



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

ACEPTABILIDAD DE LAS DIETAS Y RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA - 2024

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

**Autora**

Tasayco Rodríguez, Kevin Hernán

**Asesora**

Ponce Castillo, Diana Antonia

ORCID: 0000 – 0001 -6509 – 7286

**Jurado**

Flores Paucar, Magaly Luisa

De la Cruz Mendoza, Flor Evelyn

Julca Leiva, Alejandro Erasmo

**Lima - Perú**

**2024**



# ACEPTABILIDAD DE LAS DIETAS Y RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA - 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

3%

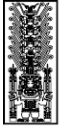
PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://repositorio.unjfsc.edu.pe">repositorio.unjfsc.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://repositorio.uwiener.edu.pe">repositorio.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://protectyourrights.net">protectyourrights.net</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Pontificia Universidad Catolica Madre y Maestra PUCMM Trabajo del estudiante	<1%



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

**ACEPTABILIDAD DE LAS DIETAS Y RIESGO NUTRICIONAL EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA -**

**2024**

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

Autor:

Tasayco Rodríguez, Kevin Hernán

Asesor:

Ponce Castillo, Diana Antonia

ORCID: 0000 – 0001 -6509 – 7286

Jurado:

Flores Paucar, Magaly Luisa

De la Cruz Mendoza, Flor Evelyn

Julca Leiva, Alejandro Erasmo

Lima - Perú

2024

**DEDICATORIA:**

A Dios por haberme dado vida, salud y poder alcanzar mis objetivos deseados, por haberme permitido llegar a ese punto de mi vida profesional.

A mis padres Héctor y Ana, por ser los encargados de mi formación y ser la persona que soy actualmente; muchos de mis logros se los dedico a ustedes por sus esfuerzos y apoyo constante que brindaron para hacer posible mis anhelos.

A mis hermanos y mi familia que es lo mejor y valioso que me ha dado Dios.

Kevin H. Tasayco R.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por concederme vida y salud, por permitirme lograr uno de mis objetivos  
anhelados y superar los obstáculos a lo largo de la vida.

A mis padres por su apoyo incondicional y confianza para culminar mis estudios.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, por ser mi alma mater y darme la oportunidad  
de convertirme en profesional.

A los profesores que han aportado enseñanza y conocimiento durante mi carrera profesional.

A mi Asesora de investigación Mg. Diana Ponce Castillo, por su tiempo y confianza  
depositada en mí.

A las licenciadas del departamento de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo, por sus  
conocimientos brindados.

A cada uno de los pacientes del Hospital Dos de Mayo que participaron en mi investigación.

Kevin H. Tasayco R.

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	<i>Descripción y formulación Del Problema</i> .....	2
1.2	<i>Antecedentes</i> .....	5
1.3	<i>Objetivos</i> .....	11
1.4	<i>Justificación</i> .....	12
1.5	<i>Hipótesis</i> .....	13
II.	MARCO TEÓRICO.....	14
2.1	<i>Bases Teóricas</i> .....	14
III.	MÉTODO .....	30
3.1	<i>Tipo De Investigación</i> .....	30
3.2	<i>Ámbito Temporal y Espacial:</i> .....	30
3.3	<i>Variables</i> .....	30
3.4	<i>Población y Muestra</i> .....	30
3.5	<i>Instrumento</i> .....	31
3.6	<i>Procedimiento</i> .....	33
3.7	<i>Análisis De Datos</i> .....	33
3.8	<i>Consideración Ética</i> .....	34
IV.	RESULTADOS.....	35
V.	DISCUSIONES DE RESULTADOS.....	47

VI. CONCLUSIONES .....	50
VII. RECOMENDACIONES .....	51
VIII. REFERENCIAS.....	52
IX. ANEXOS .....	61

## Resumen

La desnutrición hospitalaria, provocada por ingesta insuficiente, mala absorción o aumento de las necesidades nutricionales por enfermedad, puede ralentizar la recuperación, prolongar la estancia hospitalaria y aumentar el riesgo de infecciones y morbimortalidad. Por ello, es esencial que las dietas cubran las necesidades nutricionales del paciente para evitar un mayor riesgo nutricional. **Objetivo:** Determinar la relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional, Lima-2024. **Método:** Se utilizó un diseño observacional no experimental, transversal y correlacional con enfoque cuantitativo. Participaron 84 pacientes mayores de 18 años del Hospital Nacional Dos de Mayo, seleccionados por conveniencia. Se aplicaron encuestas y cuestionarios para la aceptabilidad de dietas y el tamizaje nutricional NRS-2002. **Resultados:** El 51.2% de los pacientes presentó aceptabilidad regular de las dietas y el 44% buena aceptabilidad. En cuanto al riesgo nutricional, el 76.2% no presentó riesgo, siendo más frecuente en varones (82%) que en mujeres (70.6%). La relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional no fue significativa ( $p=0.772$ ). **Conclusiones:** Aunque no se encontró relación significativa, el 22.6% presentó riesgo nutricional, destacando a los adultos mayores como el grupo más vulnerable.

**Palabras claves:** Desnutrición hospitalaria, Aceptabilidad de las dietas, Riesgo nutricional, Pacientes hospitalizados, Intervenciones nutricionales, Dietas hospitalarias.



## ABSTRACT

Hospital malnutrition, caused by insufficient intake, poor absorption, or increased nutritional needs due to illness, can slow recovery, prolong hospital stays, and increase the risk of infections and morbidity. Therefore, it is essential that diets meet the patient's nutritional needs to prevent further nutritional risk. **Objective:** To determine the relationship between diet acceptability and nutritional risk in hospitalized patients in a national hospital, Lima -2024. **Method:** A non-experimental, cross-sectional, correlational observational design with a quantitative approach was used. A total of 84 patients over 18 years old from the Hospital Nacional Dos de Mayo were included, selected by convenience. Surveys and questionnaires were applied for the acceptability of diets and NRS-2002 nutritional screening. Results: 51.2% of patients had regular diet acceptability, and 44% had good acceptability. Regarding nutritional risk, 76.2% had no risk, with a higher prevalence in men (82%) than in women (70.6%). The relationship between diet acceptability and nutritional risk was not significant ( $p=0.772$ ). **Conclusions:** Although no significant relationship was found, 22.6% of patients were at nutritional risk, with older adults being the most vulnerable group.

**Keywords:** Hospital malnutrition, Diet acceptability, Nutritional risk, Hospitalized patients, Hospital diets.

## I. INTRODUCCIÓN

Durante décadas, la relación entre la nutrición y el bienestar ha sido un contenido de interés fundamental en el estudio científico y en la práctica clínica. La alimentación no solo cumple con la función básica de proporcionar energía al organismo, sino que además cumple un papel crucial tanto en la prevención como el tratamiento de distintas enfermedades. En este contexto, la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional emergen como aspectos cruciales para garantizar la efectividad de las intervenciones dietéticas en el fomento de la salud y el bienestar.

Las cualidades de un alimento (composición nutritiva/calidad) y el estado fisiológico y patológico del paciente, van a influir en el momento de aceptar o rechazar una dieta. La dieta se vuelve importante dado que ayudara en la recuperación del paciente, aportando los nutrientes necesarios para su pronta recuperación. Esta dimensión va más allá de la adecuación nutricional de la dieta, abarcando aspectos sensoriales, culturales, socioeconómicos y psicológicos que influyen en la aceptabilidad de la dieta. Por otro lado, el riesgo nutricional se relaciona con la probabilidad de que una dieta inadecuada conduzca a deficiencias nutricionales o a un estado de salud comprometido.

Es importante tener en cuenta la aceptabilidad de las dietas, ya que sería un punto importante al momento de evaluar al paciente. Este aspecto es primordial porque no solo mejoraría a la recuperación, sino que aumentaría la ingesta por parte del paciente, mejorando su estado nutricional.

El Hospital Nacional Dos de Mayo es uno de lo más grande de la ciudad de Lima que depende del Ministerio de Salud [MINSA], dentro del hospital se encuentra el servicio de Medicina Interna está compuesto por cinco pabellones, lo que muestra un mayor índice de

hospitalización. Las principales causas de morbilidad en este servicio son: enfermedad renal crónica, pancreatitis aguda, infección urinaria, neumonía, insuficiencia cardiaca, etc.

El departamento de nutrición del Hospital Dos de Mayo es el encargado de realizar las dietas con estándares definidos, el cual asegura una atención de calidad, haciendo que las dietas cubran el requerimiento nutricional de cada paciente. De esta manera, contribuye con la disminución de desnutrición hospitalaria. Si bien, existen pocos trabajos e investigaciones que hablan sobre la aceptabilidad de las dietas en diferentes hospitales, se desconocen estudios realizados en dicho hospital.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la Aceptabilidad de las Dietas y el Riesgo Nutricional en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional. Se espera que estos resultados sirvan como referencias para futuras investigaciones de intervención nutricional, mediante propuestas de dietas adaptadas al gusto y preferencia de los pacientes potenciando la salud y confort de los hospitalizados; por lo tanto, esto contribuiría a mejorar el estado nutricional, a disminuir la estancia hospitalaria, a disminuir los costos hospitalarios y la reducción de la morbimortalidad.

## **1.1 Descripción y formulación Del Problema**

### ***1.1.1 Descripción del problema***

La aceptabilidad de las dietas hospitalarias es fundamental para la recuperación del paciente, influyendo en su ingesta alimentaria y estado nutricional (Dall'Oglio et al., 2015). Factores como las características sensoriales de los alimentos, las preferencias individuales, los hábitos alimentarios y el estado emocional del paciente son determinantes en la aceptación de la dieta (Rinninella et al., 2023). Un estudio multicéntrico en España reveló una prevalencia de desnutrición del 29.7%, siendo mayor en adultos mayores de 70 años (34.8%), lo que resalta

la importancia de este aspecto en las dietas para mejorar la ingesta y el estado nutricional de los pacientes (Murillo et al., 2021).

La baja aceptabilidad de las dietas y la desnutrición hospitalaria son desafíos importantes en América Latina, con una prevalencia de desnutrición que varía entre el 30% y el 50% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). La aceptabilidad de la dieta se ve afectada por la monotonía, la falta de variedad y la falta de atención a las preferencias culturales e individuales (Haddad et al., 2023). Esto repercute negativamente en la recuperación del paciente, prolonga la estancia hospitalaria, aumenta el riesgo de complicaciones y elevando los costos de atención médica (Tarantino et al., 2022). Un estudio brasileño, *The Brazilian National Survey* [IBRANUTRI], encontró una frecuencia de desnutrición del 48,1% en pacientes hospitalizados, lo que destaca la necesidad de una valoración nutricional accesible para todo el personal de salud (Correia et al., 2017).

A pesar de los avances en la atención nutricional en Perú, la desnutrición hospitalaria continúa siendo un problema, con estudios previos que reportan prevalencias de hasta un 50% en pacientes hospitalizados (Mariños, 2020). Si bien se han implementado estrategias de tamizaje, como el Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), que identificó un 69.7% de pacientes con riesgo nutricional, persisten desafíos en la aceptabilidad de las dietas, influenciada por factores socioculturales y la falta de individualización de los menús (Vega, 2017).

En el Hospital Dos de Mayo, los pacientes hospitalizados enfrentan el problema de la baja aceptabilidad de las dietas, lo que afecta su recuperación y aumenta el riesgo de complicaciones.

Diversos factores contribuyen a la baja aceptabilidad de las dietas hospitalarias, incluyendo la falta de variedad en los menús, la poca atención a las preferencias individuales de los pacientes, la presentación poco atractiva de los alimentos, horarios de comida inflexibles y la falta de comunicación entre el personal de nutrición y los pacientes. Entre estos factores, el riesgo nutricional destaca por su impacto directo en la salud y la recuperación de los pacientes.

La persistencia de la baja aceptabilidad de las dietas hospitalarias puede desencadenar una serie de consecuencias negativas; a nivel individual, puede conducir a una ingesta inadecuada de nutrientes, lo que aumenta el riesgo de desnutrición, complicaciones postoperatorias, infecciones, retraso en la cicatrización y una mayor estancia hospitalaria (Yaxley et al., 2021). Esto, a su vez, se traduce en un incremento de los costos de atención médica, una mayor carga para el sistema de salud y una disminución de la calidad de vida de los pacientes. Además, esto puede generar un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, una mayor demanda de servicios de salud, y un impacto negativo en la productividad y el desarrollo económico del país.

Para abordar el problema de la baja aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados, se sugiere la implementación de un programa integral de atención nutricional que incluya la evaluación individualizada del riesgo nutricional, la elaboración de menús adaptados a las necesidades y preferencias de los pacientes, la mejora en la presentación de los alimentos y la promoción de una comunicación efectiva entre el personal de nutrición y los pacientes con el objetivo no solo de mejorar la aceptabilidad de las dietas, sino también optimizar el estado nutricional de los pacientes, reducir el riesgo de complicaciones y contribuir a su pronta recuperación.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, no se han realizado investigaciones semejantes a los mencionados anteriormente. Por tal motivo, la finalidad de esta investigación es determinar si existe relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados, este trabajo de investigación contribuirá a mejorar futuras intervenciones nutricionales y por ende mejorar el estado nutricional del paciente.

