

## Capítulo 14

# Pacientes hospitalizados en Uruguay desde un enfoque del derecho a la alimentación

*Myriam De León Rodríguez, Florencia Ceriani, Alejandra Texeira y Celeste Quiroga*

### ***1. Introducción***

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) tiene más de 1,3 millones de usuarias y usuarios, que representan el 37% de la población total del país (cifras actualizadas a marzo de 2018). Desagregado por franja etaria y por sexo, alcanza más del 50% en el caso de mujeres de 15 a 24 años, el 22% son menores de 15 años y los adultos mayores superan el 15%. Brinda cobertura a más de la mitad de la población en diez departamentos del país. Es el prestador con mayor capacidad instalada que conforma una red con presencia a lo largo y ancho del territorio nacional. En total, funcionan 43 hospitales, 4 de ellos especializados, 21 corresponden a centros de rehabilitación y 7 son hogares de ancianos (ASSE, 2018). A nivel nacional no existen datos epidemiológicos del estado nutricional de la población hospitalizada, pero en trabajos parciales (Bello *et al.*, 2012; Fuentes *et al.*, 2010; Arias *et al.*, 2008) se desprende que más de la mitad de las usuarias y los usuarios hospitalizados presentan riesgo nutricional o desnutrición, comportamiento similar a otros países de la región (Correia, 2016; Castro Vega *et al.*, 2017).

### ***2. Desnutrición hospitalaria***

La desnutrición hospitalaria es un gran problema de salud pública; a pesar de los avances en la tecnología, el porcentaje de usuarias y usuarios afectados

supera la mitad de la población hospitalizada. La causa es multifactorial, sea por la naturaleza de la enfermedad, por los procedimientos terapéuticos que requiere o por ambas causas, incluida la propia hospitalización (De Ulibarri, Cabrerizo y González, 2002; Argente Pla, 2015; Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2011). En 1936, Hiram O. Studley, en un estudio realizado con pacientes en el posoperatorio de úlcera péptica, mostraba la estrecha relación entre la pérdida de peso intrahospitalaria y la mortalidad quirúrgica. Desde dicha época a la fecha las distintas investigaciones arrojan valores de 30 a 50% de la población hospitalizada con riesgo de desnutrición (Castillo, 2016).

La desnutrición en las y los pacientes hospitalizados tiene una prevalencia que en el ELAN Study fue de 51% en 2001. Alcanza cifras del 62% en mayores de setenta años y es reconocido el hecho de que se agrava durante la internación (Arias *et al.*, 2008; Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2011).

Diversos estudios realizados sobre este tema demuestran que existe una relación entre la desnutrición y la estadía hospitalaria, es decir que a mayor tiempo de internación aumenta la probabilidad de que el individuo presente desnutrición, debido a la monotonía de la alimentación y la restricción de alimentos que pueden presentar las dietas terapéuticas, según la patología que presente la usuaria o el usuario, lo que provoca como consecuencia una disminución en la ingesta alimentaria, que influye en el deterioro del estado nutricional (Merhi, 2007).

La desnutrición se ve aumentada durante la estadía hospitalaria debido a múltiples factores: por un lado, la propia enfermedad de la usuaria o el usuario, que puede llevar a la dificultad en la ingesta de alimentos, a causa de anorexia, problemas de masticación, disfagia, mucositis o falta de autonomía para alimentarse; por otro, la dificultad en la digestión o en la absorción de los alimentos, por estrés metabólico o por existir pérdidas importantes de nutrientes. Se puede presentar con distintos grados de severidad y favorecer aún más el desequilibrio en la homeostasis que genera dicha patología, interfiriendo negativamente en la evolución y pronóstico de la enfermedad (SENPE, s/f).

La edad de la usuaria o el usuario también es un factor de riesgo para el estado nutricional durante la internación. En un estudio realizado en México en 2017 y tras aplicar un *screening* se demostró que a mayor edad, frecuencia de riesgo nutricional ( $p = 0,040$ ) (Baltazar Luna *et al.*, 2017).

