

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Barreras del entorno hospitalario para la ingesta en pacientes adultos internados del Hospital de Agudos Donación Francisco Santojanni

TRABAJO FINAL DE GRADO PARA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

AUTORA: Sandra Verónica Silvestro

TUTOR TEMÁTICO: Adriana Suarez

TUTORAS METODOLÓGICAS: Marcela Ommi Acosta Sero
Karen Yael Uría

FECHA: Diciembre de 2024

DATOS DE CONTACTO: Sandra.silvestro@alumnos.uai.edu.ar

Marcelaommi.acostasero@uai.edu.ar

ÍNDICE

INTRODUCCION 3

OBJETIVOS 5

Objetivo general 5

Objetivos específicos 5

MATERIALES Y MÉTODOS 5

Población y ámbito en estudio 5

Diseño 5

Criterios de elegibilidad 5

Muestreo 5

VARIABLES 6

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 8

Aspectos éticos 9

Instrumento de recolección de datos y procedimientos 9

RESULTADOS 10

DISCUSIÓN 13

CONCLUSIÓN 17

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS 17

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 18

ANEXOS 20

Anexo 1. Operacionalización de las variables de caracterización 20

Anexo 2. Operacionalización de las variables en estudio 22

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado 24

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos 25

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción:

La nutrición adecuada en pacientes hospitalizados es un aspecto fundamental para su recuperación y bienestar general. No obstante, existen diversas barreras en el entorno hospitalario, relacionadas con el paciente y con la propia institución, que pueden ocasionar o agravar la desnutrición. La malnutrición hospitalaria puede asociarse con un mayor riesgo de complicaciones, estancias más prolongadas y un incremento de los costos sanitarios.

Objetivo:

Describir las barreras en la ingesta en pacientes adultos internados del hospital de Agudos Francisco Santojanni durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre del 2024.

Metodología:

Se recopilaron datos de cuarenta (40) pacientes internados en el Hospital Francisco Santojanni mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y una entrevista estructurada. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Resultados:

Del total de los encuestados, el 72,5% presentó barreras durante la ingesta alimentaria relacionadas con el paciente y con la institución sanitaria. Entre las relacionadas con el paciente, las más prevalentes fueron los síntomas gastrointestinales (90%) y entre las institucionales predominaron las interrupciones por parte del personal de salud al momento de la ingesta con un 63,33%.

Conclusiones:

Se resalta la presencia de barreras que afectan la ingesta alimentaria en pacientes hospitalizados, tanto a nivel individual como institucional, que puede impactar en el estado nutricional y la evolución clínica. Asimismo, resulta fundamental la realización de screening y evaluaciones nutricionales al ingreso hospitalario, monitorear el manejo adecuado del dolor, la asistencia durante las comidas, la reducción de interrupciones a la ingesta y la capacitación continua del personal de salud.

PALABRAS CLAVE: Ingestión de alimentos; Hospitalización; Pacientes; Barreras

AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes que participaron en esta encuesta; sin su colaboración, este trabajo no hubiese sido posible.

Quiero agradecer profundamente a mi familia, por su amor y su apoyo incondicional, por estar a mi lado en cada decisión y a lo largo de esta carrera. A mis pequeños hijos, Bautista y Nicole, quienes me alentaron a seguir adelante, celebrando cada logro y paso que di.

Especialmente, quiero agradecer a mi esposo Oscar, mi gran compañero de vida. Él ha sido un pilar fundamental durante todos estos años, brindándome su paciencia, contención, cuidando de nuestros hijos, y facilitándome las tareas cotidianas cuando el tiempo para estudiar era limitado. Gracias por animarme siempre, por sostenerme y acompañarme incondicionalmente.

A mis padres, Franco y Haydee, quienes me acompañaron en cada decisión importante con todo su amor.

Agradezco también a cada uno de los profesores que me han formado y transmitido sus conocimientos. De todos ellos, me llevo valiosos aprendizajes para mi futuro profesional.

A mi gran compañera, Candela Suárez, con quién compartí tantas horas de estudio, gracias por estar siempre, por el apoyo, por su compañerismo…

Gracias a la Lic. Karen Uría, quien me ha brindado su ayuda y acompañamiento en esta última etapa de la carrera, y a la Lic. Marcela Ommi Acosta Sero, cuya buena predisposición me orientó en la realización de este trabajo final.

A todos ellos, y a cada una de las personas que confiaron en mí, les doy gracias infinitas por ayudarme a cumplir este gran sueño.

INTRODUCCION

La nutrición de los pacientes adultos hospitalizados constituye un componente fundamental para el proceso de recuperación clínica y la optimización de su estado de salud general. Sin embargo, en el entorno hospitalario suelen existir barreras que pueden dificultar o limitar una adecuada alimentación. Las barreras en la ingesta alimentaria se refieren a un conjunto de obstáculos que afectan el suministro y el consumo óptimo de nutrientes durante la hospitalización, abarcando tanto a los factores individuales del paciente como a las características propias de las instituciones de salud (1).

La ingesta insuficiente de alimentos es una problemática común en este contexto que puede derivar en malnutrición y traer como consecuencia resultados clínicos adversos, una prolongación de la estancia hospitalaria y un incremento significativo en los costos de atención sanitaria (2). Durante la hospitalización, la falta de apetito, las intervenciones médicas y los problemas en el acceso adecuado a los alimentos, pueden provocar una desnutrición iatrogénica, entendida como aquella inducida por prácticas médicas. Esta condición está asociada a un mayor deterioro funcional y cognitivo, con un posible aumento de complicaciones y comorbilidades en los pacientes afectados.

En este sentido, la adopción de un enfoque que incluya una evaluación y un tratamiento nutricional individualizado, la optimización en los procesos de elaboración y distribución de los alimentos, y la mejora del entorno en el momento de la ingesta, podrían minimizar las barreras mencionadas. Además, brindar asistencia durante las comidas y respetar las preferencias alimentarias del paciente se ha asociado con mejoras significativas en la ingesta alimentaria, considerada como un aspecto clave para el bienestar general del paciente hospitalizado (3,4).