### ***1.1.2 Formulación Del Problema***

#### **1.1.2.1 Problema General.**

¿Cuál es la relación entre la aceptabilidad de las dietas y riesgo nutricional en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?

#### **1.1.2.2 Problema Específico.**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?
- ¿Cuál es la aceptabilidad de las dietas en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?
- ¿Cuál es el porcentaje de riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?

## **1.2 Antecedentes**

### ***1.2.1 Internacionales***

**Dávalos (2021)**, en su investigación *“Aceptabilidad de la alimentación proveída a pacientes adultos internados”*, tuvo como objetivo evaluar la aceptabilidad de la alimentación ofrecida a los pacientes internados en una clínica de la ciudad de Luque, según los residuos de

alimentos, registrar las principales causas de rechazo de las comidas y evaluar los factores que determinen la aceptabilidad. Este estudio tiene un enfoque observacional, descriptivo de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de evaluación nutricional y una encuesta. Para evaluar a los 153 pacientes internados. Se concluye que, del total de encuestados, el 73% de los pacientes tenían malnutrición por sobrepeso y un 3% por delgadez. La distribución de la dieta según residuos se encontró: ningún residuo en el plato 76 pacientes (50%); 25% del plato, 24 pacientes (16%); 50% del plato, 25 pacientes (16%); 75% del plato, 17 (11%); 100% del plato, 11 pacientes (7%). Es decir, que la mitad de los pacientes internados consumió todo lo servido del plato, la otra mitad dejó excedentes, de los últimos, el 7% no comió la comida ofrecida. Los motivos de rechazo de las comidas fueron el sabor no le agrada (22%), satisfecho (22%) que estaban inapetente (17%) y otros motivos (13%). Con respecto a los factores que determinan la aceptabilidad de los alimentos: el sabor bueno un 52%, regular un 36%, malo 19%; con la cantidad suficiente un 75%, insuficiente un 25%; la variedad: buena 59%, regular un 31%, mala 10%; con la temperatura: adecuada 84%, inadecuada un 16%; horario: adecuado 88%, inadecuado 12%. En resumen, la aceptabilidad de las comidas les pareció bueno el sabor, la variedad, cantidad y el horario.

**Álvarez et al. (2019)**, en su estudio "*Prevalencia de riesgo nutricional y desnutrición en pacientes hospitalizados*", tuvo como finalidad determinar retrospectivamente la prevalencia de diagnósticos de riesgo nutricional y desnutrición entre pacientes hospitalizados utilizando el instrumento de detección de NRS-2002. El estudio fue retrospectivo y transversal a partir de registros nutricionales de pacientes hospitalizados en un solo centro 202, el cual incluyó 616 registros de pacientes. Los resultados indicaron que la prevalencia del riesgo nutricional, según NRS-2002, fue del 69,5% (n = 428). El riesgo nutricional y el diagnóstico

de desnutrición según los criterios GLIM se observaron en un 87,8% (n = 374). Se concluyó que los hallazgos resaltan una alta prevalencia de desnutrición en este grupo de pacientes internados en México y que el NRS-2002 demostró un buen acuerdo con el diagnóstico de desnutrición de acuerdo con los criterios de GLIM y podría considerarse parte del enfoque directo de dos pasos para la desnutrición.

**Sadaf et al. (2018)**, en su investigación *“Satisfacción de los pacientes con respecto a la atención alimentaria y nutricional en los hospitales de Lahore, Pakistán”* tuvo como objetivo evaluar la satisfacción del paciente con respecto a la atención alimentaria y nutricional. Se realizó una encuesta transversal en dos hospitales seleccionados, el cual estuvo conformada por 400 pacientes. Los resultados mostraron que el 71% y 50% de los pacientes no estaban satisfecho en el Hospital Sheikh Zayed y el Hospital Mayo respectivamente. El análisis de regresión logística reveló factores clave que afectaron la satisfacción, como la calidad de la comida hospitalaria, la higiene del personal, el ruido, y los métodos de cocción. Se concluye que los pacientes estaban insatisfechos con los alimentos y servicios nutricionales. Se recomendó mejorar la calidad de los alimentos, la higiene del personal, la variedad en el menú y el entorno físico de las salas para elevar los estándares de servicio según las sugerencias de los pacientes.

**Fernández (2019)**, en su investigación *“Determinación del valor nutrimental y aceptación de las dietas servidas de acuerdo con su requerimiento en los pacientes hospitalizados en el INCMNSZ”*, tuvo como objetivo determinar el valor nutritivo calórico de las dietas servidas al paciente, donde la relación diaria de la dieta es de 2000 kilocalorías. Estudio de tipo transversal y observacional, se incluyó 107 pacientes ingresados en el área de hospitalización. Se empleó la técnica del pesado directo, a la vez que se determinaron los pesos



por porción de cada comida. Se analizó el cálculo de los beneficios nutricionales de cada uno de ellos. Por otro lado, los pacientes fueron entrevistados para evaluar la capacidad de la dieta para ser aceptada. Se observó que la validez de las dietas es buena en un 100% de los pacientes encuestados, 46% les agrada el sabor, la temperatura de las dietas servidas. Se concluyó que las dietas tienen una buena aceptación, la mayor parte de los pacientes ingresados consumen la mitad del plato que le sirven, la dieta blanda es la que proporciona mayor caloría debido a la cantidad servida. Del total de pacientes encuestados, el 46% les agrada el sabor y la temperatura de las dietas, dichas características son muy importantes en la dieta. Se propone mejorar el entorno hospitalario como disminuir las interrupciones debido al pase de visita médica o estudios de laboratorio y respetar el horario de comidas.

**López (2013)**, en su investigación “*Determinación de Valor Nutritivo y Aceptación de las Dietas Servidas a los Pacientes del Hospital Nacional Dr. Moisés Villagrán Mazariegos, en San Marcos, Guatemala*”, el objetivo fue determinar el valor nutricional y la aceptabilidad de los alimentos. El tipo de estudio fue descriptivo. Se utilizó el método de pesaje directo para hallar el valor nutricional de cada uno se calculó en referencia a la Tabla de composición alimentaria de Centroamérica para el año 2007. Para evaluar la aceptabilidad de la dieta se evaluó mediante una entrevista con el paciente. Los resultados revelaron que las dietas servidas cubrían adecuadamente los requerimientos de micronutrientes, pero el contenido calórico y la distribución de macronutrientes no cumplían con las necesidades de pacientes mayores de diez años, dado su alto contenido en hidratos de carbono. El 55% de los pacientes consideraron satisfactorios el sabor, olor, color y temperatura.

### **1.2.2 Nacionales**

**Liñan (2023)**, en su investigación “*Evaluación del riesgo nutricional en pacientes adultos del servicio de medicina del hospital Alberto Sabogal-Callao, 2023*”, tuvo como objetivo evaluar la prevalencia del riesgo nutricional en los pacientes adultos hospitalizados. La muestra fue de 119 pacientes, el instrumento empleado fue el NRS-2002. Los resultados revelaron un aumento de la prevalencia del riesgo nutricional (78%). Dichos resultados respaldan la necesidad de implementar programas de screening nutricional sistemático en los hospitales para localizar tempranamente a los pacientes con riesgo y la importancia de fortalecer las intervenciones nutricionales dentro del contexto hospitalario.

**Asís y Arias (2022)**, en su investigación “*Aceptabilidad y consumo de las dietas en pacientes hospitalizados del hospital de emergencias José Casimiro Ulloa, Miraflores 2022*”, tuvo como objetivo determinar la asociación entre la aceptación y el consumo de las dietas en pacientes hospitalizados. Estudio de tipo descriptivo-correlacional, casi-diseño-experimental. Un ámbito prospectivo con enfoques transversales y mixtos. Tenía una muestra de población de 78 individuos. El método de recolección de información para establecer la aceptabilidad de los alimentos fue mediante la encuesta. Para valorar la ingesta de alimentos, se utilizaron el examen visual y estimación de alimentos. Según los hallazgos, se halló que el 71% de la población estudiada experimentó una buena aceptación y el 45% ingirió más del 75% de la dosis. Se concluye que hay un vínculo significativo entre el grado de aceptabilidad y el porcentaje de ingesta en vista de que se logró un nivel de significancia del valor  $p < 0.004$ .

**Aguilar (2019)**, en su investigación “*Calidad Percibida y Satisfacción del Usuario Hospitalizado en el Servicio de Nutrición de una Clínica de Lima Norte - Perú, 2019*”, tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción global, basándose en la calidad percibida por los usuarios atendidos por el Servicio de Nutrición. Estudio cuantitativo con diseño descriptivo,

observacional, transversal y prospectivo. La muestra fue conformada por 75 pacientes hospitalizados siendo el 58.7% mujeres y el 41.3% varones. La calidad percibida fue de 87.4%. Con respecto a las 5 dimensiones de calidad evaluadas de forma autónoma, los componentes materiales obtuvieron la puntuación más alta, con un 92,8% de satisfacción sobresaliente. Las dimensiones de confiabilidad y seguridad se presentan a continuación, con un 90,85% y 90,0% de satisfacción excelente, respectivamente. En contraste, la dimensión de habilidad para responder recibió una puntuación alta con un 84,57%, mientras que la dimensión de empatía se calificó como regular con un 78,85% de satisfacción. Se concluye que el nivel de satisfacción global del servicio de nutrición es bueno con un 87.4% de aprobación.

**Porras y Astete (2018)**, en su investigación *“Aporte energético, proteico y aceptabilidad de las dietas servidas a pacientes de una clínica privada Lima-2018”*, tuvo como objetivo determinar el aporte energético, proteico y la aceptabilidad de las dietas proporcionadas a los pacientes. Se empleó el procedimiento de pesaje directo de los alimentos y se determinó la energía y proteína de cada ración de acuerdo con las Tablas Peruanas de Composición de Alimentos (2009). Se evaluó la aceptabilidad a través de un sondeo realizado a los pacientes. Se concluyó que el 50% de las dietas dadas a pacientes féminas tenían energía suficiente, al tanto que el 57,1% de las dietas dadas a los pacientes varones eran deficientes. Por lo que hace referencia a la ingesta de proteínas, el 100% de las dietas servidas a las féminas eran ricas en proteínas, al tanto que el 64,3% de las dietas masculinas eran adecuadas. Se concluyó que, por lo general, el 76,7% de los pacientes aceptaron las dietas servidas y se recomienda evaluar con frecuencia la aceptabilidad de las dietas, ya que estas influyen en la recuperación de los pacientes

**Meza y Ortiz (2017)**, en su investigación “*Satisfacción con el servicio de alimentación del área de traumatología en pacientes de un hospital público del seguro social de Lima, Perú, y sus factores asociados, 2015-2016*” tuvo como objetivo describir el nivel de satisfacción con el servicio de alimentación en pacientes hospitalizados y explorar los factores asociados. Se llevó a cabo un análisis de corte transversal con 200 pacientes. Los hallazgos indicaron que el 58% de los pacientes valoraron de manera positiva la presentación del alimento, y que el 56% se mostraron complacidos con la comida y el servicio. En los hombres, la satisfacción se incrementó al mantener el apetito constante, mejorar la presentación de la comida y reducir el tiempo de estancia. Los elementos vinculados a la satisfacción incluyeron la presentación del alimento y el tiempo de la permanencia en el hospital. Se concluye que más de la mitad de los pacientes, la satisfacción con el servicio fue elevada. Los elementos vinculados que podrían ser alterados incluyen la presentación de la comida y el tiempo de permanencia, los cuales podrían optimizarse para mejorar la experiencia en el hospital.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 *Objetivos Generales***

- Determinar la relación entre la aceptabilidad de las dietas y riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados de un hospital nacional.

#### **1.3.2 *Objetivos Específicos***

- Conocer las características sociodemográficas y clínicas en los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.
- Evaluar la aceptabilidad de las dietas en los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.

- Identificar el porcentaje de riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.

#### **1.4 Justificación**

A nivel teórico, este estudio contribuye a la comprensión de la relación entre la aceptabilidad y el riesgo nutricional en el contexto hospitalario, aportando evidencia científica que puede ser utilizada para mejorar las prácticas de atención nutricional y la formación de futuros profesionales de la salud.

En cuanto a la metodología, el diseño observacional, transversal y correlacional de este estudio permite evaluar la relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en una muestra representativa de pacientes hospitalizados. El uso de instrumentos validados, como la encuesta de aceptabilidad de dietas y el tamizaje nutricional NRS-2002, garantiza la confiabilidad y validez de los datos recolectados.

A nivel práctico, este estudio tiene implicaciones prácticas significativas para la gestión de la atención nutricional en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Al identificar los factores que influyen en la aceptabilidad de las dietas, se podrán implementar estrategias específicas para mejorar la calidad de los servicios de alimentación y la satisfacción de los pacientes. Además, la identificación temprana del riesgo nutricional permitirá implementar intervenciones nutricionales oportunas, optimizando el estado nutricional de los pacientes, reduciendo las complicaciones asociadas a la desnutrición y contribuyendo a la disminución de la estancia hospitalaria y los costos de atención médica.

