

El Menú Hospitalario como Estrategia para Mejorar la Aceptación de la Alimentación en Pacientes Oncohematológicos

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4765>

Menu Hospitalar como Estratégia de Melhoria da Aceitação da Dieta entre Pacientes Onco-hematológicos
Hospital Menu as a Strategy to Improve Diet Acceptance among Onco-hematological Patients

Bruna Steffler¹; Eduarda Pompeu do Nascimento²; Giovana Cristina Ceni³; Katiane Schmitt Dalmonte⁴

RESUMEN

Introducción: La desnutrición en pacientes con cáncer sigue siendo un problema, especialmente durante la hospitalización donde la aceptación de los alimentos parece verse afectada. **Objetivo:** Analizar el impacto de un menú hospitalario en la aceptación de la dieta entre pacientes de oncohematología. **Método:** Estudio experimental, cuantitativo, desarrollado en un hospital universitario del sur del Brasil. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de cuestionarios. Se incluyeron pacientes con menos del 75% de aceptación de la dieta. Recibieron un menú, que les permitió elegir las preparaciones que les gustaría recibir. **Resultados:** Participaron de la investigación 22 pacientes. No se identificó la clasificación de delgadez en adultos ni el agotamiento muscular. De los doce adultos, uno tuvo una pérdida de peso significativa y cinco tuvieron una pérdida de peso severa. De los diez ancianos, tres tenían bajo peso según el índice de masa corporal (IMC), tres tenían agotamiento muscular según la circunferencia de la pantorrilla, tres tenían agotamiento moderado y uno tenía agotamiento leve, considerando la circunferencia del brazo. Dos personas mayores tuvieron una pérdida de peso significativa y cinco tuvieron una pérdida de peso severa. Hubo diferencia significativa ($p = 0,016$) entre la ingesta de alimentos antes y después de aplicar el menú. Se observó un aumento en la aceptación de la dieta en todas las comidas ofrecidas, excepto en la colación nocturna. La aceptación después de usar el menú tuvo una correlación significativa con un aumento del apetito ($p = 0,022$), una mejora del estado de ánimo ($p < 0,001$) y una mejor ingesta de alimentos ($p = 0,027$). **Conclusión:** El menú parece aumentar la aceptación de los alimentos en pacientes hospitalizados e influir en cuestiones emocionales.

Palabras clave: Neoplasias/dietoterapia; Hospitalización; Estado Nutricional; Nutrición, Dieta y Alimentación.

RESUMO

Introdução: A desnutrição do paciente oncológico ainda é um problema, especialmente na internação hospitalar onde aceitação alimentar parece ser prejudicada. **Objetivo:** Analisar o impacto de um menu hospitalar na aceitação da dieta entre pacientes onco-hematológicos. **Método:** Estudo observacional, de caráter quantitativo, desenvolvido em um hospital universitário no Sul do Brasil. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionários. Foram incluídos os pacientes com aceitação da dieta inferior a 75%. Estes receberam um menu que lhes permitiu escolher as preparações que gostariam de receber. **Resultados:** Participaram da pesquisa 22 pacientes. Não foi identificada a classificação de magreza nos adultos, nem depleção muscular. Dos 12 adultos, um apresentou perda de peso significativa e cinco perda grave. Dos dez idosos, três apresentavam baixo peso segundo o índice de massa corporal (IMC), três apresentaram depleção muscular pela circunferência da panturrilha, três apresentaram depleção moderada e um, depleção discreta, considerando a circunferência do braço. Dois idosos apresentaram perda de peso significativa e cinco tiveram perda grave. Houve diferença significativa ($p = 0,016$) entre a ingestão alimentar pré e pós a aplicação do menu. Notou-se um aumento da aceitação da dieta, em todas as refeições ofertadas, exceto na ceia. A aceitação após o uso do menu teve correlação significativa com o aumento de apetite ($p = 0,022$), a melhora do humor ($p < 0,001$) e a melhora da ingesta alimentar ($p = 0,027$). **Conclusão:** O menu parece aumentar a aceitação alimentar de pacientes hospitalizados e influenciar em questões emocionais.

Palavras-chave: Neoplasias/dietoterapia; Hospitalização; Estado Nutricional; Nutrição, Dieta e Alimentação.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition in cancer patients is still a problem, especially during hospitalization where food acceptance seems to be impaired. **Objective:** To analyze the impact of a hospital menu on diet acceptance among onco-hematological patients. **Method:** Experimental, quantitative study, developed in a university hospital in Southern Brazil. Data collection took place through the application of questionnaires. Patients with less than 75% acceptance of the diet were included. They received a menu, which allowed them to choose the preparations they would like to receive. **Results:** 22 patients participated in the research. Neither the classification of thinness in adults nor muscle depletion was identified. Of the 12 adults, one had significant weight loss and five had severe weight loss. Of the ten older individuals, three were underweight according to body mass index (BMI), three had muscle depletion based on calf circumference, three had moderate depletion and one had mild depletion, considering arm circumference. Two older individuals had significant weight loss and five had severe weight loss. There was a significant difference ($p = 0.016$) between food intake before and after applying the menu. An increase in acceptance of the diet was noted in all meals offered, except supper. Acceptance after using the menu had a significant correlation with increased appetite ($p = 0.022$), improved mood ($p < 0.001$) and improved food intake ($p = 0.027$). **Conclusion:** The menu appears to increase food acceptance in hospitalized patients and influence emotional issues.

