INFORME DE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN EXTERNA GRUPO 1

El presente informe tiene como fin la visualización de las acciones realizadas desde el programa de Nutrición, Alimentación y salubridad y el impacto en los participantes. Por esta razón se tendrán en cuenta variables cuantitativas que permitan observar el estado de los participantes en el inicio, mitad y finalización del su proceso en su atención.

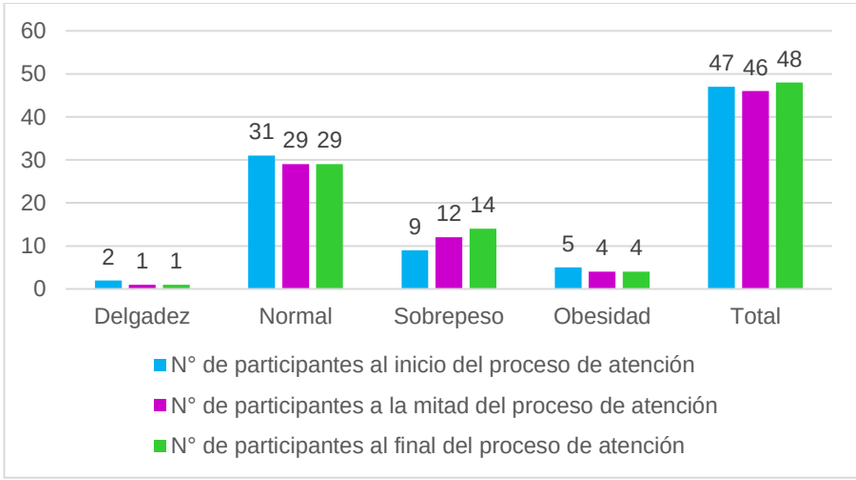
Presentación de la unidad operativa	
Coordinador / Responsable de la Unidad Operativa	Diana Milena Gachancipá Forero
Dirección	Cra. 26 # 61F – 19
Teléfono	3475746
Localidad / municipio	Teusaquillo / Bogotá D.C.
Número de participantes	49
Nombre del Nutricionista	Angélica Cifuentes Avendaño
Nombre del Tecnólogo de alimentos	Juan Felipe Pinzón Sarabia
Periodo del informe	Junio 2023 – Diciembre 2023

Tabla 1. Clasificación del Estado Nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	N° de participantes al inicio del proceso de atención	N° de participantes a la mitad del proceso de atención	N° de participantes al final del proceso de atención
Delgadez	2	1	1
Normal	31	29	29
Sobrepeso	9	12	14
Obesidad	5	4	4
Total	47	46	48

Al finalizar el proceso de atención y después de presentar rotación de participantes hasta el mes de noviembre (egresaron 4 de manera voluntaria, 1 se trasladó a un centro de atención interna, 1 se egresó por temas de salud e ingresaron 5, 2 provenientes de otros centros de la SDIS y 3 que por primera vez hacían parte de este servicio, siendo uno de ellos quien se retiró al mes, incluyendo 1 adulto que se encuentra suspendido por episodios convulsivos en tratamiento), se atendieron 48 participantes a la fecha.