## 1.5 Hipótesis

- **H 1:** La Aceptabilidad de las dietas, SÍ se relaciona significativamente con el Riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.
- **H 0:** La Aceptabilidad de las dietas, NO se relaciona significativamente con el Riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Bases Teóricas

#### 2.1.1 *Aceptabilidad de las dietas*

##### 2.1.1.1 Definición

Según Tejada (2007), hace referencia cerca de una muestra gastronómica elaborada y saboreada, la aceptabilidad implica la preferencia o rechazo, por lo que es importantes las cualidades de los alimentos, como su presentación, su composición, la pureza, procedimiento y su preservación, que hacen que el alimento sea aceptable para el consumidor y son los criterios que el consumidor evalúa. Como resultado, la aceptabilidad de la calidad inherente de un alimento es el resultado de la respuesta del consumidor. Se toma en cuenta lo siguiente para determinar cuán aceptable es el alimento: el proceso de preparación del alimento, la calidad nutritiva, la calidad organoléptica y la calidad económica.

##### 2.1.1.2 Aspectos que determinan la Aceptabilidad

La conducta alimentaria de un ser se entiende como el modo en que come. Se establece desde el nacimiento y a lo largo de la existencia, y es influenciado por varios factores tanto biológicos, ambientales y sociales (Scaglioni et al., 2018). Aquí tenemos algunos:

**A) *Hambre y la saciedad:*** Una persona necesita alimentos que le aporten nutrientes y la energía necesaria para sobrevivir, las sustancias nutritivas principales (los carbohidratos, los lípidos y las proteínas) producen signos de llenura de diversa magnitud. A la hora de sopesar la evidencia, parece evidente que las grasas son menos saciantes, mientras que los carbohidratos poseen una cantidad saciante moderada las proteínas son los nutrientes que producen una mayor sensación de saciedad. La cantidad de comida o el tamaño de las porciones pueden ser un signo importante de saciedad (Bellisle, 2006).

**B) Palatabilidad:** Está en relación directa con la satisfacción que un ser siente mientras come. Los atributos que se pueden percibir a través de los sentidos de los alimentos como el aroma, gusto, apariencia y forma son los factores más influyentes para la aceptabilidad de los alimentos. Las personas tienden a preferir alimentos que les resulten agradables al paladar. Si una dieta no es sabrosa o no satisface los gustos individuales, es menos probable que sea aceptada a largo plazo (Bellisle, 2006).

**c) Aspectos sensoriales:** De hecho, el "gusto" es la suma de todos los estímulos sensoriales que se producen al comer alimentos. Este estímulo sensorial incluye no sólo el gusto en sí, sino incluso la fragancia, apariencia y consistencia de los alimentos. Desde pequeño, el gusto y el conocimiento de los alimentos incide en nuestra actitud hacia ellos.

### **2.1.1.3 Determinación culturales, sociales y físicas**

**A) Conocimiento y educación.** El conocimiento y la educación sobre los beneficios de una dieta pueden influir en su aceptabilidad. Si las personas comprenden los beneficios para la salud de una determinada dieta, es más probable que estén dispuestas a seguirla (Kearney et al., 2000).

**B) Hábitos culturales y sociales.** Los hábitos culturales y sociales tienen un papel significativo en la aceptabilidad de las dietas. Las preferencias alimentarias pueden verse influenciadas por las tradiciones, la religión y la cultura. Las personas tienden a seguir patrones dietéticos que se ajusten a su entorno cultural y social (Ibáñez, 2001).

**C) Necesidades individuales y preferencias.** Cada individuo tiene necesidades y preferencias dietéticas únicas. Algunas personas pueden tener restricciones dietéticas debido a condiciones médicas, alergias o intolerancias, y eso puede afectar la aceptabilidad de ciertas



dietas. También es importante tener en cuenta las preferencias personales en términos de texturas, colores, alimentos favoritos, etc.

#### **2.1.1.4 Determinación psicológica**

*A) Psicológicos y emocionales.* Los factores psicológicos y emocionales, como el estado de ánimo, el estrés y la relación con la comida, pueden influir en la aceptabilidad de una dieta. Las emociones y las circunstancias personales pueden afectar la motivación y la adherencia a una dieta determinada. El efecto del estrés en las opciones alimentarias es complejo, y más aún debido a los diferentes tipos de estrés a los que puede estar expuesta un ser..(Oliver y Wardle, 1999).

*B) Estado de ánimo.* El efecto de la alimentación en el estado de ánimo podría estar asociada, al menos en parte, con las preferencias hacia ciertos alimentos. Las féminas se quejan de tener antojos con más frecuencia que los varones. Por tanto, el estado de ánimo como el estrés puede tener un impacto en la conducta de la elección de los alimentos y las contestaciones potencialmente a tratamientos de dietéticos a corto y largo plazo.

Estos son solo algunos de los factores que pueden influir en la aceptabilidad de las dietas. Es fundamental considerar que cada individuo posee características únicas y puede reaccionar de manera distinta a estos factores, por lo que es fundamental adaptar la dieta a las necesidades y preferencias individuales.

#### **2.1.1.5 Grado de aceptabilidad:**

*A) Grado bueno.* Manifiesta buen agrado de un alimento o preparación.

*B) Grado regular.* Manifiesta regular agrado por un alimento o preparación.

*C) Grado malo.* Manifiesta desagrado por un alimento o preparación.

#### **2.1.1.6 Prueba de aceptabilidad**

Las evaluaciones de aceptabilidad, también denominadas pruebas de nivel de agrado (hedónicas) según el trabajo de Clark et al. (2008), constituyen un elemento valioso e indispensable en todos los programas de evaluación sensorial, como mencionan Stone y Sidel (2004). Se emplean para determinar la aceptación de un producto por parte de los consumidores, y según su naturaleza, permiten medir el grado de satisfacción o insatisfacción que provoca dicho producto (Watts, 1992).

#### **2.1.1.7 Características organolépticas:**

Las propiedades sensoriales se relacionan con las cualidades sensoriales de un producto que son evaluadas mediante análisis de las sensaciones que produce al paladar de quien los ingiere, pueden ser percibidas mediante de los sentidos, como el gusto, el olfato, la visión, el tacto y el oído (Ojeda, 2018).

Algunas de las características más comunes son:

**A) *El olor.*** Es una de las características organolépticas más importantes y se refiere a la percepción de las moléculas volátiles que se liberan de una sustancia y llegan a los receptores olfativos en la nariz (Sancho et al., 1999). El sentido del olfato permite detectar y distinguir una amplia variedad de olores, lo que contribuye significativamente a la experiencia sensorial y al disfrute de los alimentos, bebidas, perfumes y otros productos. Algunas características relacionadas con el olor son: 1. Intensidad: La intensidad se refiere a la fuerza o concentración del olor percibido. Puede variar desde olores sutiles y delicados hasta olores fuertes e intensos.

**B) *El color*** La importancia en la evaluación sensorial depende en gran medida de la conexión que los consumidores establecen entre diferentes atributos de los alimentos, como la asociación del color rojo con el sabor a fresa y el verde con la menta., etc., demostrando,

Además, a veces los consumidores pueden aceptar o rechazar un alimento solo por su apariencia y color, lo que destaca la importancia de la evaluación del color en los alimentos. De hecho, en la mayoría de los casos, los consumidores asocian el sabor de un producto con un color específico (Espinosa, 2007).

**C) El aroma.** es una característica organoléptica que se refiere a la percepción de los olores y fragancias de los productos. El aroma es una parte importante de la experiencia sensorial y puede influir en la apreciación y aceptabilidad de alimentos, bebidas o productos. (Sancho et al., 1999)

**D) El gusto.** Nos permite identificar sabores salado, dulce, agrio o picante. Estas propiedades se detectan a través de las papilas gustativas.

**E) El sabor.** es propiedad es altamente complicada ya que fusiona características como el aroma, olor y el gusto, porque su medición es más compleja. El sabor nos permite distinguir entre los diferentes alimentos y nos brinda información sobre su calidad, frescura y valor nutricional.

**F) La textura.** Propiedad valorada por los sentidos del tacto, el oído y la vista, se manifiesta cuando un alimento sufre una deformación, esta propiedad evalúan la viscosidad, el grosor, la dureza o la rigidez (Ojeda, 2018). Es una característica importante en la gastronomía, ya que contribuye a la experiencia sensorial y al disfrute de la comida.

**G) La temperatura.** La temperatura es una característica organoléptica que se refiere al nivel de calor o frío del alimento en el instante de su consumo. Esto influye tanto en el gusto como en la percepción global de los alimentos, considerando que ciertos sabores y aromas son más perceptibles a ciertas temperaturas. Por ejemplo, el alimento frío puede disminuir la

percepción de dulzura o salada, mientras que el alimento caliente puede potenciar ciertos aromas y potenciar la experiencia sensorial. En situaciones como la nutrición en el hospital, resulta crucial mantener una temperatura apropiada para asegurar la aceptación de los alimentos, considerando que una temperatura baja puede impactar de manera adversa en el apetito del paciente.

#### **2.1.1.8 Dietas hospitalarias**

Una dieta hospitalaria se define como un plan de alimentación, que selecciona la dieta más adecuada para garantizar el bienestar del paciente internado alcance o mantenga un óptimo estado nutricional (Hospital Universitario Donostia, 2008).

Las dietas hospitalarias son esenciales durante el proceso de recuperación del individuo, que parte de su necesidad y condición. Algunos pacientes que no requieren una dieta especial debido a la ausencia de deficiencias nutricionales; cuando un paciente hospitalizado presenta una necesidad nutricional específica, entonces se emplea una dieta terapéutica de acuerdo con su necesidad y al tratamiento médico.

#### **2.1.1.9 Tipos de dietas hospitalarias.**

Entre las dietas más comunes servidas en el Hospital Dos de Mayo (2017) se tiene:

##### ***A) Dieta completa:***

Es aquel régimen de dieta terapéutica que es con un aporte calórico adecuado para satisfacer los requerimientos de energía de la persona. Es completo en su composición y aporta macronutrientes, micronutrientes, fibra y equilibrado en proporciones de nutrientes según las recomendaciones adecuadas para cada paciente, cuyo objetivo es

brindar la cantidad de energía necesaria. Está indicada para todo paciente hospitalizado que no tenga comprometido el tracto gastrointestinal, que la función metabólica no represente una necesidad particular. y dentro de los alimentos no permitidos debe limitarse es el consumo excesivo de grasas saturadas, alimentos altos en sodio, alimentos altos en azúcares simples y alimentos industrializados (p. 4).

***A1) Composición nutricional:***

- Proteína: 10-12 %
- Grasa: 30 %
- Carbohidratos: 60 %

***B) Dieta Blanda.***

Es aquel régimen terapéutico que consiste en líquidos y sólidos fácilmente digeribles. Consta de lácteos y derivados, huevos, carne magra, pescado, verduras cocidas y frutas. Entre los alimentos no permitidos, es necesario limitar el consumo de embutidos, salsas, verduras crudas y frutas peladas, verduras sólidas, guisos con piel, frutos secos y fritos. Su objetivo es proporcionar una dieta de fácil digestión y baja en residuos para mantener el estado óptimo del paciente. Este tratamiento está indicado para pacientes postoperatorios que se desarrollen con una dieta líquida amplia. También está indicado para pacientes con varices esofágicas y paciente que tenga dificultad para masticar o deglutir (p. 6).

***B1) Composición nutricional:***

- Proteína: 10-12 %
- Grasa: 30 %

- Carbohidratos: 60 %
- Kcal: 1600

### ***C) Dieta Hiposódica:***

Es aquel régimen dieto terapéutico con restricción de sodio, dependiendo directamente de la gravedad de la enfermedad. El objetivo nutricional de la dieta es prevenir y controlar la elevación de la presión, se recomienda generalmente para personas que padecen hipertensión arterial, enfermedad renal, insuficiencia cardíaca u otras afecciones que requieren una restricción en la ingesta de sodio. Está recomendado para pacientes que presentan insuficiencia cardíaca, problemas renales (como síndrome nefrítico y nefrótico, insuficiencia renal crónica, aguda o que han recibido un trasplante renal), y enfermedades hepáticas (como cirrosis hepática con acumulación de líquido en la cavidad abdominal (ascitis) o en los tejidos (edema)). Entre los alimentos permitidos constan de leche y yogurt, huevo, carnes blancas y pescado, cereales sin sal, verduras cocidas y frutas frescas. Debe limitarse el consumo de carnes curadas, productos industrializados, productos enlatados, embutidos, queso y mantequilla con sal (p. 8).

### ***CI) Composición nutricional***

- Proteína: 10-12 %
- Grasa: 30 %
- Carbohidratos: 60 %
- Kcal: 1800

### ***D) Dieta Hipo grasa:***

Una dieta hipo grasa es aquella que reduzca la cantidad de grasas en su dieta, en particular las grasas saturadas y las grasas trans. Esta dieta se suele recomendar para personas con condiciones de salud específicas, como enfermedad cardiovascular, hipercolesterolemia, obesidad o enfermedad del hígado. El objetivo de esta dieta es evitar las contracciones de la vesícula, el dolor de gran intensidad y la duración del cólico biliar. Con la dieta podemos normalizar el estado nutricional del paciente. Está indicado para pacientes con litiasis vesicular, coledocolitiasis, colecistitis aguda, colecistitis crónica, pancreatitis en remisión, cirrosis hepática descompensada, malabsorción de grasas o esteatorrea, dislipidemia. Los alimentos permitidos son carnes magras, pescado, huevo solo claras, yogurt descremado, verduras frescas y cocidas, frutas todas, cereales simples sin grasas, tubérculos cocidos, grasas saludables con aceite de oliva, nueces, semillas. Debemos limitar productos lácteos enteros, chocolatadas, carnes como el cordero, cerdo, embutidos, productos enlatados, huevo entero, mantequillas y alimentos fritos (p. 9).

