha generado en todo el mundo una severa crisis económica, social y de salud, nunca vista. Se inició en China a fines de diciembre del 2019 en la provincia de Hubei (ciudad de Wuhan), donde luego se expandió rápidamente por numerosas regiones de Asia, Europa y América¹. La enfermedad causada por el virus “síndrome respiratorio agudo severo por Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)”, se propaga rápidamente de persona a persona, principalmente por secreciones respiratorias y por contacto cercano a una persona infectada. Se puede propagar a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona que contrajo la infección a través de la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o resoplar².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como síntomas más comunes del Covid-19, podemos mencionar: fiebre, tos seca y cansancio. Sin embargo, existen otros síntomas menos frecuentes, pero no menores ya que suelen afectar a algunos pacientes, como lo son la pérdida del gusto y/o del olfato, congestión nasal, conjuntivitis o enrojecimiento ocular, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares o articulares, diferentes tipos de erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea, escalofríos o vértigos. A su vez, en casos en donde se presente un cuadro grave de la enfermedad podemos encontrar los siguientes síntomas: disnea o dificultad respiratoria, pérdida del apetito, confusión, dolor u opresión persistente en el pecho y temperatura elevada de manera persistente (superior a 38°C)³. Sin embargo, la presentación más específica y característica de esta enfermedad, es la alteración del olfato y del gusto, manifestaciones que van a ser más frecuentes en pacientes con síntomas leves o moderados. Dichos síntomas son útiles en la selección de estos pacientes, permitiendo un aislamiento precoz de los mismos, así como la prevención de su potencial diseminación⁴.

El olfato, considerado el más primitivo de los sentidos, tiene la capacidad de relacionar, prevenir, alertar, recordar y generar distintos tipos de sensaciones⁵. Un olor se define como una impresión especial percibida a través del sentido del olfato, que deriva de la acción de algunas sustancias químicas sobre el sistema olfatorio. Este sentido, influye tanto en la conducta alimentaria como en las interacciones sociales, por lo que una alteración en esta área puede afectar considerablemente a la persona, ya que, si bien la disminución de las funciones olfatorias afecta la calidad vida para disfrutar la comida o la bebida, también puede implicar en su seguridad como, por ejemplo, reconocer alimentos en mal estado, no poder detectar humo o emanaciones de gas que pueden poner su vida en peligro⁶.

Por su parte, el acto de percibir el gusto se llama “gustación”. La capacidad de saborear está fuertemente ligada a nuestra capacidad olfativa ⁷. Como se mencionó anteriormente, junto con la pandemia de COVID 19, el olfato está fuertemente relacionado con el gusto y es la disfunción del mecanismo olfativo la falla principal en las alteraciones gustativas ⁸.

Ambos sistemas sensoriales son esenciales para diversos factores como la nutrición, selección de alimentos, el aspecto placentero y sensorial de los mismos, la eficiencia del metabolismo e incluso una buena calidad de vida ⁹. Sin embargo, hasta el momento no se encontró bibliografía suficiente que corrobore específicamente el impacto de estas alteraciones sobre la ingesta alimentaria. En consecuencia, en este trabajo se busca poder identificar, y conocer el papel que ocupan las funciones sensoriales en la alimentación y analizar si la presencia o ausencia de estas repercutió de alguna forma en el estilo de vida y estado nutricional de la población que cursó la enfermedad.

MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

La actual pandemia por Covid-19, producida por una cepa mutante de coronavirus el “SARS-CoV-2”, ha generado en todo el mundo una severa crisis económica, social y de salud, nunca vista. Se inició en China a fines de diciembre del 2019, en la provincia de Hubei (ciudad de Wuhan), donde luego se expandió rápidamente por numerosas regiones de Asia, Europa y América¹. La enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, se propaga rápidamente de persona a persona, principalmente por secreciones respiratorias y por contacto cercano a una persona infectada. El virus se puede propagar por medio de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada a través de la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o resoplar. Esas partículas líquidas tienen diferentes tamaños, desde las gotas respiratorias más grandes, hasta las más pequeñas llamadas “aerosoles”².

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a que el SARS-CoV-2 no va a desaparecer, lo cual implica que la humanidad tendrá que prepararse para enfrentar prospectivamente esta realidad. En pocos meses, el mundo se vio envuelto en una gran adversidad que quedará en la historia como una de las pandemias más grandes desde los últimos 100 años. La pérdida de tantas vidas, sumado a la repercusión psicológica e incertidumbre, conllevará a cambios en vidas futuras cuando esta pandemia termine¹⁰. A inicios de la aparición del virus y su consiguiente pandemia, el director general de la OMS declaró *«La única manera de vencer este brote es que todos los países cooperen con un espíritu de solidaridad. Este es el momento de los hechos, no del miedo; de la ciencia, no de los rumores; y de la solidaridad, no de la estigmatización»*. Con esta declaración hacía referencia a ciertas recomendaciones para prevenir la propagación del virus como, por ejemplo: apoyar a los sistemas de salud menos robustos; propiciar consejos a países que estén estudiando que medidas a adoptar; a acelerar el desarrollo de vacunas, tratamientos y pruebas de diagnóstico; luchar contra la información errónea o desinformación; descubrir las posibles carencias y definir los recursos necesarios para detectar, aislar y tratar casos¹¹. La estigmatización, puede llevar a que las personas escondan la enfermedad para evitar la discriminación, así como también impedir a que se busque atención médica de forma inmediata. Esto, podría contribuir a una situación en la que sea más probable que el virus se extienda u expandiera¹².

Según la OMS, como síntomas más comunes del Covid-19, podemos mencionar la fiebre; la tos seca y el cansancio. Sin embargo, existen otros síntomas menos frecuentes, pero no menores ya que suelen afectar a algunos pacientes, como lo son la pérdida del gusto y/o del olfato, congestión

nasal, conjuntivitis o enrojecimiento ocular, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares o articulares, diferentes tipos de erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea, escalofríos o vértigos. A su vez, en casos en donde se presente un cuadro grave de la enfermedad, podemos encontrar los siguientes síntomas: disnea o dificultad respiratoria, pérdida del apetito, confusión, dolor u opresión persistente en el pecho y temperatura elevada persistente (superior a 38°C)³. Las actuaciones preventivas derivan de la epidemiología clásica: detectar; aislar/tratar los casos; y hacer un seguimiento de los posibles contactos. Requiere trabajar con cierta calma, rigor, prudencia y evaluando siempre una posible situación cambiante,¹³. En Argentina durante el año 2020, se realizó un estudio donde se evaluaron las características en función de la presencia o ausencia de neumonía y de la gravedad de la enfermedad. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre 66% y tos 57%. La disnea y la fiebre se asociaron a la presencia de neumonía. Las comorbilidades más prevalentes fueron: hipertensión 22%, obesidad 18%, enfermedad cardiovascular 7% y enfermedad respiratoria crónica 7%¹⁴.

Desde la descripción del primer caso de neumonía relacionada con el SARS-CoV-2, la enfermedad por COVID-2019 se ha extendido rápidamente¹⁵. Según los primeros informes clínicos provenientes del continente asiático, los síntomas más frecuentes relacionados a la enfermedad son los mencionados anteriormente. Sin embargo, un número cada vez mayor de estudios, destacan que la forma de presentación más específica y característica de la enfermedad es la alteración del olfato y el gusto, manifestaciones que van a ser más frecuentes en pacientes con síntomas leves o moderados. Dichos síntomas son útiles en la selección de estos pacientes, permitiendo un aislamiento precoz, así como la prevención de su potencial diseminación^{4,15}.

Alteraciones en el olfato.

Evolutivamente el olfato considerado el más primitivo de los sentidos, tiene la capacidad de relacionar, prevenir, alertar, recordar y generar distintos tipos de sensaciones⁵. Un olor se define como una impresión especial percibida a través del sentido del olfato, que deriva de la acción de algunas sustancias químicas sobre el sistema olfatorio. Este sentido, influye tanto en la conducta alimentaria, como en las interacciones sociales, por lo que una alteración en esta área puede afectar considerablemente al paciente, ya que, si bien la disminución de las funciones olfatorias afecta la calidad de vida para disfrutar la comida o la bebida también puede implicar en su seguridad, como por ejemplo, reconocer alimentos en mal estado, no poder detectar humo o emanaciones de gas que pueden poner su vida en peligro⁶.

La percepción de los aromas resulta de una combinación de la activación del olfato por componentes odoríferos liberados en la nasofaringe, el gusto y sensaciones somatosensoriales como la textura, el calor y el frío, mediadas por activación del nervio trigémino. Muchos pacientes con disfunción olfatoria refieren disminución en la percepción de sabores. Esto se debe a que la mayoría de los sabores son en realidad olores que ascienden la vía retronasal hacia el epitelio olfatorio. Sin embargo, estos pacientes mantienen intacta la capacidad de percibir el gusto salado; dulce; amargo; ácido y umami, funciones que corresponden a las papilas gustativas y son mediadas por el nervio facial y glossofaríngeo. A su vez esta percepción del aroma de los alimentos comprende una combinación de activación olfatoria provocada por olores compuestos que se liberan al masticar, beber y deglutir. Las sustancias odoríferas llegan a los receptores olfatorios de dos maneras: a través de la inhalación (ruta oro nasal) o por vía posterior (ruta retronasal)^{5,6}. Las alteraciones del olfato se pueden clasificar en alteraciones cuantitativas, donde existe disminución o abolición del olfato, y alteraciones cualitativas, en las que se desarrolla una distorsión en la percepción de este.

1.Cuantitativa.

Anosmias/Hiposmias: Pérdida total de capacidad olfativa, así como la disminución cuantitativa del umbral olfativo, respectivamente. Pueden clasificarse en:

-*Anosmias de transmisión o conducción:* provocadas por una obstrucción a nivel nasal, impidiéndose de esta manera la llegada de moléculas odoríferas al epitelio ciliado de las fosas nasales, donde se encuentran los receptores. Ejemplo en rinitis, poliposis, malformaciones nasales, desviaciones septales, etc.).

- *Neurosensorial:* Lesión localizada en cualquier punto de la vía nerviosa entre el epitelio olfativo y la corteza cerebral. Si la lesión afecta al epitelio sensorial, ésta se denomina anosmia epitelial; si se localiza en los fascículos del primer par craneal, corresponde a anosmia retro epitelial. En cambio, si la lesión afecta al bulbo olfatorio, el tracto olfatorio lateral, las áreas paleo corticales, el neocórtex olfatorio o sus interconexiones, se denomina anosmia central)

Hiperosmia: Alteración en la cual se ve aumentada la sensibilidad olfatoria. Corresponde a un trastorno poco frecuente, que puede estar asociado a condiciones tales como embarazo y enfermedad de Basedow-Graves.

2.Cualitativas.

Parosmia: Interpretación de un olor agradable como desagradable. Suelen aparecer en cuadros psicóticos, tumores y epilepsia.

Cacosmia: Percepción de un olor desagradable ocasionado en el organismo sin que exista moléculas olorosas en el ambiente.