Grafica 1. Clasificación del estado nutricional



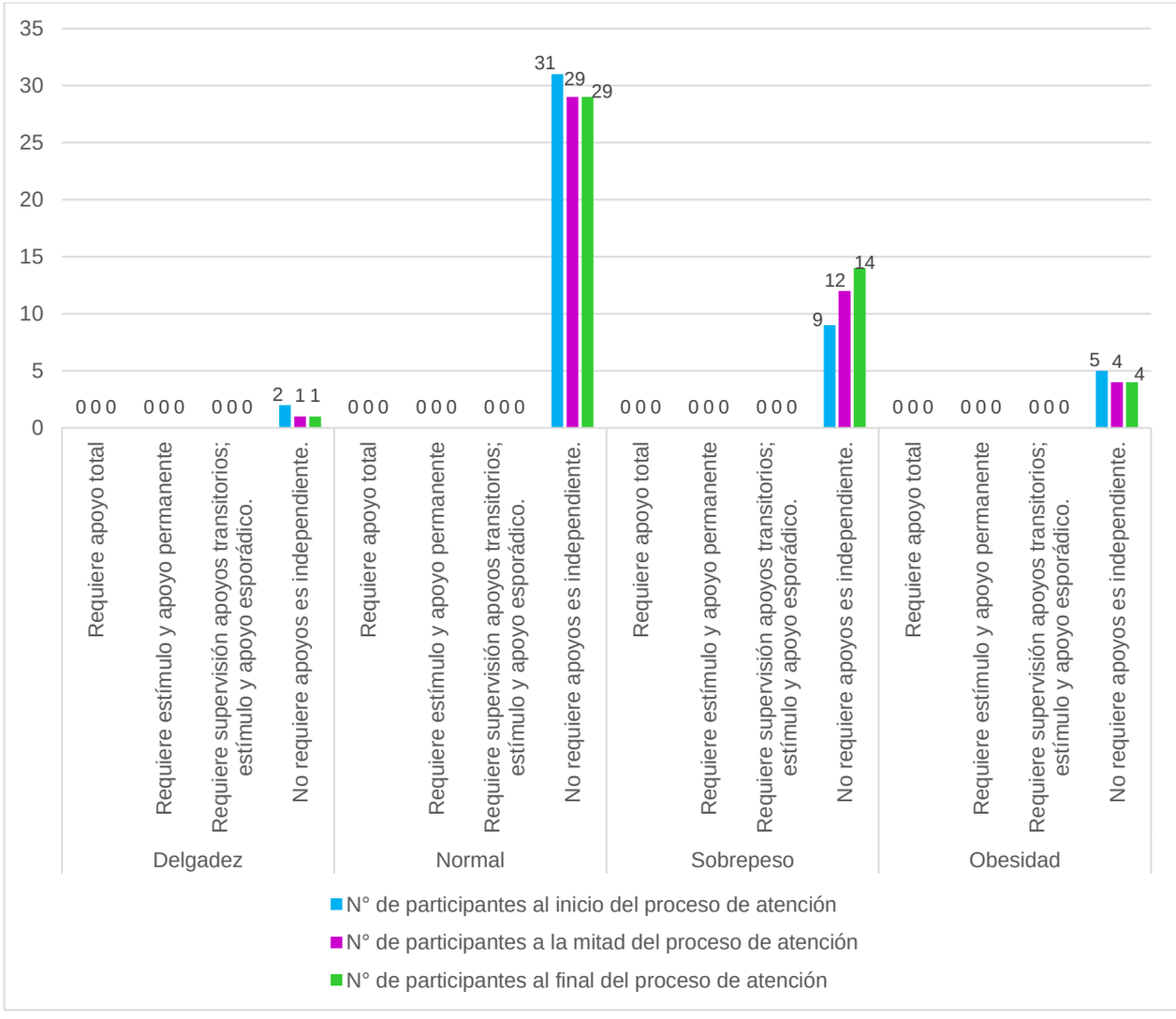
Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, no se pudo realizar un análisis directo que permitiera identificar cambios en el estado nutricional, sin embargo, estadísticamente la mayoría de la población terminó el convenio en estado nutricional normal (29 adultos) correspondiente al 60,4%, seguido de

quienes presentaron sobrepeso en el 29,2% (14 personas), obesidad en el 8,3% (4 adultos) y delgadez con el 2,1% (1 participante). Se observa, por lo tanto, que el número de personas con discapacidad en delgadez y obesidad fue disminuyendo con el tiempo, mejorando su condición pasando a normalidad y sobrepeso, respectivamente. De otro lado, el número de adultos con sobrepeso aumentó, sin lograr identificar las causas desde el centro ya que la atención se mantuvo con las mismas estrategias de intervención nutricional proyectadas a la pérdida saludable de peso, incluyendo rutinas de actividad física acorde a sus necesidades, de esta manera, podría asociarse al tipo de alimentación ofrecida en casa y al aumento en los tratamientos farmacológicos de algunos de ellos como se analiza posteriormente en este documento.

Tabla 2. Clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para alimentación

ESTADO NUTRICIONAL	Intensidad del apoyo para alimentación	N° de participantes al inicio del proceso de atención	N° de participantes a la mitad del proceso de atención	N° de participantes al final del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	2	1	1
Normal	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	31	29	29
Sobrepeso	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	9	12	14
Obesidad	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	5	4	4

Gráfica 2. Clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para la alimentación



Debido a que todos los participantes desde el inicio del proceso de atención no requirieron apoyos para llevar a cabo el proceso de alimentación, se observa tanto en la tabla 2 como en la gráfica 2 que, sin importar el estado nutricional, todos son independientes en este aspecto.