***D1) Composición nutricional:***

- Proteína: 12-15 %
- Grasa: 25 %
- Carbohidratos: 60 %
- Kcal: 1600

***E) Dieta para Diabético:***

Es aquel régimen dieto terapéutico regulado en energía y macronutriente, teniendo en cuenta la selección de alimentos de menor índice glucémico, gestión de los horarios de

consumo de alimentos. Para estos tipos de pacientes se debe de tener en cuenta el consumo de calorías, grasas, proteínas y fibra en la alimentación. El objetivo es suministrar el aporte adecuado y evitar los casos de hipoglucemia e hiperglucemia, indicado en pacientes con diabetes mellitus. en los alimentos permitidos debemos de optar por carbohidratos de absorción lenta como son los vegetales, leguminosas y cereales, en proteínas tenemos leche descremada, yogurt descremado, queso fresco bajo en sal, carnes magras y en grasas ácidos grasos poliinsaturados tipo omega 3. En alimentos no permitidos tenemos productos de pastelería, carbohidratos simples (azúcares simples) frituras, alimentos altos en sodio, frutas secas, embutidos, alcohol (p. 10).

***E1) Composición nutricional:***

- Proteína: 12-15 %
- Grasa: 30 %
- Carbohidratos: 55 %
- fibra: 25 gr
- Kcal: 1800

***F) Dieta Renal:***

Es aquel régimen que controla el aporte de proteínas, sodio y potasio; esta provee un adecuado aporte de calorías y aminoácidos esenciales Para satisfacer las necesidades nutricionales de los individuos con algún grado de deterioro renal. El objetivo es proveer un adecuado balance de calorías y micronutrientes, se debe de controlar la ingesta de proteína, sodio, fósforo, potasio sérico y calcio en pacientes con insuficiencia



renal sin hemodiálisis. Los alimentos permitidos debemos de restringir cantidades limitadas de proteína, cereales refinados y granos vegetales y frutas con bajo contenido de potasio, grasas con ácidos grasos poliinsaturados. Limitarse el consumo de carnes rojas, menestras y frutas secas (p. 11).

### ***F1) Composición nutricional***

- Proteína: 10 -12 %
- Grasa: 30 %
- Carbohidratos: 60 %
- Kcal: 1600

### ***2.1.2 Riesgo nutricional:***

#### **2.1.2.1 Definición**

El riesgo de desnutrición se define a la posibilidad de que un individuo presente deficiencias o desequilibrios en su estado nutricional, lo cual puede tener un impacto negativo en la salud y el bienestar. El riesgo nutricional puede manifestarse de diferentes maneras, como una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales, una mala absorción de nutrientes, una dieta poco variada o desequilibrada, o condiciones médicas que afectan la alimentación (Muñoz, 2009).

#### **2.1.2.2 Parámetros para reconocer pacientes con riesgo nutricional.**

Se encuentran los siguientes parámetros:

**A) Pérdida de peso.** Pérdida de peso no deseada igual o superior al 10% del peso normal en seis meses, igual o superior al 5% del peso normal en 1 mes o peso actual un 20% con peso por debajo del recomendado.

**B) Ingesta Nutricional Inadecuada.** Ingesta nutricional inadecuada durante 7 días a más (hiporexia, anorexia, mal estado buco- dental, trastornos de la deglución, la incapacidad del paciente para alimentarse por sí mismo y la incapacidad de las instituciones para atender a todos los pacientes en su alimentación, saciedad precoz y retraso del vaciamiento gástrico, síndrome posgastrectomía, estrechamiento del tracto digestivo).

- Cambio de dieta, recibir nutrición parenteral total (NPT) o nutrición enteral total (NET).
- Trastornos que pueden afectar la digestión, la absorción y el metabolismo o catabolismo acelerado.
- Aumento de las pérdidas debido a diálisis, fístulas, diarrea, hemorragias digestivas crónica, emesis, malabsorción, síndrome del intestino corto, proteinuria, sangrado, quemaduras.
- Administración de medicamentos que interfieren con la nutrición (medicamentos catabólicos o anti nutrientes, esteroides, inmunosupresores).
- Retraso en el inicio de la terapia nutricional.

**C) Severidad de la enfermedad.** La severidad de la enfermedad es un factor crucial en la determinación del riesgo nutricional, ya que influye directamente en las necesidades metabólicas del paciente, su capacidad para consumir alimentos y la utilización de los nutrientes. Enfermedades graves o crónicas pueden aumentar el gasto energético, alterar el

metabolismo de los nutrientes, comprometer la función del sistema digestivo y afectar el apetito, incrementando significativamente el riesgo de desnutrición (Koundrup et al., 2003).

En enfermedades agudas o crónicas, el organismo experimenta un estado de estrés metabólico que altera el metabolismo de los nutrientes y aumenta las necesidades energéticas y proteicas (McClave et al., 2016). Además, la enfermedad puede afectar la capacidad del paciente para ingerir alimentos, ya sea por la presencia de síntomas como náuseas, vómitos, dolor o disfagia, o por las restricciones dietéticas impuestas por la propia enfermedad o su tratamiento (Serón et al., 2022).

**D) Edad.** La edad influye en el riesgo nutricional debido a que las necesidades y la capacidad del cuerpo para usar los nutrientes cambian a lo largo de la vida (Mahan y Raymond, 2017). Niños, adultos mayores y mujeres embarazadas o en lactancia son los más vulnerables. La malnutrición infantil afecta el crecimiento y desarrollo mientras que en adultos mayores aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad (Black et al., 2013). En embarazadas, la ingesta inadecuada perjudica a la madre y al bebé (Trumbo et al., 2002).

### **2.2.2 Tamizaje de riesgo nutricional**

Dentro del ámbito hospitalario, se utilizan diferentes herramientas de tamizaje que permiten evaluar de forma rápida y sencilla el estado nutricional del paciente y determinar su riesgo de desnutrición. Algunas de las herramientas más utilizadas son:

**A) *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*.** Esta herramienta desarrollada por la Asociación Británica de Nutrición Parenteral y Enteral [BAPEN] en el año 2003, se utiliza para evaluar el riesgo de desnutrición en adultos, tanto en el ámbito hospitalario como en la

comunidad (BAPEN, 2012). El MUST se basa en tres criterios: el índice de masa corporal (IMC), la pérdida de peso involuntaria y la ingesta alimentaria. La puntuación obtenida en cada criterio se suma para obtener una puntuación total que determina el nivel de riesgo nutricional y la necesidad de intervención (Chao et al., 2015).

**B) *Mini Nutritional Assessment (MNA)*.** El MNA es una herramienta de tamizaje validada para evaluar el riesgo de desnutrición en adultos mayores, tanto en el ámbito hospitalario como en residencias de ancianos (Vellas et al., 1999). El MNA consta de dos partes: una evaluación subjetiva que incluye preguntas sobre el estilo de vida, la movilidad, el estado psicológico y la medicación, y una evaluación objetiva que incluye medidas antropométricas como el IMC, la circunferencia de la pantorrilla y el peso. La puntuación total obtenida permite clasificar a los pacientes en tres categorías: sin riesgo de desnutrición, con riesgo de desnutrición y con desnutrición (Rubenstein et al., 2001).

**C) *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)*.** El tamizaje de riesgo nutricional es un proceso crucial en el ámbito hospitalario para identificar individuos con riesgo de desnutrición o que ya presentan un estado nutricional deficiente (Muñoz, 2009). Este proceso debe ser rápido, sencillo y confiable, y se utiliza para la identificación temprana de factores de riesgo con fines de prevención o tratamiento (Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral [AANEP], s.f.). Una herramienta específica para este fin es el NRS-2002, que evalúa el IMC, la disminución de peso, la pérdida de alimentos y la severidad de la enfermedad para identificar a los individuos en riesgo de desnutrición (Valero et al., 2005).

## **2.2 *Relación Entre la Aceptabilidad y Riesgo Nutricional***

La relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional es crucial para la salud y el bienestar del paciente. La aceptabilidad de una dieta se refiere a cuán dispuesta está el paciente a seguirla de manera consistente y a largo plazo. Por otro lado, el riesgo nutricional se vincula con la posibilidad de que una dieta no proporcione los nutrientes necesarios o no sea aceptada para mantener una buena salud.

Un estudio que analiza el grado de satisfacción dietética en pacientes de un hospital terciario tiene como propósito determinar el nivel de agrado del paciente en relación con la dieta y examinar las potenciales variables asociadas a altos niveles de satisfacción. La muestra de este estudio incluyó a 1.413 pacientes, formados por hombres y féminas, el 34.9% recibía dieta terapéutica y solo el 39.4% recibía dieta con sal, para el 43% de los pacientes, la alimentación del hospital fue “como esperaba” mientras que para el 44.1% fue “mejor de lo esperado”, el 89.1% considero el horario de comida como adecuado y 96.4% considero suficiente el tiempo para comer. En cuanto a las características de la comida, entre 56.3% (sabor/gusto), 65.5% olor, 80.4% (presentación), 70.4% temperatura. Se concluye que el nivel de aceptabilidad con la dieta hospitalaria es admisible, el apetito del paciente se asocia a una mayor satisfacción global con la dieta, la sal y el tipo de alimentación (dieta basal vs. tratamiento) son factores que influyen en la situación además no se asocia a una mejora significativa en la evaluación global de la dieta (Benítez et al., 2016).

Un estudio realizado en Paraguay tuvo como objetivo evaluar la aceptabilidad de la alimentación prociénida a 153 pacientes hospitalizados. Se evidencio que la mitad de los individuos dejo comida en el plato y que la cuarta parte de los pacientes no les gusta los productos integrales, según la encuesta realizada 75% de los pacientes está conforme con la cantidad de la comida, 52% con el sabor y 59% con la variedad, más del 80% está conforme

con la temperatura y horario de las comidas. Se concluye que los menús ofrecidos por el hospital tienen una aceptabilidad regular, que la mayor parte de los individuos están satisfecho con varios aspectos de los menús y con un nivel significativo de desperdicio de alimentos (Dávalos, 2021).

Un estudio realizado sobre la aceptación de dietas y estado nutricional en pacientes hospitalizados tuvo como objetivo verificar la aceptación de las dietas hospitalarias en cuanto al estado nutricional de los individuos hospitalizados en la unidad de oncología/hematología de un hospital de tercer nivel. Conformado por 100 pacientes con una estancia mínima de 3 días y máximo de 6 días. Los resultados muestran según la evaluación nutricional global subjetiva realizada que 33% fueron considerados desnutridos y que el índice de masa corporal detecto un 6,3% de desnutrición, algunos síntomas informados fueron de la falta de apetito, xerostomía (boca seca), estreñimiento, náuseas entre otras. Las principales razones reportadas para la no aceptación de las dietas fueron la falta de sabor, prestaciones monótonas, grandes cantidades ofrecidas, temperatura inadecuada y la falta de apetito (Ferreira et al., 2013).

Para reducir el Riesgo Nutricional, es requiere encontrar un equilibrio entre una dieta que proporcione los nutrientes necesarios y que sea aceptada por el paciente. Los nutricionistas desempeñan un papel fundamental en el diseño de dietas hospitalarias adaptadas según la patología que presenta el paciente y así mismo que estas dietas cumplan con las características organolépticas adecuadas para garantizar su aceptación y efectividad.

### III. MÉTODO

#### 3.1 Tipo De Investigación

El presente estudio es cuantitativo de tipo correlacional de corte transversal y diseño observacional.

#### 3.2 Ámbito Temporal y Espacial:

En cuando el ámbito temporal la investigación se llevó a cabo durante el periodo de septiembre a noviembre el año 2024, así mismo, en el ámbito espacial, se realizó en el hospital Dos de Mayo, a pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

#### 3.3 Variables

**3.3.1 Variable Independiente:** Aceptabilidad de las dietas.

**3.3.2 Variable Dependiente:** Riesgo nutricional

#### 3.4 Población y Muestra

##### 3.4.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por pacientes, de las 3 salas de medicina interna (San Pedro, San Toribio y Santa Ana). Se han seleccionado estas 3 salas por ser áreas donde los pacientes tienen prescrita dietas, toleran vía oral y ser áreas de riesgo bajo.

##### 3.4.2 Muestra

Se utilizó una muestra censal debido a que la investigación se llevó a cabo en un hospital específico (Hospital Nacional Dos de Mayo) con un número limitado de pacientes hospitalizados que cumplieran con los criterios de inclusión. Dado que la población total de pacientes elegibles era manejable y accesible, se optó por incluir a los pacientes mayores de 18 años que estuvieron hospitalizados durante el periodo de estudio,

lo que permitió obtener una visión más completa y representativa de la situación nutricional en esa institución, sin necesidad de realizar un muestreo aleatorio.

### **3.4.3. Muestreo.**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a las características específicas del entorno hospitalario, la necesidad de seleccionar pacientes que cumplan criterios específicos de inclusión y la disponibilidad limitada de los sujetos de estudio. Este método permite optimizar recursos y tiempo, considerando las regulaciones institucionales y la dinámica propia del hospital, facilitando así una recolección de datos sistemática en las tres salas seleccionadas del servicio de medicina interna.

