

# ACEPTABILIDAD DE LA ALIMENTACIÓN PROVEÍDA A PACIENTES ADULTOS INTERNADOS

Natalia Desirée Dávalos-Vargas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Estudios de Postgrado, Universidad del Norte, Paraguay

## RESUMEN

**Antecedentes:** La alimentación en el hospital constituye un pilar fundamental en el tratamiento y recuperación del paciente. Se estima que alrededor del 40% de los alimentos servidos en el hospital son desechados. En Paraguay no encontramos publicaciones científicas donde se haga seguimiento a la ingesta y satisfacción de los pacientes en cuanto al servicio de alimentación. **Objetivos:** El objetivo de esta investigación fue evaluar la aceptabilidad de la alimentación proveída a los pacientes internados de un hospital de referencia. **Metodología:** El diseño del estudio fue observacional, descriptivo, de corte transversal. Los datos fueron obtenidos de las fichas de pacientes internados y encuestas de aceptabilidad de comidas realizadas a 153 pacientes internados en sala de clínica médica del Instituto de Previsión Social, de la ciudad de Luque, durante los meses de abril a julio del 2019. Se evaluó además la aceptabilidad de comidas por medio de los excedentes en los platos. **Resultados:** La mitad de los pacientes dejó algún excedente en el plato. La cuarta parte de éstos refirió el desagrado por los productos integrales. Según la encuesta aplicada, 75% de los pacientes estuvo

conforme con la cantidad, 52% con el sabor, 59% con la variedad y más del 80% con la temperatura y el horario de las comidas. **Conclusiones:** La aceptabilidad de los menús ofrecidos por el hospital es regular. La mayor parte de los pacientes se mostraron satisfechos con la cantidad, variedad y temperatura de los alimentos, así como con el horario de servicio de las comidas.

**Palabras claves:** alimentación hospitalaria, satisfacción del paciente, residuos de alimentos.

## ABSTRACT

**Background:** Feeding in the hospital constitutes a fundamental pillar in the treatment and recovery of the patient. It is estimated that around 40% of the food delivered to patients in the hospital is discarded. In Paraguay, we have not found published scientific research to monitor the intake and satisfaction of patients in terms of food service. **Aims:** The objective of this research was to evaluate the acceptability of the meal provided to hospitalized patients. **Methodology:** A cross-sectional study was performed. The data was obtained from the hospitalized patient files and meal acceptability surveys carried out on 153 patients hospitalized in the medical clinic room of the Social Welfare Institute, in the city of Luque, during the months of April to July 2019. The acceptability of meals through the food surpluses on the plates was also evaluated. **Results:** Half of the patients left some surplus on the plate. A quarter of these reported dislike for whole grains. According to the applied survey, 75% of the patients were satisfied with the quantity, 52% with the flavor, 59% with the variety and more than 80% with the temperature and the schedule of the meals. **Conclusions:** The acceptability of the menus offered by the hospital is regular. Most of the patients were satisfied with the quantity, variety and temperature of the food, as well as with the meal service hours.

**Keywords:** hospital feeding, patient satisfaction, food waste.

# INTRODUCCIÓN

Los menús que forman parte del manual de dietas de un hospital deben garantizar un aporte adecuado de calorías y nutrientes, satisfacer expectativas en cuanto a sabor, olor, temperatura, cantidad, calidad, además de ajustarse a las condiciones o patologías que presente cada uno los pacientes (Calleja Fernández et al., 2016).

Se estima que alrededor del 40% de los alimentos entregados a los pacientes en el hospital son desechados (Salvador-Monferrer et al., 2014). Este hecho repercute de manera negativa en el tratamiento y en la recuperación de éstos, al no estar ingiriendo de esta manera la totalidad de los requerimientos de energía, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales diarios. Así también, constituye una pérdida de los recursos del hospital.

