



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Predictores de la satisfacción de los pacientes con la alimentación de un hospital público de Madrid

B. Fernández-Martínez^{a,*}, A.I. Alguacil-Pau^b, R. Crespo-Sevilla^c y A. García-Vega^d

^a Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Madrid, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Unidad de Calidad, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Unidad de Dietética y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^d Unidad de Calidad, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 15 de junio de 2012; aceptado el 23 de septiembre de 2012

Disponible en Internet el 16 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;
Servicios de alimentación;
Hospitales

Resumen

Objetivo: Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes con la alimentación recibida durante su ingreso y qué factores la predicen.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en el Hospital Clínico San Carlos entre mayo y septiembre de 2010 mediante una encuesta autocumplimentada tras el alta hospitalaria tanto en pacientes con dieta basal como terapéutica. Se recogieron variables sociodemográficas, satisfacción global con la alimentación y con diferentes aspectos y tipos de alimentos. Se realizó un análisis descriptivo y multivariante, siendo la variable dependiente la satisfacción global mediante regresión logística binaria.

Resultados: Se obtuvieron 549 encuestas (tasa de respuesta del 29%), de las cuales el 60,7% habían recibido dieta terapéutica. La edad mediana fue de 68 años y el 55,4% eran hombres. El 75% manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos. Las variables que influyeron de forma significativa en la satisfacción con la alimentación fueron la condimentación, la temperatura, y la satisfacción con los pescados y sopas/cremas.

Conclusiones: A pesar de un elevado nivel de satisfacción con la alimentación existen oportunidades de mejora. Se han identificado algunos factores sobre los cuales podría ser más rentable actuar.

© 2012 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Food services;
Hospitals

Predictors of patient satisfaction with the food services in a public hospital in Madrid

Abstract

Objective: To describe patients satisfaction with the food services during hospitalisation, and to determine the predictors.

Methodology: A cross-sectional study was conducted in the "Clínico San Carlos" Hospital, between May and September 2010. A self-completion questionnaire was given to patients with both

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bfernandez.gapm11@salud.madrid.org (B. Fernández-Martínez).

regular and therapeutic diets after their hospital discharge. We included socio-demographic variables, overall satisfaction, and satisfaction regarding different aspects and types of food. Descriptive and multivariable analyses were performed, with the overall satisfaction with food as the dependent variable using binary logistic regression.

Results: A total of 549 questionnaires were returned (rate 29%), of which 60.7% received a therapeutic diet. 55.4% were men, and the median age was 68 years. Three-quarters (75%) were satisfied or very satisfied. Statistically significant variables associated with patient satisfaction with the food services received were the meal's taste and temperature, as well as being satisfied with the fish and soups on the menu.

Conclusions: Despite the high level of satisfaction with food services, there is scope for improvement. We have identified some of the aspects on which action would be more beneficial.

© 2012 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En las últimas décadas asistimos a un cambio en el papel del paciente dentro del sistema sanitario que ha pasado de ser un mero expectador a una pieza clave del sistema. Su participación en el proceso asistencial va adquiriendo una importancia progresiva y sus necesidades, expectativas y preferencias son tenidas en cuenta para la gestión y planificación.

Estos cambios se plasman, a nivel legislativo, en la Ley de Autonomía del paciente en la que se reconoce la libertad y la responsabilidad de la persona para decidir sobre su situación como sujeto de cuidados médicos, su derecho a ser informado y a decidir sobre su salud¹.

Las encuestas de satisfacción de pacientes constituyen una aproximación al punto de vista de los mismos y nos ofrecen una medida de resultados en salud. Frecuentemente se utilizan para obtener indicadores de la calidad percibida o de la calidad de los servicios recibidos^{2,3}.

Desde un enfoque institucional, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad define, dentro de su Plan de Calidad, una serie de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Entre ellos considera el grado de satisfacción de los ciudadanos con la atención recibida en el ingreso hospitalario⁴. En la Comunidad de Madrid se realizó en 2010 la «Encuesta de satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública». Dentro del segmento dedicado a hospitales se analizaba la satisfacción con la hospitalización⁵.

Aspectos como la adecuación del mobiliario y la alimentación constituyen factores importantes y complementarios a los puramente asistenciales en la valoración de los pacientes ingresados acerca de la asistencia recibida^{6,7}. La satisfacción con los mismos se ha relacionado con una mejor valoración de la asistencia y deben ser tenidos en cuenta en la mejora continua de la calidad asistencial.