Key words: Neoplasms/diet therapy; Hospitalization; Nutritional Status; Nutrition, Diet and Food.

^{1,2}Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Ciências da Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde Santa Maria. Santa Maria (RS), Brasil. E-mails: brunasteffler50@gmail.com; psic.eduarda@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6015-981X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-6770-7708>

³UFSM, Departamento de Alimentos e Nutrição. Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail: giovana.ceni@ufsm.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2787-7593>

⁴Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Santa Maria (RS), Brasil. katiandalmonte@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6594-3446>

Dirección para correspondencia: Brun Steffler. Rua Cristóvão Leopoldo Meinertz, 380, apto. 203, bloco 1 – Sulina. Santa Rosa (RS), Brasil. E-mail: brunasteffler50@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La alimentación del paciente hospitalizado es un aspecto importante del cuidado y puede influenciar en los desenlaces clínicos durante la internación. Aunque, en la mayoría de las realidades, lo que se percibe es una baja aceptación de la dieta ofrecida, sea como consecuencia de la propia patología, de los síntomas clínicos, de la hospitalización, de los aspectos psicosociales, de la característica y calidad de las comidas y de las preferencias alimenticias de cada individuo^{1,2}. Como consecuencia, se notan compromiso del estado nutricional, aumento de las complicaciones y mayor tiempo de internación^{3,4}.

En pacientes oncológicos, especialmente en aquellos que necesitan de largos períodos de internación, este compromiso nutricional parece ser todavía más grave y preocupante. Se considera que estos pacientes pueden encontrarse en riesgo nutricional y generalmente presentan aversión alimenticia debido a las propias características de la enfermedad y del tratamiento⁵. Por tanto, la desnutrición puede ser consecuencia de algunos efectos adversos (disgeusia, náuseas, vómitos, anorexia, mucositis y disfagia) y, al mismo tiempo, intensificar la toxicidad de las terapias farmacológicas⁶.

Para minimizar complicaciones en este escenario, es importante valorar prácticas que aproximen a los pacientes a una alimentación más humanizada, considerando sus aspectos subjetivos⁷. En algunos hospitales, por ejemplo, se viene implementando la carta de opciones, que le confiere más autonomía y protagonismo al paciente sobre su salud⁸.

Otras iniciativas descritas en la literatura hacen referencia al hecho de que el paciente pueda escoger las comidas durante el período de internación, o incluso, que el hospital tenga un servicio de cuarto de nutrición enfocado en el paciente^{9,10}. Además de las características sensoriales de las dietas hospitalarias (color, sabor, textura, apariencia y aroma), respetar las preferencias y los hábitos alimenticios de los pacientes también parece influir en la aceptación alimenticia^{11,12}.

Considerando la importancia de esta temática y la escasez de experiencias en hospitales o unidades oncológicas, esta investigación tiene como objetivo analizar el impacto de un menú hospitalario en la aceptación de la dieta entre pacientes oncohematológicos.

MÉTODO

Estudio observacional, de carácter cuantitativo, desarrollado con pacientes con malignidades hematológicas, internados en un Hospital Universitario en el interior del estado de Río Grande del Sur.

La muestra se definió partiendo de las internaciones ocurridas de enero a julio de 2023, considerando las nueve camas que atienden a adultos con enfermedades oncohematológicas en el hospital en estudio. La elección de ese público se debió al mayor tiempo de internación, percibido en experiencias previas de los investigadores. No formaron parte de la muestra pacientes oncológicos con tumores sólidos, por causa de la mayor rotación de dichos pacientes en la unidad de internación. Fueron incluidos en el estudio pacientes de ambos sexos, con edad superior a 18 años, en tratamiento con quimioterapia, que concordaron en participar voluntariamente y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), y que tenían una vía exclusiva de alimentación oral.

No fueron contemplados en la investigación pacientes con aceptación mayor del 75%, por presentar buena ingesta alimenticia, según la Sociedad Brasileña de Nutrición Oncológica¹³. Estos pacientes tuvieron acompañamiento de conformidad con las rutinas hospitalarias del servicio, sin perjuicio alguno.

Fueron excluidos los pacientes imposibilitados de comunicarse oralmente, debido al uso de medicaciones sedativas, traqueostomía, tubo orotraqueal y/o ventilación mecánica no invasiva, masa tumoral expansiva o aumento ganglionar, portadores de déficit cognitivo o imposibilidad de comprensión acerca de la investigación, así como aquellos en fase final de vida, según los aspectos clínicos y registros en la historia clínica. Los pacientes que presentaron un empeoramiento del estado general durante la aplicación de la investigación también fueron excluidos.

La obtención de datos se realizó mediante la aplicación de cuestionarios. Para evaluar la aceptación de la dieta hospitalaria, se aplicó el cuestionario propuesto por Toledo et al.¹⁴, que evalúa, por medio de representación gráfica en forma de platos, el porcentaje de aceptación (0%, 25%, 50%, 75% y 100%) de las diferentes comidas ofrecidas a lo largo del día. En dicho cuestionario, fue incluida la evaluación general de las características sensoriales de la dieta (sabor, temperatura, apariencia y aroma), atribuyendo notas de 1 a 5, con nota mínima para no me gustó y nota máxima para me gustó mucho.