Existen numerosos modelos de gestión de calidad como el ISO (*International Organization for standardization*) y el EFQM (*European Foundation for Quality Management*) que miden la calidad de los servicios según sus normativas (Cruz-Vargas et al., 2016). Sin embargo, hay autores que defienden la idea de que el mismo consumidor es quien debe evaluar los servicios según su experiencia. (Williamson, 1973) En numerosos estudios se realizan encuestas a los pacientes con el fin de conocer la percepción de los mismos sobre el servicio de alimentación, a modo de introducir mejoras.

En Paraguay no encontramos publicaciones científicas donde se haga seguimiento a la ingesta y satisfacción de los pacientes en cuanto al servicio de alimentación del hospital. De ahí, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la aceptabilidad de la alimentación proveída a los pacientes hospitalizados? Poner a consideración el grado aceptación y consumo de los almuerzos y cenas proveídos por el hospital y conocer los motivos de rechazo, permitiría implementar modificaciones en las comidas ofrecidas, disminuir los residuos de alimentos y aprovechar mejor los recursos del hospital.

El objetivo general de este estudio fue el de evaluar la aceptabilidad de la alimentación proveída a los pacientes internados de un hospital de referencia. Los objetivos específicos fueron el determinar la aceptabilidad de las comidas ofrecidas en el hospital según los residuos de alimentos en los platos, el registrar los principales motivos de rechazo de las comidas en pacientes que dejan excedentes de alimentos en los platos, y evaluar los factores que determinan la aceptabilidad de las comidas ofrecidas a través del interrogatorio.

## ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA

Antiguamente, las instituciones de salud eran consideradas como asilos, centros de beneficencia o caridad a cargo de religiosas o personal sin conocimiento técnico. En ellas se acogía a los enfermos, se los alimentaba de acuerdo con la disponibilidad de recursos, insumos, y a la digestibilidad de éstos (Roncancio et al., 2016). La dietética, como profesión, surge a raíz del descubrimiento de sustancias indispensables para la vida (macronutrientes y micronutrientes). La falta o aporte insuficiente de las mismas ocasionaba enfermedades de manifestaciones clínicas conocidas, pero etiología desconocida (Roncancio et al., 2016).

Actualmente, la alimentación hospitalaria es un pilar fundamental dentro de la recuperación del paciente. El objetivo es elaborar dietas terapéuticas aptas para cada paciente según patología, edad, estado fisiológico y metabólico, alergias alimentarias y preferencias. Con ello se asegura el correcto aprovechamiento de los menús proveídos por el servicio de alimentación (Roncancio et al., 2016).

## Modelos de restauración colectiva

Existen dos modelos de restauración colectiva (Diego Blanco & Diego Blanco, 2018): 1) producción centralizada, comida transportada: las comidas son elaboradas en una cocina central o unidad centralizada de producción, luego distribuidas (vía delivery) a centros satélite o centro destino; 2) producción in situ: como su nombre indica, los alimentos son elaborados en la cocina del edificio donde se alberga el colectivo.

## Manual de dietas hospitalarias

Es el conjunto de dietas disponibles en un centro hospitalario. El manual debe tener en cuenta los siguientes cuatro factores (Garriga García et al., 2018): 1) recursos hospitalarios: recursos económicos, número de camas, estancia media hospitalaria, entre otros; 2) recursos organizativos: organización general, relaciones interdepartamentales, tipo de cocina disponible en el centro (propia, externa, mixta); 3) recursos geográficos y culturales: ubicación geográfica, procedencia de los pacientes, disponibilidad de los alimentos, hábitos y costumbre gastronómicos en la zona; 4) recursos nutricionales y gastronómicos: efectividad terapéutica, criterios dietéticos (tipo de alimento, ración, tecnología culinaria etc.), condicionantes gastronómicos (palatabilidad, presentación, temperatura, color, etc.). Este manual debe estar en revisión y actualización constante con el fin de introducir modificaciones en caso de que sea necesario.

## Clasificación y tipos de dietas hospitalarias

Las dietas se clasifican en basales y terapéuticas. Las primeras, también denominadas libres, son las que se prescriben a las personas que no requieren ninguna modificación específica en su dieta. Tienen por objetivo cubrir las necesidades nutricionales, siendo completas y equilibradas e incluir todos los grupos de alimentos.