La alimentación constituye un eje fundamental de la atención al paciente enfermo, cuya actividad durante el ingreso se ve limitada y su acceso a los alimentos restringido a lo que recibe en el menú. Diversos estudios revelan que la desnutrición es una situación frecuente durante los ingresos, especialmente en pacientes mayores y pluripatológicos, y se estima que en Europa puede suponer el 27%⁸⁻¹⁰. Muchos pacientes disminuyen su ingesta: hasta un 78% no terminan la comida que se les sirve en la bandeja. Las causas de ello

van desde el cambio impuesto en sus hábitos alimenticios, su situación clínica y tratamiento hasta su estado anímico^{8,11} y las consecuencias pueden ser graves, incluyendo un aumento de mortalidad¹². La satisfacción con la alimentación puede conllevar una mayor ingesta y mejorar el estado nutricional.

La calidad de la alimentación en los hospitales frecuentemente no se ajusta a los estándares deseables¹³ y diversos trabajos la han identificado como uno de los principales predictores de la satisfacción con la misma. Se han descrito algunos de sus atributos, tales como la temperatura, el sabor, la variedad, la cantidad o los horarios^{6,7,14}, pero son pocos los que han analizado mediante un enfoque multivariante cuáles de estos actúan como determinantes de la satisfacción con la alimentación^{15,16}, y ninguno en nuestro medio.

Por todo ello, en el Hospital Clínico San Carlos nos planteamos realizar la encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de alimentación del hospital a fin de describir su satisfacción con los diferentes aspectos de la alimentación y conocer qué factores se relacionan con la satisfacción en la alimentación de los pacientes durante su hospitalización.

Material y métodos

El Hospital Clínico San Carlos es un centro público de primer nivel que cuenta con 981 camas y atiende a una población de 428.022 habitantes de la ciudad de Madrid. Siguiendo las recomendaciones de la Subdirección General de Atención al Paciente¹⁷, la Unidad de Calidad del Hospital realizó en 2010 la encuesta de satisfacción con la alimentación de los pacientes ingresados.

Para una población conocida (33.000 altas en 2009, 25.000 de octubre a junio y 8.000 de julio a septiembre), un error muestral del 6%, un intervalo de confianza del 95% y una frecuencia esperada de satisfacción global desconocida se calculó un tamaño muestral de 264 encuestas para el menú de invierno (octubre a junio) y 258 encuestadas para el de verano (julio a septiembre). Para obtener este tamaño muestral, con una tasa de respuesta estimada del 27%, se enviaron 1.910 cuestionarios.

El estudio se realizó en 2 fases: una primera entre el 3 y el 30 de mayo para valorar la dieta de invierno y otra entre el 30 de agosto y el 30 de septiembre dirigida a la dieta de