Fantosmia: Sensación olfatoria sin presencia de estímulo. También se le denomina alucinación olfatoria.

Osmofobia: Consiste en presentar una reacción de miedo ante la presencia de determinados olores como consecuencia de experiencia viral.

Presbiosmia: Disminución de la capacidad olfatoria con la edad ¹⁶.

La Academia Estadounidense de Otorrinolaringología-Cirugía de Cabeza y Cuello recomienda que la anosmia, hiposmia o disgeusia susciten sospechas de COVID-19. A su vez, la Asociación Británica de Otorrinolaringología recomienda que los síntomas de alteraciones olfativas y gustativas (trastornos quimio sensibles) se puedan incluir como síntomas de detección primarios¹⁷. Se ha reportado que el receptor de la Enzima Convertidora de Angiotensina 2 (ACE2) actúa como vía principal para la entrada del SARS- CoV-2 a la célula huésped causando la infección final. Este ACE2 está presente en el tejido oral y gingival, convirtiendo a sus células en más susceptibles a la infección, lo que explica el mecanismo básico de que la cavidad oral tiene un riesgo potencialmente alto para la infección con SARS-CoV-2. Es decir que, al afectarse el epitelio de la lengua puede contribuir a las alteraciones en el gusto. Sin embargo, otra posibilidad común es la presencia simultánea de alteraciones olfativas que impiden la sensación gustativa, debido a la íntima correlación funcional entre estos dos sistemas quimio sensoriales^{7,17}.

Alteraciones en el gusto.

Por su parte, el acto de percibir el gusto se llama “gustación”. La capacidad de saborear está fuertemente ligada a nuestra capacidad olfativa⁷. Se ha asociado con la pérdida del sentido del olfato y el gusto en hasta el 75% de los pacientes, tanto como único síntoma en pacientes con enfermedad leve o como síntoma inicial en pacientes que finalmente progresan a una insuficiencia respiratoria más grave debido a una neumonía atípica¹⁷. Hay varios términos que se utilizan para caracterizar

patologías en la percepción del gusto. Como se mencionó anteriormente, junto con la pandemia de COVID 19, el olfato está fuertemente relacionado con el gusto y es la disfunción del mecanismo olfativo la falla principal en las alteraciones gustativas. Estas alteraciones, se pueden clasificar en:

Ageusia: la ausencia del gusto

Hipogeusia: gusto disminuido

Hipergeusia: percepción mejorada del gusto

Disgeusia o parageusia: la percepción desagradable del gusto.

La percepción del gusto puede localizarse en dos componentes funcionales a nivel cerebral: el brazo periférico y el brazo central. El brazo periférico suele ser el culpable de los trastornos relacionados con el gusto. La producción anormal de saliva, el daño a las papilas gustativas o el daño a cualquiera de las ramas de los nervios craneales que irrigan estas papilas, pueden causar una disminución o ausencia en la percepción del gusto en el brazo periférico. Muchos trastornos del gusto son reversibles y están asociados con varios fármacos, incluidos antibióticos, anticonvulsivos y antidepresivos. Más allá de perder la percepción del gusto, las lesiones talámicas bilaterales pueden resultar en una indiferencia psicológica al placer de la ingesta de alimentos (pérdida hedónica), lo que resulta en una pérdida de peso considerable⁸.

Según un estudio de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el 83,9% de los participantes con resultado positivo, refirió anosmia (pérdida del olfato) y ageusia (ausencia del gusto), mientras que 3,2% presentó anosmia y gusto conservado. El 12,9% restante presentó síntomas de hiposmia asociada a trastornos en la percepción de los sabores (disgeusia). Un 6,5% de la población tuvo como único síntoma la pérdida total del olfato y gusto. Sin embargo, el 93,5% de la población restante presentó otros síntomas asociados, de estos, el 35,5% presentó congestión nasal o rinorrea acompañante y el 25,8% presentó odinofagia. En cuanto a la duración de la anosmia se ha encontrado entre 2 y 28 días tras el inicio de los síntomas. El 77,4% de los pacientes manifestó una mejoría paulatina del sentido del olfato, hasta su recuperación completa entre los 6 y 41 días siguientes a la aparición de los síntomas. El 22,6% únicamente recuperaron de forma parcial el olfato, con un seguimiento medio de $38,47 \pm 3,62$ días. Estos pacientes manifestaron mantener cierto grado de hiposmia, describiendo incapacidad para la percepción del olor a lejía, a vinagre, el olor sui generis de las heces o el sudor.¹⁸.

Otro estudio proveniente de España evaluó las alteraciones en el olfato y gusto en pacientes con una afectación leve por COVID-19. De un total de 1043 pacientes el 79,2% refirió algún grado de

alteración del olfato, 63,4% pérdida total y 5,7%. parcial. Por otra parte 68,8% notó alteración del gusto. La disfunción olfatoria fue el síntoma inicial en el 17,1%. Ambas alteraciones fueron proporcionalmente mayores en las mujeres ($p < 0,001$). De 462 pacientes clínicamente curados 315 (68,2%) recuperaron el olfato dentro de las primeras 4 semanas¹⁹.

Intervención en las capacidades sensoriales.

La intervención cognitiva desde terapia ocupacional en pacientes con COVID-19 hospitalizados se justifica, por una parte, en aquellos pacientes con deterioro cognitivo previo, y por otra en aquellos que, a pesar de no contar con alteraciones cognitivas previas, pueden desencadenarse a causa del ingreso, la medicación y de los efectos del propio virus en el sistema nervioso central. Mediante diversas técnicas de estimulación sensorial se consigue mantener la relación de la persona con su entorno más próximo, minimizando así el aislamiento que sufren estos pacientes. De esta manera favorecerá que el paciente detecte y organice sensaciones para responder de manera apropiada a un estímulo concreto. Dentro de las estimulaciones olfatorias y gustativas aplicables, podemos mencionar:

- Colocar un olor muy cerca de la nariz del paciente aproximadamente un minuto, en un ambiente tranquilo, sin ruidos u otros distractores. Cerrar los ojos ayuda a que el paciente se concentre. Este ejercicio se podrá realizar si es posible la retirada de oxígeno para su realización
- Probar a oler varias veces al día olores representativos de su vida cotidiana: su colonia, alimentos, ambientadores, productos de aseos, siempre y cuando la retirada de oxígeno sea posible.
- No cambiar de tipo de dieta y no emplear más sal o salsas²⁰.

Hasta el momento, la literatura carece de estudios objetivos que evalúen la función gustativa y olfativa en estos pacientes. Sin embargo en Italia, se desarrolló un estudio que permite mediante una prueba psicofisiológica sensorial autoadministrada objetiva y validada para poder evaluar de manera remota estos casos. Las pruebas psicofisiológicas representan un caballo de batalla en la evaluación objetiva de estas funciones ya que son estandarizadas, repetibles y fáciles de realizar. Estas pruebas, se basan generalmente en la ceguera del paciente evaluado, lo que garantiza la fiabilidad y validez de los resultados. Dicho estudio, evaluó tanto el gusto como el olfato en pacientes que dieron positivo para la enfermedad. Para evaluar la función discriminativa olfativa, se utilizaron diferentes compuestos aromáticos [Imagen1](#). Por lo tanto, el sujeto olió un olor para cada uno de los siete grupos proporcionando una evaluación de la capacidad discriminativa de 0 (no discriminación) a 10

(discriminación normal), donde luego se desarrolló un sistema de puntuación del Centro de investigación clínica quimio sensoriales autoadministrados y de Connecticut (CCCRC) [Imagen2](#).

Imagen 1: Prueba de discriminación de olores autoadministrada

Grupo	Hedor
Olores del grupo A	Jugo de naranja, limón u otro cítrico
Olores del grupo B	Pimiento, romero, salvia o laurel
Olores del grupo C	Jabón de Marsella o jabón neutro
Olores del grupo D	Vino u otra bebida alcohólica
Olores del grupo E	Chocolate, Nutella, café
Olores del grupo F	Vicks VapoRub®, pasta de dientes de menta o enjuague bucal

Fuente: Unidad Operativa de Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario de Sassari, Italia ²¹.

Imagen 2: Sistemas de puntuación de evaluación de la función olfativa.

Puntuación del umbral olfativo	Puntuación compuesta del umbral olfativo	Puntuación de discriminación de olores	Puntuación compuesta de discriminación de olores
7-8	50	8-10	50
6	40	6-7,9	40
5	30	4-5,9	30
4	20	3-3,9	20
2-3	10	1-2,9	10
0-1	0	0-0,9	0
Puntuación compuesta global (umbral olfativo + discriminación de olores)			
90-100			Normal
70-80			Hiposmia leve
50-60			Hiposmia moderada
20-40			Hiposmia severa
0-10			Anosmia

Fuente: CCCRC del Centro de investigación clínica quimio sensoriales autoadministrados y de Connecticut²¹.

Para la evaluación de la función gustativa, se pidió al paciente que preparara cuatro soluciones, una para cada gusto primario:

- Solución salada: 30 g de sal de mesa en 1 L de agua.
- Solución dulce: 60 g de azúcar refinada en 1 L de agua.

- Solución agria: 90 ml de jugo de limón 100% en 1 L de agua.
- Solución amarga: café descafeinado sin azúcar

Se pidió al paciente que se llevara a la boca una cucharadita de cada solución, informando la calidad de la percepción del gusto, puntuándola de 0 (ageusia) a 10 (percepción normal), siendo la solución amarga la última muestra. La puntuación global de la prueba se obtuvo mediante el promedio de los valores informados para cada uno de los gustos primarios [Imagen3](#)

Imagen 3: Sistema de puntuación de evaluación de la función gustativa administrado por el paciente y el operador.

Puntuación administrada por el paciente	Puntuación administrada por el operador	Sistema de puntuación de sabor	Diagnostico clinico
10-7	4	4	Normal
5-6,9	3	3	Hipogeusia leve
3-4,9	2	2	Hipogeusia moderada
1-2,9	1	1	Hipogeusia severa
0-0,9	0	0	Ageusia

Fuente: Unidad Operativa de Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario de Sassari, Italia²¹ ¡Error! Marcador no definido.

De los 33 pacientes incluidos en el estudio, el 66,3% informó disfunciones químico sensibles actuales o en regresión. El 39,4% refirió trastornos combinados gustativos y olfativos. El 12,1% mostró una reducción aislada del gusto, mientras que otro 13% informó hipo / anosmia aislada. Así mismo, el 51,5% informaron tener o haber tenido trastornos olfatorios durante la infección, incluidos 13 casos de anosmia y 4 casos de hiposmia²¹.