Para aquellos pacientes con aceptación de la dieta inferior al 75%, se les aplicó un cuestionario propio, contemplando datos sociodemográficos, antropométricos, quejas, síntomas y percepciones del paciente sobre la alimentación, y un cuestionario de Vignola y Tussi¹⁵ sobre depresión, estrés y ansiedad. Datos como diagnósticos, protocolos de quimioterapia y medicamentos en uso fueron recolectados a partir de la historia clínica electrónica de la institución.

El menú fue elaborado por los autores considerando los flujos del servicio ya existentes y posibles adaptaciones

en la dieta estándar, en conformidad con las posibilidades y rutinas del Servicio de Nutrición y Dietética (SND) del hospital en estudio. Después de la aplicación de los cuestionarios, los pacientes (con aceptación de la dieta <75%) recibieron el menú físico, en formato de libreta, con fotos de las preparaciones, en las diferentes comidas (desayuno, refrigerio, almuerzo, merienda de la tarde, cena y colación nocturna) e hicieron sus elecciones, según sus preferencias y deseos alimenticios. A pesar de no recibir el refrigerio en la dieta estándar, fue permitida la incorporación de esta comida, a criterio de cada participante.

Después de recibir durante tres días el menú elegido, se aplicó nuevamente un cuestionario para reevaluar la aceptación de la dieta. Este cuestionario siguió la propuesta de Toledo et al.¹³, la evaluación de las características sensoriales citadas anteriormente y las percepciones del paciente respecto a la ingesta alimenticia. La obtención de datos sucedió en dos momentos puntuales (evaluación y reevaluación), sin nuevas intervenciones y/o acompañamiento. Tras recolectar los datos, los pacientes continuaron siendo atendidos por los profesionales del servicio.

En la evaluación antropométrica, la muestra fue dividida, separando adultos y ancianos. El índice de masa corporal (IMC) siguió los parámetros de la Organización Mundial de la Salud¹⁶ y de Lipschitz¹⁷, respectivamente. Con base en los autores Blackburn y Bistran¹⁸, se clasificó el porcentaje de pérdida de peso (%PP). Pagotto et al.¹⁹ fueron consultados para la circunferencia de la pantorrilla (CP) y Blackburn y Thornton²⁰ para la adecuación de la circunferencia del brazo (%CB). Los percentiles para adultos y ancianos siguieron los parámetros de Frisancho²¹ y Nhanes III²², respectivamente. El %PP fue evaluado considerando datos previos a la internación. Fueron utilizados el peso actual obtenido en la internación y el peso usual referido por el paciente, considerando el último peso recordado antes de la pérdida de peso.

Las variables categóricas fueron analizadas de forma descriptiva por medio de frecuencia simple y porcentajes, y las numéricas a través de media y desviación estándar. La distribución de los datos se analizó usando la prueba de Shapiro-Wilk²³. La prueba t^{23} pareada fue utilizada para hacer la comparación de la aceptación general antes y después de la intervención. Según la normalidad de los datos, se usó el coeficiente de correlación de Spearman²³ para verificar la correlación entre aceptación general posterior y depresión, ansiedad y estrés. La clasificación respecto a la fuerza de la correlación siguió los criterios de Cohen²⁴: $r < 0,29$ como correlación pequeña; $0,30 \leq r \leq 0,49$ como correlación moderada; y $r > 0,50$ como correlación grande. Para comparar la aceptación general antes y

después con las demás variables, fueron utilizadas las pruebas t independiente y ANVA de una vía con *post hoc* de Tukey²³. Se adoptó $p < 0,05$ en todas las pruebas. Todos los análisis estadísticos fueron realizados usando el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)²⁵ 26.0.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y Pesquisa de la Universidad Federal de Santa Maria (UFSM) con el número de parecer 5746168 (CAAE: 64468622.6.0000.5346) y cumplió con la Resolución 466²⁶ del 12 de septiembre de 2012 que reglamenta la investigación en seres humanos.

RESULTADOS

Participaron del estudio 27 pacientes. Cinco de ellos fueron excluidos, pues no fue posible finalizar la recolección de los datos debido al alta hospitalaria temprana o del empeoramiento del estado general. La muestra final estuvo compuesta por 22 pacientes, con edad promedio de $53,7 \pm 18,8$ años. Conforme con la Tabla 1, la mitad de la muestra estuvo representada por hombres, y la otra mitad por mujeres. La mayoría de los participantes estaba casada y pertenecía a la 4ª Coordinadora Regional de Salud (CRS) de Río Grande del Sur, donde se localiza el hospital en estudio. La mayor parte de la muestra residía en la zona urbana.

El tiempo de internación promedio de la muestra fue de $18,9 \pm 12$ días, y cinco de ellos terminaron falleciendo tras la aplicación de la investigación. El principal diagnóstico encontrado fue leucemia (36,3%). Entre los participantes, el 36,4% realizó quimioterapia durante la aplicación de la investigación. Los principales medicamentos utilizados fueron antibióticos, protector gástrico y antiemético (Tabla 1).

En la Tabla 2, es posible observar las percepciones de los participantes sobre su estado general. Las principales quejas fueron saciedad temprana, náuseas, inapetencia, disgeusia, fatiga, sin motivación para las comidas, preocupación y ansiedad. En ese mismo escenario, ocho pacientes consideraron que no estaban dispuestos a comer más.

En cuanto a las características antropométricas, el peso promedio de la muestra fue de $69,5 \pm 13,7$ kg y el IMC de $25,8 \pm 5,3$ kg/m². Se observa en la Tabla 3, que, entre los pacientes adultos, cinco estaban en eutrofia. Entre los ancianos, el 50% se encontraba en eutrofia.