En una revisión sistemática publicada en 2015 se canalizó la relación entre complicaciones posoperatorias y situación nutricional de la usuaria o el usuario. Considerando datos de once estudios (3.527 pacientes), se comprobó que las complicaciones posoperatorias fueron más frecuentes en pacientes con riesgo nutricional, en comparación con los que no tenían este riesgo. También la mortalidad asociada en el primero de los grupos fue superior respecto de la observada en pacientes sin riesgo nutricional (Sun *et al.*, 2015).

Las herramientas de tamizaje nutricional utilizadas para una detección precoz del riesgo nutricional son variadas, no existe una única aceptada

internacionalmente. Las principales sociedades científicas en nutrición –la Asociación Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) y la Asociación Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN)– recomiendan los sistemas valoración global subjetiva (VGS) y el score de riesgo nutricional 2002 (NRS 2002), respectivamente (Kondrup, 2003).

El NRS 2002 se compone de dos etapas: la primera analiza mediante cuatro preguntas sencillas (el índice de masa corporal [IMC], la reducción de la ingesta en la última semana, la pérdida de peso involuntaria de la usuaria y la gravedad de la enfermedad); en caso de respuesta afirmativa a alguna de ellas se debe completar la segunda etapa. Esta se compone de dos apartados (categoría del estado nutricional y severidad de la enfermedad), cada uno de ellos con una escala de puntos de 0 a 3. Por último, si la edad de la usuaria o el usuario es mayor a setenta años se sumará un punto adicional. En la categoría del estado nutricional se valora la pérdida de peso en los últimos meses, el IMC y la ingesta energética en la última semana. En la sección de severidad de la enfermedad, se categorizan patologías según su catabolismo. Si la puntuación total es mayor a 3 puntos, se considera que la usuaria o el usuario estén en riesgo nutricional, por lo que deberá evaluarse adecuadamente el inicio de un tratamiento nutricional. Si la puntuación es 1 o 2 puntos, se considera de posible riesgo; en el caso de ser 0, se considera sin riesgo y se deberá reevaluar a la usuaria o al usuario semanalmente (Kondrup, 2003).

### ***3. Satisfacción con el servicio de alimentación por la usuaria o el usuario hospitalizado***

La ingesta alimentaria de las y los pacientes hospitalizados es uno de los factores que se relacionan con el riesgo nutricional. Se describe que el 50-80% de los pacientes no termina la comida que se les sirve en el hospital (Calleja *et al.*, 2016; Hiesmayr *et al.*, 2009), por lo cual es importante investigar sobre la satisfacción de la o el paciente. Hay trabajos que sostienen que la calidad de la alimentación ofrecida en los hospitales frecuentemente no se ajusta a los estándares que se podrían considerar como deseables (Iff y otros, 2008).

Las encuestas de satisfacción de los pacientes hospitalizados son una herramienta importante pues expresan la realidad desde la mirada de la usuaria o del usuario y permiten cuantificar indicadores de calidad percibidas por ellos. Según Néstor Benítez Brito *et al.* (Benítez *et al.*, 2016):

Hay 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. 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.

Un estudio realizado por Gabriele Messina *et al.* (2013) en 2009 muestra que, tras aplicar el cuestionario de satisfacción, los ítems que investigan los problemas del personal/servicio fueron los que recibieron una calificación más positiva, mientras que ciertos ítems que investigaron la calidad de los alimentos fueron los que tuvieron una calificación menos positiva. Por otro lado, en ese mismo estudio se observó que el 56,6% de la muestra respondió que siempre recibían comida suficiente, pero el 52,7% respondió que siempre sintieron hambre después de las comidas y 36,3% que siempre estaban con hambre entre comidas.