Alimentación y COVID-19

Como es de público conocimiento, el aislamiento social o las cuarentenas declaradas por los gobiernos para evitar la propagación del virus, sumandos a las dificultades económicas asociadas, pérdida de empleos, entre otras situaciones, ha llevado a las familias a realizar un confinamiento en muchos casos sin poder cubrir sus requerimientos calóricos y nutricionales mínimos, poniendo en riesgo su seguridad alimentaria y su estado nutricional, que con el paso de los días tiende a empeorar. Esto se agrava cuando las personas por diferentes motivos no tienen claridad en qué tipo de alimentos

comprar para mantener una dieta saludable, como prepararlos adecuadamente, o simplemente no cuentan con recursos para adquirirlos, por lo que posiblemente privilegian la compra de alimentos altos en carbohidratos y grasas ya que generan cierta saciedad, son económicos y rendidores. Pero del mismo modo, aportan muchas calorías y son pobres en vitaminas y minerales esenciales en nuestra alimentación, nutrientes que contribuyen a fortalecer y mantener un sistema inmune en equilibrio y defender al organismo frente a la agresión de microorganismos y de sustancias extrañas que atentan contra la salud.²²

Se realizó un estudio en Argentina durante el mes de Julio del 2020, para analizar el consumo alimentario tanto de la población que consume carne (PC), como en veganos y vegetarianos (PV) durante el período de cuarentena. Ambas poblaciones presentaron un aumento en la cantidad de alimentos desaconsejados como harinas, golosinas, gaseosas y alcohol y una reducción en el consumo de frutas y verduras, mientras que el consumo de carnes en la población que la consume no reflejó cambios sustanciales. Además de reportar los cambios en su alimentación durante la cuarentena, el 55% de los participantes del grupo PC y el 62% de los de PV manifestaron comer por ansiedad o estrés. Finalmente, un elevado porcentaje 79% en PC y 80% en PV, expresó que la situación generada por la pandemia de coronavirus ha afectado su estilo de vida, incluyendo la alimentación y la realización de actividad física.²³

Así mismo, la actual pandemia representa un riesgo potencial para los pacientes y para los sistemas de salud en todo el mundo. Sobre todo, aquellos pacientes con comorbilidades, adultos mayores y desnutridos reportan mayor mortalidad entre la población general. Estos pacientes tienen más comúnmente riesgo de desnutrición, lo que representa mayor riesgo de morbi - mortalidad en sujetos con enfermedades agudas y crónicas. Además, las estancias intrahospitalarias prolongadas en pacientes con COVID-19 para su estabilización, pueden empeorar directamente en el estado nutricional o incluso causar desnutrición, con pérdida de la función de la masa muscular y esquelética, lo que lleva a mala calidad de vida y morbilidad adicional.²⁴ A pesar de que existen ciertas recomendaciones para mejorar la actividad del sistema inmunitario a manera de prevención frente a un proceso inflamatorio por una posible infección, es importante recalcar que no hay alimentos o suplementos nutricionales que puedan prevenir la infección por COVID-19. Mantener una dieta saludable es una parte trascendental para apoyar un sistema inmunológico competente²⁵.

El papel de la alimentación durante la pandemia es esencialmente promover un estilo de vida saludable, cumpliendo con todas las características que debe tener una alimentación: adecuada, equilibrada, completa, variada suficiente e inocua. Es necesario e importante considerar el impacto de los hábitos, el estilo de vida y el consumo de alimentos poco saludables tanto en la susceptibilidad

como a la recuperación del COVID-19. En general los pacientes que se recuperarán presentan un desgaste nutricional elevado, reflejado en pérdida de peso a expensas principalmente de la masa muscular, fatiga, disfagia, entre otros, incrementando las posibilidades de enfermedades crónicas. Esta situación puede verse agravadas por la inoportuna intervención nutricional dentro del manejo integral de los pacientes con COVID-19 (que así lo requieran). Se generan efectos secundarios que incrementan las complicaciones, retardan la recuperación, aumentan la estancia hospitalaria y los costos de hospitalización. Los pacientes con mayor riesgo de desplome nutricional requieren un seguimiento estricto, en especial adultos mayores, pacientes frágiles o multimorbidos²⁶.

Como mencionamos anteriormente, las disfunciones olfativas y gustativas, son los síntomas más frecuentes de la infección por coronavirus, donde suelen ser más comunes en las primeras etapas de la infección en pacientes paucisintomáticos, es decir, en aquellos que presentan escasa y/o poca sintomatología²⁷. Ambos sistemas sensoriales son esenciales para diversos factores como la nutrición y la selección de alimentos, el aspecto placentero y sensorial de los mismo, la eficiencia del metabolismo e incluso una buena calidad de vida⁹.

Sin embargo, hasta el momento no se encontró bibliografía suficiente que corrobore específicamente que tipo de impacto tuvo en la ingesta dichas alteraciones en particular, provocadas por COVID-19.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo afectaron a la ingesta, conducta alimentaria y peso corporal las alteraciones en el gusto y olfato provocadas por COVID 19, en adultos mayores de 18 años de la provincia de Buenos Aires en 2020-2021?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar y describir cómo las alteraciones en el gusto y el olfato provocadas por COVID-19 afectaron a la ingesta, conducta alimentaria y peso corporal en adultos mayores de 18 años en la provincia de Bs As en 2020-2021.

Objetivos específicos:

- Estimar la proporción de casos con pérdida de gusto y olfato dentro de la muestra estudiada de adultos mayores de 18 años que padecieron COVID 19, en la provincia de Bs As en 2020-2021.
- Evaluar la duración temporal de la sintomatología y la existencia de intervenciones para recuperar las capacidades sensoriales en adultos que padecieron COVID-19, en la provincia de Bs As en 2020 - 2021.
- Describir el impacto percibido de estas alteraciones sobre el peso corporal, la ingesta conducta alimentaria en adultos mayores de 18 años que padecieron COVID 19.

VARIABLES

1. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

1.1. Sexo:

- Hombre.
- Mujer.
- Otro.

1.2. Edad:

Se midió en años cumplidos.

1.3. Año de la enfermedad:

- 2020.
- 2021.

1.4. Severidad de la enfermedad

- Leve.
- Moderado.
- Severo.
- Crítico.

Forma e instrumento de medición: Los criterios clínicos de severidad de la enfermedad fueron categorizados bajo la clasificación del “Manejo clínico del Covid-19”, según la Organización Mundial de la Salud. En la misma menciona como forma de presentación clínica de la enfermedad a síntomas como: fiebre; tos; cansancio; dolor de cabeza; dolor de garganta; dolores musculares; diarreas; náuseas; vómitos; pérdida de olfato y del gusto.

Dentro de los *casos leves*, hay escasa sintomatología y no hay presencia de neumonía vírica, ni hipoxia. En *casos moderados*, prevalecen signos clínicos de neumonía, fiebre persistente (superior a 38°C); tos continua; dolor de cabeza o musculares; falta de aire al realizar un ejercicio cotidiano. En *casos severos* encontramos: presencia de neumonía grave, dificultad extrema para respirar, hablar o realizar algún ejercicio; dolor en pecho, panza o espalda al respirar; confusión; fiebre persistente (superior a 38°C); respiración acelerada; decaimiento o malestar general. Por último, la *enfermedad crítica* se refiere a la presencia del “síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)”, internación con requerimiento de flujos de oxígeno; líquidos intravenosos y monitoreo continuo de las funciones vitales; disfunción orgánica (alteración del estado mental, disnea, oxígeno bajo, oliguria, taquicardia, pulso débil, extremidades frías o hipotensión arterial, piel jaspeada, datos de coagulopatía en las pruebas de laboratorio, trombocitopenia, acidosis, hiperlactatemia o hiperbilirrubinemia)²⁸.

2. VARIABLES DE ESTUDIO

2.1. Presencia de síntomas:

- Pérdida del olfato.
- Pérdida del gusto.
- Ambas.

2.1.1. Caracterización de alteraciones en el olfato:

- *Anosmia*: Pérdida total de la capacidad olfativa.
- *Parosmia*: Interpretación de un olor agradable como desagradable.
- *Cacosmia*: Percepción de olor desagradable sin que esté presente en el ambiente
- *Fantosmia*: Percepción olfatoria diferente al estímulo presente.
- *Osmofobia*: Reacción de miedo ante la presencia a determinados olores
- No me identifiqué con ninguna de las anteriores.

2.1.2. Caracterización de alteraciones en gusto:

- *Ageusia*: Ausencia del gusto.
- *Hipogeusia*: Disminución del gusto.
- *Disgeusia*: Percepción desagradable del gusto.
- No me identifiqué con ninguna de las anteriores.

2.2. Duración de la sintomatología.

- Dentro del primeros 15 días desde la aparición del/los síntomas.
- Dentro día 16 hasta finalizar el primer mes desde la aparición del/los síntomas.
- Dentro del 2^{ndo} al 3^{er} mes desde la aparición del/los síntomas.
- Luego del 3^{er} mes desde la aparición del/los síntomas.
- No volvió el olfato y/o gusto.
- No sabe/no contesta.

2.2.1. Recuperación de sintomatología:

- Disminuida.
- Parcial.
- Completa.
- Se recuperó más un síntoma que el otro.
- No volvió.

2.2.2. Intervenciones autoadministradas para recuperar la/las capacidades sensoriales.

- No
- Si – (Tipo; duración, resultado, medio de información).

2.3. Impacto sobre ingesta y conducta alimentaria.

2.3.1. Deseo de cocinar:

- Nulo.
- Poco.
- Mucho.
- Igual que antes de cursar con la sintomatología.

2.3.2. Deseo de comer:

- Nulo.
- Poco.
- Mucho.
- Igual que antes de cursar con la sintomatología.

2.3.3. Realización de comidas diarias:

- Desayuno.
- Almuerzo.
- Merienda.
- Cena.
- Otros.

2.3.4. Modificación en la cantidad de comidas diarias realizadas al estar cursando con la sintomatología.

- Si. (causa)
- No
-

2.3.5. Se dejó de consumir algún alimento a causa de la pérdida del gusto y/u olfato.

- Si. (duración).
- No

2.3.5.1. Tipos de alimentos que se dejaron o aumentaron su consumo

- Verduras y Frutas.
- Legumbres, cereales, papa, pan y pastas.
- Leche, yogurt y queso.
- Carnes y huevos.
- Aceites, frutas secas y semillas.
- Alimentos de consumo opcional. (altos en grasas, azúcar y / o sal).
- Comidas rápidas.

Forma e Instrumento de medición: Los alimentos fueron identificados y categorizados bajo la clasificación de grupos determinado por las Guías alimentarias para la población argentina (GAPA). A su vez, se adicionó un grupo que no se encuentra considerado por las guías mencionadas, para lograr una clasificación más completa y detallada. Este caso es el grupo de la comida rápida, para aquellos alimentos que ofrecen determinados establecimientos preparados con rapidez y listos para consumir.²⁹

2.3.6. Modificación en el consumo de bebidas a causa de la pérdida del gusto y/u olfato.

- Si.
- No.

2.3.7. Consumo de bebida cursando la enfermedad:

- Gaseosas.
- Jugos comerciales.
- Agua.
- Bebidas energizantes. como, por ejemplo: Gatorade; Red Bull; Speed etc.
- Bebidas alcohólicas.
- Infusiones (té, mate cocido, café; mate etc.).
- Ninguna de las anteriores.
- Otras.