Las terapéuticas son las elaboradas a partir de las dietas basales introduciendo las modificaciones según la patología. Con esto se logra una menor cantidad de preparaciones diferentes facilitando la labor del servicio de cocina/alimentación y mejorando los platos elaborados (Hartwell et al., 2016). Las dietas terapéuticas incluidas en este estudio se detallan a continuación.

El plan de alimentación hiposódico es un plan alimentario completo, con bajo aporte de sodio (sal). Tiene el objeto de contribuir a normalizar la tensión arterial. El grado de restricción de sodio dependerá del estado y de la gravedad del paciente. Está recomendado en enfermedades cardiovasculares, renales, del hígado, cirugía cardíaca, e hipertensión arterial (Garriga García et al., 2018).

El plan de alimentación para el control de la diabetes es una alimentación nutricionalmente completa, controlada en calorías, restringida en azúcares simples (azúcar de mesa, miel, frutas, lácteos, dulces en general) y grasas. Su objetivo es alcanzar y mantener un peso corporal adecuado, mantener el equilibrio de la glucemia (azúcar en sangre) y disminuir los factores de riesgo cardiovascular. Es recomendado en intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2 (Garriga García et al., 2018).

El plan de alimentación de textura modificada es una dieta equilibrada, nutricionalmente completa, con textura modificada, a base de alimentos líquidos que se espesarán y sólidos en forma de purés, licuados o triturados.

Su objetivo es proporcionar una alimentación lo más completa posible a pacientes con limitada función masticatoria/deglutoria. Puede utilizarse durante largos periodos de tiempo, iniciando su uso en el ámbito hospitalario y pudiendo trasladarse a uso domiciliario. Está recomendada en disfagia, y en ausencia o pérdida de piezas dentarias (Garriga García et al., 2018).

## ACEPTABILIDAD DE ALIMENTOS

Para lograr la satisfacción del paciente no es necesario que la comida sea de alta calidad, ya que la satisfacción es una comparación entre expectativa y realidad o experiencia. Los pacientes tienden a esperar que la comida del hospital sea mala, por lo cual califican como buena la comida regular (Muraal & Davar, 2014).

A su vez, la percepción de la calidad se ve influenciada por factores como sabor, textura, variedad y la sensación de elegir una comida saludable. El servicio de alimentación de cada hospital debe adaptarse a las necesidades y preferencias de su población de pacientes, ya que cada uno es único (Muraal & Davar, 2014).

Lo más importante es el tiempo que transcurre entre la elaboración de los alimentos y su llegada a los comensales. Se debe asegurar que éstos lleguen en buen estado y temperatura adecuada, evitando así su deterioro (Hartwell et al., 2016).

## ACEPTABILIDAD DE ALIMENTOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

En estudios publicados sobre encuestas realizadas a los pacientes sobre su percepción acerca de la comida servida, se utilizan diversos cuestionarios donde se evalúan varios aspectos. Un estudio pakistaní evaluó la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención alimentaria y nutricional en dos hospitales públicos.

La evaluación fue llevada a cabo mediante una encuesta que contemplaba los siguientes factores: satisfacción con la comida hospitalaria, vajilla, higiene del personal, olor del hospital, alteración por ruido, métodos de cocción, sabor de comida, comportamiento del personal, tamaños de porción, calidad de los alimentos, saciedad y temperatura de los alimentos.

Se concluyó que los pacientes se encontraban satisfechos con la comida y los servicios nutricionales en general. Sin embargo, aspectos como variedad de menú, posibilidad de elegir este, calidad y cantidad de alimentos, ambiente e higiene del personal debían ser mejorados. Se sugirió que este tipo de encuestas debe llevarse a cabo periódicamente para implementar dichas mejoras (Sadaf et al., 2018).

Otro estudio realizado en un hospital de tercer nivel en España evaluó el grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes, en función del apetito y tipo de dieta, utilizando una encuesta. Se investigaron apetito, sabor, gusto, olor, cocción, temperatura, horario de comida, presentación, calidad, cantidad y variedad de alimentos. Para cada una de estas variables se otorgó una calificación numérica de 0 (peor calificación) a 10 (mejor calificación). Se concluyó que, aunque el grado de satisfacción era aceptable, era preciso introducir mejoras que aumenten la aceptación (Benitez Brito et al., 2016).