Con respecto a la prevalencia de barreras en la ingesta en Argentina, no se han identificado datos específicos sobre la prevalencia de éstas dentro del contexto hospitalario. Sin embargo, estudios realizados en América Latina revelaron que más del 50% de los pacientes adultos evaluados consumieron la mitad o menos de las comidas hospitalarias ofrecidas. De manera similar, un estudio realizado en América del Norte reportó que más del 40% de los pacientes adultos informaron haber sido interrumpidos por el personal durante sus horarios de alimentación, mientras que cerca del 70% de los pacientes no recibieron alimentación complementaria tras la omisión de una comida (5,6).

Diversos estudios coinciden en destacar que la nutrición subóptima en pacientes internados constituye un factor de riesgo modificable, relacionado con el deterioro clínico

durante la hospitalización. Inclusive, la elevada cantidad de desperdicio en los menús hospitalarios se ha asociado con una mayor incidencia de complicaciones vinculadas a la desnutrición. Por el contrario, se ha observado que la asistencia durante las comidas, así como los estímulos para promover la alimentación**,** favorecieron un aumento en la ingesta y mejoraron la motivación para comer durante la estancia hospitalaria (7–9).

El presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar y describir las barreras que afectan la ingesta alimentaria en los pacientes hospitalizados en el Hospital Francisco Santojanni. Resulta fundamental comprender los obstáculos que limitan una adecuada nutrición, como son los ayunos prolongados, la suspensión inesperada de cirugías y las interrupciones en la alimentación, así como el estado emocional de los pacientes, como elementos clave que pueden dificultar el estado nutricional. De este modo se pretende visibilizar la magnitud de las barreras que enfrentan los pacientes hospitalizados dado que aquellos pacientes malnutridos se suelen asociar con un peor pronóstico, subrayando la necesidad de implementar cambios en forma prioritaria que minimicen su impacto negativo sobre la evolución clínica (10,11).

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las barreras del entorno hospitalario para la ingesta en pacientes adultos internados del hospital de Agudos Francisco Santojanni durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre del 2024.

Objetivos específicos

En pacientes internados en el Hospital de Agudos Francisco Santojanni:

- Determinar la prevalencia de barreras para la ingesta relacionadas con el paciente.
- Determinar la prevalencia de barreras para la ingesta relacionadas con la institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población y ámbito en estudio

Pacientes adultos internados en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre del 2024.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

Adultos mayores de 18 años, de ambos sexos biológicos, internados durante un mínimo de siete días.

Criterios de exclusión:

Aquellos pacientes con barreras idiomáticas o de comprensión que imposibiliten realizar la entrevista o que se encuentren sin la presencia de cuidadores para responder a las preguntas; pacientes con demencia; aquellos en su etapa final de vida; los que se nieguen a participar; y pacientes con soporte nutricional a través de sonda nasogástrica u ostomías.

Criterios de eliminación:

Alta hospitalaria antes de los siete días de internación.

Muestreo

Tipo de muestreo no probabilístico intencional según los participantes que se encuentren en el ámbito de estudio o en el momento de recolección de datos.

VARIABLES

Variables de caracterización (Anexo 1):

Se relevaron los siguientes datos para caracterizar a la muestra estudiada: edad (años), sexo biológico (femenino/masculino), tiempo de internación (días), Estado Nutricional (Bajo peso / Normopeso / Sobrepeso / Obesidad). Se definió según valores de IMC donde <18,5 kg/m2 = bajo peso; De 18,5 a 24,9 kg/m2 = normopeso; de 25 a 29,9 kg/m2: sobrepeso; y >= 30 kg/m2 = obesidad, IMC: kg/m2. Valoración Global Subjetiva (A=Bien nutrido / B=Sospecha de desnutrición o Moderadamente desnutrido / C=Severamente desnutrido (12). Diagnóstico principal del paciente (clínico, social, quirúrgico). Dieta indicada (dieta general, dieta líquida, dieta blanda, dieta hiposódica, dieta hepato protectora, dieta apta diabetes).

Variables de estudio (Anexo 2):

- **Presencia de barreras en la ingesta: SI/NO**. Se definió según interrogatorio realizado al paciente, considerándose la presencia de barreras cuando éste manifieste al menos una barrera durante su internación.
- **Barreras relacionadas con el paciente:**
    - **Emocional: SI/NO**. Se definió según manifestación por parte del paciente de falta de motivación, sensación de depresión, angustia o preocupaciones por motivos económicos/laborales que influyen en su ingesta durante la internación.
    - **Influencia de las visitas: SI/NO**. Se definió en los casos en los cuales la presencia de alguna visita haya influido negativamente en la ingesta del paciente en algún momento de su internación.
    - **Dificultades para comer: SI/NO**. Se definió según el reporte por parte del paciente sobre dificultades para abrir un paquete, para cortar la comida, para realizar el gesto de llevar la comida a la boca con los cubiertos, para masticar o deglutir alimentos.
    - **Afectación de la Fiebre para comer: SI/NO**. Se definió en los casos en los cuales la presencia de fiebre (temperatura mayor a 38°c) haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente y registros de signos vitales de enfermería.
    - **Afectación del Dolor para comer: SI/NO**. Se definió en los casos en los cuales la presencia de dolor de cualquier intensidad haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente.

- **Síntomas gastrointestinales: SI/NO.** Se definió en los casos en los cuales la presencia de vómitos, diarrea, constipación o distensión haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente.
- **Cansancio al ingerir alimentos**: **SI/NO**. Se definió en los casos en los cuales la presencia de cansancio al ingerir alimentos haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente.
- **Percepción negativa de la calidad de la comida**: **SI/NO**. Se definió según el reporte negativo del paciente sobre el sabor, la temperatura y el aroma de las comidas.