2.3.8. Cambios en el peso corporal a causa de la pérdida del olfato y/o gusto

- Sí, ayudó a que disminuyera el peso corporal.
- Sí, ayudó a que aumentara el peso corporal.
- No, fue indistinto.

2.3.9. Percepción de cambios en la alimentación a causa de la pérdida del gusto y/u olfato.

- Si. – (Tipo).
- Tal vez – (Tipo).
- No.

METODOLOGÍA.

Diseño de investigación:

El diseño de investigación utilizado es de tipo descriptivo transversal.

Población:

Adultos mayores de 18 años de la Provincia de Buenos Aires con alteraciones en el gusto y olfato provocadas por COVID-19.

- Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 18 años de la provincia de Bs As que tienen o tuvieron alteración del olfato, a causa del COVID-19 y/o.
- Adultos mayores de 18 años de la provincia de Bs As que tienen o tuvieron alteración del gusto, a causa del COVID-19.

- Criterios de exclusión:

- Adultos que ya presentaban alteraciones en el olfato o gusto con anterioridad a la enfermedad por COVID-19.

- Criterios de eliminación:

- Que las encuestas no se encuentren realizadas en su totalidad.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo utilizado en la investigación es no probabilístico por conveniencia.

Metodología de recolección de los datos:

Para la recolección de datos, se realizó un cuestionario por medio de un Formulario de Google con aproximadamente 32 preguntas abiertas y cerradas [Anexo1](#). El mismo, fue enviado por correo electrónico y/o por WhatsApp a la población de estudio que constó de adultos mayores de 18 años de la provincia de Bs As que sufrieron alteraciones en el gusto y/u olfato provocadas por Covid-19.

Las variables utilizadas para la encuesta se trataron de variables cualitativas, las cuales permitieron estudiar la presencia y caracterización de estas alteraciones; duración de la sintomatología; y el impacto en la ingesta ,conducta alimentaria y peso corporal al transitar la

enfermedad y sufrir estas modificaciones sensoriales, como por ejemplo, deseos a la hora de cocinar o comer, si se dejó de consumir algún alimento o grupo de alimentos, percepción de su peso luego de atravesar la enfermedad y cambios que pudieron haberse generado durante ese período y que pueden (o no) continuar hoy en día.

Tratamiento y análisis de los datos:

Se utilizó la estadística descriptiva, para poder describir y analizar los datos obtenidos de las encuestas realizadas, considerando frecuencias relativas y absolutas con diferentes técnicas numéricas como promedios y proporciones; tablas; gráficas, entre otras. Como instrumento de recolección, tabulación y cálculo de los datos alcanzados, se empleó una planilla de Excel 2016 de elaboración propia.

RESULTADOS.

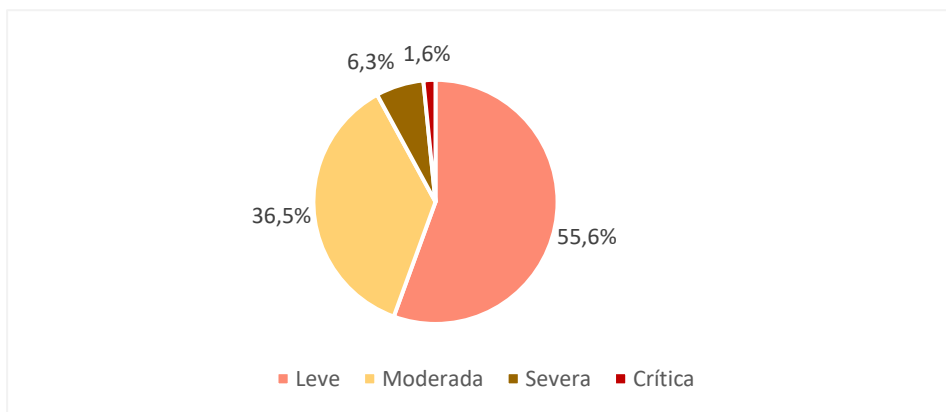
Características sociodemográficas de la muestra:

La muestra final evaluada quedó conformada por 63 adultos mayores de 18 años de la provincia de Buenos Aires, con una edad promedio de 31,42 y una desviación respecto a su promedio de 12,66 años. El 75% (n=47) de la muestra corresponde a mujeres con una edad mínima de 18 años y máxima de 62, mientras que el 25% (n=16) de la población fueron hombres, con una edad mínima de 20 años y una máxima de 60.

Enfermedad por COVID-19 y alteraciones sensoriales:

El 33% (n= 21) contrajo la enfermedad en el año 2020, por lo que el 67% (n=42) tuvo la enfermedad en el año 2021. En [Gráfico 1](#), se puede observar la distribución porcentual de la muestra según la severidad de la enfermedad, donde un poco más de mitad de la población (55%) cursó con una enfermedad leve. En relación con el sexo, las mujeres (n= 47), fueron las que tuvieron un alto porcentaje de casos leves, que se puede observar con más detalle la distribución porcentual de la severidad de la enfermedad según el sexo en el [Gráfico 2](#).

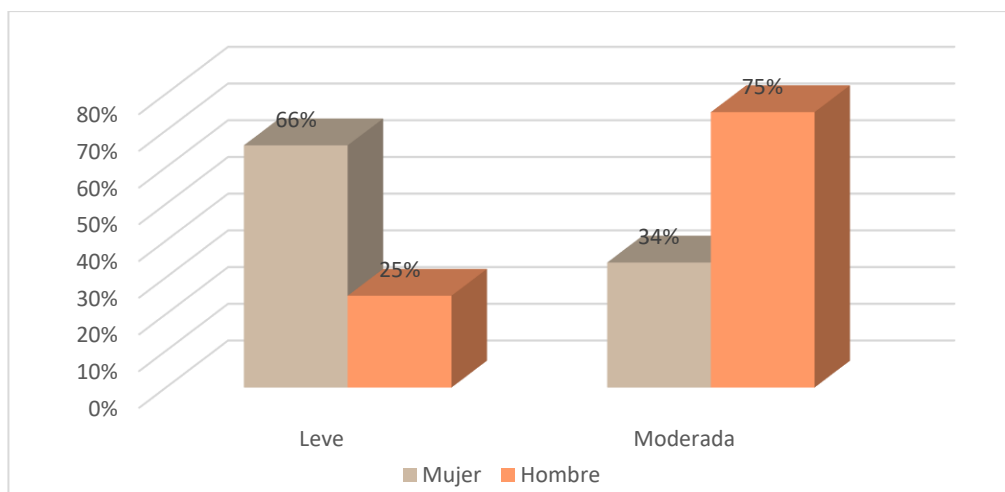
Gráfico 1: Distribución porcentual de la muestra, según severidad de la enfermedad (n=63).



Fuente: Elaboración propia.

Tal como muestra el gráfico, la enfermedad severa junto con la crítica no supera el 10% de la muestra. Por lo que, para el resto de los análisis se sumaran sus porcentajes a la enfermedad moderada. De esta manera, la severidad de la enfermedad quedará conformada por casos leves y moderados. Dando un total de casos leves del 55,6% (n=35) y 44,4% de casos moderados (n=28).

Gráfico 2: Distribución porcentual de la muestra según severidad de la enfermedad, en relación con mujeres (n=47) y hombres (n=16).

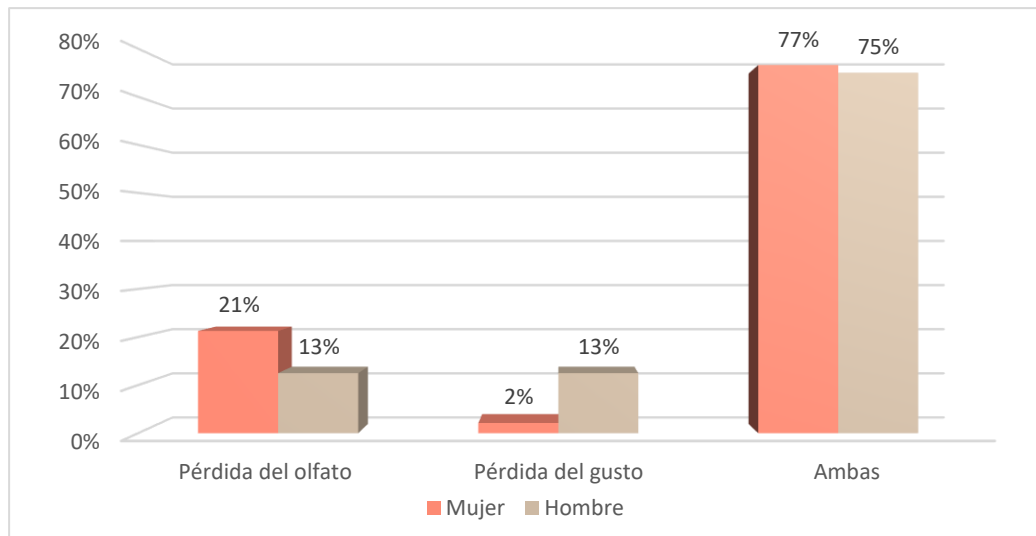


Fuente: Elaboración propia.

Tanto para el hombre como para la mujer, se sumaron a la enfermedad moderada los casos severos y críticos para lograr una mejor agrupación en función a la severidad de la enfermedad para el análisis, ya que, del total de mujeres solo el 4% (n=2) tuvo enfermedad severa y no hubo casos críticos. En el caso de los hombres, el 13% (n=2) cursó una enfermedad severa, mientras que el 6% (n=1) fue crítica.

Según la presencia de síntomas, la pérdida del olfato combinada a la pérdida del gusto superó ampliamente el porcentaje de casos, comparado a las pérdidas individuales de cada capacidad sensorial. El 76% (n=48) cursó la enfermedad con pérdidas del olfato y gusto, mientras que el 19% (n= 12) perdió solo el sentido del olfato y el 5% (n=3) tuvo únicamente pérdida del gusto. En el [Gráfico 3](#), se puede observar la presencia de síntomas según sexo. Del análisis de la presencia de síntomas según severidad de la enfermedad se desprende el [Gráfico 4](#), el cual muestra su relación.