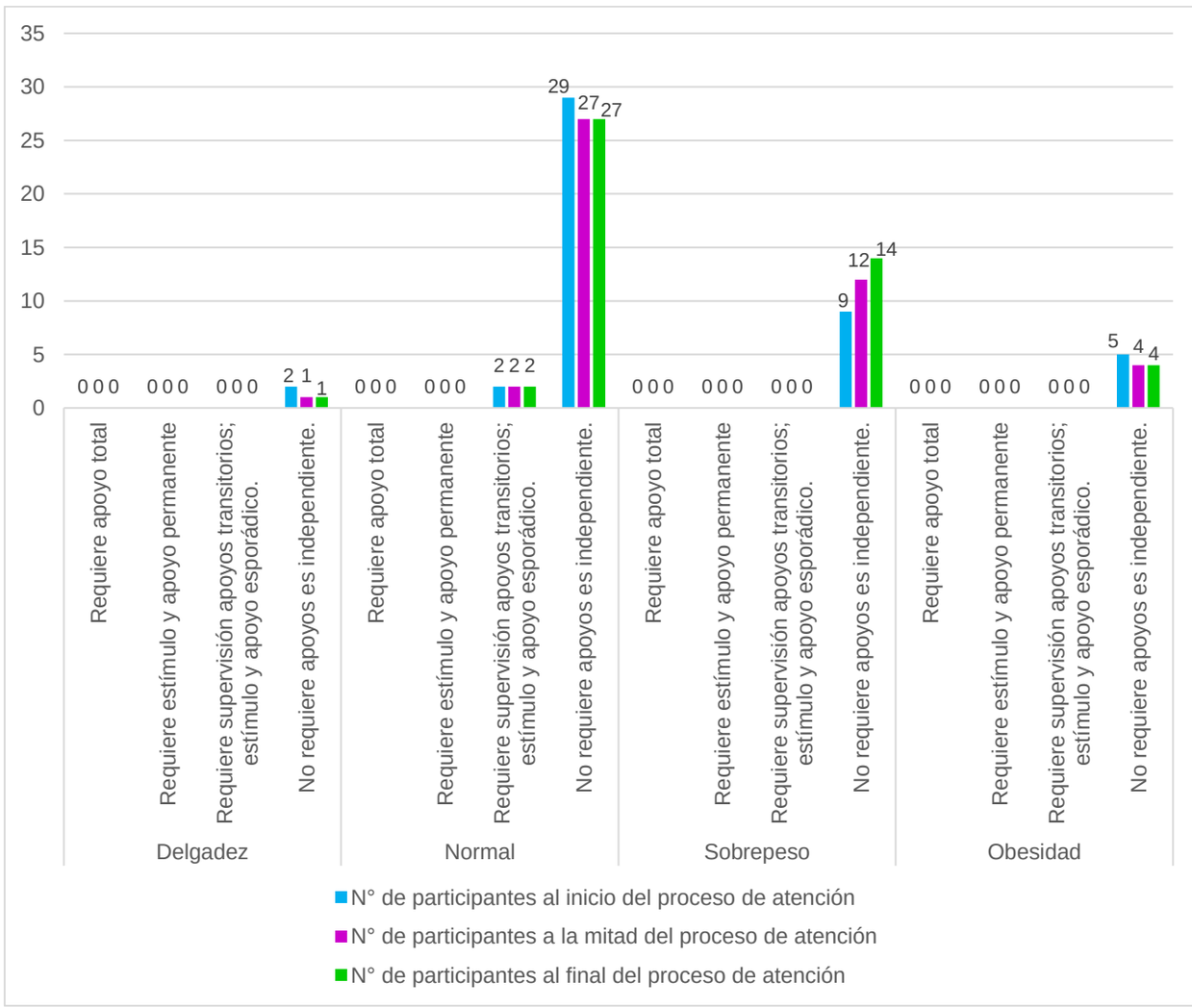
Es importante mencionar que respecto al proceso de alimentación y sin tener nada que ver con la intensidad de apoyo al realizarlo, se vio la necesidad de fraccionar la dieta y específicamente las nueves reforzadas a 6 participantes en dos momentos debido al tiempo que dedicaban en el horario habitual al consumo de alimentos y a las dificultades manifestadas para ingerir la totalidad de las preparaciones, definiendo ofrecer a su llegada la porción de fruta y posteriormente con sus pares los demás productos, encontrando apropiada tolerancia y aceptación de la totalidad de los alimentos, que antes llegaron a ser rechazados.

