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

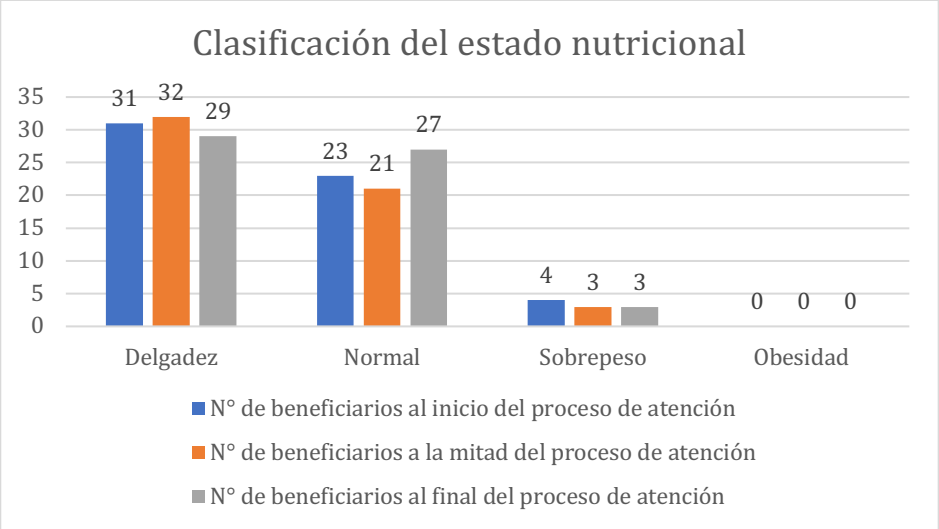
Tabla 1. Presentación de la unidad operativa

Coordinador / Responsable de la Unidad Operativa	Giovanni Guerrero
Dirección	Calle 39 # 21 - 30
Teléfono	(301) 580-5217
Localidad / municipio	Teusaquillo
Número de beneficiarios	59
Nombre del nutricionista	Cesar Danilo Vargas Montenegro
Nombre del tecnólogo de alimentos	Daniel Melgarejo
Periodo del informe	Abril de 2025 – Enero 2026

Fuente: elaboración propia

Tabla 2 Clasificación del Estado Nutricional

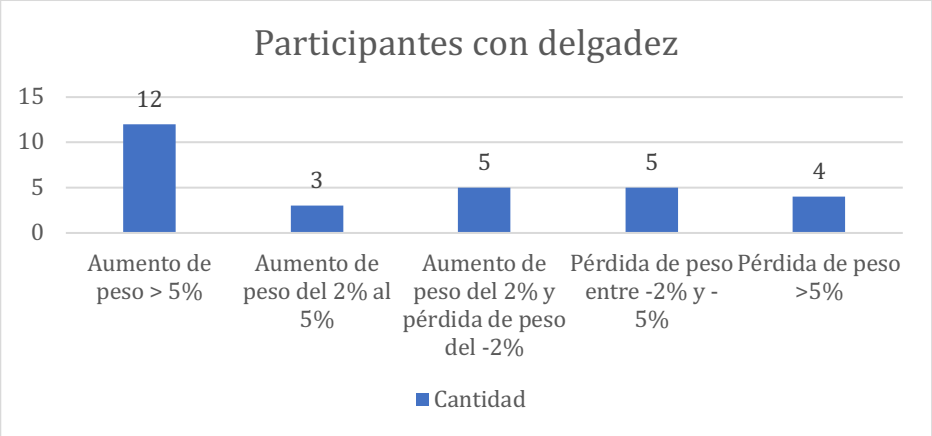
ESTADO NUTRICIONAL	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	31	32	29
Normal	23	21	27
Sobrepeso	4	3	3
Obesidad	0	0	0



Los cambios en la proporción del estado nutricional refleja disminución en la delgadez, aumentó en la normalidad y disminución en la malnutrición por exceso, lo cual a nivel general ha sido favorable para los indicadores a presentar, no obstante, dentro de las cifras presentadas ha sido necesario desglosar los avances de acuerdo con el estado nutricional, pues así como hubo casos

