



Nutrición Hospitalaria

ISSN: 0212-1611

nutricion@grupoaran.com

Sociedad Española de Nutrición

Parenteral y Enteral

España

Benítez Brito, Néstor; Oliva García, José Gregorio; Delgado Brito, Irina; Pereyra-García
Castro, Francisca; Suárez Llanos, José Pablo; Leyva González, Francisco Gustavo;
Palacio Abizanda, José Enrique

Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital
de tercer nivel

Nutrición Hospitalaria, vol. 33, núm. 6, 2016, pp. 1361-1366

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309249472017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Nutrición Hospitalaria



Trabajo Original

Valoración nutricional

Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel

Assessment of the level of alimentary satisfaction received by patients in a tertiary hospital

Néstor Benítez Brito¹, José Gregorio Oliva García¹, Irina Delgado Brito¹, Francisca Pereyra-García Castro¹, José Pablo Suárez Llanos¹, Francisco Gustavo Leyva González² y José Enrique Palacio Abizanda¹

¹Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. ²Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Resumen

Introducción: la alimentación constituye el pilar fundamental del soporte nutricional de los pacientes hospitalizados. Evaluar el grado de aceptación de la dieta es imprescindible en aras de combatir la desnutrición hospitalaria.

Objetivos: a) determinar el grado de satisfacción de los pacientes en relación con las dietas; y b) analizar posibles variables asociadas a un grado de satisfacción mayor (apetito y tipo de dieta).

Material y métodos: estudio descriptivo de corte transversal. Se emplea una encuesta de 17 preguntas con datos sociodemográficos, datos cualitativos, así como la valoración general del paciente. Se comparó el grado de satisfacción global en función del apetito y el tipo de dieta (terapéutica vs. basal; con sal vs. sosa) (Test no paramétrico Kruskal-Wallis y T-Student para muestras independientes, respectivamente).

Resultados: mil cuatrocientos trece pacientes. Edad: $53,9 \pm 19$ años; 51,3% mujeres. Dieta terapéutica (34,9%). Solo el 39,4% tomó dieta con sal. El 66,8% refirió ingresos previos. La alimentación del hospital para un 43% de pacientes fue "como esperaba", mientras que para un 44,1% fue "mejor de lo que esperaba". El horario de comidas era adecuado (89,1%) y el tiempo para comer, suficiente (96,4%). En cuanto a las características de la comida servida, consideraron como buenas o muy buenas la misma el porcentaje reflejado: sabor/gusto (56,3%), olor (65,5%), cocinado (69,2%), presentación (80,4%), tamaño de ración (75,9%), calidad (73%), cantidad (77,9%), variedad (67,6%), temperatura (70,4%). La valoración global de la alimentación en una escala de 1 a 10 fue de $6,8 \pm 2,3$. El apetito se asoció a un aumento significativo de la satisfacción global alimentaria del paciente ($p < 0,01$). El tipo de dieta o la presencia de sal en la misma no se asociaron a un aumento significativo de la satisfacción con la dieta de los pacientes ($p = 0,99$ y $0,35$, respectivamente).

Conclusiones: aunque el grado de satisfacción de la dieta de nuestro hospital es aceptable, es preciso introducir mejoras que aumenten su aceptación. El apetito se asocia a un aumento significativo de la satisfacción global alimentaria. La presencia de sal y el tipo de dieta (basal versus terapéutica) no se relacionan con una mejoría significativa de la valoración global de la dieta.

Abstract

Introduction: Food is a key element of nutritional support of hospitalized patients. To assess the level of food acceptance is essential to fight hospitalary malnutrition.

Aims: a) To determine the level of satisfaction of patients to our diets; and b) to analyse variables associated with a higher level of satisfaction (appetite and type of diet).

Material and methods: Cross-sectional descriptive study. A survey was used, including socio-demographic data, qualitative data as well as the overall assessment of the patient. The global level of satisfaction was compared depending on the appetite and on the type of diet (therapeutic versus basal; with salt versus unsalted) (non-parametric Kruskal-Wallis test and T-students for independent samples, respectively).

