INFORME DE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

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, finalización y adición de su proceso en su atención.

Tabla 1. Presentación de la unidad operativa

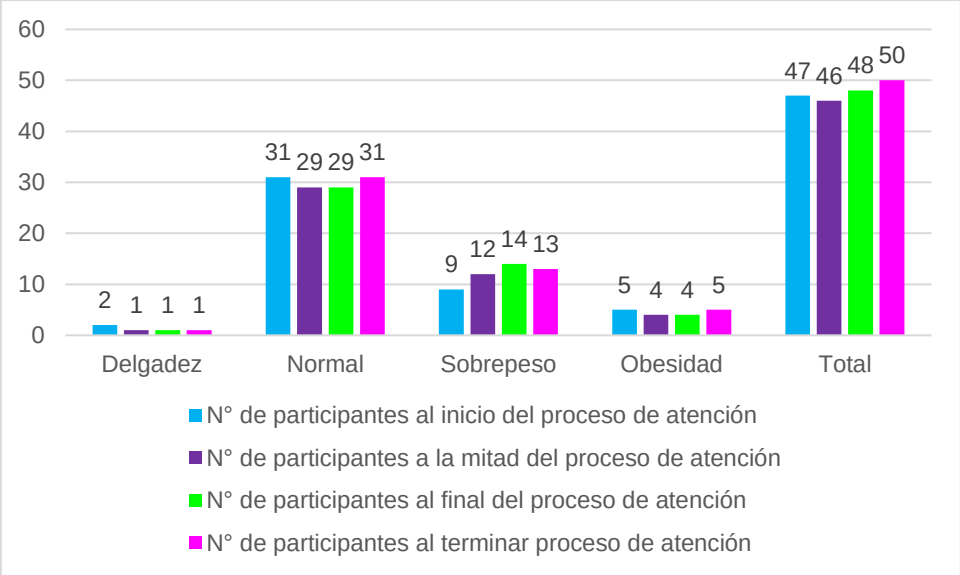
Coordinador / Responsable de la Unidad Operativa	María Erley Coronado Collazos
Dirección	Cra. 26 # 61F – 19
Teléfono	3475746
Localidad / municipio	Teusaquillo / Bogotá D.C.
Número de beneficiarios	50
Nombre del Nutricionista	Angélica Cifuentes Avendaño
Nombre del Tecnólogo de alimentos	Juan Felipe Pinzón Sarabia
Periodo del informe	Junio 2023 – Mayo 2024

- **Tabla 2. 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	N° de participantes en la adición del proceso de atención
Delgadez	2	1	1	1
Normal	31	29	29	31
Sobrepeso	9	12	14	13
Obesidad	5	4	4	5
Total	47	46	48	50

Durante la vigencia se presentó rotación en la población hasta el mes de abril, egresando 4 adultos de manera voluntaria (1 de ellos ingresó y permaneció por solo 1 mes), 2 se trasladaron a un centro de atención interna, 2 egresaron por temas de salud, e ingresaron 7, 2 provenientes de otros centros de la SDIS y 5 que por primera vez hicieron parte de este servicio, atendiendo a 50 participantes a la fecha.