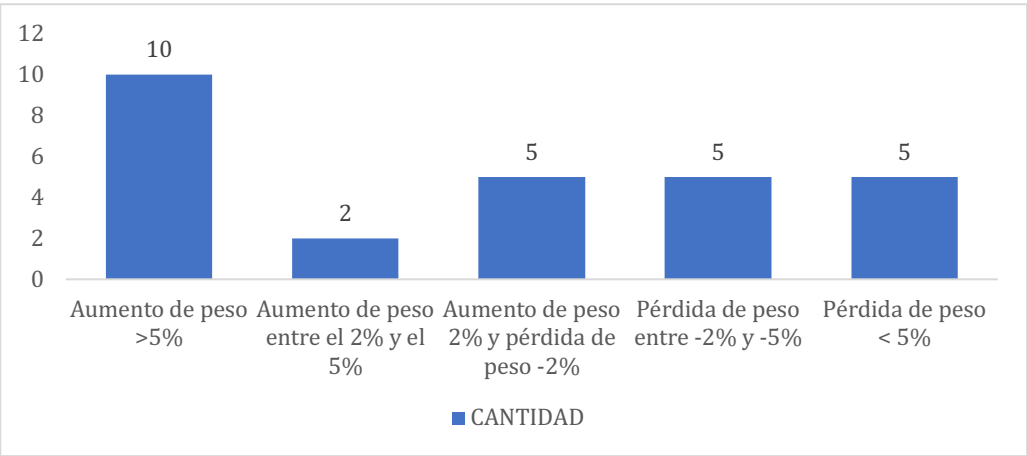
exitosos, hubo otros con un proceso entorpecido por diferentes factores, es así que a continuación se presentan datos con más detalle

DELGADEZ



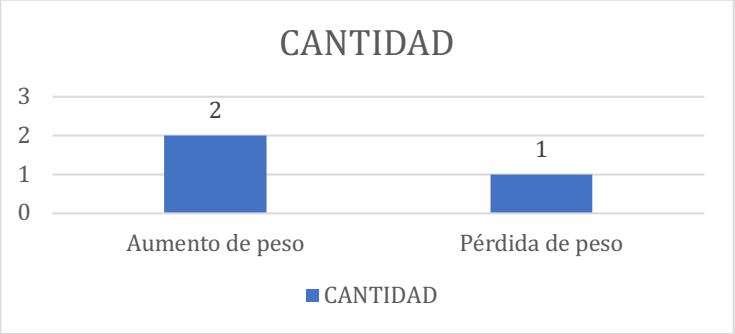
Teniendo en cuenta los datos presentados, se decidió discriminar la evolución por estado nutricional, en este caso, se evidencia una mejoría significativa en las personas con delgadez, (15 personas), mientras 5 personas presentaron estabilidad en el proceso, es decir, que 20 personas tuvieron un proceso favorable. Por otra parte, 5 personas presentaron una pérdida de peso leve y 4 moderada (9 personas presentaron pérdida de peso significativa), esto se asocia a dificultades en la ingesta (rechazo a la alimentación ofrecida, periodos de enfermedad y cambios en medicación).

NORMALIDAD



Para el caso de la normalidad, el 37% presentó aumento de peso superior al 5%, mientras que el 7,5% presentó aumento de peso entre el 2% y el 5%, así mismo, el 18,5% presentó estabilidad (aumento o pérdida de peso no mayor al 2%); es decir, que el 63% de las personas con discapacidad tuvo un proceso totalmente exitoso. Por otra parte, el 18,5% presentó pérdida de peso leve (entre el 2% y el 5%), lo cual a pesar de no ser grave, es un grueso de la población que requiere atención. Finalmente, el 18,5% presentó una pérdida de peso considerable, asociada a periodos de enfermedad y sobre todo, de reducción en la ingesta de alimentos por diferentes causas (ajuste de medicamentos que generaron somnolencia, resistencia del participante a recibir alimentos, periodo de enfermedad, entre otros)