Results: One thousand four hundred and thirteen patients. Age: 53.9 ± 19 year old; 51.3% women. Therapeutic diet (34.9%). Only 39.4% took a salted diet. The 66.8% confirmed previous admissions. Food hospital for 43% of patients was "as expected", while for 44.1% "better than it was expected". Meal times were adequate for 89.1% and the time for eating enough in 96.4%. About the food served, the percentage of patients who considered as good or very good: taste (56.3%), smell (65.5%), cooked (69.2%), variety (67.6%), temperature (70.4%). The global assessment of food on scale 1 to 10 was 6.8 ± 2.3 . The appetite was associated with a significant increase in global food patient satisfaction ($p < 0.01$). The type of diet or the presence of salt were not related to a relevant increase of satisfaction with the patient's diet ($p = 0.99$ and 0.35 , respectively).

Conclusions: Although the level of satisfaction of our hospital diet is reasonable, we should introduce improvements which enhance its acceptance. Appetite is associated with a significant increase in global food satisfaction. The presence of salt or the type of diet (basal versus therapeutic) is not related to an outstanding improvement of the overall assessment of the diet.

Palabras clave:

Satisfacción alimentaria.
Valoración nutricional.
Desnutrición.
Hospitalización.
Control de ingesta.

Key words:

Alimentary satisfaction.
Nutrition assessment.
Malnutrition.
Hospitalization.
Control of food intake.

Recibido: 14/05/2016
Aceptado: 21/06/2016

Benítez Brito N, Oliva García JG, Delgado Brito I, Pereyra-García Castro F, Suárez Llanos JP, Leyva González FG, Palacio Abizanda JE. Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel. Nutr Hosp 2016;33:1361-1366

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.796>

Correspondencia:

Néstor Benítez Brito. Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Ctra. del Rosario, 145. 38010 Santa Cruz de Tenerife
e-mail: nestorgi@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el año 2003 el Consejo de Ministros de Europa aprobó una serie de medidas encaminadas a estudiar y trabajar en los ámbitos de alimentación y atención nutricional en los hospitales (1). Las elevadas cifras de desnutrición hospitalaria (DH) han podido ser la premisa que ha llevado a Europa a promulgar estas y otras medidas (2-4).

La DH contribuye de manera notable al aumento y número de complicaciones de la propia enfermedad, debilita la respuesta al tratamiento e incrementa la mortalidad (5). El aumento de la estancia hospitalaria, así como al tratamiento adicional de las complicaciones genera a su vez un coste económico superior en estos pacientes (5-8).

En general, la atención que han venido recibiendo los pacientes hospitalizados en materia de nutrición es notable. La alimentación constituye uno de los pilares fundamentales del soporte nutricional en los pacientes hospitalizados dado que aproximadamente el 85-90% de los pacientes ingresados tienen indicada la vía oral (9).

Entre las recomendaciones establecidas para el abordaje de la DH en España se encuentra la premisa de evaluar la ingesta alimentaria, así como las posibles causas en las que esta no fuese adecuada (9). Ahora bien, además de evaluar las ingestas que llevan a cabo los pacientes, donde se encuentran cifras que describen que entorno al 50-80% de los pacientes no termina la comida que se les sirve en el hospital (10-12), es fundamental centrarse en otros aspectos como puede ser la propia satisfacción. Un dato relevante es que la calidad de la alimentación que se ofrece en los hospitales frecuentemente no se ajusta a los estándares que se podrían considerar como deseables (13).

En este sentido, las encuestas de satisfacción de los pacientes hospitalizados son un elemento fundamental que propicia una realidad que es descrita por los enfermos. Aportan información relevante y ofrecen una medida de resultados en salud. A término hospitalario, ofrecen indicadores de la calidad percibida por los pacientes o incluso, se puede ver reflejada la propia calidad de los servicios recibidos (14,15). Hay descritos en la literatura diferentes factores que pueden influir en la percepción que tienen los pacientes sobre la alimentación recibida como pueden ser la temperatura, el sabor, la variedad, la cantidad o incluso, los horarios (16-19). Un aumento en la satisfacción relacionada con su alimentación puede contribuir a una mayor ingesta por parte del paciente y por tanto, ayudar en la mejora del estado nutricional (20,21).

El Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) lleva trabajando varios años para combatir la DH mediante el método de cribado nutricional CIPA (Control de Ingestas, Proteínas y Antropometría) (22-24). Sin embargo, hasta ahora no se había analizado la satisfacción alimentaria que tenían los pacientes en relación con las dietas del hospital, de manera que se pudieran identificar, incluso, posibles variables asociadas a un grado de satisfacción mayor que permitan seguir luchando contra la desnutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectúa un estudio descriptivo de corte transversal con pacientes analizados retrospectivamente en el periodo 2011-2015. Se incluye en el estudio a todo paciente que se encuentre en una planta de hospitalización y que tolere la vía oral (debe tener una prescripción dietética superior a 1000 kilocalorías (kcal) y haber recibido un menú diario completo). Se excluyen del estudio las plantas de psiquiatría, pediatría, urgencias, así como pacientes críticos. Además, se excluyen pacientes que necesiten colaboración para la realización de la encuesta y aquéllas que se encuentren incompletas.

Para la realización del estudio se emplea un cuestionario facilitado desde la Unidad de Calidad que se realiza protocolariamente en el mes de marzo durante los periodos citados anteriormente (una vez por año). Se trata de una encuesta anónima que entrega el personal responsable de enfermería de cada planta de hospitalización. Las hojas de relleno constan de 17 preguntas e incluyen datos sociodemográficos, así como datos cualitativos. Las respuestas poseen cuatro o cinco opciones, excepto las preguntas categóricas (sí/no). En la tabla I se recogen los apartados que incluye la encuesta en relación a los aspectos nutricionales y organolépticos de la comida servida.

El personal de enfermería de cada planta de hospitalización es el encargado de facilitar las encuestas al paciente hospitalizado. Para la correcta realización de la misma deben cerciorarse de que el paciente tiene prescrita una dieta superior a 1.000 kcal, determinar si el paciente recibe una dieta basal o terapéutica, además de comprobar que este disponga de autonomía para completar el formulario. Las encuestas son entregadas por este personal a primera hora de la mañana. Más tarde se procede a su recogida en el mismo día de realización. Posteriormente, los datos son enviados a la Unidad de Calidad para finalmente ser reportados a la Sección de Nutrición Clínica y Dietética del centro.

Mencionar que el HUNSC es un centro que cuenta con un servicio de alimentación propio, compuesto por una cocina centralizada de línea caliente. La rotación de menús que se ofrece es quincenal y no existe posibilidad en elección de menú. Las comidas que se realizan son cuatro (desayuno, comida, merienda y cena) y se distribuyen a partir de la cinta de emplatado mediante carros y bandejas (ambos isotérmicos). La supervisión de la cinta es responsabilidad de un técnico superior en dietética de la sección de Nutrición.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analiza la satisfacción global de la alimentación hospitalaria y las características de la comida servida. Se compara el grado de satisfacción global en función del apetito y del tipo de dieta (terapéutica vs. basal; con sal vs. sosa). Se efectúa análisis descriptivo de las variables descritas anteriormente. Los resultados para las variables de escala se expresan como media \pm desviación estándar, y para las categóricas con frecuencias absolutas y relativas (%). Posteriormente, se estudió la satisfacción global de la alimentación hospitalaria en función del apetito mediante el test

Tabla I. Apartados que incluye la encuesta sobre aspectos nutricionales y organolépticos de la comida servida en el hospital

<p>Seleccione a continuación qué tipo de alimentación sigue en el momento actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dieta basal con sal – Dieta basal sin sal – Dieta terapéutica con sal – Dieta terapéutica sin sal <p>Responda a las siguientes cuestiones acerca de su alimentación mediante los siguientes criterios: <i>muy malo/malo/regular/bueno/muy bueno</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Cómo considera su apetito actual? – ¿Cómo considera el sabor/gusto de la comida? – ¿Cómo considera el olor de la comida? – ¿El cocinado de los alimentos le parece acertado? – ¿La temperatura a la que le sirven la comida es adecuada? – ¿Cómo considera la presentación de la comida en la bandeja? – ¿Le parece adecuado la ración que sirven en cada plato? <p>Responda a las siguientes cuestiones mediante estos criterios: <i>mal/regular/bien/muy bueno</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿La calidad de los alimentos le parece adecuada? – ¿La cantidad de alimento servido cómo la considera? – ¿La variedad de la comida le parece acertada? <p>Siguiendo el criterio <i>SI/NO</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿El horario de la comida lo considera adecuado? – ¿Cuenta con tiempo suficiente para comer? <p>Responda a la siguiente cuestión siguiendo el siguiente criterio: <i>mucho peor de lo que esperaba/peor de lo que esperaba/como lo esperaba/mejor de lo que esperaba/mucho mejor de lo que esperaba</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Usted cómo diría que es la alimentación del hospital? <p>Responda a la siguiente cuestión con una nota numérica sobre una escala de 0 a 10 (<i>el valor 0 simbolizada la peor nota y el valor 10 la mejor nota</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Cómo considera usted que es la comida que recibe en este hospital?