Grafica 1. Clasificación del estado nutricional



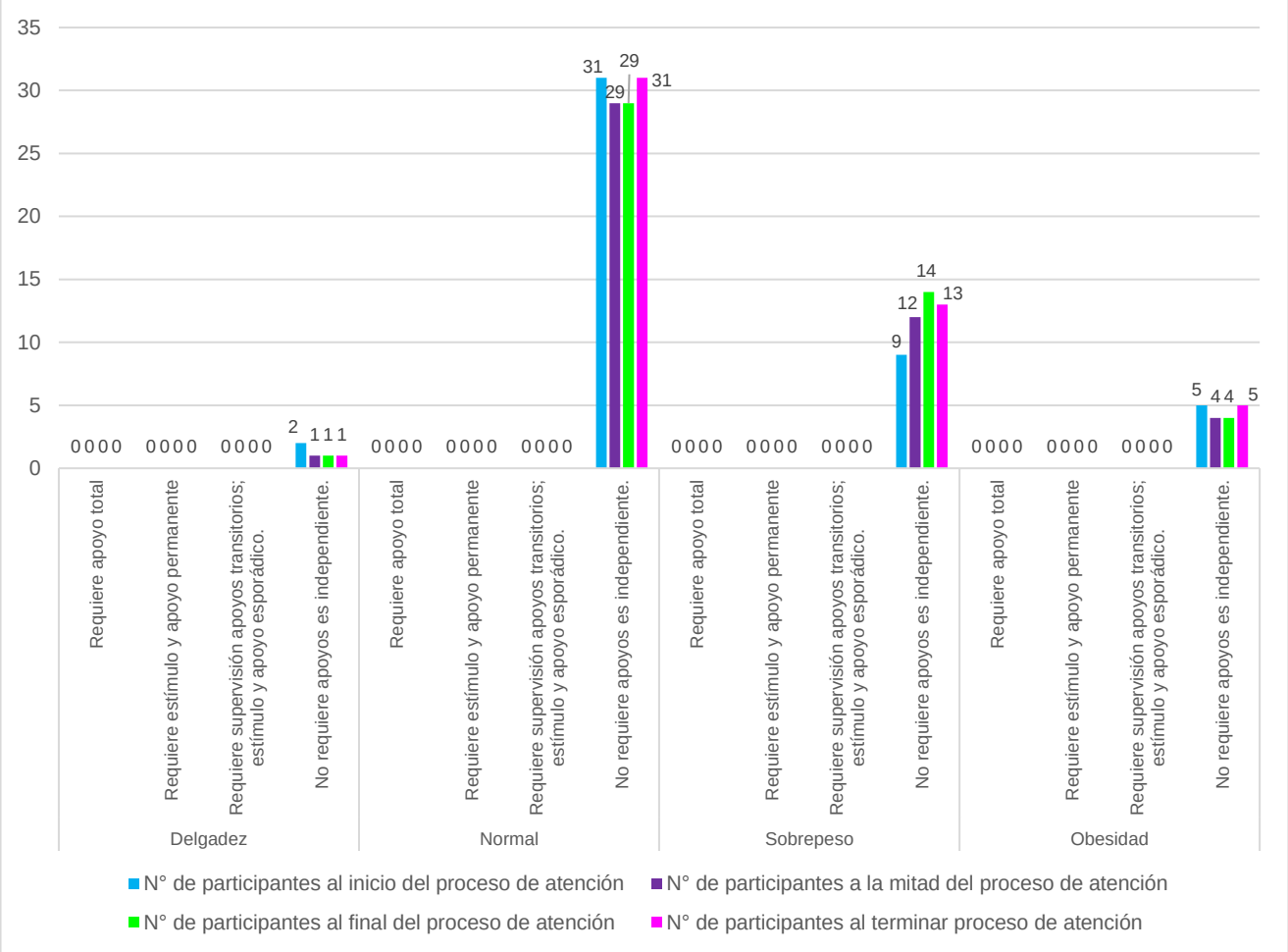
De acuerdo a lo anterior, no es posible realizar un análisis directo que permitiera identificar cambios en el estado nutricional, sin embargo, estadísticamente la mayoría de la población terminó el convenio en estado nutricional normal (31 adultos) correspondiente al 62%, seguido de quienes presentaron sobrepeso en el 26% (13 personas), obesidad en el 10% (5 adultos) y delgadez con el 2% (1 participante).

- **Tabla 3. 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	N° de participantes en la adición del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo	0	0	0	0

	esporádico.				
	No requiere apoyos es independiente.	2	1	1	1
Normal	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	31	29	29	31
Sobrepeso	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	9	12	14	13
Obesidad	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	5	4	4	5