- **<u>Barreras relacionadas con la institución</u>:**
  - **Interrupciones por parte de los profesionales tratantes**: **SI/NO**. Se definió según las situaciones en las cuáles los médicos, enfermeros, u otros profesionales ingresan a la habitación del paciente con el objetivo de interrogar, evaluar o comunicar algo en el momento de la ingesta, llevando a que el paciente consuma menos cantidad o no consuma la ración administrada.
  - **Indicación de Ayunos: SI/NO**. Se definió según las situaciones en las cuáles los pacientes permanezcan varias horas sin comer con el objetivo de realizarse estudios médicos, llevando a que el paciente no consuma la ración administrada.
  - **Ausencia de asistencia en las comidas**: **SI/NO**. Se definió según las situaciones en las cuáles los pacientes requieran de ayuda a la hora de comer y no cuenten con asistencia por parte del personal de salud, llevando a que el paciente consuma menos cantidad o no consuma la ración administrada.
  - **Ausencia de indicación de la dieta por parte del médico: SI/NO.** Se definió según las situaciones en las cuáles los pacientes no reciban indicación de la dieta por parte del profesional médico, llevando a que el paciente consuma menos cantidad o no consuma la ración administrada

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las variables categóricas se reportaron a través de frecuencias absolutas y relativas (n y %). Las variables numéricas se reportaron a través de medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión como desvío estándar (DE), cuartil 1 (Q1) y cuartil 3 (Q3), mínimo y máximo valor hallado, según cumplimiento del supuesto de normalidad. El supuesto de normalidad se verificó utilizando el test de Shapiro Wilk y a través de métodos gráficos (Box plot, cuantil-cuantil, histogramas).

Los datos fueron analizados con herramientas estadísticas de Excel.

Aspectos éticos

El protocolo del presente estudio fue presentado ante el Comité de Ética e Investigación de la institución Hospital General de Agudos donación Francisco Santojanni. La investigación se adecuó a las normas internacionales de investigación de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Ley Nº 3301 (Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud) del 9 Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación.

La investigadora tomó todas las precauciones necesarias para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio, conforme a la Ley Nacional Nº 25.326 de Habeas Data, omitiendo los datos que pudiesen identificar a los individuos al consolidar los resultados para el análisis estadístico. Estos datos fueron "codificados o reversiblemente disociados".

Instrumento de recolección de datos y procedimientos

Se aplicó una entrevista bajo un cuestionario sociodemográfico y clínico (Anexo 4). Los instrumentos fueron aplicados de manera presencial. Se estimó una duración de la entrevista de quince minutos. Mediante la entrevista se relevaron datos sobre aquellas barreras y los inconvenientes o dificultades que pudieran existir en la ingesta de alimentos durante las cuatro comidas principales administradas por el servicio de alimentación del hospital (desayuno, merienda, almuerzo y cena) y los refuerzos entre estas comidas. Los mismos fueron verificados por observación directa en la habitación del paciente.

RESULTADOS

Se evaluó un total de cuarenta pacientes adultos internados. La mayoría tuvo como dieta indicada, un régimen hepatoprotector. El resto de las características se visualizan en la tabla 1.

Tabla Nº1. Características de los participantes

Sexo femenino, n (%)	20 (50,00)
Edad (años), media DE	54,73 [15,26]
Mínimo máximo	24-85
Tiempo de internación (días) mediana [IQR]	7 [7-16,25]
Mínimo máximo	7-90
IMC (kg/m2) mediana [IQR]	26,71 [23,72-30,39]
Mínimo máximo	13,84 – 53,78
Estado nutricional, n (%)	
Bajo peso	2 (5,00)
Normopeso	14 (35,00)
Sobrepeso	12 (30,00)
Obesidad	12 (30,00)
VGS, n (%)	
A	35 (87,50)
B	4 (10,00)
C	1 (2,50)
Diagnóstico de paciente, n (%)	
Clínico	22 (55,00)
Quirúrgico	16 (40,00)
Social	2 (5,00)
Dieta indicada, n (%)	
Dieta general	7 (17,50)
Dieta líquida	0
Dieta blanda	6 (15,00)
Dieta hipo sódica	9 (22,50)
Dieta hepatoprotectora	16 (40,00)
Dieta apta diabetes	2 (5,00)

DE: Desvío estándar. IQR: intervalo intercuartilo. IMC: índice masa corporal. VGS: valoración global subjetiva.
Fuente: elaboración propia

La mayoría de los participantes de la muestra presentó barreras para una adecuada ingesta alimentaria, alcanzando un 72,5%. Entre las barreras relacionadas con el paciente, las más prevalentes fueron los síntomas gastrointestinales, seguidos del dolor y las dificultades para comer. El resto de las barreras se detalla en la Tabla Nº 2.

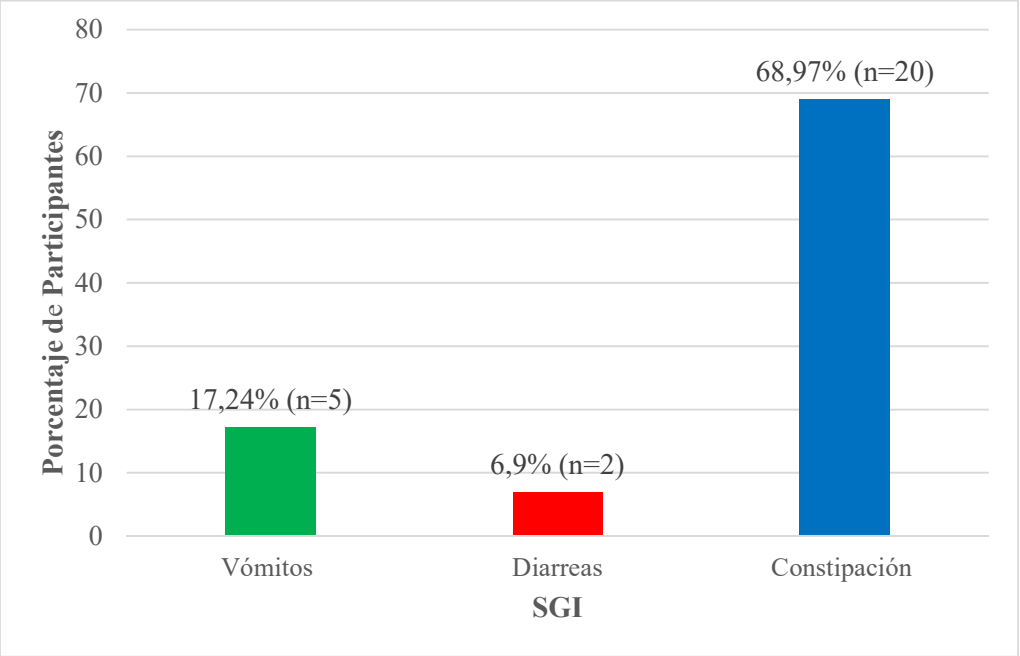
Tabla Nº2. Barreras relacionadas con los pacientes