Además de estudios que evalúan la satisfacción general del paciente con los menús proveídos a través de encuestas, encontramos publicaciones que evalúan los residuos de alimentos en los platos. Un estudio australiano comparó los residuos de un hospital con servicio de alimentación tradicional versus otra instalación que contaba con *room service* (servicio de habitaciones). Las calificaciones de satisfacción indicaron una mejoría con el servicio a la habitación. Además, los costos de comidas para pacientes y los residuos disminuyeron. Se concluyó que un modelo de servicio de alimentos centrado en el paciente puede mejorar los resultados clínicos de manera rentable (McCray et al., 2018).

## CONTEXTUALIZACIÓN

El modelo de restauración con que cuenta el hospital es producción in situ. Cuenta con dos cocineros, uno para el turno mañana y otro durante la tarde; dos mozos, uno para cada turno, quienes se encargan de distribuir los alimentos a las salas de pacientes internados (desayuno, almuerzo, colación, merienda, cena y agua). El profesional de nutrición recorre las salas para evaluar a los pacientes. Se encarga de la prescripción de la dieta. Así también debe fiscalizar el desarrollo de estas, y la correcta distribución a las salas.

Las dietas terapéuticas más utilizadas en el hospital y que fueron incluidas en este estudio son la dieta liviana, hiposódica, adecuada para pacientes diabéticos, y modificada en textura.

El instituto cuenta con tres salas de clínica médica y un total de 13 camas para pacientes adultos internados. A este acuden pacientes beneficiarios de la seguridad social de la ciudad de Luque (donde se encuentra instalado) y zonas aledañas como Itauguá, Areguá, Ypacaraí, entre otras.

Los alimentos son distribuidos en los siguientes horarios: desayuno 07:00 h, media mañana 9:30 h a 10:00 h, almuerzo de 11:30 h a 12:30 h, merienda 15:30 h a 16:00 h y cena 18:30 h a 19:30 h. Durante las recorridas se suele observar que los pacientes rechazan los platos alegando que no son de su agrado. Cabe destacar que esos platos rechazados son desechados o lo consumen los familiares.

# MATERIAL Y MÉTODOS

## Introducción

En esta sección se describen los aspectos metodológicos de la investigación. El objetivo general fue evaluar la aceptabilidad de la alimentación proveída a los pacientes internados de un hospital de referencia. Los objetivos específicos fueron determinar la aceptabilidad de las comidas ofrecidas en el hospital según los residuos de alimentos en los platos, registrar los principales motivos de rechazo de las comidas en pacientes que dejan excedentes de alimentos en los platos, y evaluar los factores que determinan la aceptabilidad de las comidas ofrecidas a través del interrogatorio.

## Diseño del estudio

El diseño del estudio fue observacional, descriptivo, de corte trasversal.

## Variables

Las variables utilizadas fueron recogidas de las fichas e incluyeron: 1) datos demográficos: edad, en años; sexo, femenino o masculino; 2) valoración antropométrica: peso actual, en kg, talla, en m; 3) diagnóstico nutricional según el índice de masa corporal (IMC), en  $\text{kg/m}^2$ , teniendo en cuenta la edad: 2.1) para pacientes de 18 a 59 años (Organización Mundial de la Salud, 2021a; Organización Mundial de la Salud, 2021b): bajo peso,  $\text{IMC} < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ; peso normal,  $\text{IMC} \geq 18.5$  a  $24.9 \text{ kg/m}^2$ ; sobrepeso,  $\text{IMC} \geq 25$  a  $29.9 \text{ kg/m}^2$ ; obesidad,  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  para pacientes mayores de 60 años (Borba de Amorim et al., 2008): bajo peso,  $\text{IMC} \leq 23 \text{ kg/m}^2$ ; peso normal,  $\text{IMC} 23$  a  $< 28 \text{ kg/m}^2$ ; sobrepeso,  $\text{IMC} 28$  a  $< 32 \text{ kg/m}^2$ ; obesidad,  $\text{IMC} \geq 32 \text{ kg/m}^2$ ; 4) datos de la encuesta alimentaria: tipo de dieta prescrita (dieta liviana, hiposódica, adecuada para pacientes diabéticos, o modificadas en textura), percepción de variedad (buena, regular o mala), cantidad del plato servido