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



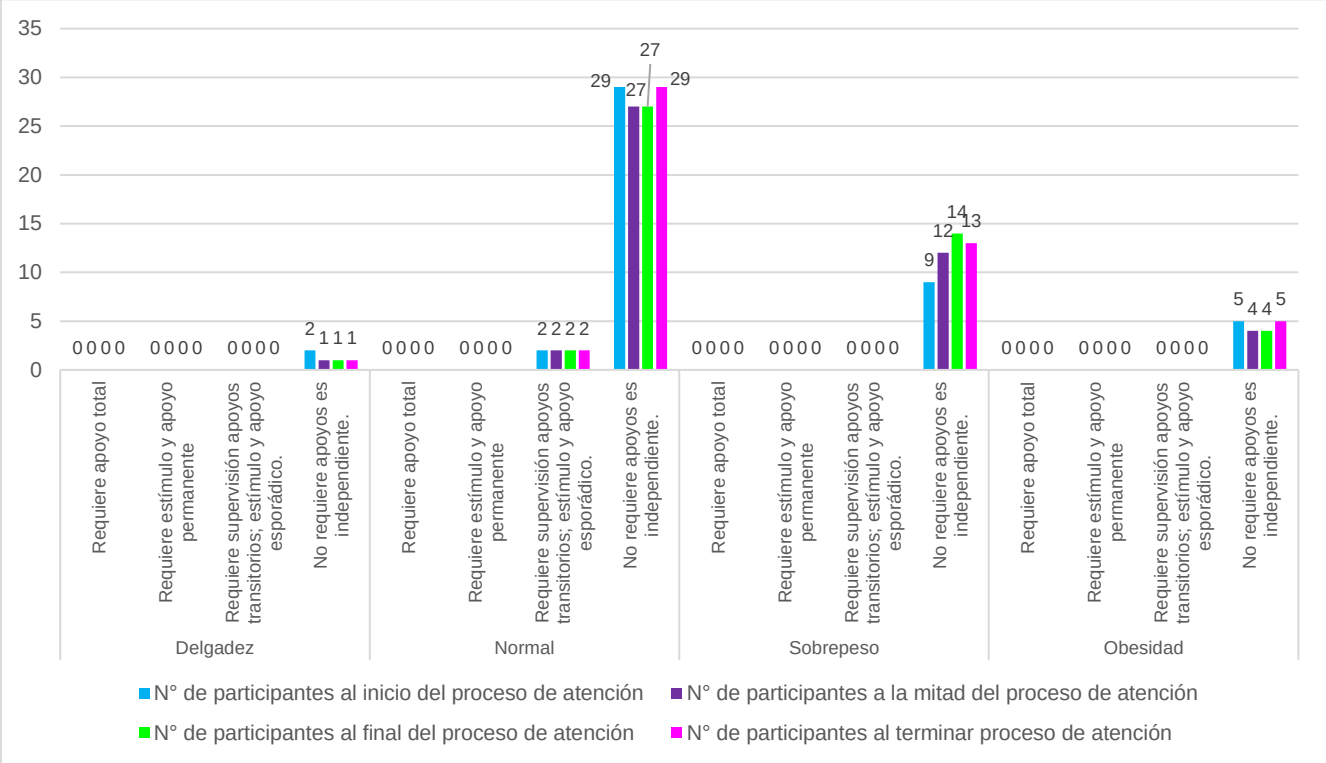
Teniendo en cuenta que todos los adultos desde el inicio del proceso de atención no requirieron apoyos para llevar a cabo el proceso de alimentación, se observa tanto en la tabla como en la gráfica 2 que, sin importar el estado nutricional, todos continúan siendo independientes en este aspecto.

- **Tabla 4. 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	N° de participantes en la adición del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	2	1	1	1
Normal	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	2	2	2	2
	No requiere apoyos es independiente.	29	27	27	29
Sobrepeso	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	9	12	14	13
Obesidad	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo	0	0	0	0

	esporádico.				
	No requiere apoyos es independiente.	5	4	4	5

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



Frente a la tabla 4 y gráfica 3, se observa que los mismos participantes (2) en estado nutricional normal desde el inicio del proceso de atención, requirieron en todos los periodos, supervisión, apoyos transitorios y/o estímulos y apoyo esporádico para movilizarse, lo que equivale al 4% frente al 96% que no lo necesitaron. De todos los casos mencionados, requieren apoyo en relación con su discapacidad física (enfermedad de Perthes izquierdo con dismetría en las extremidades inferiores y parálisis cerebral distónica [PCD]), especialmente de manera preventiva considerando las irregularidades del terreno donde se llevan a cabo las actividades externas al centro. Es importante mencionar que se proporciona apoyo completo en transporte y traslado de alimentos para la persona con PCD, así como el traslado de alimentos líquidos a la mesa para evitar derrames y/o riesgos de quemaduras durante su desplazamiento, en el otro