#### ***4. Malnutrición hospitalaria desde un enfoque de derecho a la alimentación***

En el entendido de que la nutrición es una necesidad básica, esencial en la vida del hombre como ser vivo, resulta imprescindible valorar el estado nutricional de las personas enfermas. Desde esta perspectiva, se debe garantizar la alimentación y nutrición adecuada a todo paciente hospitalizado, proporcionada por profesionales capacitados. La Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (Felanpe) en su declaración de Cancún de 2008 afirma que se debe “garantizar que todo enfermo sea valorado nutricionalmente al ingreso a los servicios de salud de primero, segundo y tercer nivel de atención del sector público, privado o de asistencia social del mundo y, en especial, de Latinoamérica, y reciba una atención nutricional oportuna, completa, suficiente y de calidad, proporcionada por profesionales de la salud capacitados, que prevenga el riesgo de la desnutrición hospitalaria y reduzca el número y la severidad de las complicaciones relacionadas con el proceso de la enfermedad que llevó al paciente a hospitalizarse”; asimismo sostiene: “Todo paciente hospitalizado debe ser evaluado dentro de las primeras 24 a 48 horas, con un método de tamizaje validado, y de acuerdo con su resultado deberá ser derivado para evaluación nutricional formal”. Esto genera una nueva mirada hacia la usuaría o el usuario, colocando en el centro al sujeto titular de derechos que el Estado debe proteger, garantizar y promover (Felanpe, 2008). La FAO hace mención a que el derecho a una alimentación adecuada comprende los aspectos cuantitativos, cualitativos y de aceptabilidad cultural que deberán, a su vez, adecuarse a la situación clínica de cada paciente hospitalizado.

En mayo de 2019 en la ciudad de Cartagena, Colombia, Felanpe, “retomando la Declaración Internacional de Cancún 2008 sobre el derecho a la nutrición en los hospitales, donde por primera vez los presidentes de las sociedades, colegios

y asociaciones de la Felanpe declaran su voluntad de elevar al nivel de derecho humano básico la nutrición en los hospitales”, fundamentado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y en el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), realiza una nueva “Declaración internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición” (Cárdenas *et al.*, 2019), en la que proclama trece principios para “promover el respeto de la dignidad humana y proteger el derecho a la alimentación en el ámbito clínico, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos, y la bioética. Fomentar la concientización sobre la magnitud del problema de la malnutrición asociada a la enfermedad y la necesidad de desarrollar un modelo de atención nutricional en las instituciones de salud”.

Por otra parte, las obligaciones de los estados parte del PIDESC para garantizar el derecho a una alimentación adecuada (DAA) están definidas en el ordenamiento jurídico internacional. Las obligaciones generales incluyen garantizar que el DAA se ejercite sin discriminación y adoptar medidas por todos los medios para realizarlo (arts. 2 y 3 PIDESC); las específicas son respetar, proteger y hacer cumplir el DAA (De la Cruz *et al.*, 2008; Rodríguez, 2018; Gonçalves, 2018).

Este estudio busca identificar la prevalencia de riesgo nutricional en usuarias y usuarios hospitalizados, logrando por primera vez obtener datos de la situación en todo el país y, por otro lado, analizar su percepción del servicio de alimentación recibido en los hospitales factores fundamentales para identificar los puntos críticos a trabajar en la mejor del abordaje nutricional de los usuarios hospitalizados.

Los objetivos generales son estudiar la prevalencia de riesgo nutricional en las usuarias y los usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país e identificar los factores de riesgo de mayor impacto, y medir sus niveles de satisfacción en todas las capitales del país.

En cuanto a los objetivos específicos, ellos son (i) determinar el estado nutricional de las y los pacientes hospitalizados en los diferentes centros hospitalarios de ASSE seleccionados en todo el país, (ii) analizar los factores de mayor impacto en el riesgo nutricional y (iii) analizar los niveles de satisfacción de los usuarios relacionándolos con su estado nutricional.