**3.4.3.1 Criterios de inclusión.** Los criterios de inclusión fueron especificados de la siguiente manera:

- Edad entre 18 y 70 años de ambos sexos.
- Pacientes hospitalizados con prescripción de dieta.
- Aceptar la participación voluntaria mediante el consentimiento informado.

**3.4.3.2 Criterios de exclusión.** Los criterios de inclusión fueron especificados de la siguiente manera:

- Pacientes críticos o de mal pronóstico
- Pacientes posts operados.
- Pacientes con soporte nutricional

## **3.5 Instrumento**

### **3.5.1 Encuesta de aceptabilidad**



Para valorar la aceptabilidad de las dietas, se adaptó el cuestionario de aceptabilidad propuesto por Aguirre y Ccoto (2017). Respecto a la validación del instrumento, se sometió a una revisión por juicio de expertos, que fueron elegidos por su experiencia en campo de la nutrición clínica y debido a que ejercían su profesión en hospitales de tercer nivel. Los expertos evaluaron el cuestionario considerando tres criterios: pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem. Mediante el coeficiente V de Aiken se obtuvo un valor de 0.88, lo cual indica una validez aceptable del instrumento.

Por parte de los expertos el instrumento fue aprobado para su uso, quedando con el nombre de ENCUESTA DE ACEPTABILIDAD, que incluía código de paciente, sexo, edad, tipo de dieta, apetito, días de hospitalización y 15 ítems que evaluaron las propiedades organolépticas, así como las percepciones del servicio de alimentación.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto con 20 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna del instrumento de 15 elementos, obteniéndose un valor de  $\alpha = 0.907$ , que según la escala de Palella y Martins (2012) corresponde a una confiabilidad muy alta, al encontrarse en el rango de 0.81 a 1.00. Este resultado demostró que el instrumento posee una excelente consistencia interna y es altamente confiable para su aplicación en la investigación.

### ***3.5.2 Nutritional Risk screening 2002 (NRS-2002)***

El NRS-2002 es un instrumento que ha sido validado en países europeos como orientales, este método ayudó a identificar pacientes con riesgo y signos de desnutrición, esta evaluación cuenta con sensibilidad del 96% - 98% y una especificidad del 82% -83%. Dicho formato impreso evalúa el estado nutricional del paciente basándose en el IMC, el porcentaje de peso perdido durante los últimos 3 meses, la disminución en la ingesta

alimentaria, la gravedad de la enfermedad y la edad del paciente. El puntaje obtenido clasifica a los pacientes en sin riesgo de desnutrición ( $\text{score} < 3$ ) y paciente con riesgo de desnutrición ( $\text{score} \geq 3$ ).

### **3.6 Procedimiento**

- El proyecto pasó por un proceso de aceptación por parte de la “Facultad de Medicina Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villareal y también pasó por el comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Se identificaron a los pacientes hospitalizados de acuerdo con los criterios de inclusión. La muestra fue censal y determinada por conveniencia.
- Para la encuesta del NRS-2002, se tomó en cuenta los datos sociodemográficos, el peso y la talla para el IMC, la pérdida de peso en los últimos 3 meses, la reducción de la ingesta en la última semana y si es un paciente es grave. También se tomó en cuenta el estado nutricional y la severidad de la enfermedad para clasificar al paciente con o sin riesgo nutricional. Dicho tamizaje se les realizó a los pacientes durante las primeras 48 horas de ingreso.
- Se desarrolló la Encuesta de Aceptabilidad donde se obtuvo las percepciones sobre el sabor, color, olor, textura, temperatura y presentación, dicha encuesta fue realizada al finalizar el día.
- Se brindó consejería nutricional a los pacientes que participaron en esta investigación.

### **3.7 Análisis De Datos**

Para la estadística descriptiva se utilizaron tablas de frecuencias en forma de porcentajes y gráficos, se empleó el test de Chi-cuadrado para determinar la vinculación entre dos variables.

Los datos obtenidos fueron organizados utilizando Microsoft office Excel y el software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 26 para los análisis estadísticos.

Los resultados se plasmaron en tablas y gráficos estadísticos teniendo en cuenta los objetivos establecidos.

### **3.8 Consideración Ética**

La presente investigación pasó por el comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo. Este protocolo cumplió con la declaración de Helsinki (World Medical Association [WMA], s.f.) y la legislación peruana de resguardo de informaciones personales (Ley N.º 29733, 2011), que aseguran la confidencialidad de la información médica salvaguardando los derechos y la salud de los pacientes.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	34	40.5
Masculino	50	59.5
<b>Grupo etario</b>		
Adulto joven (18-29 años)	8	9.5
Adulto (30-59 años)	50	59.5
Adulto mayor (60-70 años)	26	31
<b>Días de hospitalización</b>		
7-14 días	58	69
15-21 días	10	11.9
Más de 21 días	16	19.1
<b>Tipo de dieta prescrita</b>		
Blanda	22	26.2
Completa	17	20.2
Hipoglúcida	15	17.9
Hipograsa	11	13.1
Hiposódica	11	13.1
Renal	8	9.5
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia.

En el estudio participaron 84 pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde el 59.5% (n=50) fueron varones y el 40.5% (n=34) mujeres. La distribución por grupo etario mostró predominancia de adultos de 30-59 años (59.5%), seguido por adultos mayores de 60-70 años (31.0%) y adultos jóvenes (9.5%). En cuanto

a la estancia hospitalaria, la mayoría de los pacientes (69.0%) permaneció entre 7-14 días, mientras que el 19.1% estuvo hospitalizado por más de 21 días y solo el 11.9% entre 15-21 días. Respecto a las dietas prescritas, las más frecuentes fueron la dieta blanda (26.2%) y la dieta completa (20.2%), seguidas por la dieta hipoglúcida (17.9%), mientras que las dietas hipograsa e hiposódica representaron cada una el 13.1%, y la dieta renal fue la menos frecuente con 9.5%.

**Tabla 2**

*Grado de aceptabilidad de las dietas en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

<b>Aceptabilidad</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Bueno</b>	19	38.0	18	52.9	37	44.0
<b>Regular</b>	27	54.0	16	47.1	43	51.2
<b>Malo</b>	4	8.0	0	0.0	4	4.8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>	<b>84</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia

Del total de pacientes evaluados (n=84), el 51.2% mostró una aceptabilidad regular de las dietas hospitalarias, seguido por un 44.0% con buena aceptabilidad y solo un 4.8% con mala aceptabilidad. Al analizar por sexo, se observó que en el grupo de mujeres predominó la buena aceptabilidad (52.9%) seguida de la regular (47.1%), sin casos de mala aceptabilidad. En contraste, en el grupo de varones predominó la aceptabilidad regular (54.0%), seguida de buena (38.0%), y un 8.0% reportó mala aceptabilidad.

**Tabla 3**

*Grado de aceptabilidad de las dietas según grupo etario en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

<b>Grado de aceptabilidad</b>	<b>Grupo etario</b>			<b>Total</b>
	<b>Adulto joven</b>	<b>Adulto</b>	<b>Adulto mayor</b>	
Malo	0,0%	3,6%	1,2%	4,8%
Regular	3,6%	31,0%	16,7%	51,2%
Bueno	6,0%	25,0%	13,1%	44,0%
<b>Total</b>	<b>9,5%</b>	<b>59,5%</b>	<b>31,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia

En general, el 51.2% de los pacientes evaluados mostró una aceptabilidad regular hacia las dietas, seguida de un 44% con buena aceptabilidad y solo un 4.8% con mala aceptabilidad. Por grupos etarios, los adultos (30-59 años) predominaron en la categoría de aceptabilidad regular (31.0%), mientras que los adultos mayores (60-70 años) presentaron un menor porcentaje en esta categoría (16.7%). La buena aceptabilidad fue más frecuente en los adultos (25.0%), seguidos por los adultos mayores (13.1%) y los adultos jóvenes (6.0%). Finalmente, los adultos fueron el único grupo con casos de mala aceptabilidad (3.6%), siendo estos los más críticos respecto a las dietas hospitalarias.

**Tabla 4**

*Grado de aceptabilidad de las dietas según días de hospitalización en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

<b>Grado de aceptabilidad</b>	<b>Días de hospitalización</b>			<b>Total</b>
	<b>7-14 días</b>	<b>15-21 días</b>	<b>Más de 21 días</b>	
Malo	2,4%	1,2%	1,2%	4,8%
Regular	36,9%	4,8%	9,5%	51,2%
Bueno	29,8%	6,0%	8,3%	44,0%
<b>Total</b>	<b>69,0%</b>	<b>11,9%</b>	<b>19,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los pacientes (69.0%) estuvieron hospitalizados entre 7 y 14 días, mientras que el 19.0% superó los 21 días y el 11.9% permaneció entre 15 y 21 días. La aceptabilidad regular fue la más frecuente en todos los periodos de hospitalización, destacándose en el rango de 7 a 14 días con un 36.9%. En cuanto a la aceptabilidad buena, fue mayor también en el rango de 7 a 14 días (29.8%), pero decreció en las hospitalizaciones más largas (8.3% en más de 21 días). Finalmente, la mala aceptabilidad fue menos común en todos los rangos de hospitalización, siendo más alta en el periodo de 7 a 14 días (2.4%).



**Tabla 5**

*Grado de aceptabilidad de las dietas según el tipo de dieta en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

<b>Tipos de dietas</b>							
<b>Grado de aceptabilidad</b>	<b>Blanda</b>	<b>Compl eta</b>	<b>Hipogl úcida</b>	<b>Hipogr asa</b>	<b>Hiposó dica</b>	<b>Renal</b>	<b>Total</b>
Malo	0,0%	0,0%	2,4%	1,2%	0,0%	1,2%	4,8%
Regular	10,7%	6,0%	11,9%	6,0%	10,7%	6,0%	51,2%
Bueno	15,5%	14,3%	3,6%	6,0%	2,4%	2,4%	44,0%
<b>Total</b>	<b>26,2%</b>	<b>20,2%</b>	<b>17,9%</b>	<b>13,1%</b>	<b>13,1%</b>	<b>9,5%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia

La dieta blanda fue la más prescrita (26.2%) y tuvo la mayor proporción de aceptabilidad buena (15.5%), seguida por la dieta completa (20.2%) con un 14.3% de buena aceptabilidad. Las dietas hipograsa, hiposódica y renal, aunque menos frecuentes (13.1%, 13.1% y 9.5%, respectivamente), mostraron niveles de aceptabilidad regular y buena similares, con aceptabilidad buena ligeramente más baja (6.0%, 2.4% y 2.4%, respectivamente). Las dietas hipoglúcidas destacaron con un 2.4% de mala aceptabilidad, siendo este el porcentaje más alto entre los tipos de dieta. En general, la aceptabilidad regular predominó en todos los tipos de dieta (51.2%), mientras que la mala aceptabilidad fue mínima (4.8%).

**Tabla 6**

*Evaluación de características organolépticas de las dietas hospitalarias en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

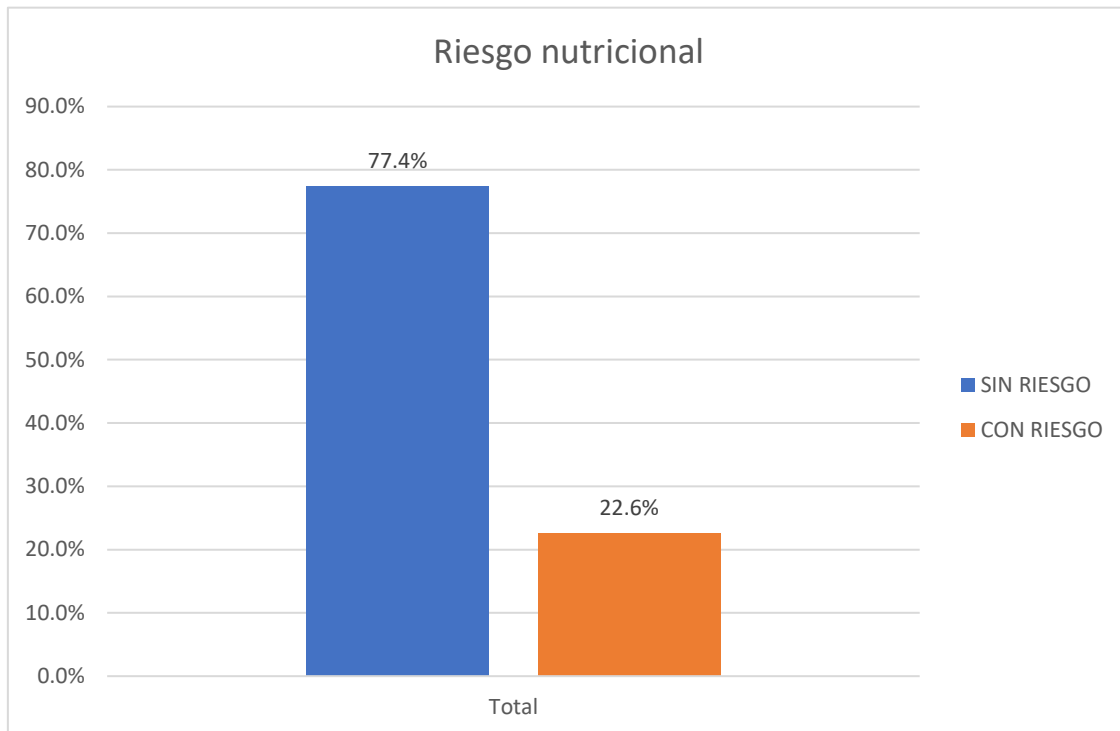
<b>Características</b>	<b>Bueno</b>		<b>Regular</b>		<b>Malo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Textura</b>	66	78.6	14	16.7	4	4.8	<b>84</b>	<b>100.0</b>
<b>Temperatura</b>	63	75.0	16	19.0	5	6.0	<b>84</b>	<b>100.0</b>
<b>Olor</b>	52	61.9	25	29.8	7	8.3	<b>84</b>	<b>100.0</b>
<b>Color</b>	49	58.3	29	34.5	6	7.1	<b>84</b>	<b>100.0</b>
<b>Sabor</b>	41	48.8	38	45.2	5	6.0	<b>84</b>	<b>100.0</b>
<b>Presentación</b>	27	32.1	45	53.6	12	14.3	<b>84</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las características organolépticas de las dietas hospitalarias, la textura y la temperatura fueron los aspectos mejor valorados, con 78.6% y 75.0% de buena aceptación respectivamente. El olor y el color obtuvieron una valoración positiva similar, con 61.9% y 58.3% de buena aceptación respectivamente. El sabor mostró una valoración más distribuida entre buena (48.8%) y regular (45.2%). La presentación fue la característica menos valorada, donde solo el 32.1% la consideró buena, mientras que el 53.6% la calificó como regular y un 14.3% como mala, siendo este último el porcentaje más alto de valoración negativa entre todas las características evaluadas.