Tabla 1 Resultados de la encuesta de satisfacción

	Muy satisfecho/satisficho		Ni satisfecho ni insatisfecho		Insatisfecho/muy insatisfecho		No sabe/no contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
P1. Presentación de la comida	457	83,2	59	10,7	31	5,6	2	0,4
P2. Preparación de los alimentos	399	72,7	72	13,1	70	12,8	8	1,5
P3. Condimentación (sabor)	339	61,7	98	17,9	98	17,9	14	2,6
P4. Limpieza de bandeja, vajilla y cubiertos	478	87,2	47	8,6	21	3,8	2	0,4
P5. Estado de bandeja, vajilla y cubiertos	460	83,8	53	9,7	29	5,3	7	1,3
P6. Verduras y ensaladas	332	60,5	73	13,3	66	12,0	78	14,2
P7. Sopas, cremas y purés	392	71,4	64	11,7	74	13,5	19	3,5
P8. Arroces y pastas	335	61,0	74	13,5	45	8,2	95	17,3
P9. Legumbres y guisos	323	58,8	61	11,1	40	7,3	125	22,8
P10. Carnes (ternera)	323	58,8	73	13,3	54	9,8	99	18,0
P11. Aves (pollo y pavo)	400	72,9	59	10,7	36	6,6	54	9,8
P12. Pescados	334	60,8	62	11,3	91	16,6	62	11,3
P13. Fruta y postres	429	78,1	49	8,9	38	6,9	33	6,0
P14. Café/lácteos/infusiones	450	82,0	42	7,7	26	4,7	31	5,6
P15. Temperatura	374	68,1	83	15,1	83	15,1	9	1,6
P16. Variedad	387	70,5	81	14,8	68	12,4	13	2,4
P17. Cantidad	472	86,0	38	6,9	28	5,1	11	2,0
P18. Horario de desayuno	444	80,9	55	10,0	32	5,8	18	3,3
P19. Horario de comida	456	83,1	36	6,6	36	6,6	21	3,8
P20. Horario de merienda	463	84,3	30	5,5	33	6,0	23	4,2
P21. Horario de cena	439	80,0	46	8,4	43	7,8	21	3,8
P22. Satisfacción global	411	74,9	63	11,5	52	9,5	23	4,2
	Sí		No		No sabe/no contesta			
	n	%	n	%	n	%	n	%
P23. Información sobre el tipo de dieta	370	67,4	148	27,0	31	5,6		
P24. Posibilidad de elegir menú	241	43,9	270	49,2	38	6,9		
P25. Oferta de alimento antes de dormir	490	89,3	35	6,4	24	4,4		
P26. Le sirvieron lo que pidió	437	79,6	48	8,7	64	11,7		

P1 a P26: pregunta 1 a pregunta 26 del cuestionario.

verano. Se incluyeron todos los pacientes dados de alta de hospitalización por haber finalizado los cuidados que habían recibido al menos el último día de su estancia dieta basal o terapéutica del menú del Servicio de Cocina del Hospital. Se excluyeron las altas por exitus, las del Servicio de Psiquiatría y los trasladados a otro centro o residencia. La encuesta se envió por correo postal al domicilio que constaba en la base de datos del hospital una semana después del alta, diferenciando entre dieta basal y terapéutica según había indicado la Unidad de Dietética. Los listados conteniendo datos personales se destruyeron siguiendo los cauces habituales para la información confidencial. Una vez cumplimentada por el paciente y/o allegados de forma anónima, se remitían al apartado de correos del hospital en el sobre prefranqueado que se incluyó en el envío. Las preguntas se consensuaron por la Unidad de Dietética, el Servicio de Cocina y la Unidad de Calidad del Hospital y la encuesta fue aprobada por la Consejería de Sanidad.

La encuesta constaba de un total de 26 preguntas (**tabla 1**; P1 a P26). En 8 de ellas se indagaba acerca de la satisfacción del paciente con diferentes aspectos de la alimentación (P1 a P5 y P15 a P17: presentación, preparación,

condimentación, limpieza y estado de los utensilios, temperatura, variedad, cantidad), otras 9 iban dirigidas a la satisfacción con distintos grupos de alimentos (P6 a P14: verduras, sopas/cremas, arroz/pasta, legumbres/guisos, carnes, aves, pescados, frutas/postres, cafés/lácteos/infusiones), 8 versaban sobre la satisfacción con los horarios (P18 a P21), haber recibido información sobre el tipo de dieta, posibilidad de elección de menú, haber recibido lo que pidió, oferta de alimentos antes de dormir (P23 a P26) y una sobre la satisfacción global (P22). Las preguntas sobre satisfacción fueron formuladas en una escala de tipo Likert de 1 (Muy insatisfecho) a 5 (Muy satisfecho); las que indagaban sobre haber recibido información y los alimentos que pidió, así como la posibilidad de elegir menú y la oferta de alimentos tenían como opciones posibles de respuesta «Sí» o «No»; en todas ellas se incluyó un apartado adicional para responder «No sabe/no contesta». Por último, se incluyeron algunas acerca de datos sociodemográficos: año de nacimiento, sexo, nivel de estudios, ocupación y lugar de nacimiento. Las variables cuya escala iba de 1 a 5 se recodificaron para el análisis descriptivo en «Muy insatisfecho/insatisfecho» (puntuaciones 1

Tabla 2 Distribución de pacientes por tipo de dieta y respuesta

	Enviadas N (%)	Recibidas N (%)	Tasa de respuesta (%)
Basal	667 (34,9)	216 (39,3)	32
Terapéutica	1.243 (65,1)	333 (60,7)	27
Total	1.910	549	29

y 2), «Ni insatisfecho ni satisfecho» (puntuación 3), «Muy satisfecho/satisfecho» (puntuaciones 4 y 5) y «No sabe/no contesta». Para los análisis posteriores estas se recodificaron de forma dicotómica en «Insatisfecho» (puntuaciones 1 a 2) y «Satisfecho» (puntuaciones 4 y 5). Se excluyeron las respuestas correspondientes a la puntuación 3 «ni satisfecho ni insatisfecho» y los valores «No sabe/no contesta» de todas las variables y se creó una variable de satisfacción global con el horario. Los datos se trataron informáticamente.