Respecto del marco metodológico, se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo. Se selecciona un hospital por departamento del Uruguay, excepto en Montevideo donde se seleccionan dos hospitales dado el mayor número de instituciones (veinte centros en total). La toma de datos fue realizada en agosto de 2019. La población son todas las usuarias y los usuarios asistidos en los hospitales departamentales de ASSE el día en que se realiza la tomas de datos, lo que cumple con los criterios de inclusión y exclusión. La ejecución de la investigación cumple con los aspectos éticos requeridos por el Comité de Ética del Hospital Maciel, único comité de Ética en ASSE. Para la

recolección de información se aplicó las encuestas validadas; *screening* del estado nutricional Nutrition Risk Screenig 2002 (NRS2002) (Kondrup, 2003) y Acute Care Hospital Foodservice Patient Satisfaction Questionnaire (ACHFPSQ) (Capra *et al.*, 2005). Los criterios de inclusión son los siguientes: todas las y los pacientes hospitalizados mayores de dieciocho años con más de 72 horas internados en sectores de medicina y/o cirugía que acepten firmar el consentimiento informado, que estén con alimentación por vía oral, que puedan comunicarse para responder las preguntas. El manejo estadístico de los datos será a través de un paquete estadístico aplicando los test de validación adecuada a las variables estudiadas. Se prevé la participación de estudiantes universitarios en las etapas de búsqueda bibliográfica, recolección de datos y análisis.

## 5. Desarrollo

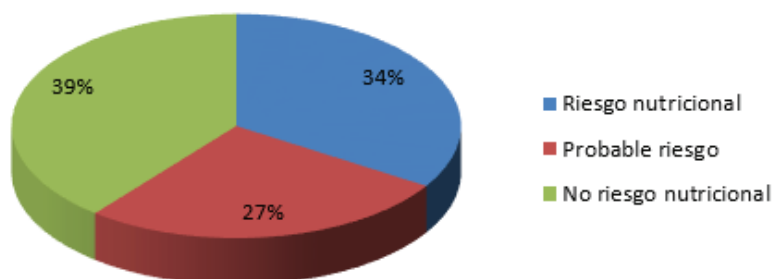
El estudio estuvo constituido por 291 pacientes hospitalizados en ASSE de todas las capitales departamentales del Uruguay. La media de edad fue de 58,72+18,7 años. Con respecto al sexo: 49,5% femenino, 50,9% masculino. La media de días de internación fue de 14,22+-18,73 días (cuadro 1).

**Cuadro 1. Caracterización de los usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país, 2019**

Características	Media	Desvío estándar
Edad (años)	58,72	18,87
Días de internación	14,22	18,73
Características	FA	FR%
Sexo		
Femenino	143	49,1
Masculino	148	50,9
Sector internación		
Médico	209	71,8
Quirúrgico	82	28,2

Fuente: elaboración propia.

**Gráfico 1. Distribución de los usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país según riesgo nutricional, 2019**



Fuente: elaboración propia.

El 39% de la población de estudio no presentó riesgo nutricional (resultado de *screening* 0 puntos), 61% se encontró con probable riesgo (resultado de *screening* 1 y 2 puntos) y riesgo nutricional (27%, 34%, respectivamente) (gráfico 1).

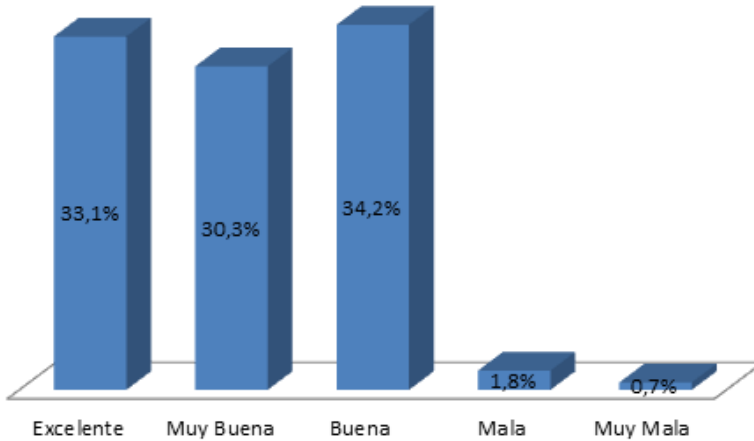
**Cuadro 2. Riesgo nutricional según tiempo internación, edad y sexo de usuarias y usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país, 2019**

Variable		Riesgo Nutricional FR	No riesgo nutricional FR	Valor p
Tiempo de internación	Hasta 14 días	59	146	0,004
	Más de 15 días	40	46	
Edad	Menor de 65 años	39	120	0,00
	Mayor 65 años	60	70	
Sexo	Femenino	52	91	0,407
	Masculino	47	101	

Fuente: elaboración propia.