**Figura 1**

*Riesgo nutricional mediante el NRS-2002 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

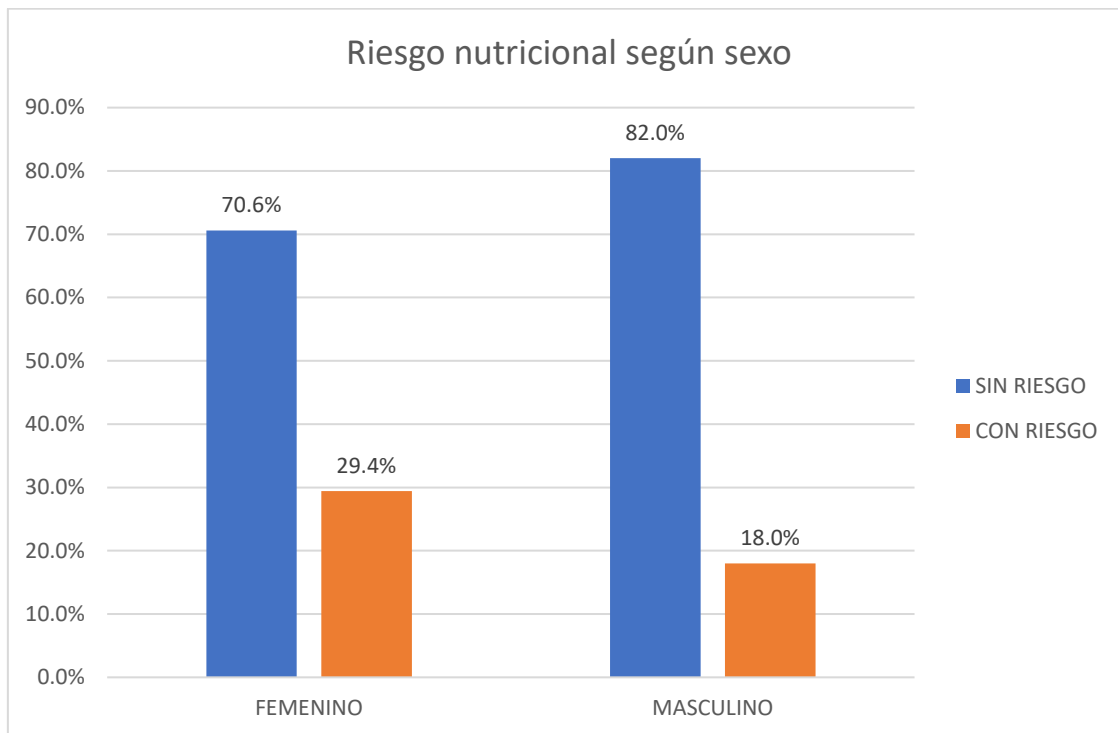


Fuente: Elaboración propia.

La figura muestra que, según la evaluación realizada con el NRS-2002, el 77.4% de los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo no presentan riesgo nutricional, mientras que el 22.6% sí presentan riesgo nutricional.

**Figura 2**

*Distribución del riesgo nutricional mediante el NRS-2002 según sexo en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

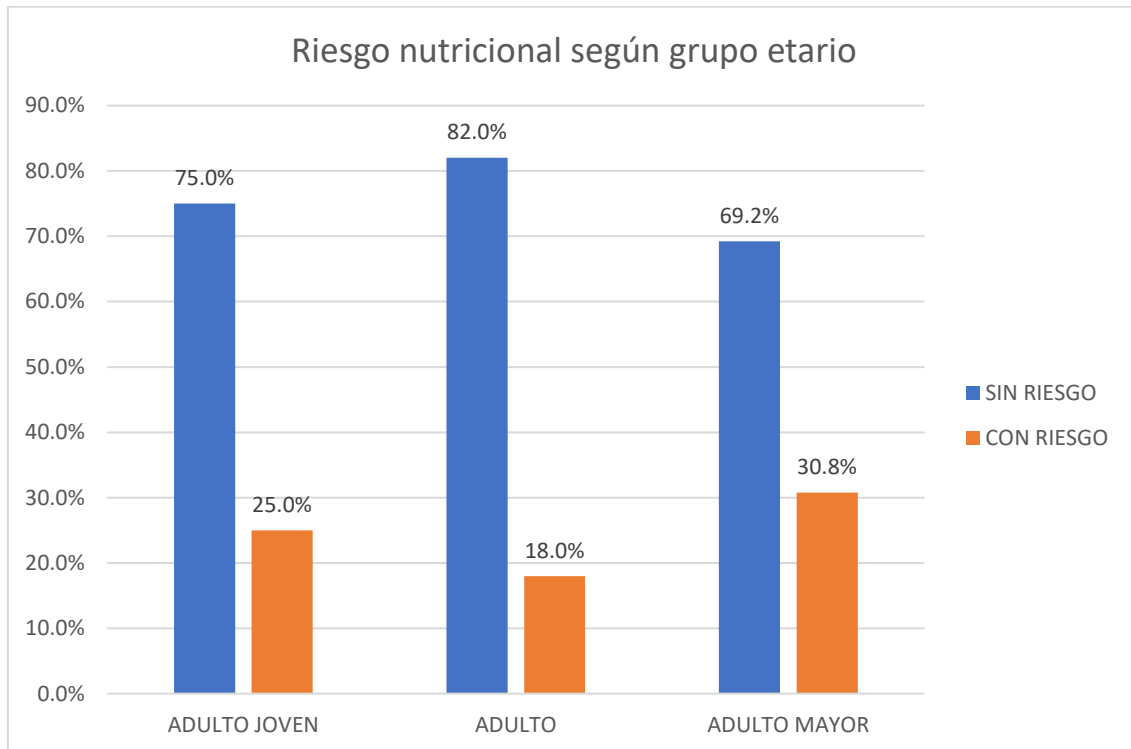


Fuente: Elaboración propia.

Se observó que, de los 84 pacientes evaluados mediante el NRS-2002, el grupo masculino “Sin riesgo” estuvo conformado por 41 pacientes (82.0%) frente a 9 pacientes (18.0%) “Con riesgo”. En el grupo femenino, 24 pacientes (70.6%) presentaron “Sin riesgo”, mientras que 10 pacientes (29.4%) mostraron riesgo de desnutrición. Estos resultados sugieren una mayor vulnerabilidad nutricional en el sexo femenino, evidenciada por un mayor porcentaje de riesgo nutricional alto en comparación con el sexo masculino.

### Figura 3

*Distribución del riesgo nutricional mediante el NRS-2002 según grupo etario en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la distribución por grupos etarios, se observó que el grupo de adultos (30-59 años) presentó la mayor frecuencia de estar “sin riesgo” con 41 pacientes (82.0%) frente a 9 pacientes (18.0%) “con riesgo”. En el grupo de adultos mayores (60 años a más), 18 pacientes (69.2%) presentaron estar “sin riesgo” y 8 pacientes (30.8%) “con riesgo”, siendo este último el porcentaje más elevado de riesgo alto entre todos los grupos etarios. En el grupo de adultos jóvenes (18-29 años), 6 pacientes (75.0%) mostraron estar “sin riesgo” y 2 pacientes (25.0%) “con riesgo”.

**Tabla 7**

*Relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024*

<b>Aceptabilidad de las dietas</b>	<b>Riesgo Nutricional</b>		
	<b>Sin riesgo</b>	<b>Con riesgo</b>	<b>Total</b>
Malo	4.6%	5.3%	4.8%
Regular	49.2%	57.9%	51.2%
Bueno	46.2%	36.8%	44.0%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4, se observa que el mayor porcentaje de pacientes con riesgo nutricional presentan una aceptabilidad "regular" (57.9%), mientras que la mayoría de los pacientes sin riesgo nutricional tienen una aceptabilidad "regular" (49.2%). Aunque la mayor parte de los pacientes tienen una aceptabilidad "regular" (51.2%), no parece haber una relación fuerte entre una dieta "mala" o "buena" y el riesgo nutricional, dado que ambos grupos presentan valores relativamente similares en estas categorías.

**Tabla 8**

*Prueba Chi-cuadrado para la relación entre aceptabilidad de las dietas y riesgo nutricional en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2024.*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,518 <sup>a</sup>	2	,772
Razón de verosimilitud	,524	2	,770
Asociación lineal por lineal	,432	1	,511
<b>N de casos válidos</b>	<b>84</b>		

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de la relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional se realizó mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados mostraron un valor  $p = 0.772$ . Dado que el valor  $p$  es mayor que el nivel de significancia (0.05) se acepta la hipótesis nula; por lo tanto, no se encontró evidencia estadística suficiente para afirmar que existe una relación significativa entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en los pacientes hospitalizados.

## V. DISCUSIONES DE RESULTADOS

Este estudio se propuso determinar la relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional, 2024.

La presente investigación tuvo como resultado principal la ausencia de una relación significativa entre la aceptabilidad y el riesgo nutricional ( $p = 0.772$ ). Esto contrasta con lo encontrado por Ferreira et al. (2013), quienes reportaron una asociación entre la baja aceptabilidad de las dietas y el deterioro del estado nutricional en pacientes oncológicos. Esta discrepancia podría explicarse por las diferencias en las poblaciones estudiadas y los métodos de evaluación utilizados, así como por la presencia de otros factores que influyen en el riesgo nutricional más allá de la aceptabilidad de las dietas, como la severidad de la enfermedad de base y el tiempo de hospitalización.

Respecto a las características sociodemográficas y clínicas, los resultados muestran un predominio de pacientes masculinos (59.5%) y del grupo etario adulto (30-59 años, 59.5%), seguido por adultos mayores (31%), con hospitalizaciones mayoritariamente de 7 a 14 días (69%). Estas características coinciden con estudios previos que destacan que los hombres y adultos presentan mayores tasas de hospitalización, muchas veces asociadas a comorbilidades crónicas (Benítez et al., 2016). En cuanto a las dietas, la blanda (26.2%) y la completa (20.2%) fueron las más prescritas, lo que se alinea con investigaciones que subrayan su papel en satisfacer necesidades nutricionales básicas con alta tolerancia (Guillén et al., 2004). Las dietas especializadas, como la renal (9.5%) e hiposódica (13.1%), reflejan atención a condiciones específicas como insuficiencia renal e hipertensión, frecuentes en adultos mayores.

En cuanto a la aceptabilidad de las dietas, se evidenció que el 51.2% de los pacientes tuvo una aceptabilidad regular y el 44.0% buena, resultados similares a los de



Dávalos (2021), quien reportó un 52% de satisfacción con el sabor de las dietas hospitalarias. Sin embargo, los pacientes con alto riesgo nutricional presentaron menor proporción de buena aceptabilidad (36.8%) frente al grupo de riesgo bajo (46.2%), sin diferencias estadísticamente significativas. Aunque aspectos técnicos como la textura (78.6%) y la temperatura (75.0%) fueron bien valorados, componentes hedónicos como la presentación (32.1%) y el sabor (48.8%) recibieron evaluaciones bajas, lo que concuerda con Van Bokhorst et al. (2014), quienes destacaron que la baja satisfacción con el sabor y la presentación puede limitar la ingesta real, al encontrarse que los pacientes consumían solo el 62% de las calorías servidas, aumentando el riesgo de desnutrición hospitalaria a pesar de una aceptabilidad global aparentemente adecuada.