De igual forma se identificaron 5 personas con hiperfagia por ansiedad que requirieron manejo con cuchara y tenedor de menor capacidad para controlar el tamaño de porción por bocado, reforzando masticación, disminuyendo el riesgo de broncoaspiración e intentando mejorar la utilización biológica de alimentos al extender el tiempo de ingesta en cada tiempo de comida.

Tabla 3. Clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para movilidad funcional

ESTADO NUTRICIONAL	Intensidad del apoyo para para movilidad funcional	N° de participantes al inicio del proceso de atención	N° de participantes a la mitad del proceso de atención	N° de participantes al final del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	2	1	1
Normal	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	2	2	2
	No requiere apoyos es independiente.	29	27	27
Sobrepeso	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	9	12	14
Obesidad	Requiere apoyo total	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	5	4	4

Gráfica 3. Clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para movilidad funcional



En relación a la tabla y gráfica 3, se observa que 2 participantes en estado nutricional normal en todos los periodos requirieron supervisión, apoyos transitorios y/o estímulos y apoyo esporádico para movilizarse, correspondiendo al 4,2% frente al 95,8% que no lo necesitaron. De la totalidad de los casos mencionados, la mitad requirió apoyo en relación a su discapacidad física (enfermedad de Perthes izquierdo con dismetría de miembos inferiores y parálisis cerebral distónica PCD) y sobre todo de manera preventiva teniendo en cuenta las irregularidades del terreno donde se desarrollan las actividades externas al centro. Adicional es importante mencionar, que se apoya el transporte y traslado de alimentos en su totalidad para el caso de la persona con PCD; en el otro caso dada la asimetría de su cuerpo y la inestabilidad durante la marcha, la adulta requiere ser apoyada con el transporte y traslado de alimentos líquidos hasta la mesa para evitar derrames y/o riesgo de quemadura durante su desplazamiento,

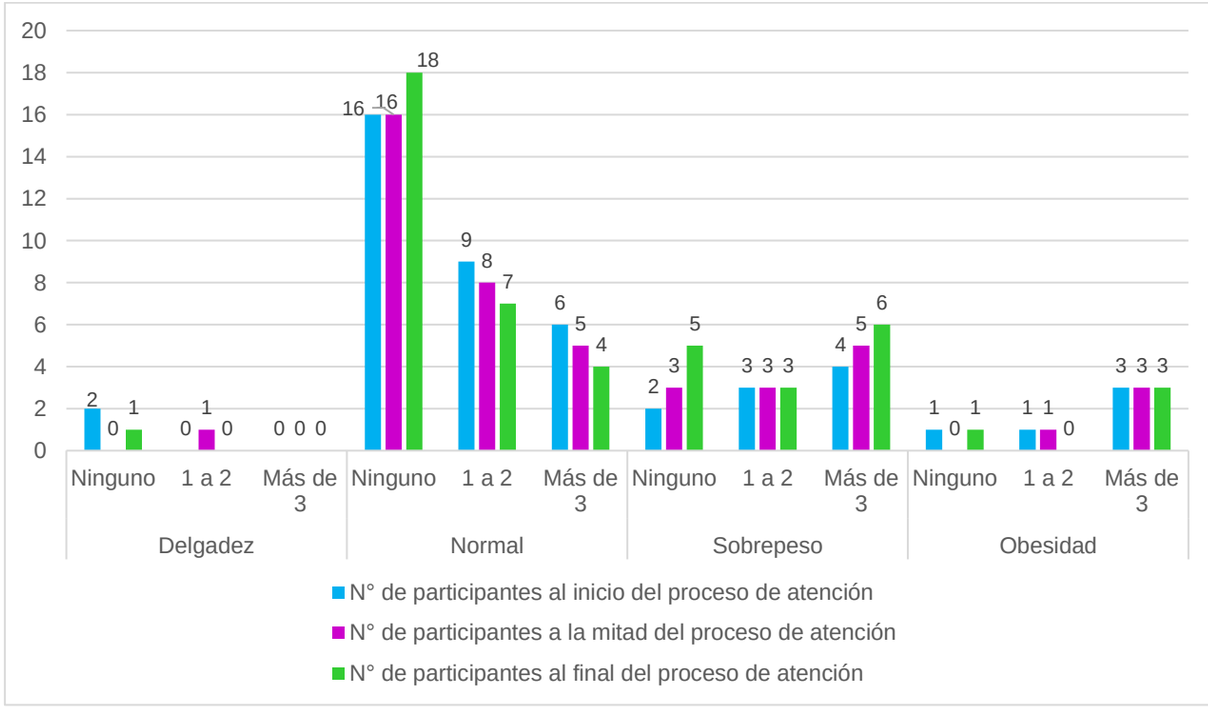
Por otro lado y a pesar de que 3 participantes no requieren apoyo ni estimulos para movilizarse en ningún momento, a la hora de cargar y dirigir los alimentos líquidos ya sean fríos o calientes hasta el comedor, fue necesario ayudarlos para evitar algún tipo de accidente, debido a la atetosis o flujo continuo de movimientos involuntarios lentos que afecta las manos en uno de ellos secundario a tratamiento anticonvulsivante, y al temblor distal que presentan los otros dos adultos, asociado a su discapacidad. En estos casos también sus pares son quienes realizan este apoyo en cada tiempo de comida.