no paramétrico Kruskal-Wallis para muestras independientes y el tipo de dieta utilizando el test paramétrico T-Student para muestras independientes. El análisis estadístico se efectuó utilizando el programa SPSS 19.0 (versión en español).

RESULTADOS

Se recogieron los formularios de 1413 pacientes en el periodo citado. La edad media de la muestra fue de $53,9 \pm 19$ años. La distribución por sexos fue similar teniendo en cuenta que un 51,3% eran mujeres y el 48,7% eran hombres. El nivel de estudios general de los encuestados era un nivel medio-básico (68,4%). El 66,8% refirió ingresos previos.

Un 65,1% de los pacientes recibieron dieta basal, mientras que el 34,9% restante recibieron dieta terapéutica. Del total de pacientes analizados solo el 39,4% tomó dieta con sal. El apetito de los pacientes en dicho momento fue: muy bueno (16,5%), bueno (48,1%), regular (26,6%), malo (6,3%), muy malo (2,5%).

Atendiendo a las preguntas de satisfacción en cuestión, para el 43% de la muestra la alimentación del hospital fue "como esperaba", mientras que para un 44,1% "mejor de lo que esperaba". Desde el punto de vista de los horarios, un 89,1% refleja que el horario de comida era adecuado y que el tiempo para comer era suficiente (96,4%).

En cuanto a las características de la comida servida, el porcentaje de pacientes que consideraron como buenas o muy buenas las mismas es el que figura entre paréntesis: sabor/gusto (56,3%), olor (65,5%), cocinado (69,2%), presentación (80,4%), tamaño de ración (75,9%), calidad (73%), cantidad (77,9%), variedad (67,6%), temperatura (70,4%).

La valoración global de la alimentación en una escala de 1 a 10 fue de $6,8 \pm 2,3$. El apetito se asoció a un aumento significativo de la satisfacción global alimentaria del paciente ($p < 0,01$) (Fig. 1). El tipo de dieta y la presencia de sal en la misma no se asociaron a un aumento significativo de la satisfacción con la dieta de los pacientes ($p = 0,99$ y $0,35$, respectivamente).

DISCUSIÓN

En este trabajo se presenta la percepción global que poseen los pacientes hospitalizados de nuestro medio con respecto a la alimentación que han recibido a lo largo de los últimos años. Cabe mencionar que nuestro centro es un hospital público de tercer nivel, con cocina tradicional centralizada, y que los códigos de dietas no han sufrido ninguna modificación durante el periodo analizado.

La puntuación obtenida en relación a la satisfacción global de los pacientes, medida a través de una escala de 0 a 10, ha ofrecido un resultado de 6,8, lo que supone un dato que se encuentra en consonancia con otros estudios, pero con la singularidad de

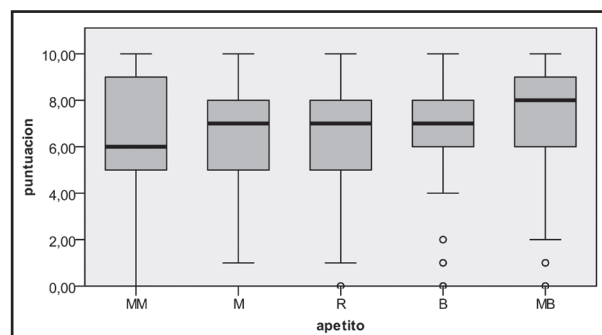


Figura 1.