Al estudiar la existencia de asociación entre el riesgo nutricional y tiempo de internación, se encontró asociación estadísticamente significativa entre dichas variables ( $p = 0,004$ ). Con respecto a la edad y el riesgo nutricional, también se observa relación significativa ( $p = 0,00$ ) (cuadro 2).

**Gráfico 2. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país con el servicio de alimentación, 2019**



Fuente: elaboración propia.

Con relación a la satisfacción de los usuarios con el servicio de alimentación, el 97% de los encuestados relata que es excelente, muy bueno y bueno (33,1%, 30,3%, 34,2%, respectivamente) (ver anexo). Por otro lado, la limpieza y el orden del personal encargado de entregar la comida han sido valorados en el 99,3% como positivo (ver anexo).

**Cuadro 3. Satisfacción con el servicio de alimentación con relación a carne, cantidad de comida y hambre de los usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país, 2019**

Variables	FR%					n
	Siempre	Frecuente-mente	A veces	Raramente	Nunca	
La carne es dura y seca.	16,3	8,1	17,3	6	52,3	283
Recibo comida suficiente.	82,9	5,6	7	2,4	2,1	286



Luego de terminar mi comida, sigo con hambre.	6,9	4,1	12,8	3,4	72,8	290
Siento hambre entre las comidas.	10,6	6,8	16,2	5,2	61,2	291

Fuente: elaboración propia.

Dentro de las variables incluidas en el cuestionario de satisfacción se observa que 41,7% de las usuarias y los usuarios relatan que *siempre, frecuentemente o a veces* reciben la carne dura.

El 23% considera que continúa con hambre luego de terminar la comida del hospital y el 33,6% siente hambre entre las comidas (cuadro 3).

Al relacionar las variables “siento hambre entre las comidas” y riesgo nutricional se constató una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,038$ ).

## 6. Discusión

Los resultados del presente estudio permiten conocer la prevalencia de riesgo nutricional en las usuarias y los usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país e identificar los factores de riesgo de mayor impacto, así como también medir los niveles de satisfacción de los usuarios hospitalizados con relación al servicio de alimentación.

El 34% de los estudiados ya se encontraban en riesgo nutricional al momento de la encuesta. Este valor es similar a lo documentado en la bibliografía (Arias *et al.*, 2008; Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2011). Se puede afirmar que la prevalencia de riesgo nutricional en nuestra población se asemeja a la de la región, dejando en evidencia que el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados continúa siendo un problema mayor, con todos los riesgos de morbimortalidad y sanitarios que conlleva. Esto pone en evidencia la importancia de que todo paciente hospitalizado sea valorado al ingreso; de esta manera, se podrán tomar las medidas nutricionales apropiadas, asegurando proteger el derecho a la alimentación adecuada en el ámbito clínico.

Si bien el 66% de la población estudiada se clasificó como sin riesgo, se considera importante analizar esta categoría con más detenimiento dada que en ella se encuentran los que ranquean cero, representando el 39% del total de usuarias y usuarios, y se observa que 27% de los encuestados obtuvieron valores de 1 y 2 puntos (probable riesgo) al momento de la aplicación del *screening* (NRS2002).

Estos resultados nos permiten plantearnos la necesidad de identificar a usuarias y usuarios que presenten probable riesgo para evitar que lleguen al nivel de riesgo. Esto fortalece la premisa de un abordaje nutricional oportuno identificando a aquellas y aquellos pacientes que tienen un probable riesgo, no solo a quienes presentan riesgo nutricional.