De otro lado se informa que es relevanto en uno de los adultos hacer uso como ajuste razonable de menaje con chupas como base para evitar el desplazamiento de los mismos en la bandeja durante su traslado y consumo de alimentos sobre la mesa, generando en él mayor autonomía e independencia en este tipo de procesos.

Tabla 4. Clasificación del estado nutricional según número de medicamentos consumidos

ESTADO NUTRICIONAL	Número de medicamentos consumidos	N° de participantes al inicio del proceso de atención	N° de participantes a la mitad del proceso de atención	N° de participantes al final del proceso de atención
Delgadez	Ninguno	2	0	1
	1 a 2	0	1	0
	Más de 3	0	0	0
Normal	Ninguno	16	16	18
	1 a 2	9	8	7
	Más de 3	6	5	4
Sobrepeso	Ninguno	2	3	5
	1 a 2	3	3	3
	Más de 3	4	5	6
Obesidad	Ninguno	1	0	1
	1 a 2	1	1	0
	Más de 3	3	3	3

Gráfica 4. Clasificación del estado nutricional según número de medicamentos consumidos



Frente al número de medicamentos que consumen los participantes independientemente de su estado nutricional (ver tabla y gráfica 4), se observa que durante el transcurso de la vigencia, alrededor de la mitad de los adultos (26 al inicio y 24 al final del proceso) correspondiente al 55,3% y 50% tienen algún tratamiento farmacológico, en comparación con aquellos que no lo requieren (44,7% y 50% o 21 y 24 adultos, respectivamente).

Ante esto, podría pensarse que a un número de los participantes les fue suprimido su tratamiento por mejora de su condición (sin importar etiología), cuando en realidad se debe a la rotación en la población que se viene mencionando desde el inicio de este informe, ya que los participantes nuevos no toman ningún tipo de medicamento, modificando de esta manera la estadística.

De manera general y por periodos de atención (inicio y final del convenio), se evidencia que la mayoría de

los participantes, conforme al número de adultos por estado nutricional consumen medicamentos de la siguiente manera: El 80% y 75% que se encuentran en obesidad, seguidos de quienes están en sobrepeso con el 77,8% y 64,3%, respectivamente, y de los que están normal con el 48,4% y 37,9%.

Al comparar estos datos, se puede apreciar que a mayor peso corporal, más enfermedades no trasmisibles son adquiridas como se presenta en el centro, ya que, entre las personas que presentan sobrepeso y obesidad, se tratan patologías como Diabetes Mellitus, colesterolemia e Hipertensión, con medicamentos que a su vez ocasionan efectos secundarios como somnolencia, cansancio excesivo, debilidad, mareos, cambios de peso, estreñimiento, fatiga, entre otros, que influyen directamente en el mantenimiento de esa condición, fomentando no solo su incremento, sino también, la frecuencia e intensidad con que realizan actividad física como es recomendado, para mejorar en el tiempo la malnutrición.

Por condición nutricional, se observa que los adultos que presentan sobrepeso u obesidad, están siendo tratados con la mayoría de los medicamentos que el grupo en condición normal (mencionados a continuación), además de Sertralina, Olanzapina, Metformina, Atorvastatina, Hidroclorotiazida y Losartan, empleados en estado de depresión y ataques de pánico, para el manejo de la Diabetes Mellitus, colesterolemia e Hipertensión, los cuales ocasionan efectos secundarios como somnolencia, cansancio excesivo, debilidad, mareos, cambios de apetito y por ende de peso (aumento en el tamaño o frecuencia de consumo por ansiedad como es observado en el centro e indicado también por los referentes familiares en casa), estreñimiento, fatiga, entre otros síntomas, siendo una de las limitantes para mejorar con mayor rapidez su estado nutricional, unido a que dichas manifestaciones influyen directamente en la periodicidad e intensidad con que realizan actividad física como es recomendado, fomentando de esta manera el incremento y mantenimiento de peso.