(suficiente o insuficiente), sabor de la comida (bueno, regular o malo), temperatura adecuada (sí o no) y horario de provisión correcto (sí o no); 5) residuo excedente en el plato al momento de finalizar la comida, categorizado en 0, queda 100% de excedente en el plato; 1, queda 75% de excedente en el plato; 2, queda 50% de excedente en el plato; 3, queda 25% de excedente en el plato; 4, el plato se encuentra vacío.

## Muestra

La población enfocada fue de adultos de ambos sexos internados que reciben nutrición con alimentos por vía oral. La población accesible fue de adultos de ambos sexos internados en un hospital de referencia de Luque, que reciben nutrición con alimentos por vía oral, entre abril de 2019 a julio 2019. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. Fueron incluidos los pacientes que completaban en su totalidad las encuestas. Fueron excluidos aquellos pacientes que no deseaban participar, embarazadas, niños y pacientes mayores de 80 años.

## Instrumentos de medición y técnicas

Los instrumentos utilizados fueron las fichas de evaluación nutricional y las encuestas realizadas en el servicio de nutrición.

## Procedimientos

Se solicitó autorización a las autoridades del hospital para la realización del estudio. Una vez obtenido el permiso, los datos sociodemográficos y antropométricos fueron obtenidos de las fichas de los pacientes internados en el área de clínica médica y recolectados en un instrumento elaborado para el presente estudio.

Se aplicó una encuesta sobre la percepción de la variedad, cantidad, sabor, temperatura y horario de provisión de las comidas, al momento de finalizar el almuerzo o la cena, a los pacientes internados con una estancia mínima de 48 h. Se registraron también los excedentes en los platos de una comida (almuerzo o cena) en cada uno de los 153 pacientes incluidos en el estudio. Todos estos datos fueron recolectados en la planilla de recolección de datos elaborada para este fin.

Seguidamente, los datos fueron cargados en una planilla de Excel 2010 y procesados en el programa informático SPSS v21.0. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población. Las variables categóricas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas en mediana, percentil 25 y percentil 75.

## Asuntos éticos

Se tuvo acceso a la información mediante el consentimiento informado de cada participante. Se respetó la confidencialidad de los pacientes al no divulgar sus identidades. Los datos se utilizaron únicamente con fines científicos.

El estudio fue evaluado en los aspectos éticos relevantes para la investigación y fue aprobado por la Dirección de Investigación y Divulgación Científica de la Universidad del Norte, según resolución ETINV- 2019008.

## RESULTADOS

La aceptabilidad del almuerzo o cena ofrecidos en el hospital fueron evaluados por 153 pacientes internados. El 52% de los mismos ( $n = 80$ ) correspondió al sexo femenino. La mediana de edad fue de 61 años, con un rango de 38 a 70 años. La mayoría de los pacientes tenía algún tipo de

malnutrición, siendo 73% (n = 118) malnutrición por sobrepeso u obesidad y 3% (n = 5) por delgadez.

La distribución por tipo de dieta indicada a los pacientes internados fue la siguiente: hiposódica, 52 pacientes (34%); liviana, 47 pacientes (31%); adecuada para diabetes, 43 pacientes (28%); modificada en textura, 11 pacientes (7%).

La distribución de la aceptabilidad de las comidas según residuos encontrados en el plato al finalizar la comida fue la siguiente: ningún residuo, 76 pacientes (50%); 25% del plato, 24 pacientes (16%); 50% del plato, 25 pacientes (16%); 75% del plato, 17 pacientes (11%); 100% del plato, 11 pacientes (7%). Es decir, la mitad de los pacientes consumió todo lo servido en el plato, la otra mitad dejó excedentes. De estos últimos, el 7% no comió la comida ofrecida.