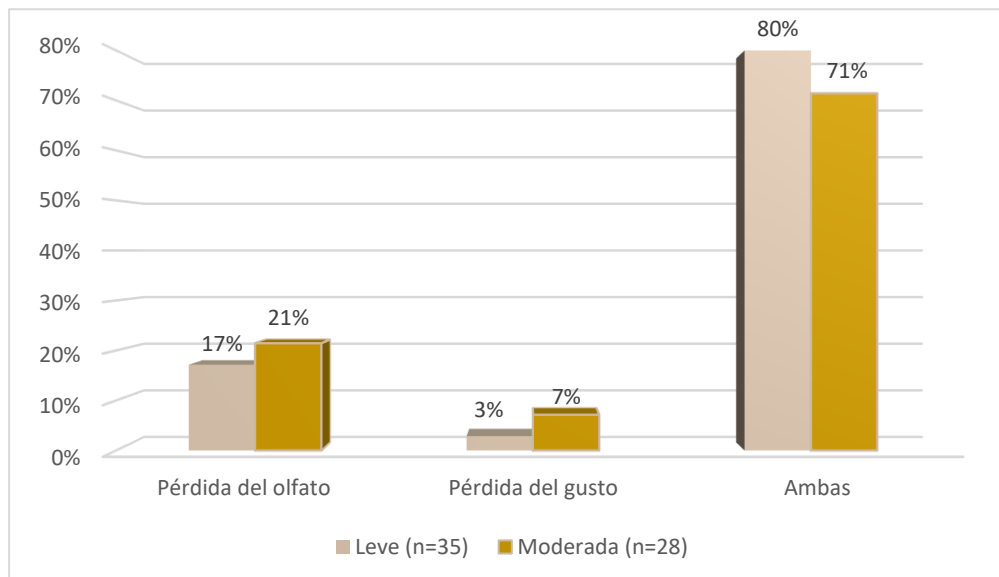
Gráfico 3: Distribución porcentual de la muestra según presencia de síntomas con relación al sexo. (n=63).



Fuente: Elaboración propia.

La pérdida de gusto y olfato combinadas tiene una mayor proporción de casos, lo que deja ver que por lo general estas alteraciones suelen estar ligadas entre sí. A su vez, se puede observar que la pérdida del olfato como único síntoma, también fue el más recurrente independientemente del sexo, ya que es similar la diferencia de cada alteración sensorial respecto a los hombres y mujeres.

Gráfico 4: Relación de la muestra según presencia de síntomas en enfermedad leve (n=35) vs moderada (n=28).

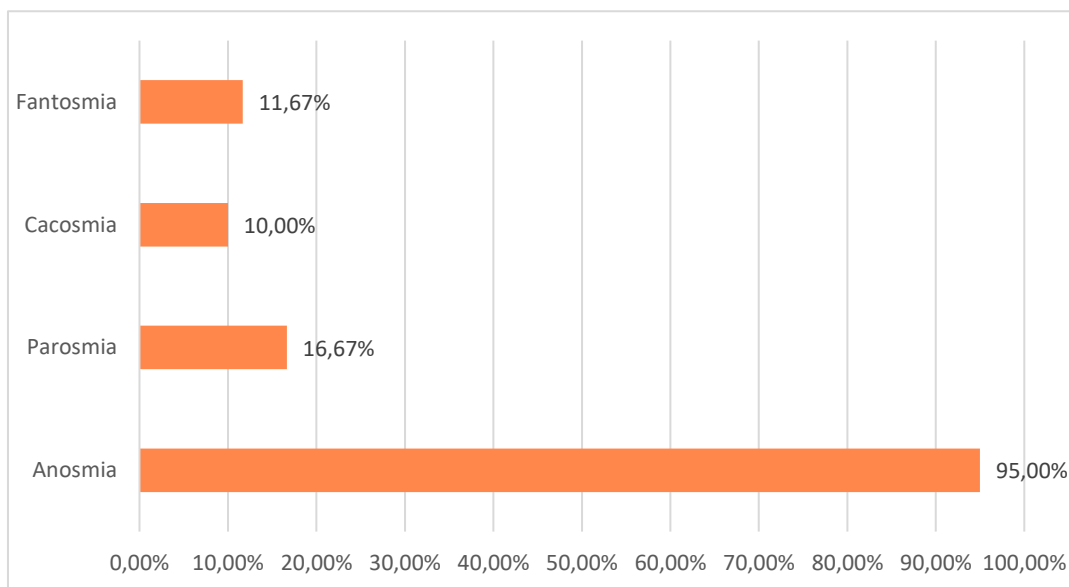


Fuente: Elaboración propia.

Tanto en casos leves como moderados, la disfunción olfativa combinada con la gustativa, representaron a un alto porcentaje de la población, demostrando así que por lo general dichas alteraciones suelen ocurrir en simultáneo.

En relación con la caracterización de la pérdida del olfato y del gusto, la población tuvo la posibilidad de elegir según las diferentes presentaciones o características dependiendo de cada alteración sensorial. Como mencionamos anteriormente, hubo mayor proporción de casos totales con pérdida del olfato. El 95% (n= 60) de la población sobrellevó esta alteración y el 80% (n=51) sufrió pérdida del gusto. En el [Gráfico 5](#) se puede observar la caracterización de la pérdida del olfato y en el [Gráfico 6](#) la caracterización de la pérdida del gusto.

Gráfico 5: Distribución porcentual de la caracterización de la muestra según pérdida del olfato (n=60).

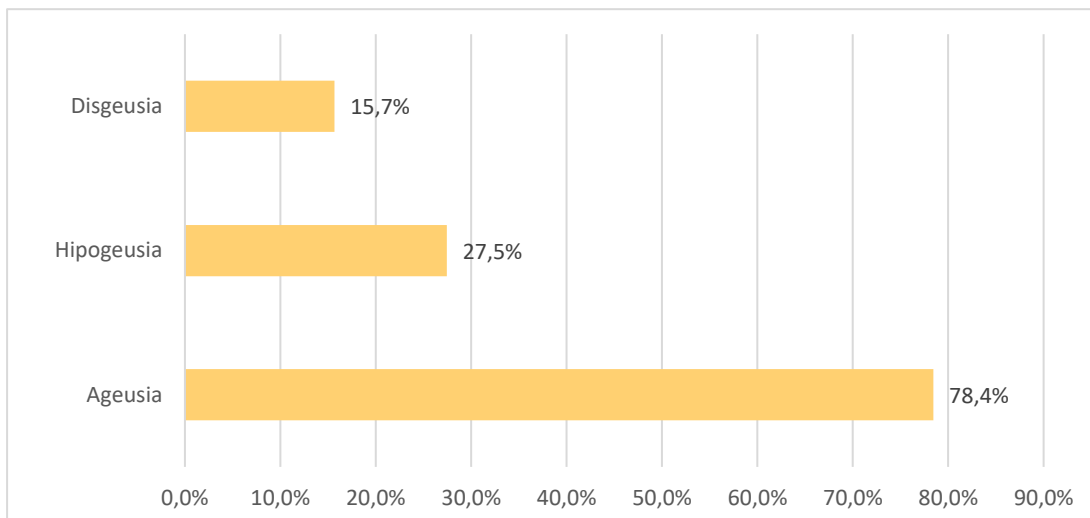


Fuente: Elaboración propia.

Se sumaron los casos donde se cursó con una pérdida del olfato como único síntoma junto a los casos que tuvieron una pérdida sensorial combinada con el gusto. En cuanto a la caracterización: Anosmia se refiere a la pérdida total de la capacidad olfativa; Parosmia: a la interpretación de un olor agradable como desagradable; Cacosmia a la percepción de olor desagradable sin que esté presente en el ambiente; Fantosmia a la percepción olfatoria diferente al estímulo presente.

No se refirió ningún caso con “Osmofobia” la cual es la reacción de miedo ante la presencia a determinados olores.

Gráfico 6: Distribución porcentual de la caracterización de la muestra según pérdida del gusto (n=51).



Fuente: Elaboración propia.

Se sumaron los casos donde se cursó con una pérdida del gusto como único síntoma junto a los casos que tuvieron una pérdida sensorial combinada con el olfato. En cuanto a la caracterización: Ageusia es la ausencia total del gusto; Hipogeusia se refiere a la disminución del gusto; y Disgeusia se refiere a la percepción desagradable del gusto.

Respecto a la duración de la sintomatología, el 46% (n=29) de la población, refirió que la capacidad sensorial regresó durante las dos primeras semanas de cursar enfermedad; al 24% (n= 15) le regresó antes de finalizar el primer mes; al 10 % (n= 6) la capacidad sensorial regresó entre el 2do y 3er mes; al 11% (n=7) la capacidad sensorial regresó luego del 3er mes de cursar la sintomatología. Por otro lado, a un 10 % (n=6) de la población, la capacidad sensorial no le regresó a la fecha. En la [Tabla 1](#), se puede observar la duración de la enfermedad según el año en el cual se cursó. El regreso de estas capacidades se dio de manera completa en el 43% de los casos; 16% de la muestra refirió a que el regreso fue de manera parcial y en el 24 % regresó disminuida. Solo al 6% de la población, le regresó más un síntoma que el otro. Del análisis del regreso de la capacidad sensorial según severidad de la enfermedad, se depende el [Gráfico 7](#).

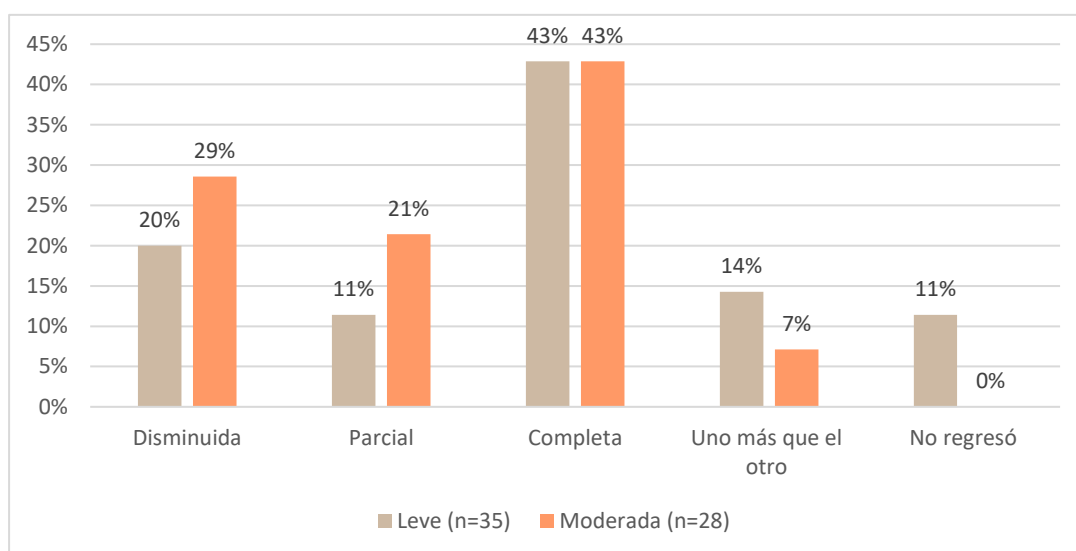
Tabla 1: Distribución porcentual de la muestra según duración de la sintomatología según año 2020 (n=21) vs 2021 (n=42).

Duración de la sintomatología	2020		2021	
	n	%	n	%
15 días	10	48%	19	45%
16 -30 días.	3	14%	12	29%
2ndo – 3er mes.	4	19%	2	5%
>3er mes.	4	19%	3	7%
No regresó	-----	-----	6	14%
Total general	21	100%	42	100%

Fuente: Elaboración propia.