En cuanto a los participantes que se encuentran en normalidad, se identifica que están siendo tratados con medicamentos como Carbamazepina, Ácido valproico, Levetiracetam, Oxcorbazapina, Lacosamida, Risperidona, Fluoxetina, Temodis y Levotiroxina, empleados para el manejo de la epilepsia, esquizofrenia, depresión o trastorno bipolar, trastornos del sistema nervioso e hipotiroidismo, con efectos secundarios como nauseas, vómito, diarrea o estreñimiento, así cambios en el apetito, que se identifican durante los momentos de alimentación al aceptar o rechazar con alguna frecuencia alimentos y generar aumento o pérdida de peso en aquellos que se encuentran muy cerca del sobrepeso o de la delgadez, generando dificultad para permanecer en una condición normal de manera estable, lejos de los rangos de IMC propuestos para el manejo de dietas preventivas internamente.

Tabla 5. Clasificación del estado nutricional según modificación dietaría en consistencia

ESTADO NUTRICIONAL	Modificación dietaría en consistencia	N° de participantes al inicio del proceso de atención	N° de participantes a la mitad del proceso de atención	N° de participantes al final del proceso de atención
Delgadez	Liquida completa	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0
	Blanda	0	0	0
	Normal	2	1	1
Normal	Liquida completa	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0
	Blanda	0	0	0
	Normal	31	29	29
Sobrepeso	Liquida completa	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0
	Blanda	0	0	0
	Normal	9	12	14
Obesidad	Liquida completa	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0
	Blanda	0	0	0
	Normal	5	4	4

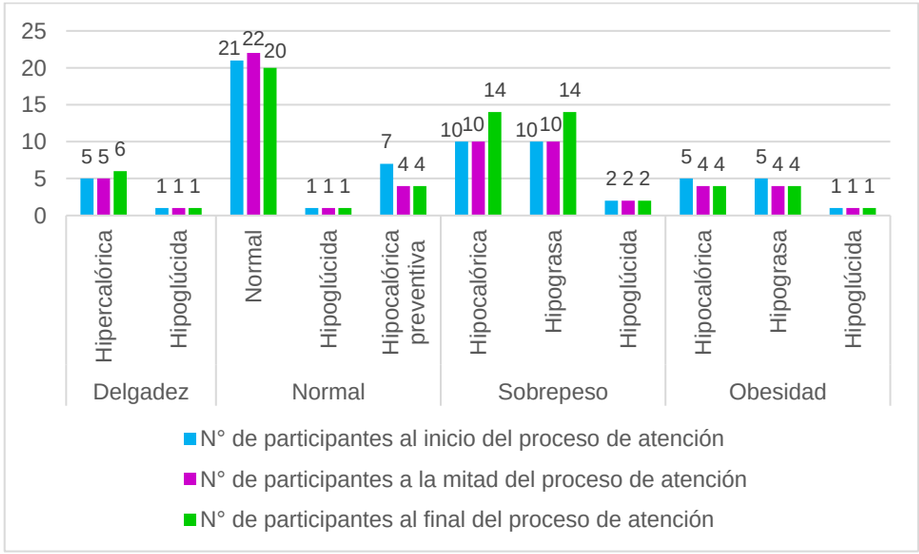
Todos los participantes continuaron consumiendo los alimentos sin ningún tipo de modificación en su consistencia. Se mantuvieron los casos en los que se vio la necesidad de ofrecer alimentos carnosos como frutas u otros con cortezas crocantes, en trozos, para asegurar masticación y deglución por oclusión dental

(3), mordida abierta y apertura limitada de la boca (1), falta de piezas dentales o debilidad en algunas de ellas (3).

Tabla 6. Clasificación del estado nutricional según modificación dietaría en macronutrientes

ESTADO NUTRICIONAL	Modificación dietaría en macronutrientes	N° de participantes al inicio del proceso de atención	N° de participantes a la mitad del proceso de atención	N° de participantes al final del proceso de atención
Delgadez	Hipercalórica	5	5	6
	Hipoglúcida	1	1	1
Normal	Normal	21	22	20
	Hipoglúcida	1	1	1
	Hipocalórica preventiva	7	4	4
Sobrepeso	Hipocalórica	10	10	14
	Hipograsa	10	10	14
	Hipoglúcida	2	2	2
Obesidad	Hipocalórica	5	4	4
	Hipograsa	5	4	4
	Hipoglúcida	1	1	1

Gráfica 5. Clasificación del estado nutricional según modificación dietaría en macronutrientes



La modificación dietaria en calorías y macronutrientes se continuó realizando según la clasificación nutricional acorde al IMC (índice de Masa Corporal) y patologías de base, así como teniendo presente los efectos secundarios generados por tratamientos farmacológicos.