Al clasificar la CP, se notan normalidad en el 100% de los adultos y depleción muscular en el 30% de los ancianos. Hubo pérdida de peso significativa en solo un adulto y en dos ancianos, y pérdida grave en cinco participantes de ambos grupos etarios. Considerando la adecuación del %CB, no hubo depleción en los adultos, mientras que, en los ancianos, el 30% presentó depleción moderada.



Tabla 1. Perfil sociodemográfico y aspectos clínicos de pacientes oncohematológicos internados en un Hospital Universitario en Río Grande del Sur

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	11	50
Masculino	11	50
Estado civil		
Casado	14	63,6
Soltero	8	36,4
Municipio de origen		
4 ^o CRS	15	68,2
Otras	7	31,8
Zona		
Urbana	17	77,3
Rural	5	22,7
Escolaridad		
Educación primaria completa/incompleta	14	63,6
Educación secundaria completa/incompleta	6	27,3
Educación superior completa/incompleta y posgrado	2	9,1
Diagnóstico		
Leucemia	8	36,3
Linfoma	6	27,3
Pancitopenia	3	13,6
Otros	5	22,7
Quimioterapia		
Sí	8	36,4
No	14	63,6
Medicamentos*		
Opioide	3	13,6
Corticoide	5	22,7
Psicofármaco	6	27,3
Antiemético	9	40,9
Protector gástrico	10	45,5
Antibiótico	14	63,6
Deceso		
Sí	5	22,7
No	17	77,3

(*) Con prescripción fija.

Hubo diferencia significativa ($p = 0,016$) entre la ingestión alimenticia previa ($2,8 \pm 0,6$) que fue del 56% y posterior a la aplicación del menú ($3,3 \pm 0,8$), del 66%. En la Tabla 4, se aprecia un aumento de la aceptación de la dieta en todas las comidas ofrecidas, excepto en la colación nocturna.

No hubo diferencia significativa en la correlación de la ingestión previa y posterior con los resultados del cuestionario sobre depresión, ansiedad y estrés.

Tabla 2. Síntomas y quejas de pacientes oncohematológicos en la internación

	Sí		No	
	n	%	n	%
Inapetencia	13	59,1	9	40,9
Disgeusia	13	59,1	9	40,9
Náuseas	14	63,6	8	36,4
Odinofagia/disfagia	3	13,6	19	86,4
Saciedad temprana	16	72,7	6	27,3
Estreñimiento	4	18,2	18	81,8
Diarrea	3	13,6	19	86,4
Mucositis	7	31,8	15	68,2
Dolor	5	22,7	17	77,3
Sin motivación para realizar las comidas	10	45,5	12	54,5
Preocupación	10	45,5	12	54,5
Depresión	5	22,7	17	77,3
Frustración	3	13,6	19	86,4
Ansiedad	9	40,9	13	59,1
Cansancio	13	59,1	9	40,9
Sin disposición para comer más	14	63,3	8	36,4

Tabla 3. Datos antropométricos de pacientes adultos y ancianos de una unidad de internación oncológica

	Adultos (n=12)		Ancianos (n=10)	
	n	%	n	%
IMC Adulto¹⁶ y ancianos¹⁷				
Delgadez (adulto) o bajo peso (ancianos)	0	0	3	30
Eutrofia	5	41,6	5	50
Sobrepeso (adulto) o exceso de peso (ancianos)	4	33,3	2	20
Obesidad	3	25	-	-
Clasificación de la circunferencia de la pantorrilla¹⁹				
Depleción muscular	0	0	3	30
Normal	12	100	7	70
Clasificación de pérdida de peso¹⁸				
Sin pérdida	6	50	2	20
Pérdida no significativa	0	0	1	10
Pérdida significativa	1	8,3	2	20
Pérdida grave	5	41,6	5	50
Adecuación de la circunferencia del brazo²⁰				
Depleción grave	0	0	0	0
Depleción moderada	0	0	3	30
Depleción discreta	0	0	1	10
Eutrofia	9	75	5	50
Sobrepeso	2	16,6	1	10
Obesidad	1	8,3	0	0

Tabla 4. Aceptación de la dieta antes y después de la intervención con el menú ($p < 0,05$)

	Previo		Posterior	
	n	%	n	%
Desayuno				
0%	2	9,1	0	0
25%	2	9,1	1	4,5
50%	3	13,6	3	13,6
75%	3	13,6	2	9,1
100%	12	54,5	16	72,7
Refrigerio*				
0%			17	77,3
25%			0	0
50%			2	9,1
75%			0	0
100%			3	13,6
Almuerzo				
0%	2	9,1	0	0
25%	7	31,8	7	31,8
50%	9	40,9	5	22,7
75%	4	18,2	5	22,7
100%	0	0	5	22,7
Merienda de la tarde				
0%	4	18,2	0	0
25%	3	13,6	2	9,1
50%	2	9,1	3	13,6
75%	4	18,2	2	9,1
100%	9	40,9	15	68,2
Cena				
0%	6	27,3	1	4,5
25%	8	36,4	6	27,3
50%	7	31,8	4	18,2
75%	1	4,5	5	22,7
100%	0	0	6	27,3
Colación nocturna				
0%	5	22,7	2	9,1
25%	2	9,1	4	18,2
50%	3	13,6	2	9,1
75%	1	4,5	6	27,3
100%	11	50	8	36,4
Aceptación general (promedio de 1 a 5)		2,8±0,6		3,3±0,8

(*) Comida no ofrecida en la dieta estándar (pre intervención).