Los resultados sobre riesgo nutricional mostraron que el 22.6% de los pacientes presentó riesgo nutricional alto, una prevalencia menor al 69.7% reportado por Cotrina (2020) en su estudio multicéntrico en Perú, diferencia atribuible a la exclusión de pacientes críticos y post-operados en el presente estudio. La mayor proporción de riesgo nutricional alto (30.8%) se observó en adultos mayores (60-70 años), lo que coincide con lo reportado por Liñan (2023), quien destacó la vulnerabilidad nutricional de este grupo, y con Murillo (2021) quien encontró mayor prevalencia de desnutrición en pacientes mayores de 70 años, con incidencias de hasta el 50% en ancianos hospitalizados en Perú.

Los hallazgos de este estudio tienen importantes implicaciones prácticas para la gestión nutricional hospitalaria. Si bien no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional, los resultados sugieren áreas clave de mejora en el servicio de alimentación, especialmente en la presentación y sabor de las dietas (32.1% y 48.8% de buena aceptación, respectivamente). La mayor prevalencia de riesgo nutricional alto en adultos mayores (30.8%) enfatiza la necesidad de implementar protocolos de screening nutricional temprano y dietas

adaptadas para este grupo vulnerable, junto con un sistema eficiente de monitoreo y evaluación continua. Estas mejoras requieren un enfoque multidisciplinario que incluya la capacitación del personal, optimización de recursos y un sistema de comunicación efectiva entre los servicios hospitalarios, alineándose con las recomendaciones de la *Declaración de Cartagena sobre el cuidado nutricional hospitalario* (Cárdenas et al., 2019).

Respecto a las limitaciones de esta investigación, la principal fue el diseño transversal, que solo permitió evaluar la aceptabilidad y el riesgo nutricional en un momento específico, sin poder establecer relaciones causales ni observar cambios a lo largo del tiempo. La exclusión de pacientes críticos y post-operados, aunque necesaria por razones metodológicas, limita la generalización de los resultados a estos grupos que suelen presentar mayor riesgo nutricional. Asimismo, la realización del estudio en un solo centro hospitalario puede no reflejar la realidad de otros hospitales con diferentes características. La evaluación de la aceptabilidad mediante un cuestionario, si bien validado, depende de la percepción subjetiva del paciente y podría estar influenciada por factores como el estado de ánimo o la condición clínica al momento de la evaluación, además de no permitir cuantificar objetivamente la ingesta real de alimentos.

## VI. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados y los resultados obtenidos en el presente estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que no existe relación significativa entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional en los pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo ( $p=0.772$ ).
- Se pudo conocer, respecto a las características sociodemográficas y clínicas, que la población estuvo conformada predominantemente por varones (59.5%) y adultos de 30-59 años (59.5%). La mayoría de los pacientes tuvo una estancia hospitalaria entre 7-14 días, siendo la dieta blanda la más frecuentemente prescrita, seguida por la dieta completa. No obstante, los resultados pueden no ser generalizables a otros contextos hospitalarios o grupos con mayor riesgo nutricional.
- La aceptabilidad general de las dietas fue predominantemente regular (51.2%) y buena (44.0%), con solo un 4.8% de mala aceptabilidad. Las características organolépticas mejor valoradas fueron la textura y la temperatura, mientras que la presentación y el sabor recibieron las valoraciones más bajas, aspectos que podrían estar influenciados por la percepción subjetiva de los pacientes.
- Se identificó que el 22.6% de los pacientes presentó riesgo nutricional según el NRS-2002, siendo el grupo de adultos mayores (60-70 años) el más vulnerable con una prevalencia de 30.8%. Este hallazgo subraya la importancia de implementar estrategias específicas de intervención nutricional para este grupo etario, aunque futuros estudios podrían beneficiarse de un enfoque longitudinal y de incluir una evaluación objetiva de la ingesta alimentaria para profundizar en estas relaciones.

## VII. RECOMENDACIONES

- Implementar estudios longitudinales que permitan evaluar cómo las variaciones en la aceptabilidad de las dietas influyen en el riesgo nutricional a lo largo del tiempo, considerando la evolución clínica de los pacientes.
- Ampliar la recopilación de datos sociodemográficos y clínicos para incluir una mayor diversidad de pacientes, como críticos y post-operados, a fin de obtener una visión más representativa de la población hospitalaria.
- Incorporar herramientas complementarias a los cuestionarios, como la observación directa de la ingesta alimentaria, para validar de manera objetiva la aceptabilidad reportada por los pacientes.
- Diseñar programas de intervención nutricional temprana dirigidos a los pacientes con mayor riesgo nutricional, especialmente adultos mayores, para reducir las tasas de desnutrición hospitalaria y sus complicaciones asociadas.

## VIII. REFERENCIAS

- Aguilar, C. (2019). *Calidad Percibida y Satisfacción del Usuario Hospitalizado en el Servicio de Nutrición de una Clínica de Lima Norte-Perú, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. <http://hdl.handle.net/10757/648822>
- Aguirre, Z. y Ccoto, S. (2017). *Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable y grado de aceptabilidad de los menús del servicio de alimentación por los estudiantes residentes de una universidad privada de Lima, 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/b87af6b8-cd87-4251-a6dc-edb784274195>
- Álvarez, K., Bejarano, M., González, B., Mondragón, G., Alatríste, G., Jiménez, L., Gutiérrez, G. y Fuchs, V. (2019). Prevalence of nutritional risk and malnutrition in hospitalized patients: a retrospective, cross-sectional study of single-day screening. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 49(6), 838–843. <https://doi.org/10.1139/apnm-2023-0190>
- Arica, L. (2019). *Estado nutricional y valoración del riesgo nutricional en pacientes hospitalizados en medicina. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40314>
- Asís, L. y Arias, G. (2022). *Aceptabilidad y consumo de las dietas en pacientes hospitalizados del hospital de emergencias José Casimiro Ulloa, Miraflores 2022*

- [Tesis de posgrado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión].  
Repositorio Institucional de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. <http://hdl.handle.net/20.500.14067/6759>
- Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral. (s.f.). *Evaluación Nutricional* [Diapositivas]. <https://es.scribd.com/document/424333402/Evaluacion-nutricional>
- Benítez, N., Oliva, J., Delgado, I., Pereyra, F., Suárez, J., Leyva, F. y Palacio, J. (2016). Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1361-1366. <https://doi.org/10.20960/nh.796>.
- Black, R., Victora, C., Walker, S., Bhutta, Z., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., Uauy, R. y Maternal and Child Nutrition Study Group (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (2012). *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*. [Archivo PDF]. <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf>
- Cárdenas, D., Bermúdez, C., Echeverri, S., Pérez, A., Puentes, M., López, L., Correia, M., Ochoa, J., Ferreira, A., Texeira, M., Arenas, D., Arenas, H., León M. y Rodríguez, D. (2019). Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutrición Hospitalaria*, 36(4), 974-980. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02701>
- Chao, P., Chuang, H., Tsao, L., Chen, P., Hsu, C., Lin, H., Chang, C. y Lin, C. (2015). The Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) and a nutrition education

- program for high-risk cancer patients: strategies to improve dietary intake in cancer patients. *Biomedicine*, 5(3), 30-35. <https://doi.org/10.7603/s40681-015-0017-6>.
- Clark, S., Costello, M., Drake, M. y Bodyfelt, F. (2008). *The Sensory Evaluation of Dairy Products* (2ª ed.). Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-77408-4>
- Correia, M., Perman, M. y Waitzberg, D. (2017). Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical Nutrition*, 36(4), 958–967. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.025>
- Dall'Oglio, I., Nicolò, R., Di Ciommo, V., Bianchi, N., Ciliento, G., Gawronski, O., Pomponi, M., Roberti, M. y Raponi, M. (2015). A Systematic Review of Hospital Foodservice Patient Satisfaction Studies. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(4), 567–584. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.11.013>
- Dávalos, N. (2021). Aceptabilidad de la alimentación proveída a pacientes adultos internados. *Revista UniNorte de Medicina y Ciencias de la Salud*, 10(1), 71–90. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5500382>
- Espinosa, J. (2007). *Evaluación sensorial de los alimentos*. Editorial Universitaria.
- Fernández, G. (2019). *Determinación del valor nutrimental y aceptación de las dietas servidas de acuerdo a su requerimiento en los pacientes hospitalizados en el INCMNSZ* [Tesis de Posgrado, Universidad Autónoma Metropolitana]. Repositorio de la Universidad Autónoma Metropolitana. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/25861>
- Ferreira, D., Guimarães, T. y Marcadenti, A. (2013). Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein (São Paulo)*, 11(1), 41-46. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000100008>

- Guillén, N., Torrentó, M., Alvadalejo, R. y Salas, J. (2004). Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. *Nutrición Hospitalaria*, 19(5), 277–280. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19n5/original5.pdf>
- Haddad, M., Yamaguti, A., Suiter, É., Rodrigues, A. y Severine, A. (2023). Evaluation of a food acceptance instrument for hospitalized patients in a private hospital network in São Paulo, Brazil. *Braspen Journal*, 38(4), 335-342. <https://doi.org/10.37111/braspenj.2023.38.4.02>
- Hospital Nacional Dos de Mayo. (2017). *Documento Técnico: Manual de dietas*. Ministerio de Salud del Perú. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-mayor-de-san-marcos/facultad-de-medicina/manual-de-dietas-dos-de-mayo/45330758>
- Hospital Universitario Donostia. (2008). *Manual de dietas* [Archivo PDF]. [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/ManualDietasC.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/ManualDietasC.pdf)
- Kearney, M., Kearney, J., Dunne, A. y Gibney, M. (2000). Sociodemographic determinants of perceived influences on food choice in a nationally representative sample of Irish adults. *Public Health Nutrition*, 3(2), 219-226. <https://doi.org/10.1017/s1368980000000252>
- Koundrup, J., Hojgaard, H., Hamberg, O. y Stanga, Z. (2003). Nutritional risk screening (NRS-2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 22(3), 321–336. [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(02\)00214-5](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(02)00214-5)
- Ley N.º 29733. Ley de Protección de Datos Personales. (3 de julio de 2011). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272360/Ley%20N%C2%BA%2029733.pdf.pdf?v=1618338779>



- Liñan, M. (2023). *Evaluación del riesgo nutricional en pacientes adultos del servicio de medicina del hospital Alberto Sabogal - Callao, 2023* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional de la Universidad Norbert Wiener. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/5c24c84d-9b8a-485f-83f9-2ed249ed4219>
- López, D. (2013). *Determinación de valor nutritivo y aceptación de las dietas servidas a los pacientes que ingresan al hospital nacional Dr. Moisés Villagran Mazariegos, del departamento de San Juan Marcos, Guatemala* [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio Digital Landivariano. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/15/Hernandez-Maria.pdf>
- Mahan, L. y Raymond, J. (2017). *Krause. Dietoterapia* (14<sup>a</sup> ed.). Elsevier.
- Mariños, B. (2020). Prevalencia del riesgo de desnutrición y situación de la terapia nutricional en pacientes adultos hospitalizados en Perú. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 3(2), 13–19. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n2.28>
- McClave, S., Taylor, B., Martindale, R., Warren, M., Johnson, D., Braunschweig, C., McCarthy, M., Davanos, E., Rice, T., Cresci, G., Gervasio, J., Sacks, G., Roberts, P., Compher, C., Society of Critical Care Medicine y American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- Meza, J. y Ortíz, F. (2017). *Satisfacción con el servicio de alimentación del área de traumatología en pacientes de un hospital público del seguro social de Lima, Perú, y sus factores asociados, 2015-2016* [Tesis de pregrado, Universidad

- Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico UPC.  
<http://hdl.handle.net/10757/621911>
- Muñoz, Y. (2009). Determinación de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. Parte I: Enfoque teórico. *Invenio*, 12(22), 121-143.  
<https://www.redalyc.org/pdf/877/87722109.pdf>
- Murillo, A., Ripa, C., Sánchez, R., Villazón, F., González, Á., Fernández, C., Calles, L., Palmero, M., Rengel, J. y Díez, M. (2021). SeDREno study — prevalence of hospital malnutrition according to GLIM criteria, ten years after the PREDyCES study. *Nutrición Hospitalaria*. 38(5), 1016-1025.  
<https://doi.org/10.20960/nh.03638>
- Ojeda, N. (21 de marzo del 2018). ¿Qué son las características organolépticas de los alimentos? *Centro de estudios de Formación Profesional*.  
<https://www.ceac.es/blog/que-son-las-caracteristicas-organolepticas-de-los-alimentos>
- Oliver, G. y Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Physiology and Behavior*, 66(3), 511-515. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(98\)00322-9](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(98)00322-9)
- Organización Panamericana de la Salud (9 de noviembre del 2023). *Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición para América Latina y el Caribe 2023*.  
<https://www.fao.org/americas/publicaciones/panorama/es>
- Palella, S. y Martins, F. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa* (3ª ed.). Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.  
[https://www.calameo.com/read/000628576f51732890350#google\\_vignette](https://www.calameo.com/read/000628576f51732890350#google_vignette)
- Porras, S. y Astete, F. (2018). *Aporte energético, proteico y aceptabilidad de las dietas servidas a pacientes de una clínica privada Lima–2018* [Tesis de pregrado,

- Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional UNIFÉ.  
<https://repositorio.unife.edu.pe/items/41c96a80-e2a2-4e02-af00-481036cd519c>
- Rinninella, E., Raoul, P., Maccauro, V., Cintoni, M., Cambieri, A., Fiore, A., Zega, M., Gasbarrini, A. y Mele, M. (2023). Hospital Services to Improve Nutritional Intake and Reduce Food Waste: A Systematic Review. *Nutrients*, 15(2), 310.  
<https://doi.org/10.3390/nu15020310>
- Rubenstein, L., Harker, J., Salva, A., Guigoz, Y. y Vellas, B. (2001). Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(6), M366–M372. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.m366>
- Sadaf, S., Malik, A., Bilal, A. y Saeed, A. (2018). Patient satisfaction regarding food and nutrition care in hospitals of Lahore, Pakistan. *Progress in Nutrition*, 20(2), 248-256. <https://doi.org/10.23751/pn.v20i2-S.5855>
- Sancho, J., Bota, E. y Castro, J. (1999). *Introducción al análisis sensorial de los alimentos*. Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Brambilla, P. y Agostoni, C. (2018). Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706.  
<https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- Serón, C., Labarta, L., Puzo, J., Mallor, T., Lafita, A., Bueno, N. y Montoro, M. (2022). Malnutrition Screening and Assessment. *Nutrients*, 14(12), 2392.  
<https://doi.org/10.3390/nu14122392>
- Stone, H. y Sidel, J. (2004). *Sensory evaluation practices* (3ª ed.). Academic Press.
- Tarantino, S., Sulz, I., Schuh, C. y Hiesmayr, M. (2022). Prevalencia de factores de riesgo de desnutrición en pacientes latinoamericanos hospitalizados: un análisis de nutritionDay 2016-2020. *Revista de Nutrición Clínica Y Metabolismo*, 5(2), 8–11.  
<https://doi.org/10.35454/rncm.v5n2.389>

- Trumbo, P., Schlicker, S., Yates, A. y Poos, M. (2002). Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(11), 1621–1630. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(02\)90346-9](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90346-9)
- Valero, A., Díez, L., Kadaoui, N., Rodríguez, H. y León, M. (2005). ¿Son las herramientas recomendadas por la ASPEN y la ESPEN equiparables en la valoración del estado nutricional? *Nutrición Hospitalaria*, 20(4), 259–267. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n4/05HerramientasAspen.pdf>
- Van Bokhorst, M., Realino, P., Jansma, E. y De Vet, H. (2014). Nutrition screening tools: Does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. *Clinical Nutrition*, 33(1), 39–58. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.04.008>
- Vega, P. (2017). *Aceptabilidad y consumo del almuerzo de dietas completas por pacientes adultos en un Hospital Nacional, Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/7286>
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. y Albaredo, J. (1999). The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116–122. [https://doi.org/10.1016/s0899-9007\(98\)00171-3](https://doi.org/10.1016/s0899-9007(98)00171-3)
- Watts, B. (1992). *Métodos sensoriales básicos para la evaluación de alimentos*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/items/b963172c-f8f9-442e-af02-095dfb431b01>
- World Medical Association. (s.f.). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices->

post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-  
investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Yaxley, A., Knowles, R., Doeltgen, S., Chamberlain, D., Damarell, R. y Miller, M.  
(2021). Indicators of nutritional risk in hospitals in patients: A narrative review.  
*Journal of Nutritional Science*, 10, e104. <https://doi.org/10.1017/jns.2021.86>

## IX. ANEXOS

## ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>Título:</b> Aceptabilidad de las dietas y Riesgo Nutricional en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional, Lima- 2024”					
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Metodología</b>
¿Cuál es la relación entre la aceptabilidad de las dietas y riesgo nutricional en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?	Determinar la relación entre la aceptabilidad de las dietas y riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados en un hospital nacional.	H 1: La Aceptabilidad de las dietas SÍ se relaciona significativamente con el Riesgo nutricional de los pacientes hospitalizado en un Hospital Nacional.	<b>Aceptabilidad de las dietas</b>	Características organolépticas de las dietas  -Percepción del servicio	<b>1. Enfoque de la investigación:</b> Cuantitativo <b>2. Diseño:</b> Observacional no experimental <b>3. Tipo de diseño:</b> Transversal <b>4. Alcance de la investigación:</b> Correlacional <b>5. Población:</b> Pacientes mayores de 18 años del HNDM <b>6. Muestra:</b> Muestreo por conveniencia <b>7. Técnicas:</b> Encuesta <b>8. Instrumento:</b> Cuestionario
<b>Problemas Específicos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	H 0: La Aceptabilidad de las dietas, NO se relaciona significativamente con el riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados en un Hospital Nacional.	<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	
*¿Cuál son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?	*Conocer las características socio demográfica y clínicas de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.		<b>Riesgo nutricional</b>	Con Riesgo nutricional. ( $\geq 3$ )  -Sin Riesgo Nutricional. ( $< 3$ )	
*¿Cuál es la aceptabilidad de las dietas en pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?	*Evaluar la aceptabilidad de las dietas en los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.				
*¿Cuál es el porcentaje de riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional?	*Identificar el porcentaje de riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados de un Hospital Nacional.				

**ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO/ESCALA
ACEPTABILIDAD DE LAS DIETAS	La aceptabilidad es una expresión que implica la preferencia o rechazo que se manifiesta cuando se pregunta acerca de un alimento o muestra preparada.	<p>Instrumento que permitirá evaluar la aceptabilidad de las dietas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bueno</li> <li>- Regular</li> <li>- Malo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Características organolépticas de las dietas</li> <li>-Percepción del servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sabor</li> <li>- Olor</li> <li>- Color</li> <li>- Textura</li> <li>- Temperatura</li> <li>- Presentación</li> <li>- Atención</li> <li>- Variedad</li> <li>- Preparación</li> </ul>	Cuantitativo / Ordinal
RIESGO NUTRICIONAL	Posibilidad que un individuo presente deficiencia o desequilibrio nutricionales.	Instrumento de tamizaje nutricional que permite identificar pacientes en riesgo nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Con Riesgo nutricional. (<math>\geq 3</math>)</li> <li>-Sin Riesgo Nutricional. (<math>&lt; 3</math>)</li> </ul>	- Riesgo nutricional.	Cuantitativo/ Ordinal

## **ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Aceptabilidad de las dietas y Riesgo Nutricional en Pacientes Hospitalizados de un  
Hospital Nacional, Lima -2024

Bach. Kevin Hernán Tasayco Rodríguez.

Con el propósito de determinar si existe una relación entre la Aceptabilidad de las Dietas y el Riesgo Nutricional, y cómo esto puede influir en su estado nutricional. Para ello, se brindará propuestas de dietas adaptadas al gusto y preferencia de los pacientes, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

El estudio inicia con la aplicación del NRS-2002, que es un tamizaje nutricional el cual nos ayudará a detectar la presencia de desnutrición o riesgo de desarrollarla en pacientes hospitalizados. Posteriormente se aplicará la Encuesta de Aceptabilidad para evaluar cómo las dietas propuestas son percibidas por los pacientes. Estos instrumentos nos ayudarán a determinar si existe una relación entre la aceptabilidad de las dietas y el riesgo nutricional, dicho estudio no presenta ningún riesgo para los participantes.

Al concluir la entrevista como agradecimiento se brindará consejería nutricional para educar y concientizar a los pacientes sobre la importancia que tiene la dieta en su recuperación.

Toda la información obtenida en el estudio será manejada con estricta confidencialidad y solo será utilizado con fines de investigación. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis de datos, presentación de resultados, publicaciones, etc.; de manera que su nombre permanecerá en total anonimato. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los nombres de los participantes.

Los posibles candidatos/candidatas deberán ser adultos de 18 a 70 años de edad de ambos sexos. Si usted acepta con la firma de este documento como prueba de su consentimiento, indica que usted participa voluntariamente del estudio. Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede dejar de firmar con toda libertad, sin que esto represente alguna consecuencia negativa por hacerlo.

Para cualquier consulta o comentario favor de comunicarse con el Bach. KEVIN HERNAN TASAYCO RODRIGUEZ, al teléfono 986395907 o al correo kevinhernan.21tr@gmail.com, donde con mucho gusto serán atendidos.

Presidente del Comité de Ética del HNDM: Dra. ALEJANDRA PARHUANA BANDO  
Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana S/N, altura de la cuadra 13 de Av. Grau, Cercado – Lima; Teléfono: 3280028 anexo 8234; Correo electrónico: comite.etica@hdosdemayo.gob.pe

Habiendo sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio



es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterada(o) que puedo dejar de participar o no continuar en el estudio en el momento que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o alguna represalia. Por lo anterior doy mi consentimiento para participar voluntariamente en la investigación: Consentimiento Informado de Aceptabilidad de las Dietas y Riesgo Nutricional en Pacientes Hospitalizados de un Hospital Nacional, Lima -2024.

-----	-----	-----
Nombre y Apellidos del participante (Todo escrito con puño y letra del voluntario)	Lugar y fecha	Firma
-----	-----	-----
Nombre y Apellidos de persona a (Encargado del Proceso de Consentimiento)	Lugar y fecha	Firma
-----	-----	-----
Nombre y Apellidos del Testigo (En caso de participante iletrado)	Lugar y fecha	Firma

Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado

-----  
Firma del Participante

## ANEXO D: ENCUESTA DE ACEPTABILIDAD

### Encuesta de aceptabilidad de las dietas a paciente hospitalizados del Hospital Nacional Dos de Mayo

Instrucciones: Marque con una ( X ) solo uno de los casilleros de cada pregunta, si marcas más de una no podremos contar con su respuesta

#### DATOS GENERALES:

Código del paciente: ..... Sexo: ..... Edad :.....

Tipo de Dieta:..... Apetito: ..... Días de Hospitalización: .....

PREGUNTAS DE ACEPTABILIDAD		BUENO (3)	REGULAR (2)	MALO (1)
1°	¿Las dietas que brinda el servicio de alimentación es?			
2°	¿Cómo califica las preparaciones del desayuno ofrecido por el servicio de alimentación?			
3°	¿Cómo califica las preparaciones del almuerzo ofrecido por el servicio de alimentación?			
4°	¿Cómo califica las preparaciones de la cena ofrecido por el servicio de alimentación?			
5°	¿Cómo califica la cantidad de comida servida?			
6°	¿Cómo califica el sabor de las comidas servidas?			
7°	¿Cómo califica el olor de las comidas servidas?			
8°	¿Cómo califica el color de las comidas servidas?			
9°	¿Cómo califica la textura de las comidas servidas?			
10°	La temperatura de los alimentos ofrecidos por el servicio de alimentación es:			
11°	¿Cómo califica la aceptabilidad de las comidas servidas?			
12°	Las preparaciones como: frituras, guisos, pastas, horneados ofrecidos por el servicio de alimentación son:			
13°	¿Cómo califica la presentación de las ensaladas servidas?			
14°	Los refrescos ofrecidos por parte del servicio de alimentación son:			
15°	¿Cómo califica la atención del personal del servicio de alimentación?			

## ANEXO E: CUESTIONARIO NRS-2002

TAMIZAJE DE RIESGO NUTRICIONAL			
NUTRICIONAL RISK SCREENING (NRS -2002)			
CÓDIGO DEL PACIENTE:		FECHA:	
SERVICIO Y CAMA:		HC:	EDAD:
DX:		SEXO:	
	<b>Screening inicial</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿EL IMC <20,5?		
2	¿HA PERDIDO PESO EN LOS ULTIMOS 3 MESES?		
3	¿HA REDUCIDO LA INGESTA DURANTE LA ULTIMA SEMANA?		
4	¿ESTÁ GRAVEMENTE ENFERMO?		
Si la respuesta es <b>Si a cualquiera de las preguntas</b> , realizar el screening final			
Si la respuesta es <b>NO a todas</b> , volver a evaluar semanalmente			
SCREENING FINAL			
<b>Ausencia score=0</b>	Estado Nutricional Normal	<b>Ausencia Score =0</b>	Necesidades Nutricionales Normales
<b>Leve Score= 1</b>	Pérdida de peso >5% en 3 meses o ingesta de comida < 50 - 75% de las necesidades normales en la semana precente	<b>Leve Score= 1</b>	fractura de cadera, pacientes cronicos con complicaciones agudas(cirrosis, EPOC, hemodialisis, diabetes, oncologia)
<b>Moderado Score=2</b>	Pérdida de peso > 5% en 2 meses o IMC = 18,5 - 20,5 + alteracion de estado general o ingesta 25 - 60% de los requerimientos en la semana previa	<b>Moderado Score=2</b>	cirugia mayor abdominal, ICTUS, neumonia grave, tumor hematologico
<b>Grave Score=3</b>	Pérdida del peso > 5% en 1 mes(> 15% en 3 meses) o IMC < 18,5 + alteraciones del estado general o ingesta 0 - 25 de requerimiento en semana previa.	<b>Grave Score=3</b>	lesion craneal, TMO, paciente en UCI (APACHE >10)
<b>SCORE:</b>		<b>SCORE:</b>	
Edad: si el paciente es >70 años, sumar 1 punto al score obtenido= <b>SCORE ajustado por edad:</b>			
<b>PUNTAJE FINAL:</b>			
	Score ≥ 3 el paciente esta nutricionalmente en riesgo y es necesario iniciar soporte nutricional		
	Score <3 reevaluar al paciente semanalmente, si el paciente va a ser sometido a una cirugia mayor, iniciar soporte nutricional perioperatorio		

**ANEXO F: Fotografías de la ejecución de la investigación.**