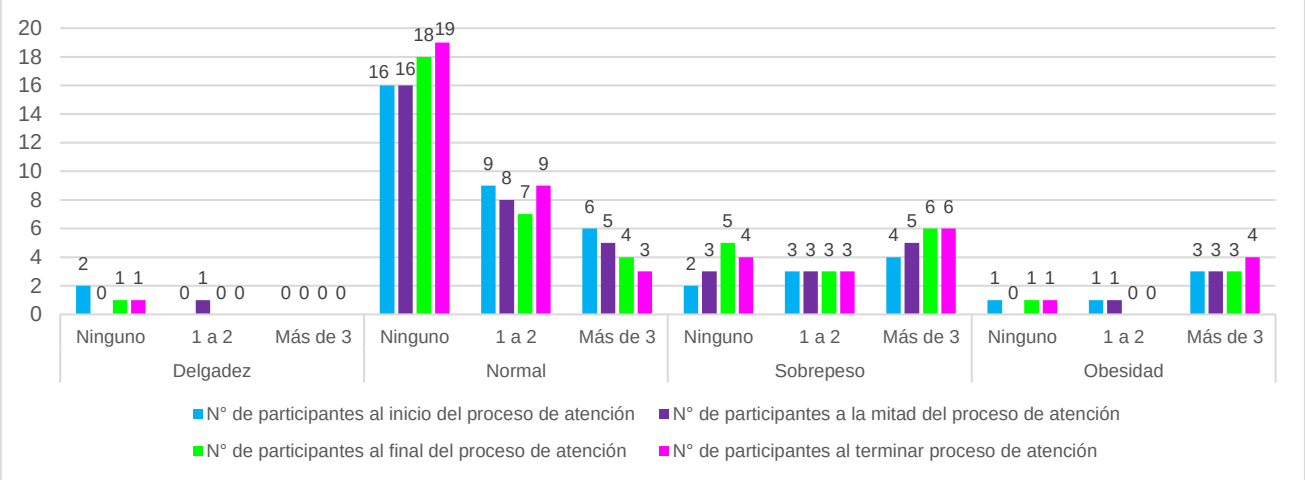
caso.

Adicionalmente, y a pesar de que 4 participantes no requieren apoyo ni estimulos para movilizarse, en el momento de trasladar alimentos líquidos calientes principalmente, es necesario ayudarlos desde el servicio hacia la mesa 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, a la baja visión en el otro caso y al temblor distal que presentan los otros dos adultos, asociado a su discapacidad. En estos casos es importante mencionar que sus pares son quienes realizan este apoyo en cada tiempo de comida, la mayoría de las veces.

- **Tabla 5. 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	N° de participantes en la adición del proceso de atención
Delgadez	Ninguno	2	0	1	1
	1 a 2	0	1	0	0
	Más de 3	0	0	0	0
Normal	Ninguno	16	16	18	19
	1 a 2	9	8	7	9
	Más de 3	6	5	4	3
Sobrepeso	Ninguno	2	3	5	4
	1 a 2	3	3	3	3
	Más de 3	4	5	6	6
Obesidad	Ninguno	1	0	1	1
	1 a 2	1	1	0	0
	Más de 3	3	3	3	4

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



En cuanto 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 25 al terminar el 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 25 adultos, respectivamente), encontrándose en igual condición que el informe del mes de diciembre, a pesar del egreso e ingreso de personas con discapacidad que se presentó en los últimos meses.

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 presentó durante la vigencia.

De manera general y por periodos de atención (inicio y terminación 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% de quienes se encuentran en obesidad en los dos periodos, seguidos de quienes están en sobrepeso con el 77,8% y 69,2%, respectivamente, y de los que están normal con el 48,4% y 38,7%.

Cabe mencionar que de los participantes que se encuentran en normalidad, se identifica que siguen 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, los cuales generan efectos secundarios como nauseas, vómito, diarrea

o estreñimiento, cambios en el apetito y por ende de peso, síntomas 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.

Frente a los adultos que están en sobrepeso u obesidad, se observa que están siendo tratados con la mayoría de los medicamentos que el grupo anterior, 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 por ansiedad), estreñimiento, fatiga, entre otros, que influyen directamente en la frecuencia e intensidad con que realizan actividad física como es recomendado, fomentando de esta manera el incremento de peso.