La Tabla 5 muestra que la aceptación de la dieta previa estuvo influenciada de forma significativa por inapetencia, motivación para realizar las comidas, el uso de antiemético y quimioterapia. En la aceptación después del uso del menú, fueron observados efecto significativo

de aumento de apetito, mejora de humor y mejora de la ingestión alimenticia.

La mayoría de los pacientes (72,7%) consideró que el menú refleja los alimentos habitualmente consumidos fuera del hospital. Y al 90,9% le gustaría usarlo en internaciones futuras.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación colaboran para nuevos hallazgos en el escenario de la alimentación durante la internación hospitalaria de pacientes oncohematológicos. Se nota un período de internación extendido ($18,9 \pm 12$ días) en dicho público. Fernandez et al.²⁷, al evaluar un perfil semejante de pacientes, evidencian una tendencia de aumento del tiempo de internación asociado a la disminución de la ingestión alimenticia.

Adicionalmente, otros factores pueden impactar en la alimentación del paciente oncohematológico. La propia quimioterapia, que fue prescrita para ocho pacientes durante la aplicación de la investigación, a partir de los efectos adversos, parece contribuir para la reducción de la ingesta. En el estudio de Andrade et al.²⁸, también realizado en un hospital universitario, hubo reducción de las preferencias alimenticias tras el inicio del tratamiento quimioterápico, para todos los alimentos ofrecidos. El uso de protector gástrico y antiemético refuerza los efectos colaterales del tratamiento como posibles contribuyentes para esa reducción.

En el estudio, se observó la presencia de quejas y síntomas. Silva et al.²⁹, al evaluar los motivos de la no aceptación de las comidas, encontraron hiporexia y náuseas/vómitos como los principales dificultadores. Otro estudio realizado en Holanda, con pacientes oncológicos en quimioterapia, identificó síntomas asociados a la reducción de la ingestión alimenticia, como comer menos, problemas para comer, alteraciones de paladar, vómitos, dolor en la boca, sentirse saciado rápidamente y sentir náuseas³⁰.

En este contexto, también merecen atención los aspectos emocionales y psicológicos que involucran al acto de comer. La baja motivación para realizar las comidas fue referida por el 45,5% ($n = 10$) de los participantes. También fue posible percibir que ni todos estaban dispuestos a comer más. Sentirse abatido ante la enfermedad y el tratamiento, insatisfecho con los cambios en la alimentación, y tener que enfrentar los efectos adversos, así como cambios sensoriales, son percepciones de pacientes oncológicos en tratamiento ambulatorio descritas por Rodrigues et al.³¹. Por lo tanto, el mal estado psicológico puede llevar a la reducción de la ingesta alimenticia y comprometer el estado nutricional del paciente oncológico³².



Tabla 5. Relación entre la aceptación de la dieta antes y después del uso del menú, con aspectos clínicos, síntomas, medicamentos y percepciones de los pacientes

Variable	Aceptación general antes			Aceptación general después		
	Promedio	Desviación estándar	p	Promedio	Desviación estándar	p
Sin apetito y sin ganas de comer*						
Sí	2,5	0,6	0,022*	3,2	1,0	0,285
No	3,2	0,6		3,5	0,5	
Sin motivación para realizar las comidas*						
Sí	2,5	0,6	0,049*	3,3	0,8	0,807
No	3,0	0,6		3,4	0,8	
Antieméticos**						
Sí, fijo***	3,1	0,5	0,046*	3,1	0,8	0,472
Sí, si es necesario***	2,3	0,7		3,6	1,0	
No	2,8	0,5		3,4	0,7	
Quimioterapia*						
Sí	3,2	0,6	0,020*	3,1	0,7	0,394
No	2,5	0,6		3,5	0,9	
Aumento del apetito***						
Sí***	2,8	0,7	0,757	3,8	0,6	0,022*
No***	2,9	0,7		2,8	0,6	
Tal vez	2,6	0,7		3,2	0,9	
Mejora del humor***&						
Ninguna mejora	0	0	0,322	2,8	0	< 0,001*
Poca mejora	2,5	0,7		3,2	0,6	
Indiferente	2,6	0,4		2,5	0,5	
Mejora significativa	3,0	0,7		4,1	0,4	
Mejora de la aceptación**						
Ninguna mejora	2,7	0,9	0,606	2,3	0,5	0,027*
Poca mejora	2,6	0,3		3,3	0,9	
Mejora significativa	2,9	0,8		3,6	0,5	

(¥) prueba *t* independiente; (¥¥) ANVA de una vía; (¥¥¥) comparación entre las categorías con el *post hoc* de Tukey; (&) *post hoc* no realizado pues una categoría tenía menos de dos casos; (*) $p < 0,05$.

El IMC promedio de la muestra fue de $25,8 \pm 5,3$ kg/m². Resultado semejante fue descrito por Rodrigues et al.³³, que evaluaron a 127 pacientes hematológicos internados y evidenciaron un IMC promedio de $26,2 \pm 5,5$ kg/m². No fueron identificadas delgadez por el IMC, ni depleción muscular a partir del %CB en los adultos. Aunque el 30% ($n = 3$) de los ancianos fue clasificado con bajo peso según el IMC, el 10% ($n = 1$) presentó depleción discreta y el 30% ($n = 3$) depleción moderada considerando el %CB. Dell’Osbel y Zanotti³⁴, en su estudio con pacientes oncohematológicos ambulatorios, tampoco identificaron compromiso nutricional por el uso del IMC en adultos, solamente en ancianos.