Al analizar la relación entre días de internación y riesgo nutricional, se observó una relación estadísticamente significativa ( $p = 0,004$ ), es decir a mayor estancia hospitalaria mayor es el riesgo nutricional, tal como se expone en la bibliografía (Merhi, 2007). Esta relación es de suma importancia en nuestra población, en la cual los días de internación presentan una media de catorce días, con una marcada tendencia a la derecha (+/-18 días), observándose largas estancias hospitalarias.

Por otra parte, la edad también se asoció significativamente con el riesgo nutricional ( $p = 0,00$ ). A más edad, mayor es el riesgo nutricional en las y los pacientes hospitalizados. Este resultado es similar al obtenido en la investigación realizada en México en 2017 (Baltazar Luna *et al.*, 2017). Es importante destacar que, desde el punto de vista demográfico, el Uruguay es caracterizado por la baja tasa de crecimiento y el envejecimiento de la población; es hoy en día uno de los países más envejecidos del contexto latinoamericano (Paredes, 2017), lo que resulta un gran desafío para la salud pública.

Con relación al grado de satisfacción percibida por usuarias y usuarios sobre el servicio de alimentación, se logró observar que esta variable fue calificada casi su totalidad de forma positiva (bueno, muy bueno y excelente) Al comparar estos datos con un estudio realizado en otros países (Hiesmayr *et al.*, 2009; Calleja *et al.*, 2016), se advierte que el grado de satisfacción fue calificado mejor por las usuarias y los usuarios de nuestra muestra. Las respuestas se centraron en las calificaciones positivas, mientras que en la bibliografía hay 30% o más que lo considera malo o muy malo. Asimismo, la percepción con respecto al personal que entrega la comida es altamente positivo.

Al observar ciertas variables, como la consistencia de la carne, esta ha sido calificada en un alto porcentaje como “dura”. Este aspecto resulta importante teniendo en cuenta la importancia de dicho alimento en nuestro patrón, como fuente de proteínas de alto valor biológico y hierro, nutrientes importantes para una o un paciente convaleciente.

Si bien una amplia mayoría de las encuestadas y los encuestados relata recibir comida suficiente (95,5%), se identificó un número elevado de pacientes que relatan quedarse con hambre o sentir hambre entre las comidas. Cabe destacar la asociación entre el hambre entre comidas y el riesgo nutricional ( $p = 0,038$ ). Estos datos son muy relevantes: quizá se puedan deber a los horarios de servicio de comidas de los hospitales, por ejemplo, las cenas son servidas muy temprano en comparación con el hábito de la población uruguaya, el tiempo de ayuno entre la última comida (cena) y la primera del día (desayuno) varía de diez a doce

horas. Se debe prestar especial atención a estas cifras, ya que pueden contribuir a la pérdida de peso involuntaria del usuario.

## **7. Conclusiones y recomendaciones**

En esta investigación, se estudió la prevalencia de riesgo nutricional en usuarias y usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país y se identificaron los factores de riesgo de mayor impacto. Por otra parte, se midieron los niveles de satisfacción de usuarias y usuarios.

Se concluye que el riesgo nutricional en los pacientes hospitalizados continúa siendo un problema de salud en Uruguay. Esto afirma la importancia de que todo paciente hospitalizado debe ser evaluado con un método de tamizaje nutricional validado y, de acuerdo con el resultado, tomar las medidas nutricionales acordes.

El tiempo de internación y la edad del paciente se asociaron de manera significativa con el riesgo nutricional.

La satisfacción de usuarias y usuarios en relación con el servicio de alimentación es altamente positiva; sin embargo, un porcentaje importante relata sentir hambre entre comidas, algo que se relaciona de forma significativa con el riesgo nutricional.