En ambos años, la capacidad sensorial regresó casi en la mitad de la población durante las dos primeras semanas de cursar la sintomatología. Aquellos casos en los que la capacidad sensorial no regresó se dieron en el año 2021. Sin embargo, no se conoce con exactitud cuándo o en qué mes se cursó la enfermedad.

Gráfico 7: Relación del regreso de la capacidad sensorial según enfermedad leve (n=35) vs moderada (n=28).



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico, el regreso completo de la capacidad sensorial se dio igual en casos leves como en moderados. Aquellos que cursaron con una enfermedad moderada, tuvieron mayor predisposición a que la capacidad sensorial regresara de manera disminuida o parcial. Sin embargo, en enfermedad leve hubo un porcentaje de población en el que la capacidad sensorial no

regresó. Por lo que podemos concluir que el regreso de la capacidad sensorial es independiente a la severidad de la enfermedad.

El 40% de la muestra, realizó pruebas autoadministradas o caseras para medir tanto la ausencia como el regreso de la capacidad sensorial. Dentro de las pruebas realizadas para el manejo de la pérdida del olfato, la mayoría refirió husmear olores fuertes como lavandina, vinagre, perfumes, productos de limpieza, alcohol, condimentos aromáticos o picantes y jabones. Para el caso del gusto, se mencionó el alcohol, el limón y demás cítricos fuertes, alimentos dulces y/o salados. En cuanto a la duración de la prueba, algunos mencionaron realizarlo todos los días durante dos a tres semanas, otros durante los 15 días que duró el aislamiento, mientras que otros la realizaron entre 3 a 5 días únicamente. La mayoría mencionó que las pruebas resultaron útiles más que nada para saber si la capacidad sensorial había regresado o no. Respecto a cómo obtuvieron la idea, las respuestas más mencionadas fueron por comentarios de amigos, por redes sociales principalmente Instagram, por médicos como otorrinos o neurólogos y por curiosidad u intuición.

Ingesta y conducta alimentaria.

Para el 57% de la muestra (n=36), la falta de la capacidad sensorial afectó a la hora de cocinar y para el 71% (n= 45), afectó a la hora de comer. En la [Tabla 2](#), se puede observar las impresiones que se tenía a la hora de cocinar y comer mientras se cursaba la sintomatología.

Tabla 2: Distribución porcentual de la muestra según las ganas o deseos de cocinar y comer al cursar la sintomatología. (n=63).

Sensaciones con la comida	Ganas de cocinar		Ganas de comer	
	n	%	n	%
Nulas	16	25%	7	11%
Pocas	25	40%	31	43%
Muchas	2	3%	5	8%
Igual que antes	20	32%	20	32%
Total	63	100%	63	100%

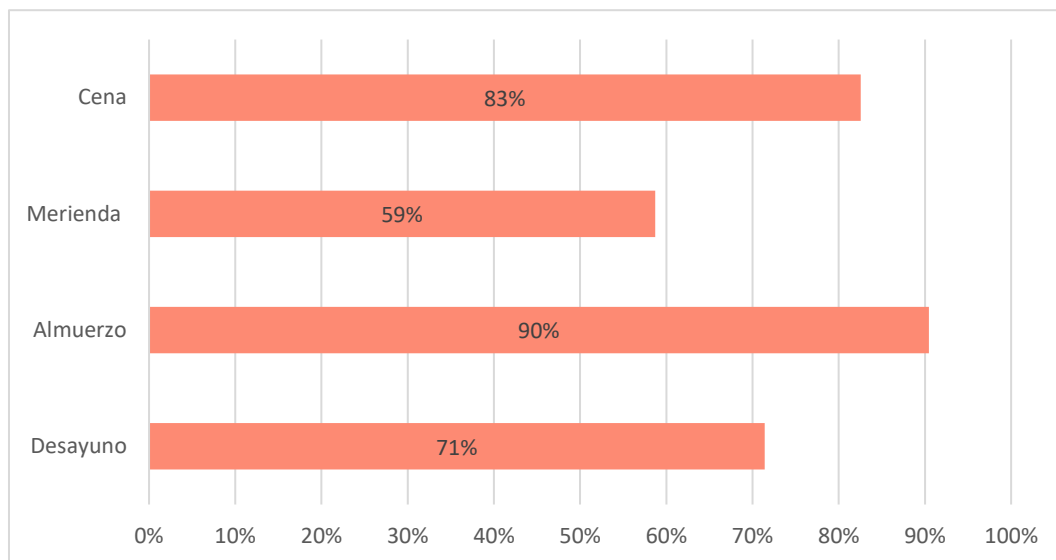
Fuente: Elaboración propia.

Tanto para cocinar como para comer, hay una mayor proporción de casos que, al estar cursando la sintomatología sintieron un bajo estímulo en relación con la comida, ya que más de la mitad de la población refirió nulas o pocas ganas de cocinar/comer, principalmente de cocinar.

Siguiendo con la línea de la ingesta y conducta alimentaria, el 40% (n=25) de la población realizó modificaciones en la realización de sus comidas diarias. En el [Gráfico 8](#) se puede observar la

distribución porcentual de comidas diarias realizadas. Dentro de estas comidas que la muestra realizó, se las comparó según casos leves y moderados lo cuales se encuentran reflejados en el [Gráfico 9](#).

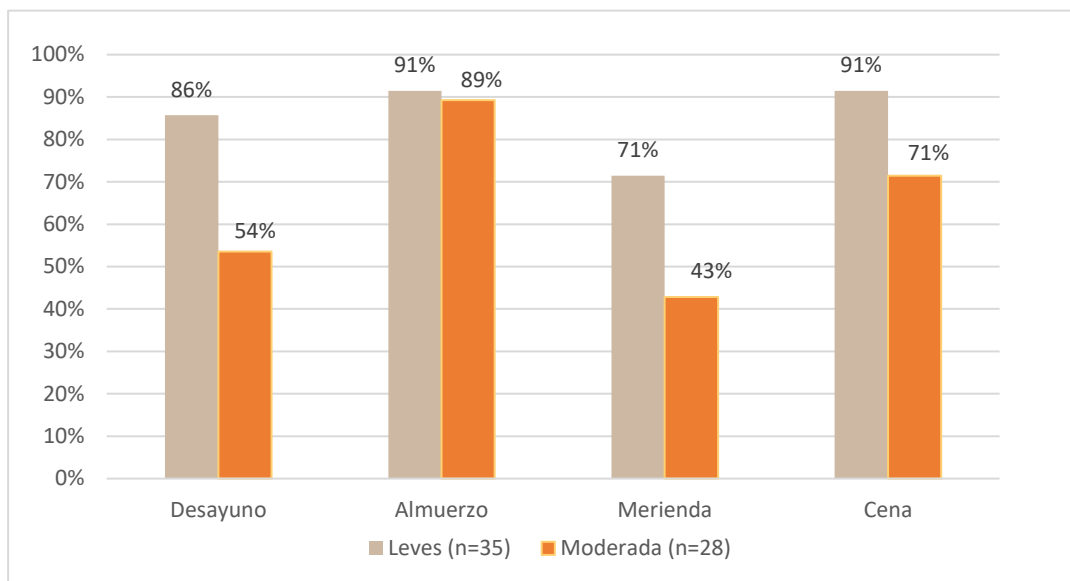
Gráfico 8: Distribución porcentual de la muestra en estudio según comidas diarias totales que si se realizaron cursando la sintomatología. (n=63).



Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que, de la población, no todos realizaron las 4 comidas típicas diarias. Dentro de las comidas principales. Tanto el almuerzo como la cena fueron las comidas más priorizadas al estar cursando la sintomatología, principalmente el almuerzo. Los motivos más comentados debido a estos cambios fueron: la falta de apetito; la falta de ganas de comer al no poder saborear los alimentos tal como son, por ejemplo, sentir sabor feo/desagradables o simplemente no sentir el sabor. Otros mencionaron que, si bien no tenían apetito, comían para no decaer o sentirse más debilitados con la enfermedad.

Gráfico 9: Relación porcentual de comidas diarias realizadas, según casos leves (n= 35) vs moderados (n=28).



Fuente: Elaboración propia.

Aquellos que cursaron con una enfermedad leve, realizaron más comidas durante el día en comparación a los casos moderados. Se puede vincular esta diferencia debido a que, los que tuvieron una enfermedad moderada, pudieron sufrir un mayor malestar general o signos clínicos mucho más fuertes, que repercutían o influían en cierta manera sobre su estado anímico para realizar las distintas actividades habituales, entre ellas, realizar la ingesta de alimentos.

Respecto a alimentos, el 71% de la muestra refirió que no dejó de consumir ningún alimento. Si embargo el 29% mencionó que, si hubo alimentos que dejaron de consumir, tales como carnes, lácteos, huevos, algunos vegetales como cebolla, zanahorias y frutas como el ananá debido al olor, y sabor tanto fuerte como desagradable que sentían reflejados en los mismos. En la [Tabla 3](#), se puede observar aquellos grupos de alimentos en donde la población disminuyó y aumento el consumo. En cuanto a las bebidas consumidas al estar cursando la sintomatología solo un 29% mencionó haber modificado el consumo de estas comparado a su ingesta habitual. El principal motivo fue la falta de sabor a las mismas. Dentro de las bebidas más consumidas encontramos principalmente el agua con un consumo del 44% de la muestra y en segundo lugar las infusiones (té, mate cocido, mate, café) que reflejaron un 26% de la población. Entre gaseosas y jugos comerciales ocuparon el 22% de la muestra, mientras que las bebidas energizantes junto a las bebidas alcohólicas, solo el 8% de la población las incluyó.

Tabla 3: Porcentaje de grupos de alimentos que disminuyó y aumentó su consumo al cursar la sintomatología. (n=63).

Grupo de alimentos	Disminuyó el consumo		Aumentó el consumo	
	n	%	n	%
Verduras y Frutas	5	8%	18	29%
Legumbres, cereales, pan, papa, pasta	5	8%	10	16%
Leche, yogurt y quesos	7	11%	12	19%
Carnes y huevos	10	16%	10	16%
Aceites, frutos secos y semillas.	2	3%	6	10%
Consumo opcional	12	19%	6	10%
Comidas rápidas	12	19%	6	10%
Ninguna de las anteriores	42	67%	31	49%
Total	95	100%	99	100%

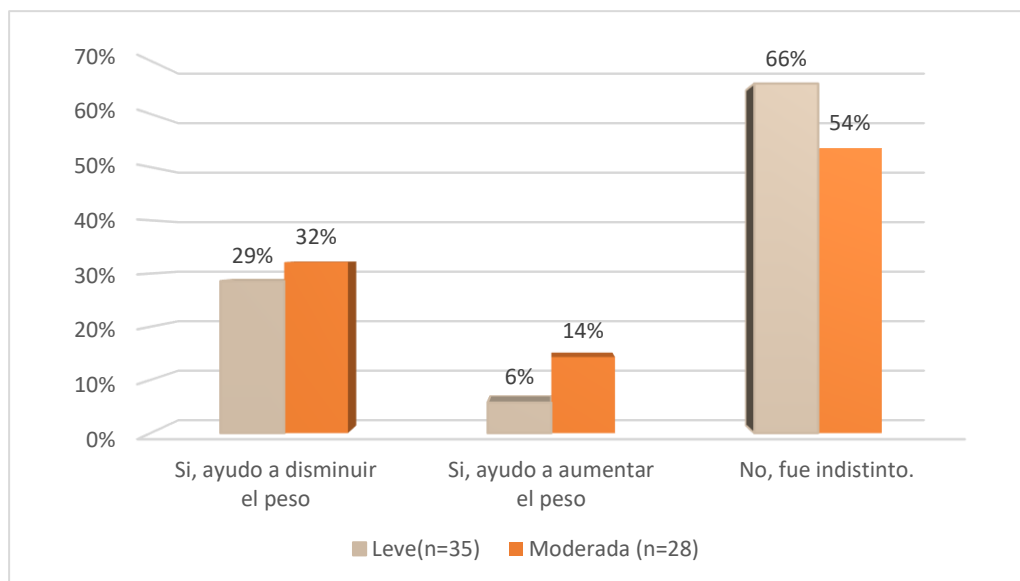
Fuente: Elaboración propia.