SOBREPESO



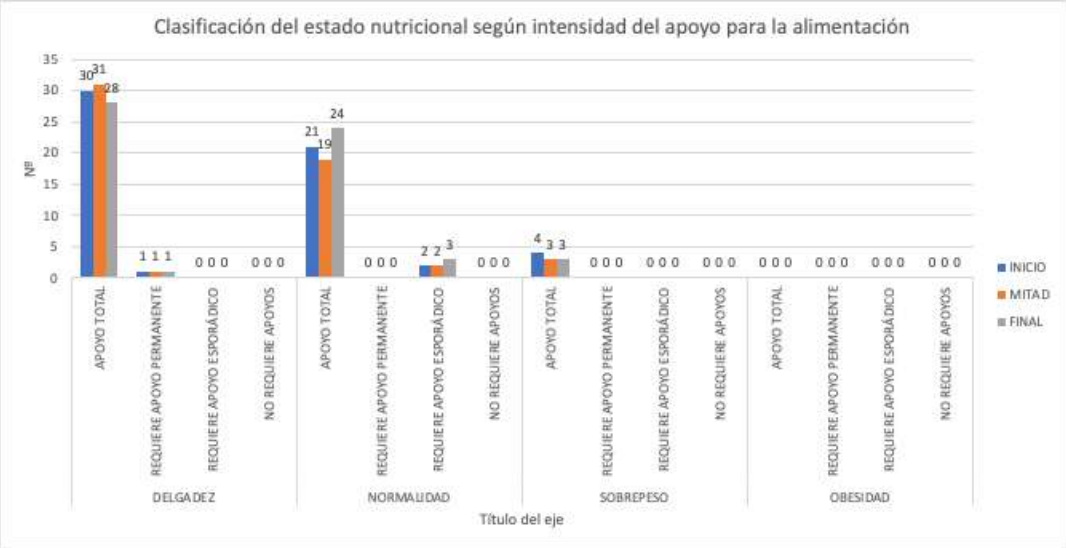
Frente a la malnutrición por exceso, el 33,3% mejoró, mientras que el, 66,7% desmejoró. Esto se asocia a que los participantes son sedentarios (por su discapacidad) y también, porque en ocasiones no se discriminó la dieta hipocalórica a la hora de la entrega de la dieta.

PÉRDIDA DE PESO

Tabla 3 Clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para alimentación

ESTADO NUTRICIONAL	Intensidad del apoyo para alimentación	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	30	31	28
	Requiere estímulo y apoyo permanente	1	1	1
	Requiere de supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0
Normal	Requiere apoyo total	21	19	24
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión, apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	2	2	3
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0
Sobrepeso	Requiere apoyo total	4	3	3
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0
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.	0	0	0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad.



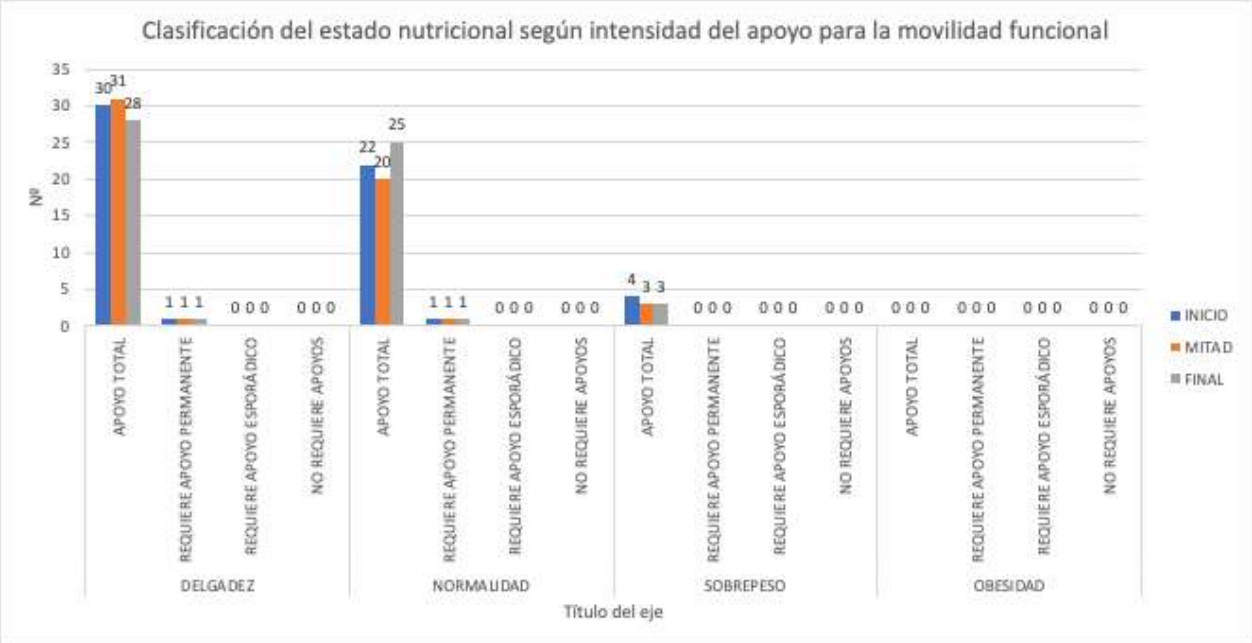
En relación con la intensidad del apoyo durante la alimentación, se identifica que el 93,2% de la población requiere asistencia total, como consecuencia de las condiciones de salud descritas, las cuales limitan tanto la movilidad necesaria para ejecutar el patrón mano-boca como las capacidades cognitivas requeridas para llevar a cabo el proceso de manera adecuada.