También analizamos los residuos encontrados en el plato al momento de finalizar la comida según el tipo de dieta. En los pacientes con dieta liviana, la distribución de residuos fue la siguiente: ningún residuo, 66%; 25% del plato, 9%; 50% del plato, 9%; 75% del plato, 6%; 100% del plato, 11%. En los pacientes con dieta hiposódica, la distribución de residuos fue la siguiente: ningún residuo, 48%; 25% del plato, 14%; 50% del plato, 14%; 75% del plato, 17%; 100% del plato, 8%. En los pacientes con dieta adecuada para diabéticos, la distribución de residuos fue la siguiente: ningún residuo, 44%; 25% del plato, 16%; 50% del plato, 28%; 75% del plato, 9%; 100% del plato, 2%. En los pacientes con dieta con textura modificada, la distribución de residuos fue la siguiente: ningún residuo, 9%; 25% del plato, 55%; 50% del plato, 18%; 75% del plato, 9%; 100% del plato, 9%. Es decir, encontramos que los que dejaron más excedentes fueron los pacientes prescritos con dieta modificada en textura, mientras que los que consumieron todo el plato en su mayoría fueron los prescritos con dieta liviana.

Al consultar el motivo de rechazo de alimentos, el 25% de los pacientes que dejaron excedentes en el plato refirió el desagrado por los cereales integrales. Otros motivos de rechazo de los alimentos ofrecidos fueron que el sabor no le agradaba (22%), que ya estaba satisfecho (22%), que estaba inapetente (17%), u otros motivos (13%).

Asimismo, evaluamos los factores que determinan la aceptabilidad de los alimentos. Con respecto al sabor, los resultados obtenidos fueron los siguientes: bueno, 79 pacientes (52%); regular, 55 pacientes (36%); malo, 19 pacientes (12%). Con respecto a la cantidad, los resultados obtenidos fueron los siguientes: suficiente, 115 pacientes (75%); insuficiente, 38 pacientes (25%). Con respecto a la variedad, los resultados obtenidos fueron los siguientes: buena, 91 pacientes (59%); regular, 47 pacientes (31%); mala, 15 pacientes (10%). Con respecto a la temperatura, los resultados obtenidos fueron los siguientes: temperatura adecuada, 128 pacientes (84%); temperatura inadecuada, 25 pacientes (16%). Con respecto al horario, los resultados obtenidos fueron los siguientes: horario adecuado, 135 pacientes (88%); horario inadecuado, 18 pacientes (12%). En resumen, al evaluar la aceptabilidad de las comidas según encuestas realizadas a los pacientes, a la mayoría le pareció bueno el sabor, la cantidad, la variedad, y el horario de las comidas.

## DISCUSIÓN

Diversos estudios coinciden en que factores como la calidad, variedad, el horario, la temperatura, textura, presentación, olor y otras cuestiones relacionadas con el servicio de alimentación son relevantes al momento de determinar la aceptabilidad y el consumo de las personas (Young et al., 2018; Alarcón-Sandoval, 2014). Al revisar la literatura, no encontramos publicaciones donde se haga seguimiento a la aceptabilidad y consumo de alimentos proveídos a los pacientes en los hospitales de nuestro país. Sin

embargo, en la región o países del continente europeo es un tema que se viene desarrollando hace bastante tiempo.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la aceptabilidad de la alimentación proveída a los pacientes internados de un hospital de referencia. Entre los principales hallazgos encontramos que la mitad de los pacientes estudiados dejó algún excedente de alimentos en el plato. La cuarta parte de éstos refirió el desagrado por los productos integrales. Según la encuesta aplicada, 75% de los pacientes estuvo conforme con la cantidad servida, 52% consideró que el sabor era bueno, 59% reportó variedad buena, y más del 80% calificaron la temperatura de la comida y el horario en el que son entregados los alimentos como apropiados.

En un estudio realizado por Strotmnn et al. (2017) en un hospital danés, se evaluó la ingesta de los platos servidos a los pacientes y se encontró que el 50% de los alimentos ofrecidos no eran consumidos durante almuerzos y cenas. Estos resultados concuerdan con lo expuesto en este estudio, en los que solo la mitad de los pacientes consumió la totalidad de la ración servida.