Como observamos, gran parte de la muestra, ni aumentó ni disminuyó de manera representativa un grupo alimentario en particular. Sí se puede mencionar y destacar que casi un 30% aumentó el consumo de frutas y verduras y una cerca del 40% disminuyó la ingesta de comidas rápidas y de alimentos de consumo opcional caracterizados por ser ricos en grasa, azúcar y/o sodio.

Alteraciones sensoriales y peso corporal.

En cuanto a los cambios en el peso corporal, el 60% (n=38), consideró que pese a presentar cambios en el olfato y/o gusto, la percepción de su peso corporal no varió. El 10% (n=6), sí consideró que las alteraciones ayudaron al aumento del peso, mientras que para 30% de la población restante (n=19), ayudó a disminuir el peso corporal. Se relacionó la percepción de estos posibles cambios de acuerdo con la severidad de la enfermedad, tal como lo ilustra el [Gráfico 10](#).

Gráfico 10: Relación entre cambios en el peso corporal, según enfermedad Leve (n=35) y Moderada (n=28).



Fuente: Elaboración propia.

En ambos casos más de la mitad de la población no encontró relación alguna en notar cambios en el peso por presentar alteraciones sensoriales. Sin embargo, en ambos casos, coincidieron en que cursar la sintomatología, ayudó más al descenso que al aumento de peso, superándolo entre un 18% - 23%.

En referencia a posibles cambios alimentarios que se pudieron generar cursado con alteraciones en el olfato y/o gusto, 71% de la muestra, no marcó ningún cambio que actualmente haya arrastrado. Sin embargo, el 29% restante, sí notó cambios que persisten hoy en día. Algunos de los más mencionados fueron los siguientes:

- Seguir sintiendo gusto raro o distinto a determinadas comidas.
- Necesidad de utilizar más sal o condimentos en las comidas.
- Dejar de consumir carnes, huevos y quesos ya que el gusto pasó a ser desagradable.
- Sensación de que la comida no va a alcanzar o sentir más apetito.
- Aumento del consumo de frutas, verduras y legumbres.
- En algunos casos, bajó la ansiedad a la hora de comer.

CONCLUSIONES

Luego de una exploración exhaustiva de la bibliografía divulgada hasta el momento, junto con lo observado y analizado en el trabajo, se puede comprobar que coexiste una asociación representativa entre la infección viral por el SARS-CoV-2 y la alteración olfativa y/o gustativa. Tras analizar los casos que se encuentran asociados a la disfunción del gusto y olfato, se pone en manifiesto una diferencia característica de mujeres que presentan dichas alteraciones con respecto a los hombres, siendo síntomas típicos de una infección tanto leve como moderada en un alto porcentaje de la población. El pronóstico de la enfermedad presenta una recuperación entre los primeros 15 días en la mayoría de los casos. Mediante la intervención con diversas técnicas autoadministradas de forma casera, la población pudo determinar, comprobar o visualizar como se encontraban las funciones sensoriales, tanto para ayudar a la rehabilitación como para notar su ausencia y/o regreso.

La pérdida del olfato para muchos implica llevar una vida corriendo mayores peligros ya que en nuestro entorno, suelen presentarse determinados olores que nos alertan y colaboran para nuestra seguridad. En el caso de los individuos que sufren alteraciones del olfato, pueden no notar estas señales, por lo que podrían ser víctimas de intoxicaciones ya sea por emanación de gas como de alimentos en mal estado, entre otros peligros. En la misma línea de lo alimentario, sabemos que existe relación entre el gusto y el olfato, y que por lo general estas alteraciones se acompañan. De esta manera, se puede ver comprometida la nutrición al no lograr percibir los sabores reales de los alimentos, contribuyendo así a una disminución del apetito; en algunos casos, llevar una conducta restrictiva (al no disfrutar del aroma y/o gusto real de los alimentos); o bien, mantener una conducta desfavorable para la salud al sobre sazonar los alimentos (principalmente abusando del uso de sal), así como también, al sobre endulzarlos. Esto, tomaría un mayor peso en aquellos pacientes que a su vez presentan obesidad, diabetes y/o hipertensión arterial, o mismo, ser un medio óptimo para su desarrollo.

Esta enfermedad, sigue representando un gran desafío para el correcto abordaje médico y nutricional por ser considerado un agente infeccioso relativamente nuevo. Por lo tanto, todo el conocimiento, impacto sobre la salud y evolución está en permanente cambio y construyéndose día a día. Como recomendaciones para futuros estudios o investigaciones, considero que sería de gran ayuda poder contar con un mayor número de muestras a estudiar, ya que de esta manera se podría enriquecer el análisis, enfatizar en determinados factores en los cuales no se pudieron agudizar. A su vez, facilitaría a la observación de los datos, para lograr una mejor comprensión, cálculo y comparación de la información obtenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

¹ Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev. Med Hared [Revista en Internet]. 2020 [citado 10 May 2021];31(2):125. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3776>.

² Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS [citado 10 May 2021] ¿Cómo se propaga el COVID-19 entre las personas? [1 pant]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>.

³ Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS [citado 10 May 2021;] ¿Cuáles son los síntomas del COVID-19? [1 pant]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.

⁴ Castro HM, y cols. Características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 en un centro de Argentina. Medicina [Revista en Internet].2020 [citado 11 May 2021];80 [aprox 4 pant]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/344670876> Características clínicas de la enfermedad por Coronavirus 2019 en un centro de Argentina Cohorte retrospectiva.

⁵ Sepúlveda VC, Waissbluth SA, González CG. Anosmia y enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19): ¿Qué debemos saber? Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Revista en Internet]. 2020 [citado 10 May 2021];80(2) [aprox 3 pant]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000200247>.

⁶ Carrillo VB, Carrillo AV, Astorga VA, Hormachea FD. Diagnóstico en la patología del olfato: Revisión de la literatura. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Revista en Internet]. 2017[citado 10 May 2021];77(3) [aprox 4 pant]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162017000300351>.

⁷ Falcón Guerrero Britto E, Falcón Pasapera Guido S. Repercusiones en la cavidad oral causadas por la infección por COVID-19. Int. J. Odontostomat. [Revista en Internet]. 2021[citado 11 May 2021];15(1) 23-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000100023>.

⁸ Obiefuna S, Donohoe C. Neuroanatomy, Nucleus Gustatory. En: StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls. 2020 [citado 11 May 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554522/>.

⁹ Hwang CS, Kim JW, Al Sharhan SS, Kim JW, Cho HJ, Yoon JH y Kim CH. Desarrollo de una prueba de función gustativa para aplicación clínica en sujetos coreanos. Yonsei Med J.[Revista en internet]. 2018 [citado 10 May 2021];59(2) [aprox 3 pant.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823837/>.

¹⁰ Velázquez Pérez L. La COVID-19: reto para la ciencia mundial. [Revista en Internet]. 2020 [citado 8 Sep. 2021]; 10(2): [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/763>

¹¹ Organización Mundial de la Salud [Sede Web]; Ginebra: OMS; [citado 8 sep. 2021] Declaración del director general de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional acerca del nuevo coronavirus (2019-nCoV) [aprox 6 pant.]. Disponible en: [https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

¹² UNICEF [Sede Web]; Argentina [citado 8 sep. 2021]; El estigma social asociado con el COVID-19; [aprox 3 pant.]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/El%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf>

¹³ Trilla A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. El Sevier/Medicina clínica [Revista en Internet].2020 [citado 8 sep. 2021];154(15) 175-177 [aprox 4 pant.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S002577532030141X>

¹⁴ Castro HM, y cols. Características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 en un centro de Argentina. Medicina [Revista en Internet].2020 [citado 11 May 2021];80 [aprox 4 pant.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/344670876_Caracteristicas_clinicas_de_la_enfermedad_por_Coronavirus_2019_en_un_centro_de_Argentina_Cohorte_retrospective.

¹⁵ Chiesa-Estomba C, Lechien J, Saussez S. La alteración del olfato y el gusto en pacientes COVID-19, un recurso diagnóstico en atención primaria. Aten Primaria [Revista en Internet]. 2020 [citado 10 May 2021]; 52(8): [aprox 2 pant.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7250780/>.

¹⁶ Montes de Oca Rosas D, Montes de Oca Fernandez E. Rinología y olfato. AN ORL MEX. 2006 [citado 11 May 2021]; 51(2) [aprox 3 pant.]. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2006/aom062f.pdf>.

¹⁷ Harikrishnan P. Disfunción gustativa como síntoma temprano en la detección de COVID-19. *J Craniofac Surg*. [Revista en internet]. 2020 [citado 11 May 2021]; 31(3). [aprox 2 pant]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7382409/>.

¹⁸ Barón-Sánchez J, Santiago C, Goizueta-San Martín G, Arca R, Fernández, R. Afectación del sentido del olfato y el gusto en la enfermedad leve por coronavirus (COVID-19) en pacientes españoles. *Neurología* [Revista en Internet]. 2020 [citado 11 de May 2021]; 35(9): 633-638. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302334?via%3Dihub>.

¹⁹ Becerra Ninchritz E, y col. Evaluación subjetiva de las alteraciones del olfato y gusto en pacientes con afectación leve por COVID-19. *El Sevier/Medicina clínica* [Revista en Internet].2021. [citado 11 Sep 2021];156:(2): 6-64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775320306667>.

²⁰Pérez ML. Terapia ocupacional en la atención sanitaria de pacientes covid-9, revisión y análisis de lineamientos. *Revista cuidado y ocupación humana* [Revista en internet].2020[citado11 May 2021];9(11):13-14. Disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/4453/2617.

²¹ Vaira LA, Salzano G, Petrocelli M, Deiana G, MD, Salzano FA, De Riu G. Validación de una prueba olfativa y gustativa autoadministrada para la evaluación remota de pacientes con COVID-19 en cuarentena domiciliaria. *Cabeza Cuello* [Revista en internet]. 2020 [citado 11 May 2021]; 42(7) 1570-1576. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267597/>.