Se realizó un análisis descriptivo y, a fin de conocer su contribución individual a la satisfacción global con la alimentación, se realizaron análisis univariantes tanto con las variables de aspectos de la alimentación (cocina, alimentos, horarios, información) como con las sociodemográficas. Para el contraste de hipótesis se utilizaron los test de la Chi-cuadrado de Pearson o el estadístico exacto de Fisher en el caso de las categóricas y el test de la U de Mann Whitney para contrastar la variable edad, cuya distribución no se ajustaba a la normal. Se consideraron como posibles variables predictoras aquellas que en el análisis univariado obtuvieron un nivel de significación para $p < 0,2$. Debido a la presencia en algunas de estas variables de casillas en las tablas de contingencia con pocos casos se realizó un análisis univariante de regresión logística, considerando las preguntas 1 a 17 y 23 a 26, satisfacción con el horario, estación, tipo de dieta y sociodemográficas, y se excluyeron aquellas con intervalos de confianza amplios¹⁸. Se hizo un análisis previo de las posibles interacciones teóricas y ninguna de ellas alcanzó el nivel de significación para considerar su inclusión en el modelo. Finalmente, se ajustó un modelo multivariable de regresión logística binaria para valorar qué factores predicen la satisfacción global con la alimentación. Se utilizó el método enter por pasos hacia atrás con enfoque predictivo partiendo de un modelo completo en el que se incluyeron las preguntas 3 a 5, 7, 12 a 15, 17, 23, 25, satisfacción con el horario y estación hasta obtener el modelo final. El análisis, llevado a cabo por la Unidad de Calidad, se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 14.

Resultados

Se enviaron un total de 1.910 encuestas, un 35% a pacientes que recibieron dieta basal al menos el último día de estancia y el resto a pacientes que recibieron algún tipo de dieta terapéutica. Se obtuvieron 549 encuestas (**tabla 2**). De ellas, 277 (50,5%) fueron encuestados en invierno y el 60,7% habían recibido dieta terapéutica.

Entre los encuestados, 304 (55,4%) eran hombres. La edad mediana fue de 68 años (p25-75: 55-76 años; rango de 21 a 105). Al menos el 82,5% tenían estudios primarios o superiores (7,3% desconocido). La principal situación laboral fue

ser pensionista (50,7%), seguida de trabajador en activo (25,9%), ama de casa (11,1%), desempleado (3,5%) y estudiante (1,5%). Un 6,4% no declararon su actividad. En cuanto a la procedencia, 494 (90%) eran españoles.

Los resultados de cada una de las preguntas de la encuesta se muestran en la **tabla 1**. El 75% de los pacientes manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos globalmente con la alimentación recibida durante el ingreso.

En la **tabla 3** se presentan los resultados del análisis univariado. No encontramos asociación estadísticamente significativa con la dieta, la estación, recibir alimento antes de dormir, la edad, el sexo, los estudios, la ocupación ni el lugar de nacimiento.

Las variables que influyeron de forma significativa en la satisfacción global con la alimentación, una vez tenidas en cuenta todas las demás variables de ajuste, fueron: la condimentación, la temperatura, los pescados y las sopas y cremas (**tabla 4**).

Discusión

La tasa de respuesta obtenida fue superior a la de algunos estudios de opinión de usuarios por correo llevados a cabo en nuestro medio^{19,20} e inferior a la de otros en los que se realizaron recordatorios posteriores al primer envío²¹, por lo cual consideramos que fue adecuada.