De esta manera se mantuvo implementando estrategias de intervención para las personas con delgadez mediante dieta hipercalórica, ofreciendo porción y media en alimentos y preparaciones como cereales, derivados de cereal y tubérculos, plátanos y raíces, así como empleando untaduras y otros alimentos de alto valor calórico y/o nutricional como queso, bocadillo, aceite, crema de leche, miel y leche condensada, principalmente, que brindan un mayor aporte calórico sin afectar la capacidad gástrica.

Como se indica en la tabla 6 y gráfica 5, al final del convenio se implementó dicha dieta en 6 participantes que lo requirieron por presentar delgadez (1 adulto) o encontrarse muy cerca de esta condición según rango de manejo propuesto internamente, IMC entre 18,6 y 19,3 (5 personas) a quienes se les brindó de manera preventiva. En este último grupo se identifica un participante con alto gasto calórico asociado a su discapacidad (parálisis cerebral distónica PCD), que se ha mantenido en adecuada condición por este hecho. Adicional, esta dieta fue derivada para una adulta con hipoglicemia, brindando manejo acorde a sus necesidades.

En cuanto al inicio y final de atención del grupo de participantes que requirieron modificación dietaria para el manejo de esta condición, se observa que en número solo aumentó una persona, sin embargo, se indica que al inicio había 3 adultos con delgadez que mejoraron prontamente con las estrategias de alimentación mencionadas y ahora solo se les brinda de manera preventiva. A la fecha solo se encuentra una persona en delgadez, quien ingresó hace unos meses y ha venido avanzando positivamente en su proceso, incluso solicita alimentos extras que son ofrecidos desde el servicio de alimentos cuando hay disponibilidad.

Por otra parte, se observó que hay 14 y 4 personas con discapacidad al final del convenio entre sobrepeso y obesidad, respectivamente, y 4 en estado nutricional normal pero muy cerca del sobrepeso según rango de manejo propuesto internamente (IMC entre 24,4 y 24,9) que requieren dieta hipocalórica con restricción en el aporte de carbohidratos simples, complejos y grasa.

De los adultos con sobrepeso y obesidad se identifican 3 que presentan de manera estricta dieta hipoglúcida por patología de base (Diabetes tipo I y II), quienes han permanecido estables en su tratamiento médico con el manejo dietario proporcionado.

De otro lado, se encuentran 20 participantes en estado nutricional normal quienes se mantienen estables en esta condición con el tiempo (rango de manejo propuesto IMC entre 19,4 y 24,3). La mayoría no requieren restricciones en su alimentación más allá de atender algunos rechazos por consistencia (líquidos espesos y/o grumosos como la avena, arroz con leche, entre otros) y solo 1 adulta presenta hiperglicemia, a quien se le brinda atención dietaria por esta causa con controles de laboratorio estables.

De manera general no se presentaron variaciones representativas entre los dos periodos, aún con las diferencias generadas por el cambio de población que está siendo atendido en el centro.

Finalmente se notifica que fueron socializados los informes de evaluación del estado nutricional a los referentes familiares y/o cuidadores en el tiempo definido por anexo técnico (octubre), ofreciendo recomendaciones de alimentación saludable, ejercicio físico conforme a sus capacidades y necesidades, así como solicitando manejo médico y nutricional desde la EPS que puedan ser apoyo en el centro, especialmente en aquellos con malnutrición (delgadez, sobrepeso y obesidad) para mejorar la condición presentada.

- **Conclusiones generales**

- Durante este periodo se presentó rotación en la población atendida, siendo imposible realizar una comparación estadística directa entre el inicio y final de la prestación del servicio que permita identificar los cambios presentados, sin embargo, la mayoría de la población terminó el convenio en estado nutricional normal (60,4%) permitiendo reconocer que las acciones a nivel interno fueron efectivas, unido al apoyo que desde casa se generó para que esta situación se presentara.

- Desde el primer mes de atención, el número de adultos con discapacidad en delgadez paso a ser de 2 a 0, encontrándose actualmente en estado nutricional normal que se mantienen en el tiempo de una manera favorable. El caso de delgadez reportado actualmente corresponde a un participante que ingresó hace 3 meses siendo muy difícil lograr su recuperación por completo, a pesar de que viene mejorando paulatinamente con las estrategias implementadas.