²² Deossa-Restrepo G, Orozco-Soto DM, Urrego Borja Y, Andrade-Pérez LM, Segura Buján MV. Alimentación y nutrición durante la pandemia del COVID-19. *Perspectivas en nutrición humana*[art en Internet]2020 [citado 10 May 2021][aprox 4 pant].Disponible en:https://www.researchgate.net/profile/Marco-Segura-Bujan/publication/344221675_Alimentacion_y_nutricion_durante_la_pandemia_del_COVID-19/links/5f5d6899a6fdcc11640ed7a7/Alimentacion-y-nutricion-durante-la-pandemia-del-COVID-19.pdf.

²³Sudriá ME, Andreatta MM, Defagó MD. Los efectos de la cuarentena por coronavirus (COVID-19) en los hábitos alimentarios en Argentina. *CONICET* 2020[citado 11 May 2021];38(171) [aprox 5 pant]. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/114882/CONICET_Digital_Nro.72f7182e-88d0-49c5-8147-a7487391da3e_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

²⁴ Cervantes.Guevara G, Cervantes Pérez E, Cervantes Pérez L y col. Consideraciones nutricionales en pacientes hospitalizados con COVID-19: lo que el clínico debe saber. *Med Int Méx* [Revista en internet] 2020 [citado 11 May 2021];36(4):562-569. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim204n.pdf>.

²⁵ Savino Lloreda P, Rodriguez M P, Borráz O. Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia sobre Alimentación y Nutrición frente a la infección por SARS CoV-2 COVID-19. Bogotá [Citado 11 may 2021] [aprox 24 pant] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Patricia-Savino2/publication/343523331_Recomendaciones_de_la_Academia_Nacional_de_Medicina_de_Colombia_sobre_Alimentacion_y_Nutricion_frente_a_la_infeccion_por_SARSCoV2-COVID-19/links/5f2e1417299bf13404ada379/Recomendaciones-de-la-Academia-Nacional-de-Medicina-de-Colombia-sobre-Alimentacion-y-Nutricion-frente-a-la-infeccion-por-SARSCoV2-COVID-19.pdf.

²⁶ Romo A, Reyes-Torres C, Janka-Zires M, Almeda Valdes P. El rol de la nutrición en la enfermedad por coronavirus 2019. Rev Mex Endocrinol Metab Nutr. 2020;7: 132-43.

²⁷ Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Rui G. Anosmia y ageusia: Hallazgos comunes en pacientes con COVID-19. Laringoscopia [Revista en internet]. 2020 [citado 11 May 2021]; 00(1). [aprox 2 pant]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228304/pdf/LARY-9999-na.pdf>.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la Covid-19 2020 [citado 8 sep. 2021]; [aprox 15 pant]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>

²⁹ Manual para la aplicación de las Guías alimentarias para la población argentina [sede web] Ministerio de la salud argentina: GAPA. [citado 8 sep. 2021] [aprox 13 pant]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf

ANEXOS.

Anexo1: *Encuesta en Formulario de Google:*
https://docs.google.com/forms/d/1qBpzDRpBsYh4uBgbvaB_s-bqzNSt3CbpaA5R7JBHH2fA/prefill

IMPACTO EN LA INGESTA ALIMENTARIA POR ALTERACIONES EN EL GUSTO Y/U OLFATO.

Estimado/a participante:

Mi nombre es Paula Belén Galarza y soy estudiante del último año de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad ISALUD.

Actualmente me encuentro realizando el trabajo final integrador (TFI) el cual consistirá en la investigación y el análisis del impacto de las alteraciones en el gusto y/u olfato provocadas por Covid-19 en la ingesta de alimentos. En virtud de ello, esta encuesta buscará recoger información relacionada a los comportamientos alimentarios de personas que hayan atravesado la enfermedad y hayan sufrido estas alteraciones.

En cumplimiento de la Ley N.º 17622/68 (y su decreto reglamentario N.º 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, asegurando que resguardaré la identidad de las personas incluidas en la misma.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y, desde ya, agradezco su colaboración.

En carácter de encuestado/a, ¿Está de acuerdo en participar de la encuesta luego de haber sido informado/a y entendiendo el objetivo de la misma?

Sí, acepto.

No acepto.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido

Edad

Sexo *Marcar una opción.

Hombre.

Mujer.

Otros.

¿Vive en Buenos Aires? Incluye toda la provincia de Bs As

Sí.

No

DATOS SOBRE COVID-19

¿Tuvo COVID- 19?

Sí.

No.

¿En qué año cursó la enfermedad?

- 2020.
- 2021.

Severidad de la enfermedad *Marcar una opción.

Teniendo en cuenta que los síntomas característicos de la enfermedad son: fiebre; tos; cansancio; dolor de cabeza; dolor de garganta; dolores musculares; diarreas; náuseas; vómitos; pérdida de olfato y/o gusto.

- Leve: Presentación de escasa y/o poca sintomatología.
- Moderada: Prevalen síntomas como fiebre persistente (superior a 38°C); tos continua; dolores musculares o de cabeza, falta de aire al realizar un movimiento cotidiano como caminar.
- Severa: Dificultad para respirar, hablar o realizar algún ejercicio; requerimiento suplementario de oxígeno, dolor en pecho, panza o espalda al respirar; confusión; dolor al toser; fiebre persistente (superior a 38°C); respiración acelerada; ritmo cardíaco acelerado; decaimiento o malestar general; etc.
- Crítica: Internación con dificultad respiratoria severa, requerimiento de oxígeno con asistencia reparatoria mecánica, líquidos endovenosos y monitoreo continuo de signos vitales; disfunción orgánica, alteración del estado mental; taquicardia; hipotensión arterial; etc.

Presencia de síntomas.

- Pérdida del olfato.
- Pérdida del gusto.
- Ambas.
- Ninguna de las anteriores.

PÉRDIDA DEL OLFATO.

¿Cuál de estas definiciones considera que refleja más su caso? *Puede marcar más de una opción.

- Anosmia: Pérdida total de la capacidad olfativa.
- Parosmia: Interpretación de un olor agradable como desagradable.
- Cacosmia: Percepción de olor desagradable sin que esté presente en el ambiente.
- Fantosmia: Percepción olfatoria diferente al estímulo presente.
- Osmofobia: Reacción de miedo ante la presencia a determinados olores.
- No me identifiqué con ninguna de las anteriores.

PÉRDIA DEL GUSTO.

¿Cuál de estas definiciones considera que refleja más su caso? *Puede marcar más de una opción.

- Ageusia: Ausencia del gusto.
- Hipoageusia: Disminución del gusto.
- Disgeusia: Percepción desagradable del gusto.
- No me identifiqué con ninguna de las anteriores.

DURACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA.

¿Considera que la capacidad sensorial regresó? *Marque según su caso.

- Dentro de los primeros 15 días desde la aparición del/los síntomas.
- Dentro día 16 hasta finalizar el primer mes desde la aparición del/los síntomas

-
- Dentro del 2ndo-3er mes desde la aparición del/los síntomas.
 - Luego del 3er mes desde la aparición del/los síntomas.
 - La capacidad sensorial no regresó.

En el caso de que haya vuelto la capacidad sensorial, ¿Cómo cree que regresó? *Marque según su caso.

- Disminuida.
- Parcial.
- Completa.
- Recuperé más un síntoma que el otro.
- No regresó.

¿Realizó algún tipo de prueba autoadministrada para recuperar la/las capacidades sensoriales? Entiéndase por "prueba autoadministrada" como prueba casera que haya realizado por sus propios medios como por ejemplo oler vinagre, beber agua con azúcar etc.

- Sí.
- No.

Prueba autoadministrada.

¿Qué tipo de prueba realizó?

¿Durante cuánto tiempo la realizó?

¿Cree que funcionó?

¿De dónde obtuvo la idea?

IMPACTO SOBRE LA INGESTA Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

¿Considera que la falta de olfato y/o gusto afectó a la hora de cocinar?

- Sí.
- No.

¿Cómo considera que eran sus ganas a la hora de cocinar?

- Nulas.
- Pocas.
- Muchas.
- Igual que antes.

¿Considera que la falta de olfato y/o gusto afectó a la hora de comer?

- Sí.
- No.

¿Cómo considera que eran sus ganas a la hora de comer?

- Nulas.
- Pocas.
- Muchas.
- Igual que antes.

¿Qué comidas realizaba al día cursando con la sintomatología? Siempre que aparezca "sintomatología" se hace referencia a la pérdida del olfato y/o gusto. Puede marcar más de una opción.

- Desayuno.
- Almuerzo.
- Merienda.
- Cena.
- Otros.

¿Considera que modificó la cantidad de comidas realizadas al estar cursando con la sintomatología? Si la respuesta es "SÍ", mencione el porqué. Caso contrario responda "NO".

¿Se dejó de consumir algún alimento? *Si la respuesta es "SÍ", mencione porqué y durante cuánto tiempo. Si la respuesta es "NO", responda solo "No".

Tipo de alimento que se dejó de consumir. *Puede marcar más de una opción.

- Frutas y verduras.
- Legumbres, cereales, papa, pan, pastas
- Leche, yogurt, queso
- Carnes y huevos.
- Aceites, frutas secas y semillas
- Alimentos ricos en grasa, azúcar y/o sal. Por ejemplo, galletitas, dulces, snacks, productos de panadería, etc.).
- Comidas rápidas.
- Ninguna de las anteriores.

Tipo de alimento que aumentó su consumo. *Puede marcar más de una opción.

- Frutas y verduras.
- Legumbres, cereales, papa, pan, pastas
- Leche, yogurt, queso
- Carnes y huevos.
- Aceites, frutas secas y semillas.
- Alimentos ricos en grasa, azúcar y/o sal. Por ejemplo, galletitas, dulces, snacks, productos de panadería, etc.).
- Comidas rápidas.
- Ninguna de las anteriores.

¿Modificó el consumo de bebidas durante o luego de la enfermedad y la/s pérdida/s sensorial/es? *Si la respuesta es "SÍ", mencione el porqué. Si la respuesta es "NO", responda solo "No".

¿Qué bebidas consumía mientras cursaba la enfermedad la/s pérdida/s sensorial/es?? *Puede marcar más de una opción.

- Gaseosas.
- Jugos comerciales.
- Agua.
- Bebidas energizantes (Red Bull; Speed; Gatorade; etc.).
- Bebidas alcohólicas.
- Infusiones (té, mate cocido, café; mate etc.).
- Ninguna de las anteriores.
- Otras.

¿Considera que las alteraciones en el olfato y/o gusto generó cambios en su peso corporal?

- Sí, creo que ayudó a disminuir mi peso.
- Sí, creo que ayudó a aumentar mi peso.
- No, fue indistinto.

¿Considera que a raíz de la enfermedad y de las alteraciones sensoriales hubo cambios en su alimentación que persisten hoy en día?

- Sí.
- Tal vez.
- No.

¿Cuáles fueron esos cambios?