Partimos de un nivel alto de satisfacción global con la alimentación y en la mayor parte de los ítems. Gómez-Payo et al. describen una satisfacción global con la alimentación inferior a la nuestra en un hospital geriátrico español¹⁹ y lo mismo ocurre en el estudio de Sahin et al. desarrollado en un hospital militar en Turquía¹⁶. O'hara et al. obtienen, en su estudio realizado en Canadá, una proporción de satisfacción global superior a la nuestra y, al igual que en nuestro caso, una elevada satisfacción en la mayoría de los aspectos¹⁵.

La existencia de ciertos ítems y alimentos peor valorados nos dan una primera orientación de hacia dónde dirigir las acciones de mejora.

La condimentación y la temperatura son componentes conocidos de la calidad de la alimentación que los pacientes suelen valorar en relación con su satisfacción con los alimentos^{7,22}. En nuestro estudio fueron los aspectos de cocina peor valorados (menores porcentajes de satisfechos/muy satisfechos) y se identificaron como predictores de la satisfacción con la alimentación, en línea con lo descrito en la literatura^{15,16,23}. La cantidad no resultó incluida en nuestro modelo final, a diferencia de lo hallado por Sahin et al.¹⁶; en nuestro caso no podemos descartar que esto se deba a un problema de potencia. Otros factores que se han relacionado previamente con la satisfacción con la alimentación, como la variedad²³ y la presentación¹⁶, no se pudieron incluir en nuestros modelos.

En lo relativo a los distintos alimentos solo hemos podido considerar en el análisis multivariable 4 de los 9 reconocidos en la encuesta. No podemos descartar que alguno de los alimentos excluidos, como la carne, pudiera estar asociado a la satisfacción con la alimentación, tal como en otros estudios²³. En nuestro caso, los 2 grupos de alimentos incluidos en el modelo final (pescado y sopas o cremas) fueron aquellos que obtuvieron unos mayores porcentajes de pacientes insatisfechos o muy insatisfechos en la encuesta.

Tabla 3 Análisis univariado de la satisfacción global según los diferentes ítems de la encuesta

	Satisfcho		Insatisfcho		Valor de p
	n	%	n	%	
Sexo					
Hombre	232	88,9	29	11,1	0,830
Mujer	165	88,2	22	11,8	
Estudios					
Primarios/inferiores	188	90,4	20	9,6	0,329
Secundarios/superiores	202	87,4	29	12,6	
Ocupación					
Estudia/trabaja	115	88,5	15	11,5	0,461
Pensionista	218	88,3	29	11,7	
Ama de casa	45	90,0	5	10,0	
Desempleo	19	100,0	0	0	
Lugar nacimiento					
España	375	88,4	49	11,6	1
Otros	25	89,3	3	10,7	
Dieta					
Basal	167	88,8	21	11,2	0,973
Terapéutica	244	88,7	31	11,3	
Estación					
Invierno	199	86,5	31	13,5	0,128
Verano	212	91,0	21	9,0	
P1.Presentación					
Satisfcho	389	96,3	15	3,7	< 0,001
Insatisfcho	4	15,4	22	84,6	
P2.Preparación					
Satisfcho	367	98,7	5	1,3	< 0,001
Insatisfcho	13	25,0	39	75,0	
P3.Condimentación					
Satisfcho	303	98,1	6	1,9	< 0,001
Insatisfcho	29	42,0	40	58,0	
P4.Limpieza vajilla					
Satisfcho	384	93,7	26	6,3	< 0,001
Insatisfcho	8	47,1	9	52,9	
P5.Estado vajilla					
Satisfcho	370	93,7	25	6,3	< 0,001
Insatisfcho	8	30,8	18	69,2	
P6.Verduras/ensaladas					
Satisfcho	297	97,7	7	2,3	< 0,001
Insatisfcho	18	34,0	35	66,0	
P7.Sopas/cremas					
Satisfcho	346	96,9	11	3,1	< 0,001
Insatisfcho	18	3,6	32	64,0	
P8.Arroces/pastas					
Satisfcho	300	97,7	7	2,3	< 0,001
Insatisfcho	8	22,9	27	77,1	
P9.Legumbres/guisos					
Satisfcho	284	97,3	8	2,7	< 0,001
Insatisfcho	3	9,7	28	90,3	
P10.Carnes					
Satisfcho	290	98,0	6	2,0	< 0,001
Insatisfcho	13	30,2	30	69,8	

Tabla 3 (Continued)