En el estudio de Rodrigues et al.³³, citado anteriormente, el 8,7% ($n = 11$) de los participantes presentó desnutrición según el IMC y el 33,9% ($n = 43$) desnutrición a partir del %CB. Los autores también encontraron correlación significativa entre el IMC y la edad, así como entre el IMC y la CB, pero destacan que se encuentran mayores prevalencias de desnutrición cuando se utiliza la CB, en comparación con el IMC. Esta teoría también fue percibida en el estudio de Soares et al.³⁵.

Al evaluar el %PP (de 0 a 12 meses), el 8,3% ($n = 1$) de los pacientes adultos presentó pérdida de peso significativa y el 41,6% ($n = 6$) pérdida de peso grave. En los ancianos, la pérdida de peso fue del 20% ($n = 2$).

y del 50% ($n = 5$), respectivamente. Ferigollo, Bazzan, Ceni y Teixeira³⁶, en su estudio en el mismo hospital universitario, con 31 adultos y 29 ancianos, identificaron 9,7% de pérdida de peso significativa y 35,5% de pérdida de peso grave en los adultos, siendo 6,9% y 37,9% en los ancianos, respectivamente. Estos hallazgos corroboran los de Dell’Osbel y Zanotti³⁴, al identificar que, a pesar de haber sido clasificada la mayoría de la muestra como bien nutrida, la pérdida de peso se hizo presente en el 75% de los adultos y en el 70% de los ancianos evaluados.

La CP parece ser un indicador que colabora para el diagnóstico de desnutrición, junto con otros marcadores. En este estudio, los pacientes con depleción muscular, utilizando esa medida antropométrica, presentaron también bajo peso según el IMC, pérdida de peso grave y algún grado de depleción medido por la %CB.

Considerando las dificultades involucradas para una ingesta alimenticia satisfactoria –tiempo de internación, tratamiento y síntomas, uso de medicamentos y aspectos psicológicos– y el reflejo de esto en el estado nutricional del paciente oncológico, se deben ponderar las intervenciones por parte del equipo en el manejo del cuidado de la persona con cáncer. Especialmente cuando el contexto involucra internación hospitalaria que, por sí sola, es un agravante de la desnutrición y de los desórdenes psicosociales, siendo vista como un período de fragilidad humana^{37,38}.

No fueron encontradas intervenciones semejantes a la de esta investigación en la literatura. Existen estudios involucrando gastronomía hospitalaria, enfocados en la aceptabilidad de la dieta hospitalaria y factores sensoriales como sabor, olor, textura, temperatura y apariencia. Entonces, es otro aspecto que influye en la aceptación alimenticia y merece ser considerado por los servicios de nutrición³⁹⁻⁴¹.

A partir de los resultados encontrados, es posible percibir mejoría en la aceptación de la dieta hospitalaria ($p = 0,016$) después de escoger sus alimentos los pacientes a través del menú. Este resultado sigue la línea de Demário, Sousa y Salles⁴², al considerar que las adaptaciones individualizadas aumentan la satisfacción del paciente y potencian la aceptación de la dieta. Cumplir con las expectativas y deseos, permitiendo una mejor experiencia alimenticia, parece influir en la alimentación durante el período de internación⁴³.

También se nota que más participantes tuvieron aceptación del 100% de las comidas ofrecidas. Se cree que resultados como estos se logran con un cuidado humanizado. Por lo tanto, es responsabilidad de los profesionales involucrados en la alimentación hospitalaria pensar en iniciativas que involucren la Política Nacional de Humanización (PNH) como transformación del cuidado⁴⁴.

La PNH considera la importancia de iniciativas y estrategias que respetan los derechos de los pacientes, su

autonomía, subjetividad y cultura⁴⁴. Sousa et al.⁴⁵, en su estudio con profesionales nutricionistas, discurren sobre la posibilidad de elección de las preparaciones como parte del cuidado humanizado, por medio de la individualización de la atención. También se informaron otros aspectos como atender pedidos especiales, cambiar el horario de la comida, ofrecer un alimento según la preferencia, y cambiar la cena por un refrigerio, por ejemplo.

Estos aspectos se ven reforzados por la revisión de alcance de Wilandh et al.², al considerar la influencia de la atención individualizada y flexible en la calidad del servicio y satisfacción de los pacientes. Tener libertad de elección (qué comer, cuándo comer y cuánto comer), participar del cuidado, fortalecer el contacto humano, recibir orientaciones y enfoques motivacionales, y tener consciencia nutricional parecen colaborar para una mejor ingesta alimenticia.

Considerando el escenario complejo en el que se encuentra el paciente oncológico, el cuidado en nutrición comprende la oferta de una alimentación de calidad y de la terapia nutricional, sobre todo de la alianza de los profesionales de la producción de alimentos y los de la nutrición clínica, deseando la integridad del servicio⁴⁶. Esta articulación todavía es un vacío en la mayoría de las realidades, aunque se beneficia de constantes mejoras, al considerar que un servicio de cuarto por ejemplo, centrado en el paciente, puede aumentar la ingesta alimenticia y reducir costos hospitalarios¹⁰.