Por otro lado y basado en el manual dietario asociado a la línea técnica del programa de nutrición y salubridad dentro del Centro CENIAINCIO se ofrecen los siguientes tipos de dieta de acuerdo con la modificación en consistencia:

- **Tabla 6. 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	N° de participantes en la adición del proceso de atención
Delgadez	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0	0
	Blanda	0	0	0	0
	Normal	2	1	1	1
Normal	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0	0
	Blanda	0	0	0	0
	Normal	31	29	29	31
Sobrepeso	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0	0
	Blanda	0	0	0	0
	Normal	9	12	14	13
Obesidad	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0	0
	Blanda	0	0	0	0
	Normal	5	4	4	5

Todos los participantes continuaron consumiendo los alimentos sin ningún tipo de modificación

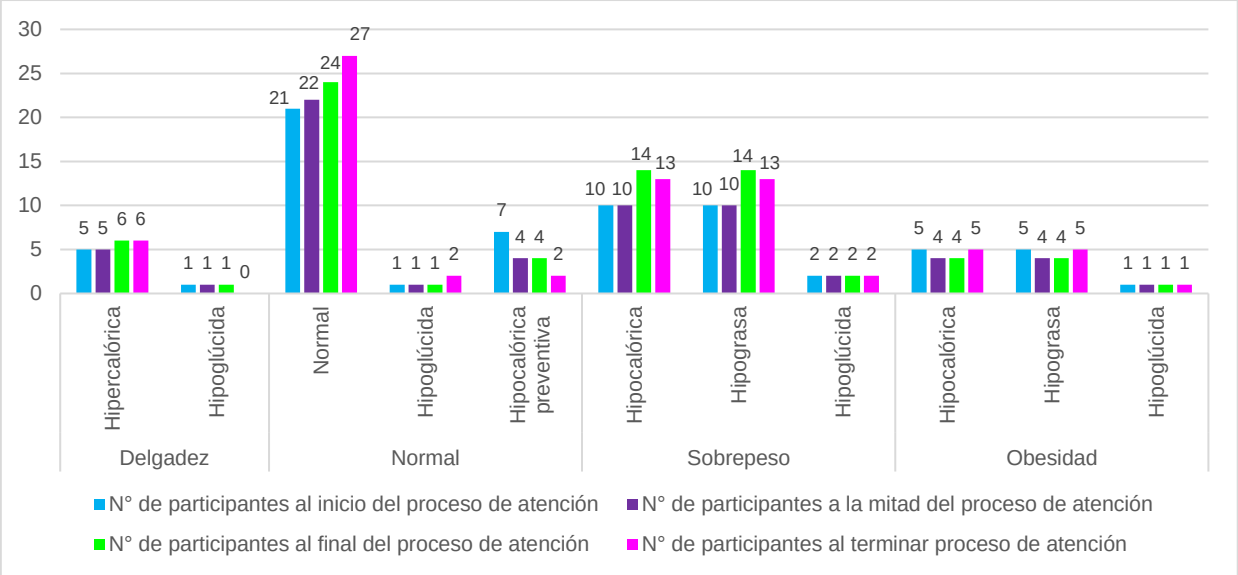
en su consistencia. Se mantuvieron los casos en los que se vio la necesidad de ofrecer alimentos carnosos como frutas u otros con cortezas crocantes, en trozos, para asegurar masticación y deglución por oclusión dental mordida abierta y apertura limitada de la boca (1), falta de piezas dentales o debilidad en algunas de ellas (3).

Basado en el manual dietario asociado a la línea técnica del programa de nutrición y salubridad dentro del Centro CEAINCO se ofrecen los siguientes tipos de dieta de acuerdo con la modificación en consistencia:

- **Tabla 7. 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	N° de participantes en la adición del proceso de atención
Delgadez	Hipercalórica	5	5	6	6
	Hipoglúcida	1	1	1	0
Normal	Normal	21	22	24	27
	Hipoglúcida	1	1	1	2
	Hipocalórica preventiva	7	4	4	2
Sobrepeso	Hipocalórica	10	10	14	13
	Hipograsa	10	10	14	13
	Hipoglúcida	2	2	2	2
Obesidad	Hipocalórica	5	4	4	5
	Hipograsa	5	4	4	5
	Hipoglúcida	1	1	1	1

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



La modificación dietaria en calorías y macronutrientes se realiza y varía en el tiempo teniendo en cuenta la clasificación nutricional según el IMC (índice de Masa Corporal), patologías de base y exámenes de laboratorio realizados, así como por efectos secundarios generados por tratamientos farmacológicos.