Satisfacción global de la alimentación hospitalaria en función del apetito del paciente. Eje Y: puntuación (escala 0 a 10); eje X: apetito del paciente (MM: muy malo; M: malo; R: regular; B: bueno; MB: muy bueno).

que cada estudio presenta encuestas diferentes, en mayor medida no validadas (4,25-27). Sin embargo, teniendo en cuenta que la DH afecta entre el 25-50% de los pacientes que ingresan en un centro hospitalario, parece acertado reflejar que la percepción de la alimentación en nuestro hospital debería ser más elevada (2-4).

La mayoría de los trabajos que analizan la satisfacción alimentaria de los pacientes hospitalizados reflejan que los valores con mayor influencia en la satisfacción de los alimentos son: la temperatura, el horario, el tamaño de las porciones, así como la calidad y la preparación (20,27,28).

Nuestro trabajo aporta datos que, aunque parezcan coherentes, deben ser analizados críticamente. Un 65,1% de los pacientes estudiados presentaba una dieta basal, mientras que un 34,9% recibió dieta terapéutica. A priori, este dato resulta llamativo, no solo porque la prescripción de la dieta basal es frecuentemente inferior a la prescripción de dietas terapéuticas (en la práctica clínica habitual), sino también porque los datos analizados en otros estudios por nuestro grupo (en el mismo centro) arrojan unas cifras de prescripción de dieta basal entorno a un 30% (29,30). Además, que un 65,1% de los pacientes recibieran dieta basal podría influir en los resultados de satisfacción alimentaria, ya que por norma general las dietas terapéuticas suelen llevar ciertas limitaciones dietéticas que puedan condicionar una satisfacción inferior. No obstante, el tipo de dieta o la presencia de sal en la misma no se asoció en nuestro estudio a un aumento significativo de la satisfacción con la dieta de los pacientes. En este sentido, otras investigaciones no observan relaciones estadísticamente significativas con la satisfacción alimentaria entre las diferentes dietas hospitalarias (17,31,32). Por otro lado, un 66,8% de los pacientes refirieron ingresos previos en el centro, cuestión que plantea a favor del estudio que poseen experiencia en cuanto a la alimentación percibida. Del total de la muestra analizada, un 43% de los pacientes detallan que la alimentación del hospital la consideraban como esperaban, mientras que para un 44,1% de los pacientes era mejor de lo que esperaba.

En cuanto a los datos de temperatura, el porcentaje de pacientes que consideraron como buenas o muy buenas las mismas fue un 70,4%. Nuestros datos son similares a los encontrados por González Molero y cols. (18), donde observan que la temperatura de la comida fue clasificada como buena por el 62% de los pacientes. En la misma línea se observa el trabajo realizado por Fernández Martínez y cols. (26), donde además de reflejar unos valores similares a los nuestros, observan que la temperatura se identifica como predictor de la satisfacción con la alimentación (19,28,31).

En relación a los datos de presentación, tamaño de la ración, y calidad del producto, se han obtenido cifras superiores al 70%. Teniendo en cuenta que el tamaño de la ración y la calidad del producto se consideran factores relevantes que propician el desperdicio alimentario (33), nuestras cifras deben aún mejorarse.

Otro de los aspectos más valorados son el apetito y el aroma. Nuestro estudio valora el aroma mediante el sabor, el gusto y olor, pero desgraciadamente estos datos son muy desalentadores ya que apenas suponen un porcentaje de satisfacción superior al 55%. En este sentido, Cash y cols. (34) encontraron que los dos

factores que afectaban principalmente a la cantidad ingerida por el paciente fueron el apetito y el aroma de la comida.

La incorporación a las diferentes encuestas de un apartado que refleje el apetito del paciente es primordial a la hora de analizar la satisfacción alimentaria. Así, también lo recogen Stanga y cols. (35), quienes afirman que el 50% de los pacientes analizados reconocían presentar menor apetito en el hospital que en casa. Además, los pacientes que presentan un peor pronóstico clínico son los que habitualmente presentan una disminución del apetito mayor (33,35). Los resultados de Fernández Martínez cols. (26) reflejan a su vez que más de la mitad de los enfermos ingresados comen menos del 50% del contenido de las bandejas durante su estancia hospitalaria, siendo la causa más frecuente la disminución del apetito. Cash y cols. (34) y Stanga y cols. (35) también destacan valores similares entre sus estudios. En la misma línea parece que se encuentran nuestros datos, ya que hay una asociación significativa entre un mayor apetito y una mayor satisfacción. Normalmente, la alimentación se entiende en la mayoría de los hospitales como un proceso y no como un tratamiento más que repercute en la salud del paciente, en este caso un tratamiento dietético-nutricional. Este hecho radica en la importancia de tener en cuenta la situación del paciente hospitalizado en vistas de adecuar la alimentación hospitalaria en su justa medida.