Al discriminar según tipo de dieta encontramos que, entre los que tenían indicación de dieta liviana, el 66% consumió todo lo ofrecido, mientras que solo el 9% de los pacientes prescritos con dieta modificada en textura lograron consumir la totalidad del plato. Esto podría deberse a que en este grupo se encuentran los adultos de entre 70 y 80 años con problemas de dentición, que presentan alteraciones en el sentido del gusto, comen lento, se les enfrían los alimentos y necesitan ayuda para alimentarse. Estos condicionarían el consumo de los alimentos, no necesariamente por no encontrarse a gusto con el menú.

Resulta por tanto relevante registrar el motivo de rechazo de alimentos en las encuestas. De hecho, en ellas, un gran porcentaje manifestó encontrarse satisfecho, inapetente, u otros motivos que nada tienen que ver con el servicio de alimentación (43%). Otro gran porcentaje (25%) manifestó

desagrado por el arroz, fideo y masas integrales, o por la falta de sal (22%).

En el estudio realizado por Schiavone et al. (2019), en 3 hospitales de Italia donde se evaluó la satisfacción y el residuo de los platos de 762 pacientes de 18 a 94 años de edad, el 21% de los pacientes manifestó dejar excedentes por no estar familiarizados con lo que se les ofrece.

En este estudio se notó un amplio desagrado por los cereales y masas integrales. Los alimentos integrales no forman parte de la dieta cotidiana del paraguayo. Inclusive podría resultar difícil de encontrar en algunos comercios o supermercados. Además, el costo de los mismos podría constituir una barrera al momento de incluirlos en la dieta. Habría de evaluarse, además, el conocimiento por parte de los pacientes sobre los beneficios que aportan para su patología. En este sentido, es fundamental el rol del nutricionista en la educación alimentaria y en la motivación para incluir estos productos gradualmente en la dieta. También debemos enfatizar en la utilización de hierbas aromáticas, limón, vinagre, u otros recursos para condimentar los alimentos y de esta manera reducir el uso de sal de mesa, mayonesa, salsa de soja, entre otros con elevado contenido de sodio.

Una de las limitaciones de este estudio es que se registró residuos solo de almuerzo o cena, no así del desayuno y merienda, lo que imposibilita conocer la ingesta total diaria de los pacientes. Además, para próximos estudios sería conveniente evaluar el consumo de otros alimentos llevados por los familiares a los pacientes, lo que podría estar reduciendo la ingesta de las comidas ofrecidos por el hospital.

Como fortaleza se destaca que, a nuestro conocimiento, este estudio es el primero de este tipo en realizarse en el país. Esta investigación evidenció la necesidad de hacer encuestas sobre aceptabilidad de alimentos y principales motivos de rechazo de los mismos. La opinión de los pacientes con respecto a las comidas ofrecidas y al servicio de alimentación permitirá la introducción de mejoras. Esto conducirá a reducir desperdicios,

aprovechar al máximo los recursos, y lograr la nutrición óptima de los pacientes.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos, se determinó que la aceptabilidad del menú proveído a los pacientes es, en general, regular. Solo la mitad de ellos consumió la totalidad del plato servido. Poco más de la mitad de los pacientes consideró como bueno el sabor de las comidas. La mayoría de los pacientes se mostraron satisfechos con la cantidad, variedad, temperatura de alimentos, así como con el horario de servicio de las comidas.

## RECONOCIMIENTOS

Este estudio fue evaluado y revisado por la Dirección de Investigación y Divulgación Científica, siendo defendido y aprobado como tesis del programa de Maestría en Nutrición Clínica de la Facultad de Estudios de Postgrado, Universidad del Norte (Asunción, Paraguay).

El contenido original ha sido modificado por la oficina editorial ([editorial@uninorte.edu.py](mailto:editorial@uninorte.edu.py)) de la Revista UniNorte de Medicina y Ciencias de la Salud (<http://investigacion.uninorte.edu.py/rev-un-med>).