Al correlacionar el menú con otras variables de la investigación, es posible reforzar algunos aspectos importantes que involucran el escenario de la internación oncohematológica. La baja aceptación de la dieta estándar –antes de la intervención– fue asociada a la queja de inapetencia ($p = 0,022$), a la falta de motivación para realizar las comidas ($p = 0,049$), al uso de antiemético ($p = 0,046$) y a la infusión de quimioterapia ($p = 0,020$). Por lo tanto, factores clínicos y emocionales parecen interferir en la ingestión alimenticia.

La aceptación de la dieta después del uso del menú se asoció con el aumento del apetito ($p = 0,022$), con la mejora del humor ($p = < 0,001$) y con la mejora de la ingestión alimenticia percibida por el propio paciente ($p = 0,027$). Condiciones clínicas, síntomas, uso de medicaciones y aspectos emocionales parecen interferir en la aceptación de la dieta⁴⁶. Estos hallazgos refuerzan discusiones anteriores que consideran a la alimentación más allá de la oferta de nutrientes y necesidades biológicas.

Se destaca que el tamaño de la muestra puede ser un factor limitante de la investigación. El uso de corticoides por parte de algunos participantes puede haber interferido en el apetito y merece ser visto con más atención en investigaciones futuras por su asociación con el aumento de la ingesta.



CONCLUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación sostienen la importancia de una mirada más amplia hacia el paciente con cáncer, considerando toda la complejidad de la enfermedad. El acto de comer parece estar influenciado por aspectos multifactoriales, incluyendo síntomas clínicos, uso de medicamentos y estado emocional. Por lo tanto, son evidentes los beneficios de la acción multiprofesional en este público.

El poder de elección a través del menú, respetando deseos y preferencias alimenticios, parece aumentar la aceptación alimenticia de pacientes hospitalizados. Se notan también resultados secundarios positivos que involucran el uso del menú y aspectos emocionales percibidos por los pacientes.

A partir de esto, se sugiere la realización de nuevas investigaciones involucrando la humanización en el contexto de la nutrición hospitalaria y de estudios que evalúen la eficacia del menú en las diferentes fases de la vida, incluyendo niños y adolescentes. Se resalta la importancia de evaluar las características sensoriales por comida, debido a los cambios subjetivos que el paciente oncológico enfrenta a lo largo de un único día, y de sus diferentes percepciones de acuerdo con el tipo de alimento.

APORTES

Bruna Steffler contribuyó en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos. Eduarda Pompeu do Nascimento y Katiane Schmitt Dalmonte contribuyeron en la concepción y en el planeamiento del estudio. Giovana Cristina Ceni contribuyó en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica. Todas las autoras aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Silva FP, Tavares JF. Nutrição e gastronomia: aliados no bem estar e na recuperação de pacientes hospitalizados. *Rev Diálogos Saúde* [Internet]. 2019[acesso 2023 nov 23];2(2):36-52. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/369/282>
2. Wilandh E, Josefsson MS, Osowski CP, et al. Better hospital foodservice – aspects highlighted in research published 2000-2023: a scoping review. *Clin Nutr Open Sci*. 2024;54:1-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2024.01.001>
3. Bossi P, Delrio P, Mascheroni A, et al. The spectrum of malnutrition/cachexia/sarcopenia in oncology according to different cancer types and settings: a narrative review. *Nutrients*. 2021;13(6):1980. doi: <https://doi.org/10.3390/nu13061980>
4. Sousa AA, Glória MS, Cardoso TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev Nutr*. 2011;2(24):287-94. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000200009>
5. Planas M, Hernandez JÁ, Sanz ML, et al. Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study. *Support Care Cancer*. 2016;24(1):429-35. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2813-7>
6. Bozetti F, Mariani L, Vullo SL, et al. The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. *Support Care Cancer*. 2012;20(8):1919-28. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1387-x>
7. Martins P, Baratto I. Gastronomia hospitalar: treinamento em bases de cozinha. *Rev Bras Obesidade Nutrição Emagrecimento* [Internet]. 2018[acesso 2024 jan 11];12(69). Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/661/514>
8. Miola TM, Pires FRO. *Nutrição em oncologia*. 1 ed. São Paulo: Manole; 2020.
9. Trinca V, Duizer L, Pare S, et al. Investigating the patient food experience: Understanding hospital staffs' perspectives on what leads to quality food provision in Ontario hospitals. *J Hum Nutr Diet*. 2021;35(5):980-94. doi: <https://doi.org/10.1111/jhn.12964>
10. Neves B, Bell JJ, McCray S. Impact of room service on nutritional intake, plate and production waste, meal quality and patient satisfaction and meal costs: a single site pre-post evaluation. *Nutr Diet*. 2022;79(2):187-96. doi: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12705>
11. Pinto CC, Alves EA. A gastronomia no contexto da hotelaria hospitalar: um estudo de caso na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev Adm Hosp*. 2017[acesso 2024 jan 11];14(2):1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v14i2.3844>
12. Mendes MAS, Machado CCB, Souza AV. Pesquisa de satisfação com dietas hospitalares servidas no almoço da clínica médica de um hospital público de Goiânia, GO. *Demetra*. 2019;14:e38989. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.38989>