Barreras relacionadas con los pacientes	N	%
Barreras emocionales		
A veces	12	57,14
Siempre	1	4,76
Nunca	8	38,10
Influencia negativa de visitas		
Si	2	6,67
No	28	93,33
Dificultad para comer		
Si	19	63,33
No	11	36,36
Afectación de la fiebre para comer		
Si	7	23,33
No	23	76,67
Afectación dolor para comer		
Si	26	86,67
No	4	13,33
Síntomas gastrointestinales		
Si	27	90
No	3	10
Cansancio al ingerir los alimentos		
Si	7	23,33
No	23	76,67
Percepción negativa de la comida		
Temperatura	2	6,67
Olor	2	6,67
Sabor	19	63,33
Otro motivo	7	23,33

Fuente: elaboración propia

En relación con los síntomas gastrointestinales, la mayoría de los entrevistados señaló a la constipación como el signo más frecuente (gráfico Nº1).

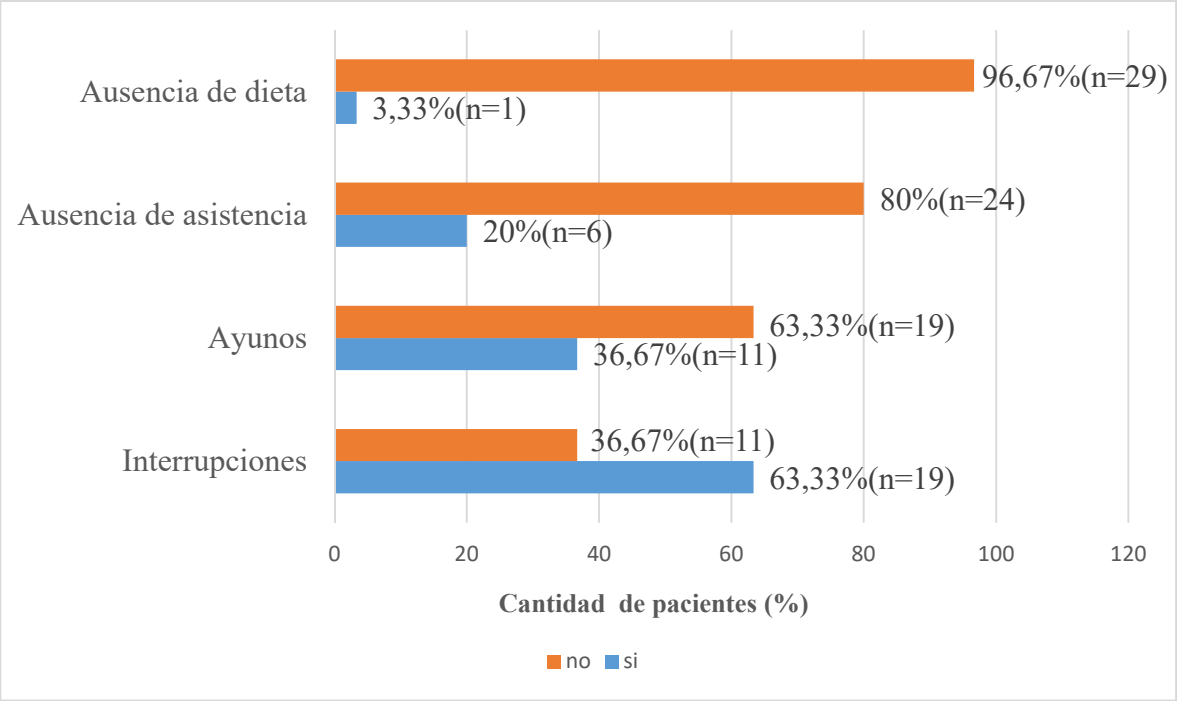
Gráfico Nº1. Frecuencia de síntomas gastrointestinales en pacientes internados



SGI: síntomas gastrointestinales. Fuente: elaboración propia

En cuanto a las barreras relacionadas con la institución, los pacientes mencionaron las siguientes: la falta de indicación dietética por parte del médico, la ausencia de asistencia durante la hora de la comida, la indicación de ayunos y las interrupciones en el momento de la ingesta por parte del personal de salud, ésta última fue la más frecuente. Estas se visualizan en el gráfico Nº 2.

Gráfico Nº2. Barreras relacionadas con la Institución



Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio demostró que la presencia de barreras durante la ingesta constituye una condición prevalente en pacientes adultos hospitalizados. Según los datos obtenidos, el 72,5 % (n=30) de los encuestados presentó barreras durante la ingesta de alimentos a lo largo de su hospitalización, vinculadas tanto a su condición clínica como a factores institucionales. Este porcentaje supera al reportado por Schindler et al., cuya investigación, realizada en Europa con una muestra de 91.245 pacientes hospitalizados, identificó que el 56% enfrentó obstáculos durante las comidas (10). Las diferencias observadas podrían estar relacionadas con el tamaño de la muestra; no obstante, ambos estudios coinciden en que más de la mitad de la población experimentó barreras para la alimentación en los hospitales.