**Correspondencia:** Mg. Natalia Desirée Dávalos-Vargas, Facultad de Estudios de Postgrado, Universidad del Norte, Paraguay.

## REFERENCIAS

Alarcón-Sandoval, H. L., Ávila, I. D., Velasco, A., & Bianchi, G. (2014). Agrado hacia el menú por parte de pacientes hospitalizados. *MedULA*, 23, 114-120.

Benítez Brito, N., Oliva García, J. G., Delgado Brito, I., Pereyra-García Castro, F., Suárez Llanos, J. P., Leyva González, F. G., & Palacio Abizanda, J. E. (2016). Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel. *Nutricion Hospitalaria*, 33(6), 1361-1366.

Borba de Amorim, R., Coelho Santa Cruz, M. A., Borges de Souza-Júnior, P. R., Corrêa da Mota, J., & González H, C. (2008). Medidas de estimación de la estatura aplicadas al índice de masa corporal (IMC) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(Suplp 1), 272-279.

Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2016). Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: Una herramienta sencilla para la práctica clínica. *Nutricion Hospitalaria*, 33(2), 112.

Cruz-Vargas, J. A. D. L., Rodríguez-Chávez, S., Roldan-Arbieto, L., Medina-Vilca, A., Huamán-Guerrero, M., & Perez, M. (2016). Validación de un instrumento para medir el nivel de satisfacción de mujeres embarazadas durante el parto. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 16(3), 30-37.

Diego Blanco, B. S. de, & Diego Blanco, B. S. de. (2018). Atención a comensales con dieta específica en los servicios de restauración a colectividades. *Nutrición Hospitalaria*, 35(SPE4), 130-135.

Garriga García, M., Ruiz de las Heras de la Hera, A., Garriga García, M., & Ruiz de las Heras de la Hera, A. (2018). Dietética hospitalaria y gastronomía saludable. *Nutrición Hospitalaria*, 35(SPE4), 140-145.

Hartwell, H. J., Shepherd, P. A., Edwards, J. S. A., & Johns, N. (2016). What do patients value in the hospital meal experience? *Appetite*, 96, 293-298.

McCray, S., Maunder, K., Krikowa, R., & MacKenzie-Shalders, K. (2018). Room Service Improves Nutritional Intake and Increases Patient Satisfaction While Decreasing Food Waste and Cost. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(2), 284-293.

Muraal, S., & Davar, V. (2014). Assessment of acceptability and satisfaction of patients for Government hospital diets. *Asian Journal of Home Science*, 9, 146-148.

Organización Mundial de la Salud. (2021a). Malnutrición. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Roncancio, J. J. B., Merchán, A. J. C., & Espitia, O. L. P. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspectivas En Nutrición Humana*, 18(1), 77-93.

Sadaf, S., Malik, A. A., Bilal, A., & Saeed, A. (2018). Patient satisfaction regarding food and nutrition care in hospitals of Lahore, Pakistan. *Progress in Nutrition*, 20(2-S), 248-256.

Salvador-Monferrer, L., Fernández-Olea, M. S., & Murillo-Sanchis, J. (2014). Desnutrición y factores que influyen en la ingesta de alimentos en pacientes hospitalizados: Una revisión. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34(3), 80-91.

Schiavone, S., Pelullo, C. P., & Attena, F. (2019). Patient evaluation of food waste in three hospitals in southern Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), E4330.

Strotmann, C., Friedrich, S., Kreyenschmidt, J., Teitscheid, P., & Ritter, G. (2017). Comparing food provided and wasted before and after implementing measures against food waste in three healthcare food service facilities. *Sustainability*, 9(8), 1409.

Williamson, J. W. (1973). Evaluating the quality of medical care. *The New England Journal of Medicine*, 288(25), 1352-1353.

Young, A. M., de Jersey, S. J., Ellick, J., Lewis, C.-A., & Banks, M. (2018). Comparison of Patient Food Intake, Satisfaction and Meal Quality Between Two Meal Service Styles in a Geriatric Inpatient Unit. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 37(3-4), 158-168.