Se debe velar por continuar trabajando por el derecho a la alimentación adecuada en el ámbito clínico. Para ello, el equipo de investigación recomienda:

- Instaurar el *screening* nutricional a todo paciente ingresado a hospital, con el fundamento de poder actuar de forma eficiente.
- Prestar especial atención al tiempo de estadía hospitalaria, ya que se comprobó que se asocia con mayor riesgo nutricional, más aún si el usuario o la usuaria es adulto o adulta mayor.
- Valorar estrategias en el servicio de alimentación tendientes a reducir el tiempo entre comidas y, de esta forma, paliar esto que ha sido identificado como un problema.

## 8. Anexo

### Satisfacción con el servicio de alimentación, de las usuarias y los usuarios hospitalizados en ASSE de todas las capitales del país, 2019

Variables	FR%					
	Siempre	Frecuentemente	A veces	Raramente	Nunca	n
La comida del hospital ha sido tan buena como lo esperaba.	69,4	12,5	12,8	1,7	3,6	288
La vajilla y utensilios están astillados y/o manchados.	18,2	1,6	1,9	1,2	77,1	258
El personal que trajo mi comida es ordenado y limpio.	99,3	0,7				290
El olor del hospital me quita el apetito.	6,2	2,1	8,3	2,1	81,3	290
Tengo la posibilidad de recibir una comida sana en el hospital.	92,1	3,4	1,7	0,7	2,1	290
Me distorsiona/molesta el sonido de la vajilla en el momento que la recogen.	4,9		2,8	2,5	89,8	284
Las bebidas frías están a la temperatura correcta.	76,5	8,5	7,5	1,8	5,7	281
Me gusta la forma en que los vegetales están elaborados.	75,2	11	7,6	2,4	3,8	291
Las comidas saben rico.	71,7	10,3	11,4	2,1	4,5	287
Las bebidas calientes están a la temperatura correcta.	78,8	4,9	10,4	3,5	2,4	288
El personal que recoge mi comida es amigable y educado.	96,9	1,4	1,4		0,3	290
Me gusta poder escoger diferentes tamaños de las porciones.	31,0	6,3	8,2	7,7	46,8	284
El menú tiene variedades que contemplan mis preferencias.	64,8	14,4	12,1	2,1	6,6	290
Las comidas frías están a la temperatura ideal.	82,7	6,6	7,6	1	2,1	289
El personal que trae mi comida es muy amable.	98,3	1	0,7			289

Las comidas tienen excelentes y distintos sabores.	69,7	12,5	10,5	3,5	3,8	287
Las comidas calientes están a la temperatura ideal.	72,5	8	11,9	4,5	3,1	287

Fuente: elaboración propia.

## 9. Referencias

- Argente Pla, M. (2015), “Prevalencia de desnutrición en una unidad de media y larga estancia hospitalaria”, *Nutrición Hospitalaria*, 31 (2).
- Arias, S., I. Bruzzone, V. Blanco, M. Inchausti, F. García, G. Casavieja, R. Silveira, M.E. Ruiz Díaz y S. Belmonte (2008), “Reconocimiento y soporte nutricional precoz en pacientes hospitalizados desnutridos”, *Nutrición Hospitalaria*, 23 (4).
- ASSE (2018), Informe de Rendición de Cuentas, Montevideo.
- Baltazar Luna, E., G. Bravo, R. Samana y G. Chico (2017), “Utilidad del CONUT frente al NRS-2002 en la valoración del riesgo nutricional en pacientes hematológicos”, *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 37 (1).
- Bello, N., C. Ciccardini, V. Cabrera, J. Casadei y M. De León (2012), “Ingreso en distintos centros prestadores de salud del interior del país, Montevideo, IV Congreso Uruguayo de Nutrición, Escuela de Nutrición Udelar COSEMI-FEMI, octubre.
- Benítez Brito, N., J. Oliva García, I. Delgado Brito, F. Pereyra García-Castro, J.P. Suárez Llanos, F.G. Leyva González y J.E. Palacio Abizanda (2016), “Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel”, *Nutrición Hospitalaria*, 33 (6).
- Calleja, F., A. Vidal, R. Cano y M.D. Ballesteros (2016), “Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica”, *Nutrición Hospitalaria*, 33 (2).
- Capra, A., O. Wroght, M. Sardie, J. Bauer y D. Askew (2005), “The acute hospital foodservice patient satisfaction questionnaire: The development of valid and reliable tool to measure patient satisfaction with acute care hospital foodservice”, *Journal of Foodservice*, 16 (1-2).
- Cárdenas, D., C. Bermúdez, S. Echeverri, S. Pérez, M. Puentes y L. López (2019), “Declaración de Cartagena: Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición”, *Nutrición Hospitalaria*, 36 (4).
- Castillo, J.C. (2016), “Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: Association with prognostic variables: The ENHOLA study”, *Nutrición Hospitalaria*, 33 (3).