	Satisfecho		Insatisfecho		Valor de p
	n	%	n	%	
<i>P11. Aves</i>					
Satisfecho	349	97,2	10	2,8	< 0,001
Insatisfecho	6	21,4	22	78,6	
<i>P12. Pescados</i>					
Satisfecho	305	97,8	7	5,6	< 0,001
Insatisfecho	24	39,3	37	60,7	
<i>P13. Fruta y postres</i>					
Satisfecho	353	95,1	18	4,9	< 0,001
Insatisfecho	11	36,7	19	63,3	
<i>P14. Café/lácteos</i>					
Satisfecho	366	93,4	26	6,6	< 0,001
Insatisfecho	7	35,0	13	65,0	
<i>P15. Temperatura</i>					
Satisfecho	322	97,0	10	3,0	< 0,001
Insatisfecho	32	50,0	32	50,0	
<i>P16. Variedad</i>					
Satisfecho	350	98,0	7	2,0	< 0,001
Insatisfecho	14	28,6	35	71,4	
<i>P17. Cantidad</i>					
Satisfecho	390	94,2	24	5,8	< 0,001
Insatisfecho	5	25,0	15	75,0	
<i>P18-21. Satisfacción horarios</i>					
Sí	384	93,7	26	6,3	< 0,001
No	21	45,7	25	54,3	
<i>P23. Información dieta</i>					
Sí	296	91,4	28	8,6	0,011
No	102	82,9	21	17,1	
<i>P24. Elección menú</i>					
Sí	199	90,0	22	10,0	0,297
No	192	86,9	29	13,1	
<i>P25. Lo que pidió</i>					
Sí	350	90,9	35	9,1	< 0,001
No	21	61,8	13	38,2	
<i>P26. Antes dormir</i>					
Sí	378	88,5	49	11,5	0,757
No	26	92,9	2	7,1	

P1 a P26: pregunta 1 a pregunta 26 del cuestionario.

No hemos encontrado en la literatura revisada estudios que analicen la relación de grupos de alimentos con la satisfacción con la alimentación, aunque algunos han señalado la calidad de los alimentos como un factor clave²⁴, hecho que puede explicar esta asociación y debería ser tenido en cuenta para centrar los esfuerzos de mejora de la calidad en dichos tipos de alimentos.

De forma similar a lo descrito con anterioridad por otros investigadores no observamos relación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la alimentación y los factores sociodemográficos ni según el tipo de dieta^{7,15,16}. Esto último puede estar en relación con las expectativas²⁵,

de modo que los pacientes que precisan dieta terapéutica aceptarían como normales unos estándares diferentes a los de la dieta basal, sin menoscabo de su satisfacción.

No hemos encontrado estudios previos en nuestro medio que analicen los predictores de la satisfacción global con la alimentación.

Debemos ser cautos a la hora de interpretar nuestros resultados, y considerar algunas potenciales limitaciones. En primer lugar, desconocemos el perfil de los no respondedores que podría comprometer la representatividad de la muestra. En segundo lugar, la posibilidad de un sesgo de memoria que consideramos poco relevante por el escaso

Tabla 4 Modelo final de regresión multivariable. Variables asociadas con la satisfacción global con la alimentación

	OR	IC95%		Valor de p
		Inferior	Superior	
Condimentación	6,16	0,99	38,29	0,051
Temperatura	10,28	1,85	57,02	0,008
Sopas y cremas	17,46	2,81	108,58	0,002
Pescados	11,23	1,73	72,75	0,011

IC95%: intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratio.

tiempo transcurrido desde el alta hasta la encuesta. Además, se utilizó un cuestionario no validado por no disponer de uno de tales características para medir la satisfacción con la alimentación en nuestro medio, aunque sí estaba normalizado y aprobado por la Dirección General de Atención al Paciente. Por otra parte, el artículo se centra en un único hospital y, por tanto, los resultados obtenidos podrían no ser generalizables a otros centros. Por último, obtuvimos un elevado porcentaje de no respuesta en algunos ítems y debido a la falta de potencia es posible la existencia de un error de tipo II en los resultados de la regresión. No obstante a lo anterior, consideramos que los resultados nos dan una visión de partida bastante aproximada de la satisfacción con la alimentación de nuestros pacientes y los predictores de su satisfacción con la alimentación están en línea con lo identificado en la literatura revisada.