Por lo anterior se mantuvo implementando estrategias de intervención para las personas en malnutrición, siendo para aquellas con delgadez dieta hipercalórica, ofreciendo porciones adicionales a las ya incluidas en la minuta mediante el empleo de untaduras y otros alimentos como queso, bocadillo, aceite, crema de leche, miel y leche condensada, principalmente, que brindan un mayor aporte calórico sin afectar la capacidad gástrica. Se inició con 5 participantes que lo requirieron, terminando con 6 adultos distribuidos en 1 con delgadez, quien desmejoró en el último mes su condición a pesar de consumir la totalidad de los alimentos ofrecidos y presentar adecuada tolerancia gastrointestinal; 4 en estado nutricional normal pero muy cerca a la delgadez (según rango de manejo propuesto internamente, IMC entre 18,6 y 19,3) y 1 con gasto calórico aumentado asociado a su discapacidad, a quienes se les brinda de manera preventiva.
Cabe recordar que, al inicio del periodo de atención, se identificaron 2 adultos con delgadez que mejoraron prontamente con las estrategias de alimentación mencionadas y ahora solo a 1 se le brinda de manera preventiva, ya que a la fecha, la otra persona en esta condición y que además requiere dieta hipoglúcida como manejo a su patología de base, mejoró, pasando a dieta normal.

Por otra parte, se observó que hay 13 y 5 personas con discapacidad al terminar el convenio entre sobrepeso y obesidad, respectivamente y 2 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, así como sin sopa a base de carbohidratos (para los adultos con obesidad), ofreciendo a cambio media porción adicional de verdura o ensalada, según minuta.

Dentro de las personas con sobrepeso y obesidad se identificaron 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 24 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), quien en su mayoría no tienen 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 dicha dieta 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 en cada periodo (octubre, diciembre y abril/mayo), 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**

- Nuevamente se presentó rotación en la población atendida, siendo imposible realizar una comparación estadística directa entre el inicio y terminación 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 (62%) permitiendo reconocer que las acciones a nivel interno fueron efectivas, unido al apoyo que desde casa se generó en algunos casos para que se viera reflejado avances en los procesos.

- Se identificaron progresos significativos en los participantes que desde el primer mes de atención se encontraron en delgadez, encontrándose actualmente en estado nutricional normal que se mantienen en el tiempo de una manera favorable, a excepción del adulto que bajó de peso sin razón aparente en el último mes después de estar normal, manteniendo de manera estricta las estrategias de intervención para recuperación nutricional, con las cuales continúa mejorando su condición gradualmente.

- Se reconoce que, independientemente del diagnóstico nutricional, la mayoría de los adultos con discapacidad no necesitaron ayuda para realizar el proceso de alimentación, desplazarse y llevar a cabo sus actividades diarias. Esto indica que los adultos tienen niveles de autonomía en sus actividades diarias, resaltando la importancia del apoyo integral que es requerido por las personas que los rodean para seguir fortaleciendo estas habilidades y promover su independencia a lo largo de la vida.

- Se evidencia la influencia que tienen los medicamentos neuropsiquiátricos en el estado nutricional de los participantes, en cuanto a la ingesta de alimentos y/o absorción de nutrientes.

- Se encontró que 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 terminar el 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 ejecutar en casa.

- 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 terminar el proceso de atención, si permitieron evaluar la planeación en el manejo dietario e implementación de estrategias proyectadas al mejoramiento de su condición, con acciones transversales desde estilos de vida saludable que influyeron para que 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.

- Los participantes atendidos no requirieron ningún tipo de modificación en la consistencia de los alimentos, ya que no presentan 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 para asegurar un correcto proceso alimentario.

- 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 en los participantes que, secundario a su discapacidad, no pueden realizar el transporte y traslado de los alimentos (menaje con chupas y apoyo 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.

- Todos los adultos realizan descomide independiente hasta el servicio de alimentos diariamente, conforme a la organización definida durante 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 al interior de la unidad y con ello, se promoviera la autonomía e independencia en su propio cuidado.

- 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.

- **Recomendaciones**

- Para las personas con obesidad y sobrepeso, se sugiere controlar porciones permanentemente en casa para evitar excesos, distribuyendo proteína y verdura en las ¾ partes del plato, disminuyendo la porción de carbohidrato a un alimento o unidad en cada tiempo de comida, según sea el caso. Además de servir los alimentos en platos más pequeños y consumir alguna bebida, preferiblemente caliente como aromática o consomé, o de tener sed, como agua o jugo de fruta natural sin azúcar, previo al almuerzo para generar saciedad.

- Es importante consumir alimentos ricos en fibra, como frutas, verduras, leguminosas, o aquellos denominados integrales para ayudar a mantenerse lleno por más tiempo y a regular el sistema digestivo.