- Castro Vega, I., M. Veses, J. Cantero, M. Barrios, N. Monzó y M. Bañuls (2017), “Prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en población ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada en un departamento de salud”, *Nutrición Hospitalaria*, 34 (4).
- Correia, M.I. (2016), “Hospital malnutrition in Latin America: Building a culture of nutrition care”, *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40 (4).
- De la Cruz, P., R. Figueredo Grijalva, C. Dugloszewski, J.A.S. Ruy Díaz Reynoso, J.V. Spolidoro Noroña, A. Matos, F. Carrasco, G. Chirife, A. Vergara, J. Moya Rodríguez, G. Loyola, A. Álvarez, C. Barozzi, M. Vaga y García de Lorenzo (2008), “Declaración de Cancún: Declaración Internacional de Cancún sobre derecho a la nutrición en hospitales”, *Nutrición Hospitalaria*, 23 (5).
- De Ulibarri, J., L. Cabrerizo y B. Gonález (2002), “Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria”, *Nutrición Hospitalaria*, 17 (4).
- Felanpe (s/f), *Declaración internacional sobre el derecho a la nutrición en los hospitales*, Ciudad de México.
- Fuentes, C., M. De León, V. Rubio y A. Santacruz (2010), “Prevalencia de riesgo nutricional en adultos hospitalizados en el Hospital Evangélico”, *Nutrición en Perspectiva*, octubre.
- Gonçalves, E. (2018), “Bioética y derecho humano a la alimentación adecuada en la terapia nutricional enteral”, *Revista Bioética*, 26 (2).
- Hiesmayr, M., K. Schindler, E. Pernicka, C. Schuh, A. Schoeniger y P. Bauer (2009), “Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients: The nutrition day survey 2006”, *Clinical Nutrition*, 28.
- Iff, S., M. Leueneberger, S. Rosch, G. Knecht, B. Tanner y Z. Stanga (2008), “Meeting the nutritional requirements of hospitalized patients: An interdisciplinary approach to hospital catering”, *Clinical Nutrition*, 27 (6).
- Kondrup, J. (2003), “ESPEN Guidelines for nutrition screening”, *Clinical Nutrition*, 22 (4).
- Merhi, L. (2007), “Tiempo de hospitalización y estado nutricional en pacientes hospitalizados”, *Nutrición Hospitalaria*, 22 (5).
- Messina, G., R. Fenucci, F. Vencia, F. Niccolini, C. Quercioli y N. Nante (2013), “Patient’s evaluation of hospital foodservice quality in Italy: What do patients really value?”, *Public Health Nutrition*, 16 (4).
- Paredes, M. (2017), “El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos”, 16 de noviembre (disponible en <https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios>).
- Rodríguez, D. (2018), “La Declaración Internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales: una década después”, *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 1 (2).
- SENPE (s/f), *Consenso multidisciplinario sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España*, Madrid, Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral.

- Sun, Z., X.J. Kong, X. Jung, R.J. Deng y Z.B. Tian (2015), “Nutritional risk screening 2002 as a predictor of postoperative outcomes in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies”, *Plos One*, 10 (7).
- Waitzberg, D., R. Ravacci y M. Raslan (2011), “Desnutrición hospitalaria”, *Nutrición Hospitalaria*, 26 (2).