Existen múltiples experiencias previas de introducción de acciones de mejora en aspectos de cocina basadas en los resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes después de las cuales logran aumentos de la puntuación en las mismas, siendo en algunos casos necesaria poca inversión²⁶⁻²⁹. Una mayor satisfacción con la alimentación mejoraría el estado nutricional de los pacientes, reduciendo la duración de los ingresos y ahorrando por tanto costes hospitalarios³⁰.

Podemos concluir que nuestro hospital cuenta con una elevada satisfacción global con la alimentación, aunque existe un margen de mejora en ciertos aspectos y alimentos peor valorados, especialmente aquellos que más influyen en la satisfacción con la alimentación en nuestros pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Por su colaboración en el desarrollo del estudio al Servicio de Hostelería, a la Unidad de Dietética del Hospital Clínico San Carlos y a la Unidad de Calidad.

Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE (15 Nov 2002).
- 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.
- Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital*. 2006;224:90-6.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud. Indicadores clave; 2011. [acceso 28 May 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInsSanSNS/inclasSNS_DB.htm
- Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención al Paciente. Encuesta de satisfacción de los usuarios; 2010. [acceso 14 Sep 2012]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142537203010&idTema=1142338264178&language=es&pageName=ComunidadMadrid%2FEEstructura&perfil=1273044216036&pid=1273078188154
- Aase S. Hospital foodservice and patient experience: what's new? *J Am Diet Assoc*. 2011;111:1118-23.
- 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.
- Naithani S, Thomas JE, Whelan K, Morgan M, Gulliford MC. Experiences of food access in hospital. A new questionnaire measure. *Clin Nutr*. 2009;28:625-30.
- Naithani S, Whelan K, Thomas JE, Gulliford MC. Multiple morbidity is associated with increased problems of food access in hospital: a cross-sectional survey utilising the Cumulative Illness Rating Scale. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23:575-82.
- Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Howard P, Schütz T, Bauer P, et al. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: a survey of 21,007 patients findings from the 2007-2008 cross-sectional nutritionDay survey. *Clin Nutr*. 2010;29:552-9.
- 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.
- 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 hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clin Nutr*. 2009;28:484-91.
- 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.
- Wright OR, Capra S, Connelly LB. Foodservice satisfaction domains in geriatrics, rehabilitation and aged care. *J Nutr Health Aging*. 2010;14:775-80.
- 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.
- 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.
- Dirección General de Atención al Paciente. Subdirección de Calidad. Criterios generales y recomendaciones para aplicar en los estudios de opinión incluidos en protocolos, certificaciones y vías clínicas. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2010.
- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 2000.
- Gómez-Payo S, del Río-Moro O, Manrique-García A, Rodríguez-Martín MC, Fernández-Pardo MJ. Satisfacción del usuario en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo. *Rev Calid Asist*. 2012;27:78-84.
- Rodríguez-Fernández J, Ramón Martínez J, Montserrat-Capella D, Sainz A, Cebrián M, García-Artiaga C,

- et al. Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento (2001-2005). *Rev Calid Asist.* 2008;23:57-64.
21. González N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San Sebastián JA, de la Sierra E, et al. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud. *Gac Sanit.* 2008;22:210-7.
22. González Molero I, Olveira 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.
23. 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.
24. Lau C, Gregoire MB. Quality ratings of a hospital foodservice department by inpatients and postdischarge patients. *J Am Diet Assoc.* 1998;98:1303-7.
25. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Torres Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:527-37.
26. Castelo-Zas S, Valenciano-González A, Taboada-Gómez J, Bastida-Remetería R. Mejoras en los servicios generales de un hospital a raíz de las encuestas a pacientes. *Rev Calid Asist.* 2010;25:275-80.
27. Donini LM, Castellaneta 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;27:105-14.
28. Stanga Z, Zurflüh Y, Roselli M, Sterchi A, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clin Nutr.* 2003;22:241-6.
29. Barsamian AM, Gregoire M, Sowa D, Lafferty L, Stone M. Timely resolution of patient concerns improves post-discharge satisfaction. *J Am Diet Assoc.* 2010;110:1346-50.
30. Johansen N, Kondrup J, Plum LM, Bak L, Nørregaard P, Bunch E, et al. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. *Clin Nutr.* 2004;23:539-50.