En primer lugar, en relación con la influencia negativa de las visitas en la ingesta alimentaria, los resultados de este estudio no identificaron un impacto relevante en la alimentación de los pacientes, en concordancia con la escasez de evidencia científica disponible al respecto. Luego, sobre la presencia de las barreras emocionales como ser la preocupación por motivos económicos o la angustia y depresión, el 57% de los pacientes reportaron sentirlas "a veces", mientras que el 1% indicó que "siempre" las habían experimentado.

Al respecto, una investigación realizada en Turquía por Asma et al. estableció un índice de depresión del 37% para una muestra de 308 pacientes hospitalizados, concluyendo una

relación directa entre depresión y desnutrición (13). Asimismo, el relevamiento de Chiarchiaro et al. en Estados Unidos, ha demostrado que la hospitalización exacerba las emociones de los pacientes y aumenta los sentimientos de depresión, ansiedad o preocupaciones, afectando negativamente a su bienestar psicológico (14).

Por otra parte, en relación con las dificultades para comer, la presente investigación reveló que el 63,33% de los pacientes enfrentaron algún tipo de barrera, entre las cuales se destacaron los problemas para abrir envases, cortar los alimentos o masticar. La dificultad más prevalente fue la apertura de envases alimenticios, reportada por el 50% de los participantes. Investigaciones realizadas en Australia, como las de Bell et al. y Kosinca Olenski et al., informaron prevalencias del 40% y 36%, respectivamente, siendo la apertura de envases de alimentos la dificultad más común (15). De manera similar, Curtis et al., en Canadá, encontró que los pacientes pudieron haber experimentado dificultades físicas para abrir empaques de alimentos o para alimentarse por sí mismos debido a su debilidad o a problemas de movilidad (9).

En cuanto a los síntomas como la fiebre, ésta no representó un impedimento para su adecuada alimentación, considerando además que las evidencias científicas sobre esta temática aún son limitadas. En el caso del dolor, se obtuvo que el 86,67% de los participantes experimentó una afectación notable que dificultó una ingesta adecuada.

En el estudio realizado en Austria por Bauer et al., se analizaron los datos de 3.406 pacientes, de los cuales el 59,6% informó que el dolor afectaba su alimentación. Además, se observó que los pacientes con molestias físicas, presentaban un mayor riesgo de desarrollar malnutrición en comparación con aquellos que no las padecían, implicando la necesidad de evaluaciones sistemáticas del dolor para reducir las consecuencias. (4).

Del mismo modo, Makhlou et al., en Suiza, concluyeron que el 63% de los 755 pacientes encuestados reportaron molestias físicas, registrándose una ingesta energética inadecuada en el 13% de los casos, definida como ≤70% de las necesidades previstas. Esto indica que los pacientes que experimentan esta condición tienen un elevado riesgo de déficit energético, destacando la importancia de un manejo eficaz de las molestias para prevenir la subalimentación en el entorno hospitalario (5).

En cuanto a las barreras relacionadas con los síntomas gastrointestinales, la constipación fue identificada como el síntoma más prevalente por la mayoría de los pacientes (68,97 %), seguida de los vómitos (17,24 %) y la diarrea (6,9 %). La elevada prevalencia de estreñimiento en esta población puede atribuirse al uso frecuente de sedantes y opiáceos durante la hospitalización, así como a alteraciones electrolíticas y cambios en la composición y

consistencia de la dieta (18). Dado que las complicaciones gastrointestinales afectan negativamente la cantidad de alimentos que los pacientes pueden recibir, su manejo adecuado resulta clave para mejorar la evolución clínica (19).

En cuanto al cansancio durante la ingesta de alimentos, en el presente estudio un 23,4 % reportó dificultades relacionadas con este factor. Asimismo, en la investigación realizada en Canadá por Keller et al., el 41,1% de un total de 1022 pacientes encuestados refirió sentirse demasiado cansados para comer, lo que los llevó a una ingesta insuficiente de alimentos (20).

La percepción negativa de los alimentos también fue considerada en el presente estudio realizado en el Hospital Santojanni, hallando que el sabor deficiente fue el aspecto más frecuentemente mencionado en un 63,33 %. Del mismo modo, la investigación de Correia et al. sugirió que la insatisfacción con la calidad de los alimentos es un predictor importante de la ingesta de comida y puede influir en la duración de la estancia hospitalaria (5).

Por el contrario, Stanga et al., en un estudio realizado en Suiza con una muestra de 309 pacientes, identificaron que el 86 % de los participantes estuvo satisfecho o muy satisfecho con la calidad de los alimentos proporcionados en el hospital. Asimismo, el 78% expresó satisfacción con el modo en que se presentaban y servían las comidas. Estos hallazgos destacan una percepción positiva de los servicios alimentarios hospitalarios entre los pacientes evaluados (21).

Por lo que se refiere a las interrupciones por parte del personal de salud durante la hora de la comida, los resultados de la presente investigación arrojaron que el 63,33% de los pacientes manifestó una disminución en la ingesta alimentaria por dicha causa. Kosica Olenski et al. identificaron una correlación entre las interrupciones y la reducción en el consumo de alimentos. En su estudio, el 28% de los 143 participantes informó haber sido interrumpido o molestado por el personal durante las comidas (3).

Por su parte, Keller et al., en un análisis realizado en 1022 pacientes, documentaron que el 41,8% fue interrumpido por el personal hospitalario, mientras que el 42,2% no recibió asistencia durante las comidas, además de reportar una tasa de ayuno del 34,7% (20). A nivel local, en la encuesta realizada en el Hospital Santojanni se observó que el 20% de los pacientes no recibió ayuda cuando la necesitaba para ingerir los alimentos, y un 36,67 % informó haber estado en ayuno, un porcentaje comparable al descrito por Keller et al.