En general, la mayoría de los trabajos de investigación sobre DH se centran, además de en su diagnóstico, en corroborar que la intervención nutricional puede mejorar la evolución clínica del paciente desnutrido (3-8). No obstante, la práctica totalidad de los pacientes hospitalizados que presentan DH depende de la comida que se sirve en el hospital para cubrir sus requerimientos nutricionales.

Las cifras de desperdicio alimentario, definido este como la cantidad de alimento que se desecha en el hospital por paciente, son muy elevadas. En torno al 30-40% de alimento es desperdiciado en cada plato por el paciente, lo que supone aproximadamente una reducción en la ingesta diaria sobre el 27% en cuanto al contenido energético, y un 28% en cuanto a la proteína servida (11,33,36). Estas cifras deberían poner de manifiesto la importancia de realizar más estudios que se orienten al aspecto dietético del paciente hospitalizado.

Uno de los trabajos más relevantes se llevó a cabo en 2012 en 150 hospitales (11). Los resultados destacaron que el 38% de la comida que se servía desde los servicios de alimentación era desperdiciada. Además, los datos más relevantes son los que aportan que un 61% de los pacientes no alcanzaron el 90% de sus requerimientos energéticos y un 75% de los pacientes no lograba cubrir el 90% de sus necesidades proteicas. Estos datos reflejan la necesidad actual de mejorar todos los aspectos relacionados con la alimentación de los pacientes hospitalizados.

Nuestro estudio, y por tanto nuestra encuesta, presenta ciertas limitaciones que deben ser detalladas. En primer lugar, el número de prescripciones de dietas basales es desproporcionado, no solo con lo que se encuentra descrito en la literatura, sino también con los datos obtenidos en otros estudios en este centro (29,30). Quizás, la notable diferencia entre dietas basales y terapéuticas se deba a que los pacientes con dieta terapéutica prescrita, debido a

su situación basal en el momento de la encuesta, presentarán una negativa hacia la realización de la misma, ya que no se entendería un posible desconocimiento por parte de enfermería entre dieta basal vs dieta terapéutica. En segundo lugar, se carece de la tasa de respuesta obtenida con la encuesta, cuestión que no permite indagar aún más en los datos relacionados con la satisfacción, siendo esta información vital para un minucioso análisis de la misma. Por último, citar que se trata de una encuesta no validada que, aunque sea aceptada por la dirección del centro, no contempla factores que se consideran fundamentales a la hora de analizar la satisfacción. La estancia media del paciente es un ítem que se considera primordial ya que puede influir en la satisfacción global con la alimentación, existiendo una correlación positiva entre la duración de la estancia hospitalaria y la insatisfacción alimentaria de los pacientes ingresados (11,35,37). Teniendo en cuenta que una satisfacción alimentaria elevada se traduciría en un mejor estado nutricional de nuestros pacientes, además de que esto generaría a su vez un ahorro de costes económicos atribuibles a la disminución de la estancia media y los reingresos hospitalarios (25,38), nuestro grupo plantea en la tabla II unos criterios mínimos que deberían constar en las encuestas de satisfacción alimentaria a término hospitalario.

En este mismo sentido, se cuenta con escasa bibliografía sobre encuestas o formularios validados para analizar la satisfacción alimentaria del paciente hospitalizado, aunque si es cierto que son varias las publicaciones que se centran en estos aspectos en vistas de mejorar la calidad y prestación que ofrecen los servicios de alimentación hospitalario (27).