- Se reconoce que, sin importar el diagnóstico nutricional, la mayoría de los adultos con discapacidad no requieren apoyos para llevar a cabo el proceso de alimentación, movilidad y funcionalidad, indicando con ello que se presentan procesos de autonomía en el desarrollo de actividades de la vida diaria, siendo importante el apoyo integral de todas las personas que los acompañan para que se continúe reforzando en su rol como adulto este tipo de ejercicios que fortalezca igualmente, competencias individuales que les permita ser más independientes.

- Se identifica que la mitad de los adultos tienen algún tratamiento farmacológico, representando los medicamentos neuropsiquiátricos una gran influencia en el estado nutricional de los participantes, en cuanto a la ingesta de alimentos y/o absorción de nutrientes.

- La mayoría de los adultos que presentan algún grado de malnutrición, requieren tratamiento farmacológico para tratar, no solo condiciones psiquiátricas, sino también enfermedades asociadas a su estado nutricional y/o patologías de base que no mejoran en el tiempo como estreñimiento, diabetes, dislipidemias, entre otras, reportadas por los referentes familiares durante este periodo.

- De acuerdo al número de adultos por estado nutricional, el grupo con mayor cantidad de participantes que consumen medicamentos al final del proceso de atención, son quienes se encuentran en obesidad, sobrepeso y estado normal, respectivamente. Las personas en delgadez no requirieron tratamiento farmacológico durante el convenio.

- Se pudo concluir que a mayor peso corporal, mayor el número de medicamentos requeridos para tratar enfermedades no trasmisibles que influyen directamente en el mantenimiento de esa condición, asociado a sintomatología que fomenta un deficiente funcionamiento del organismo, incrementando a su vez el apetito por ansiedad y el sedentarismo por somnolencia, debilidad, fatiga y cansancio excesivo, convirtiéndose en un ciclo que bien podría mejorar con la pérdida de peso mediante la implementación de un plan de alimentación bajo en calorías y rutinas de ejercicio aeróbico como es recomendado.

- De manera aislada se identificaron algunos casos en que si bien, las pérdidas de peso o ganancias no se vieron reflejadas en su estado nutricional al final de la atención, si permitieron evaluar no solo la planeación en el manejo dietario e implementación proyectadas desde el comienzo del convenio, sino también otras acciones transversales desde la estrategia de estilos de vida saludable que influyeron para que no solo se llevaran a cabo mejoras en los hábitos de alimentación y actividad física al interior de la unidad operativa, sino también se trabajara de manera consciente desde los hogares.

- No se requirió modificación en la consistencia de los alimentos ya que la población no presenta alteraciones en los procesos de masticación y deglución, más allá de condiciones dentarias o de la cavidad bucal como oclusión dental, mordida abierta y apertura limitada de la boca o piezas dentales debilitadas, en los que se hace necesario disminuir el tamaño de porción.

- Se implementaron estrategias para minimizar hiperfagia por ansiedad y riesgo de broncoaspiración por este hecho, ingesta completa de alimentos con el fraccionamiento de uno de los tiempos de comida (nueves reforzadas), desplazamiento de alimentos en bandeja y mesa para evitar derrames y posibles accidentes (menaje con chupas y apoyo en el transporte y traslado de alimentos hasta la mesa), entre otros, conforme a las necesidades de la población que fueron identificadas durante el acompañamiento y supervisión en los tiempos de comida.

- Se mantuvo implementando actividades de fácil ejecución encaminadas a promover estilos de vida saludable con gran énfasis en alimentación saludable y actividad física, mediante las diferentes estrategias en Información, Educación y Comunicación (IEC) que se diseñaron, ejecutaron e incentivaron durante este convenio para que fueran desarrolladas no solo al interior de la unidad, sino también en los hogares, reconociendo que al incluir a los referentes familiares y/o cuidadores, estas puede convertirse en un hábito.

- Toda acción que realicen las familias en sus hogares, influye de manera directa en el estado nutricional y de salud de los participantes, ya que son ellos el principal sistema de apoyo entre el equipo de trabajo del centro y sus hijos, debido a que pueden promover y fortalecer, o no, hábitos que a mediano plazo se verán reflejados en la condición y calidad de vida de los adultos.

Elaboró: ND. Angélica Cifuentes Avendaño
TP: 52838845