En suma, puede señalarse que las interrupciones durante la ingesta alimentaria en pacientes hospitalizados tienen consecuencias negativas como la exacerbación de la desnutrición debido a la reducción en el consumo calórico y proteico necesario para el mantenimiento del estado nutricional, afectando negativamente a la recuperación, prolongando la estancia hospitalaria y empeorando los resultados clínicos. Asimismo, tienen un impacto psicológico y generan insatisfacción con el cuidado recibido, afectando la percepción del paciente sobre la calidad de la comida. Implementar horarios protegidos para las comidas puede ser una estrategia clave para mitigar éstos efectos y optimizar el estado nutricional de los pacientes (22).

En cuanto a la ausencia de dieta prescripta por parte del médico, el presente estudio evidenció que este factor no representó una barrera significativa para la alimentación de los pacientes pues solamente el 3,33% de los encuestados lo mencionó. No obstante, la personalización de la dieta según la condición médica del paciente es un pilar crítico para mejorar su pronóstico y calidad de vida durante la hospitalización (23).

Entre las principales limitaciones de esta investigación se destaca la dificultad para obtener una muestra más amplia de participantes debido al corto plazo en el que se llevó a cabo el trabajo de campo, así como la heterogeneidad de las condiciones médicas de los pacientes que podría haber influido en sus respuestas sobre la ingesta alimentaria ante el entrevistador.

La técnica de encuesta podría haber generado sesgos en las respuestas debido a la tendencia de los pacientes a responder de una manera más positiva, lo que podría haber dificultado la correcta identificación de las barreras existentes. Para futuras investigaciones, se recomienda incluir un seguimiento a más largo plazo que permita una evaluación y un monitoreo nutricional más exhaustivo para identificar las barreras adicionales que podrían interferir en la ingesta de los pacientes hospitalizados.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian la existencia de barreras que dificultan la ingesta adecuada en el ámbito hospitalario, tanto aquellas asociadas al paciente, como son las dificultades para alimentarse o los efectos provocados por padecer síntomas gastrointestinales, o aquellas relacionadas con la propia institución, como las interrupciones al momento de la ingesta o la indicación de ayuno por parte del médico. Estos factores individuales e institucionales inciden de manera directa en la capacidad de los pacientes para mantener una nutrición adecuada, afectando significativamente su estado nutricional y su evolución clínica.

En este contexto, resulta crucial la implementación de equipos interdisciplinarios que trabajen de manera colaborativa para abordar esta problemática desde una perspectiva integral que incluya la realización de *screenings* y evaluaciones nutricionales al ingreso hospitalario, un monitoreo constante del manejo nutricional, la capacitación constante del personal de salud y la adaptación de las comidas hospitalarias para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes. Así, mediante este enfoque complejo y coordinado será posible mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados, optimizando su ingesta alimentaria y favoreciendo su recuperación clínica.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflicto de interés en relación con este manuscrito para divulgar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Keller HH, Xu Y, Dubin JA, Curtis L, Laur CV, Bell J, et al. Improving the standard of nutrition care in hospital: Mealtime barriers reduced with implementation of the Integrated Nutrition Pathway for Acute Care. Clin Nutr ESPEN. diciembre de 2018;28:74-9.

2. Allard JP, Keller H, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, et al. Factors associated with nutritional decline in hospitalised medical and surgical patients admitted for 7 d or more: a prospective cohort study. Br J Nutr. 28 de noviembre de 2015;114(10):1612-22.

3. Kozica-Olenski S, Treleaven E, Hewitt M, McRae P, Young A, Walsh Z, et al. Patient-reported experiences of mealtime care and food access in acute and rehabilitation hospital settings: a cross-sectional survey. J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc. agosto de 2021;34(4):687-94.

4. Cheung G, Pizzola L, Keller H. Dietary, food service, and mealtime interventions to promote food intake in acute care adult patients. J Nutr Gerontol Geriatr. 2013;32(3):175-212.

5. Correia MITD, Sulo S, Brunton C, Sulz I, Rodriguez D, Gomez G, et al. Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay Latin America survey results. Clin Nutr Edinb Scotl. septiembre de 2021;40(9):5114-21.

6. Cass AR, Charlton KE. Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A systematic review of the evidence. J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc. diciembre de 2022;35(6):1043-58.

7. Naughton C, Simon R, White TJ, de Foubert M, Cummins H, Dahly D. Mealtime and patient factors associated with meal completion in hospitalised older patients: An exploratory observation study. J Clin Nurs. octubre de 2021;30(19-20):2935-47.

8. Simzari K, Vahabzadeh D, Saeidlou SN, Khoshbin S, Bektas Y. Food intake, plate waste and its association with malnutrition in hospitalized patients. Nutr Hosp. 2017;34(6):1376-81.

9. Curtis LJ, Valaitis R, Laur C, McNicholl T, Nasser R, Keller H. Low food intake in hospital: patient, institutional, and clinical factors. Appl Physiol Nutr Metab Physiol Appl Nutr Metab. diciembre de 2018;43(12):1239-46.

10. Schindler K, Themessl-Huber M, Hiesmayr M, Kosak S, Lainscak M, Laviano A, et al. To eat or not to eat? Indicators for reduced food intake in 91,245 patients hospitalized on nutritionDays 2006-2014 in 56 countries worldwide: a descriptive analysis. Am J Clin Nutr. noviembre de 2016;104(5):1393-402.

11. McCullough J, Marcus H, Keller H. The Mealtime Audit Tool (MAT) - Inter-Rater Reliability Testing of a Novel Tool for the Monitoring and Assessment of Food Intake Barriers in Acute Care Hospital Patients. J Nutr Health Aging. 2017;21(9):962-70.

12. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11(1):8-13.

13. Asma A, Tuncer Ö. Risks of undernutrition and depression in hospitalized patients: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 8 de septiembre de 2023;102(36):e35133.

14. Chiarchiaro J, Olsen MK, Steinhauser KE, Tulsky JA. Admission to the intensive care unit and well-being in patients with advanced chronic illness. Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses. mayo de 2013;22(3):223-31.