- Reducir el consumo de alimentos procesados y/o con azúcares añadidos (tener en cuenta los sellos de advertencia de alimentos); en su lugar, elegir opciones naturales o mínimamente procesadas.

- Beber una mayor cantidad de agua durante el día para ayudar a controlar el apetito y mantener el organismo funcionando correctamente.

- Incorporar fuentes magras de proteína en las comidas como pollo, carne de res, pescado, opciones veganas de ser posible como tofu y productos lácteos bajos en grasa, ya que estos alimentos ayudan a mantener la sensación de saciedad y a preservar la masa muscular con el ejercicio regular durante la pérdida de peso.

- Es imprescindible planificar las comidas principales e intermedias con anticipación para evitar decisiones impulsivas y opciones poco saludables, sobre todo si se encuentra en la calle; esto ayudará a controlar mejor las porciones e ingesta calórica total.

- Mejorar el sistema digestivo y fortalecer el sistema inmune con el consumo diario de ***prebióticos*** como alimentos integrales, frutas y verduras, semillas como linaza, chía y frutos secos como nueces, maní, almendras, así como con ***probióticos*** los cuales se encuentran en el yogur, kumis, bebidas no lácteas y bebidas fermentadas con kéfir o kombucha disponibles comercialmente.

- Se recomienda preparar la siguiente bebida que ayuda a limpiar el organismo: Antes de irse a dormir y por una semana consuma el siguiente batido: 1 pepino cohombro pequeño sin pelar, 1 cda. de sábila, el jugo de 1 limón, 1 manojo de perejil, 1 cda. de jengibre rallado. Repítalo cada 2 o 3 meses.

- Realizar actividad física de 4 a 5 días a la semana con trabajo muscular empleando cargas externas (pesas), sumado a trabajo cardiovascular de intensidad moderada por periodos de tiempo de 20 a 40 minutos por sesión de trabajo para aumentar el gasto calórico. Evitar al máximo periodos extensos de quietud total o sedentarismo.

- Ante la dificultad para realizar cambios responsables y contínuos en los hábitos alimentarios, se recomienda solicitar a la EPS control y seguimiento médico y nutricional que se implemente en casa conscientemente como es requerido, hasta lograr una condición saludable de manera estable.

- Para los adultos con delgadez o cerca a esta condición, se sugiere incluir grasas saludables como los provenientes del aguacate y frutos secos para promover la absorción de vitaminas liposubles.

- Dormir lo suficiente para mantener un salud física y mental estable, alrededor de 8 horas diarias es lo recomendable.

- Realizar actividad física enfocada al mantenimiento corporal y aumento de masa muscular por medio de ejercicios con cargas desde su propio peso, o con cargas externas (pesas) que vayan en aumento de manera progresiva, con los cuales se pueda mejorar la composición corporal en el transcurso del tiempo. Desarrollar ejercicio por periodos de tiempo de 60 a 90 minutos cada uno, de 3 a 4 días a la semana idealmente. Evitar largos tiempos de trabajo

cardiovascular ya que esto genera un alto gasto calórico y por ende desfavorece el proceso de aumento.

- Ante cualquier pérdida de peso que afecte la condición actual, solicitar manejo médico y/o nutricional desde su EPS para control y tratamiento encaminado a la recuperación nutricional.

- Realice actividad física preferiblemente funcional o deportiva, uniendo fuerza y resistencia cardiovascular en cada sesión, con intensidad media de 3 a 4 días a la semana, por periodos de tiempo de 60 a 90 minutos cada una.

Elaboró: ND. Angélica Cifuentes Avendaño
TP: 52838845

1. Administración del instructivo

Subdirección de Nutrición.

2. Aprobación del documento

	Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre	Amanda Lucia Montaña García Viviana Catherine Villegas González	Diana Patricia Quintero Neme María del Pilar Trespalacios Luz Jazbleidy Aranda Martínez Zulma Yanira Fonseca Centeno Claudia Patricia Carrillo Daza	Ivón Carolina Camargo García
Cargo/ Rol	Contratista - Subdirección para la Discapacidad Contratista - Subdirección de Nutrición	Gestora SG - Subdirección de Nutrición Gestora SG - Subdirección para la Discapacidad Gestora SG Dirección de Nutrición y Abastecimiento Subdirectora de Nutrición Subdirectora para la Discapacidad	Directora Nutrición y Abastecimiento