13. Pinho NB, organizador. I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO [Internet]. 1 ed. Rio de Janeiro: Edite; 2021. [acesso 2024 jan 12]. Disponível em: https://sbno.com.br/wpcontent/uploads/2021/07/consenso_2021.pdf
14. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *Braspen J.* 2018;33(1):86-100. [acesso 2024 jan 12]. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/63e28d4aa9539528341f30a5/pdf/braspen-33-1-86.pdf>
15. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord.* 2014;155:104-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva: WHO; 1997.
17. Lipschitz D. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care.* 1994;1:55-67.
18. Blackburn GL, Bistrian BR. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *J Parenter Enteral Nutr.* 1997;1:11-22. doi: <https://doi.org/10.1177/014860717700100101>
19. Pagotto V, Santos KF, Malaquias SG, et al. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):322-8.
20. Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. *Med Clin North Am.* 1979;63:1103-15.
21. Frisancho AR. Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status. Ann Arbor: University of Michigan; 1990.
22. Kuczmarski MF, Kuczarski RJ, Najjar M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. *J Am Diet Assoc* 2000;100:59-66.
23. Field A. Descobrimos a Estatística usando o SPSS. 5 ed. Editora Penso: São Paulo; 2021. 1104p.
24. Cohen JW. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2 ed. New York: Erlbaum; 1988.
25. SPSS®. Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 26.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2024 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclid=aw.ds
26. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:59.
27. Fernandez AC, La Maza BP, Casariego AV, et al. A ingestão alimentar e o estado nutricional influenciam os resultados em pacientes hematológicos-oncológicos hospitalizados. *Nutr Hosp.* 2015;31(6):2598-605. doi: <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.6.8674>
28. Andrade ALP, Maciel EM, Rodrigues GP, et al. Influência do tratamento quimioterápico no comportamento alimentar e qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2019;65(2): e-08093. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.93>
29. Silva MP, Santo RE, Bacele AC, et al. Content validation and application of an instrument to evaluate the acceptance of hospital diets. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2022;42(4):117-126. doi: <https://doi.org/10.12873/424pereira>
30. Wijnhoven HAH, Velden LVD, Broek C, et al. Validation of the visual/verbal analogue scale of food ingesta (Ingesta-VVAS) in oncology patients undergoing chemotherapy. *Nutrients.* 2022;14(17):3515. doi: <https://doi.org/10.3390/nu14173515>
31. Rodrigues SG, Teixeira FSB, Martins GS, et al. Perception of oncological outpatients about the act of feeding. *Electron J Collect Health.* 2020;57. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3934.2020>
32. Mantzourou M, Koutelidakis A, Teocharis S, et al. Clinical value of nutritional status in cancer: what is its impact and how it affects disease progression and prognosis?. *Nutr Cancer.* 2017;69(8):1151-76. doi: <https://doi.org/10.1080/01635581.2017.1367947>
33. Rodrigues BC, Sales AEC, Rodrigues BC, et al. Avaliação do risco nutricional em pacientes onco-hematológicos hospitalizados. *Rev Bras Cancerol.* 2019;65(1):e-0266. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.266>
34. Dell’Osbel RS, Zanotti J. Perfil nutricional e de sintomas em pacientes com doença onco-hematológica: comparação entre adultos e idosos. *Conex Ciênc.* 2020;15(3):43-55. doi: <https://doi.org/10.24862/ccov15i3.1250>
35. Soares MF, Mendes WF, Barroso MP, et al. Impactos de medicamentos antineoplásicos sobre o estado nutricional de pacientes atendidos em um ambulatório de oncologia. *Braspen J.* 2022;37(3):268-78. doi: <https://doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.3.07>
36. Ferigollo A, Bazzan LST, Ceni GC, et al. Prevalence of malnutrition and factors associated with the nutritional status of oncological patients. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2018;38(4):137-42. doi: <https://doi.org/10.12873/384ferigollo>
37. Correia MITD, Caiaffa WT, Waitzberg DL. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI): metodologia do estudo multicêntrico. *Rev Bras Nutr Clin.* 1998;13(01):30-40.



38. Dias DCS, Nunes MCA. O sentido da vida após o diagnóstico de câncer hematológico. *Rev Psicol Saúde*. 2022;14(4):167-80. doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i4.2067>
39. Santos VS, Gontijo MCF, Almeida MEF. Effect of gastronomy on the acceptability of hospital diets. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2017;37(3):17-22. doi: <https://doi.org/10.12873/373souza>
40. Carvalho MFA, Silva MCM, Freitas ST, et al. Aceitabilidade de dietas hospitalares por pacientes internado em hospital universitário. *Res Soc Dev*. 2021;10(14):e35101421723. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21723>
41. Lopes JKSC, Santos TOCG, Mendonça XMFD, et al. Análise dos indicadores de qualidade das dietas ofertadas a pacientes oncológicos. *Rev Mundo Saúde*. 2020;44:397-411. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202044397411>
42. Demário RL, Sousa AA, Salles RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1275-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700036>
43. Trinca V, Duizer L, Pare S, et al. Investigating the patient food experience: understanding hospital staffs' perspectives on what leads to quality food provision in Ontario hospitals. *J Hum Nutr Diet*. 2022;35(5):980-94. doi: <https://doi.org/10.1111/jhn.12964>
44. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização (PNH) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso 2024 jan 14]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
45. Sousa AA, Salles RK, Ziliotto LF, et al. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. *Demetra*. 2013;8(2):149-62. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2013.5281>
46. Oliveira EJC, Oliveira TC, Santos VS. “Dentro das condições que a gente tem”: percepções de nutricionistas sobre gastronomia em hospital universitário. *Rev Enferm Aten Saúde*. 2020;9(2):28-38. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v9i2.3966>

Recebido em 20/6/2024

Aprovado em 5/9/2024