15. Bell AF, Walton K, Chevis JS, Davies K, Manson C, Wypych A, et al. Accessing packaged food and beverages in hospital. Exploring experiences of patients and staff. Appetite. enero de 2013;60(1):231-8.

16.Bauer S, Hödl M, Eglseer D. Association between malnutrition risk and pain in older hospital patients. Scand J Caring Sci. septiembre de 2021;35(3):945-51.

17. Makhlouf AM, Kossovsky MP, Gurba F, Pautex S, Chikhi M, Pichard C, et al. Severity of pain is associated with insufficient energy coverage in hospitalised patients: A cross-sectional study. Clin Nutr Edinb Scotl. abril de 2019;38(2):753-8.

18. Ronsería-Rodríguez LC, Bejarano-Roncancio JJ, Medina-Parra J, Merchán-Chaverra RA, Cuéllar-Fernández YM. Herramientas para identificar consumo y desperdicio de la dieta hospitalaria. Revisión Sistemática. Rev Chil Nutr. abril de 2022;49(2):268-82.

19. De Azevedo RP, Machado FR. Constipation in critically ill patients: much more than we imagine. Rev Bras Ter Intensiva. 2013;25(2):73-4.

20. Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc. diciembre de 2015;28(6):546-57.

21. Stanga Z, Zurflüh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients' perceptions. Clin Nutr Edinb Scotl. junio de 2003;22(3):241-6.

22. Osman NS, Md Nor N, Md Sharif MS, Hamid SBA, Rahamat S. Hospital Food Service Strategies to Improve Food Intakes among Inpatients: A Systematic Review. Nutrients. 18 de octubre de 2021;13(10):3649.

23. Chen L, Huang Z, Lu J, Yang Y, Pan Y, Bao K, et al. Impact of the Malnutrition on Mortality in Elderly Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. Clin Interv Aging. 2021;16:1347-56.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables de caracterización

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	UNIDAD CATEGÓRICA	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN
Sexo	Femenino/Masculino	Dicotómica o binaria	
Edad	Años	Numérica discreta	Se consideraron los años cumplidos.
Tiempo de internación	Cantidad de días	Numérica Discreta	Se definió según los días de estadía intrahospitalaria del paciente considerando el día 1 al día del ingreso
Estado Nutricional	Bajo peso/ Normal/ Sobrepeso/Obesidad	Ordinal	Se definió según valores de IMC donde: <18,5 kg/m2 = bajo peso 18,5 a 24,9 kg/m2 = normal 25 a 29,9 kg/m2=sobrepeso >= 30 kg/m2 =obesidad
IMC	Kg/m2	Numérica continua	Se definió según la siguiente formula: Peso actual/Talla2

Valoración Global subjetiva	A=Bien nutrido B=Sospecha de desnutrición o Moderadamente desnutrido C=Severamente desnutrido	Ordinal	Se definió de la siguiente manera: A- bien nutrido = paciente que ha presentado pérdida de peso y de masa muscular, pero recibe una ingesta adecuada y se encuentra recuperando su peso. B- sospecha de desnutrición o desnutrición moderada paciente con pérdida moderadas de peso de patrón continuo, disminución persistente de su ingesta, incapacidad funcional progresiva y con una enfermedad de estrés moderado C- desnutrición severa independientemente de su proceso patológico = paciente con pérdida severa de peso, ingesta disminuida, incapacidad funcional progresiva y pérdida de masa muscular (12).
Diagnóstico	Social Clínico Quirúrgico	Nominal politómica	Se definió de la siguiente manera: Clínico: pacientes que se encuentran internados en sala médica por patologías agudas o crónicas. Quirúrgico: pacientes que se encuentran internados en sala de cirugía para ser operados o post cirugía. Social: Aquellos pacientes que ingresan al hospital por motivos que no son ni clínicos ni quirúrgicos.

Dieta indicada	Dieta general Dieta líquida Dieta blanda Dieta hepatoprotectora Dieta apta diabetes	Ordinal	Se definió la dieta indicada según: dieta general, dieta líquida, dieta blanda, dieta hiposódica, dieta hepatoprotectora, dieta apta diabetes

Anexo 2. Operacionalización de las variables en estudio

VARIABLES EN ESTUDIO	UNIDAD O CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	DEFINICIONES
Presencia de barreras en la ingesta	SI / NO	Dicotómica o Binaria	Se definió según interrogatorio realizado al paciente, considerándose presencia de barreras cuando éste manifieste al menos una barrera durante su internación.
Barreras relacionadas con el paciente	A veces Siempre Nunca	Politómica	Se definió según manifestación por parte del paciente de falta de motivación, sensación de depresión, angustia o preocupaciones por motivos económicos/laborales que influyan en su ingesta durante la internación.
Emocional			
Influencia de las visitas	SI / NO	Dicotómica o binaria	Se definió en los casos en los cuales la presencia de alguna visita haya influido negativamente en la ingesta del paciente en algún momento de su internación.
Dificultades para comer	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió según el reporte por parte del paciente sobre dificultades para abrir un paquete, para cortar la comida, para realizar el gesto de llevar la comida a la boca con los cubiertos, y para masticar o deglutir alimentos. .