Finalmente, teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio, se podría considerar que la satisfacción global que poseen los pacientes en nuestro hospital es aceptable. No obstante, los formularios que se presentan son ajenos a la Sección de Nutrición Clínica y Dietética, por lo que son varios los cambios que propone la Sección a mejorar. Es fundamental la realización y supervisión de los códigos de dietas hospitalarios por personal cualificado (dietistas y nutricionistas), ya que actualmente se necesitan llevar a cabo innumerables actualizaciones en dichos códigos hospitalarios. A pesar de las evidencias y modificaciones que se deberían haber realizado en los servicios de dietética y alimentación, hoy en día se sigue trabajando con las mismas dietas que hace años. Nuestro centro en particular presenta un código de dietas muy amplio (30 dietas) que desarrolla a su vez numerosas variantes a la hora de realizar la prescripción. Este punto es fundamental que se modifique en vistas de realizar una adecuada prescripción dietética y evitar así la DH.

Tabla II. Criterios mínimos propuestos que debe contener una encuesta de satisfacción alimentaria a nivel hospitalario

Variables sociodemográficas:
– Fecha nacimiento
– Sexo
– Residencia
– Nivel sociocultural
– Fecha de ingreso
– Fecha de realización de encuesta
– Servicio (médico/quirúrgico)
Tipo de dieta:
– Basal
– Terapéutica
– Consistencia modificada
Características del paciente:
– Apetito
– Capacidad de percibir cualidades organolépticas (sabor/gusto/olor/textura)
– Tiempo necesario para alimentarse
– Conciencia (alerta, confusión, somnolencia)
– Ingesta (normal, reducida)
– Deambulación (libre, reducida, totalmente encamado)
– Ingreso (debutante, ingresos previos en el centro)
– Dolor/estrés
Características de la alimentación:
– Cantidad de productos ofrecidos y tamaño de las raciones
– Variabilidad de menús y comidas
– Calidad nutricional
– Adecuación de técnicas culinarias
– Temperatura de los menús
– Presentación de platos
– Horario de las principales comidas
Información genérica:
– Valoración (numérica, categórica, visual) de la alimentación percibida en general
<i>Datos a tener en cuenta a la hora del estudio:</i> tipo de centro (público, privado, concertado), ubicación geográfica, estancia media del centro, tipo de cocina (propia, externalizada, mixta), método de elaboración (línea fría, línea caliente), ingestas ofrecidas, tasa de respuesta, entre otras

BIBLIOGRAFÍA

1. Council of Europe - Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003) on food and nutritional care in hospitals; 2003.
2. Edington J, Boorman J, Durrant ER, Perkins A, Giffin CV, James R, et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. Clin Nutr 2000;19:191-5.
3. Alvarez-Hernandez, J, Planas Vila M, Leon-Sanz M, Garcia de Lorenzo A, Celaya-Perez S, Garcia-Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. Nutr Hosp 2012;27:1049-59.
4. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krahenbuhl L, Meier R, et al. EuroOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr 2008;27:340-9.
5. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr 2003;22:235-9.
6. Perez de la Cruz A, Lobo Támer G, Orduña Espinosa R, Mellado Pastor C, Aguayo de Hoyos E, Ruiz López MD. Malnutrition in hospitalized patients: prevalence and economic impact. Med Clin (Barc) 2004;10:201-6.
7. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Oxon, UK. CABI Publishing; 2003. p. 3.
8. Reilly Jr JJ, Hull SF, Albert N, Walker A, Bringardener S. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. JPEN 1988;12:371-6.

9. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp* 2011;26(4):701-10.
10. Calleja Fernández A, Vidal Casariego A, Cano Rodríguez A, Ballesteros Pomar MD. Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica. *Nutr Hosp* 2016;33(2):324-9.
11. Van der Schueren MAE, Roosemalen MM, Weijs PJM, Langius JAE. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutr Clin Pract* 2012;27:274.
12. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients: The Nutrition Day survey 2006. *Clin Nutr* 2009;28:484-91.
13. Iff S, Leuenberger M, Rösch S, Knecht G, Tanner B, Stanga Z. Meeting the nutritional requirements of hospitalized patients: an interdisciplinary approach to hospital catering. *Clin Nutr* 2008;27:800-5.
14. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Suppl 3):26-33.
15. Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital* 2006;224:90-6.
16. Aase S. Hospital foodservice and patient experience: what's new? *J Am Diet Assoc* 2011;111:1118-23.
17. Tranter MA, Gregoire MB, Fullam FA, Lafferty LJ. Can patient-written comments help explain patient satisfaction with food quality? *J Am Diet Assoc* 2009;109:2068-72.
18. González Molero I, Oliveira Fuster G, Liébana MI, Oliva L, Laínez López M, Muñoz Aguilar A. Influencia de la temperatura en la ingesta de pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp* 2008;23:54-9.
19. Wright OR, Connelly LB, Capra S. Consumer evaluation of hospital foodservice quality: an empirical investigation. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006;19(2-3):181-94.
20. Donini LM, Castellana E, De-Guglielmi S, De Felice MR, Savina C, Coletti C, et al. Improvement in the quality of the catering service of a rehabilitation hospital. *Clin Nutr* 2008;17:105-14.
21. Edwards JSA, Edwards A, Salmon JA. Food service management in hospitals. *IJCHM* 2000;12(4):262-6.
22. Oliva García JG, Pereyra-García Castro F, Benítez Brito N, Herrera Rodríguez EM, Suárez Llanos JP, García Bray BF, et al. Validation of a method of dispensing nutritional supplements in a tertiary hospital. *Nutr Hosp* 2013;28:1286-90.
23. Suárez Llanos JP, Benítez Brito N, Oliva García JG, Pereyra-García Castro F, Lopez Frias MA, García Hernández A, et al. Introducing a mixed nutritional screening tool (CIPA) in a tertiary hospital. *Nutr Hosp* 2014;29:1149-53.
24. Benítez Brito N, Mora Mendoza A, Suárez Llanos JP, Delgado Brito I, Pérez Méndez LI, Herrera Rodríguez EM, et al. Concordance in the results of control intake performance of 72h by different health professionals in a tertiary hospital. *Nutr Hosp* 2015;32(6):2895-9.
25. Walton K, Williams P, Tapsell L, Hoyle M, Wei Shen Z, Gladman L, et al. Observations of mealtimes in hospital aged care rehabilitation wards. *Appetite* 2013;67:16-21.
26. Fernández-Martínez B, Alguacil-Pau AI, Crespo-Sevilla R, García Vega A. Predictores de la satisfacción de los pacientes con la alimentación de un hospital público de Madrid. *Rev de calidad Asistencial* 2013;28(3):155-62.
27. Dall'Oglio I, Nicolò R, Di Ciommo V, Bianchi N, Cilento G, Gawronski O, et al. A systematic review of Hospital Foodservice patient satisfaction studies. *J Acad Nutr Diet* 2015;115:567-84.
28. Edwards JSA, Edwards A, Salmon JA. Food service management in hospitals. *IJCHM* 2000;12(4):262-6.
29. Pereyra-García Castro F, Benítez Brito N, Herrera Rodríguez EM, Niebla Hernández BN, Tejera Concepción A. Código de dietas hospitalarias y su relación con la desnutrición en un hospital de tercer nivel. P25. Congreso SENPE 2013. *Nutr Hosp* 2011;28(Supl. 3):25.
30. Benítez Brito N, Pereyra-García Castro F, Delgado Brito IM, Arbelaiz Elorriaga MB, Oliva Delgado E, Niebla Hernández BN, et al. Análisis de la prescripción dietética en un hospital de tercer nivel. P194. Congreso SENPE 2016. *Nutr Hosp* 2016;33(Supl.2):194.
31. O'hara PA, Harper DW, Kangas M, Dubeau J, Borsutzky C, Lemire N. Taste, temperature, and presentation predict satisfaction with foodservices in a Canadian continuing-care hospital. *J Am Diet Assoc* 1997;97:401-5.
32. Sahin B, Demir C, Celik Y, Teke AK. Factors affecting satisfaction level with the food services in a military hospital. *J Med Syst* 2006;30:381-7.
33. Williams P, Walton K. Plate waste in hospitals and strategies for change. *E Spen Eur E J Clin Nutr Metab* 2011;6:e235-e241.
34. Cash EM, Khan MA. An assessment of factors affecting consumption of entree items by hospital patients. *Journal of the American Dietetic Association* 1985;85(3):350-2.
35. Stanga A, Zurlüh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clin Nutr* 2003;23(3):241-6.
36. Barton AD, Beigg CL, MacDonalds IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clin Nutr* 2000;19(6):445-9.
37. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27:5-15.
38. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: A 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr* 2011;30:289-96.