Afectación de Fiebre Para comer	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió en los casos en los cuales la presencia de fiebre (temperatura mayor a 38°c) haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente y registros de signos vitales de enfermería
Afectación del Dolor Para comer	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió en los casos en los cuales la presencia de dolor de cualquier intensidad haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente
Síntomas gastrointestinales	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió en los casos en los cuales la presencia de vómitos, diarrea, constipación o distensión haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente
Cansancio al ingerir alimentos	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió en los casos en los cuales la presencia de cansancio al ingerir alimentos haya influido negativamente en la ingesta según lo reportado por el paciente
Percepción negativa de la calidad de la comida	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió según el reporte negativo del paciente sobre el sabor, la temperatura y el olor de las comidas

Barreras relacionadas con la institución			Se definió según las situaciones en las cuáles los médicos, enfermeros, u otros profesionales ingresan a la habitación del paciente con el objetivo de interrogar, evaluar o comunicar algo en el momento de la ingesta, llevando a que el paciente consuma menos cantidad o no consuma la ración administrada
Interrupciones por parte de los profesionales tratantes	SI/NO	Dicotómica o binaria	
Indicación de Ayunos	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió según las situaciones en las cuáles los pacientes permanezcan varias horas sin comer con el objetivo de realizarse estudios médicos, llevando a que el paciente no consuma la ración administrada.
Ausencia de asistencia en las comidas	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió según las situaciones en las cuáles los pacientes requieran de ayuda a la hora de comer y no cuenten con asistencia por parte del personal de salud, llevando a que el paciente consuma menos cantidad o no consuma la ración administrada.
Ausencia de indicación de la dieta por parte del médico	SI/NO	Dicotómica o binaria	Se definió según las situaciones en las cuáles los pacientes no reciban indicación de la dieta por parte del profesional médico, llevando a que el paciente consuma menos cantidad o no consuma la ración administrada

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada/o a participar en la investigación titulada "Barreras en la ingesta hospitalaria" llevada a cabo por la futura Licenciada en Nutrición en el Hospital Francisco Santojanni. El propósito de este estudio es describir las barreras alimentarias en los pacientes adultos internados. La encuesta es anónima, respetando la privacidad de sus datos personales, y le

tomará aproximadamente diez (10) minutos de su tiempo. Si decide participar, se le harán preguntas sobre las dificultades que ocurren durante su ingesta alimentaria.

Su identidad será completamente confidencial; su nombre será reemplazado por un número y los datos recopilados se utilizarán únicamente para el análisis y la interpretación del estudio. Su participación es completamente voluntaria, no recibirá remuneración monetaria y tampoco deberá contribuir económicamente para colaborar. Sin más, agradezco su participación y amabilidad.

Sandra Silvestro

Firma:

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario sociodemográfico y clínico
1- Sexo biológico:
2- Edad:
3- Peso:
4- Talla:
5- IMC:
6- Tiempo de internación:
7- Estado nutricional:
8- Diagnostico
9- Dieta indicada
10- Se adjuntará Valoración Global Subjetiva

Entrevista sobre barreras en la ingesta alimentaria
1. Durante esta internación, ¿alguna vez tuvo algún inconveniente al momento de comer que hizo que no pueda comer o que no terminara todo lo que se le envió para comer? SI-NO
2. ¿Sintió estrés, angustia o depresión en algún momento de esta internación que hizo que no comiera alguna comida o que comiera menos?
☐ Siempre
☐ A veces
☐ Nunca
☐ Ninguna

3. Durante esta internación, ¿alguna vez percibió alguna causa de tipo emocional por la cual no comió la comida?

o Falta de motivación a la hora de la comida
o Preocupación por motivos laborales
o Preocupación por motivos económicos

4. Durante esta internación, ¿alguna vez recibió la visita de alguna persona que hizo que usted no pueda comer o coma menor cantidad? SI - NO
5. Durante esta internación, ¿alguna vez necesitó ayuda para comer y, por no tenerla, usted no pudo comer o comió menor cantidad? SI - NO
6. Durante esta internación, ¿alguna vez tuvo alguna dificultad para masticar que hizo que no comiera o que comiera menos cantidad? SI - NO
7. Durante esta internación, ¿alguna vez tuvo dificultad para tragar los alimentos que hizo que no comiera o que comiera menos cantidad? SI - NO
8. Durante esta internación, ¿alguna vez presentó dificultades para llevar la comida a la boca con los cubiertos que hizo que no comiera o que comiera menos cantidad? SI-NO
9. Durante esta internación, ¿alguna vez tuvo alguna dificultad para abrir un paquete que hizo que no comiera o que comiera menos cantidad? SI NO
10. Posee usted todas las piezas dentarias? SI-NO En caso de respuesta negativa, durante esta internación, ¿le paso que por su dentadura no pudiera comer o comiera menos cantidad? SI-NO
11. Durante esta internación, ¿alguna vez presentó fiebre? SI-NO. En caso de respuesta afirmativa, ¿le pasó que por tener fiebre no pudiera comer o comiera menos cantidad? SI- NO
12. Durante esta internación, ¿alguna vez presentó algún dolor? SI-NO En caso afirmativo, ¿le pasó que por tener dolor no pudiera comer o comiera menos cantidad? SI- NO
13. Durante esta internación, ¿alguna vez presentó vómitos que hicieran que no comiera o que comiera menos cantidad? SI-NO

14. Durante esta internación, ¿alguna vez presentó diarrea que hiciera que no comiera o que comiera menos cantidad? SI-NO
15. Durante esta internación, ¿alguna vez presento constipación que hiciera que no comiera o que comiera menos cantidad? SI-NO
16. Durante esta internación, ¿alguna vez presentó cansancio al ingerir los alimentos? SI- NO. En caso afirmativo, ¿fue éste el motivo por el cual no realizó la ingesta? SI-NO
17. Durante esta internación, ¿hubo alguna característica de alguna de las comidas que haya hecho que usted no coma o que coma menos cantidad? Por ejemplo:

o No le gusto el sabor. SI-NO
o Le llego fría la comida. SI-NO
o No le gustó el olor. SI-NO
o Otro motivo. ¿Cuál?

18. Durante esta internación, ¿alguna vez tuvo interrupciones por parte de los médicos, enfermeros u otros profesionales al momento de la comida que le impidieran comer o hicieran que comiera menos cantidad? SI-NO
19. Durante esta internación, ¿alguna vez tuvo indicación de ayunos para realizarse estudios o cirugías que le impidieran comer alguna de las comidas? SI-NO
20. Durante esta internación, ¿alguna vez tuvo ausencia de indicación de la dieta por parte del médico y por eso no le dejaron alguna de las comidas? SI-NO