Tabla 4. Clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para movilidad funcional

ESTADO NUTRICIONAL	Intensidad del apoyo para para movilidad funcional	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	30	31	28
	Requiere estímulo y apoyo permanente	1	1	1
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0
Normal	Requiere apoyo total	22	20	25
	Requiere estímulo y apoyo permanente	1	1	1
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo	0	0	0

	esporádico.			
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0
Sobrepeso	Requiere apoyo total	4	3	3
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0
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.	0	0	0

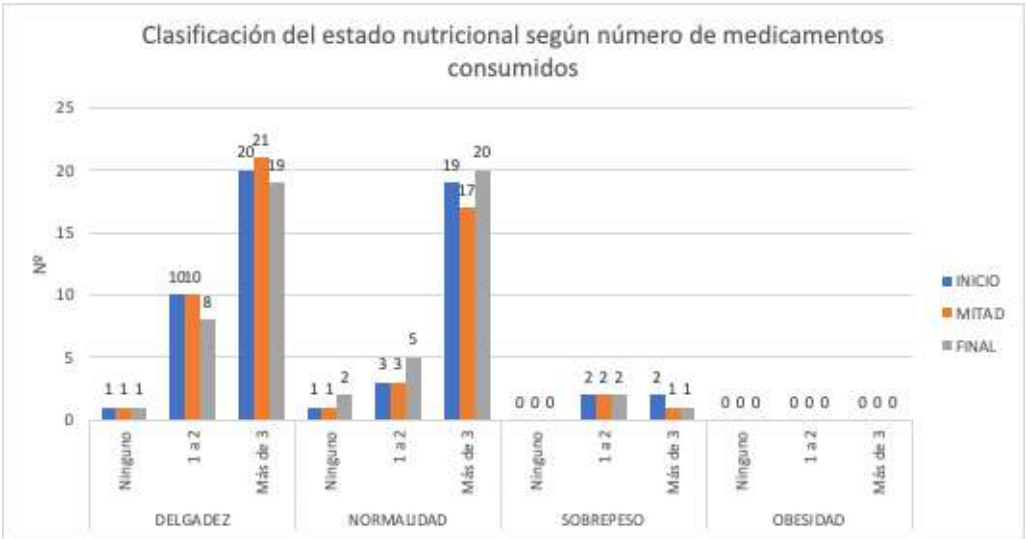
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad.



De forma similar a lo observado en el apoyo para la alimentación, en la movilidad funcional se presenta un alto porcentaje de personas que requieren asistencia total (94,9%), como consecuencia de las condiciones de base que limitan su desplazamiento. Entre estas se destacan la parálisis cerebral, la paraplejia, la cuadriplejia y la cuadriparesia.

Tabla 5. Clasificación del estado nutricional según número de medicamentos consumidos

ESTADO NUTRICIONAL	Número de medicamentos consumidos	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Ninguno	1	1	1
	1 a 2	10	10	8
	Más de 3	20	21	19
Normal	Ninguno	1	1	2
	1 a 2	3	3	5
	Más de 3	19	17	20
Sobrepeso	Ninguno	0	0	0
	1 a 2	2	2	2
	Más de 3	2	1	1
Obesidad	Ninguno	0	0	0
	1 a 2	0	0	0
	Más de 3	0	0	0

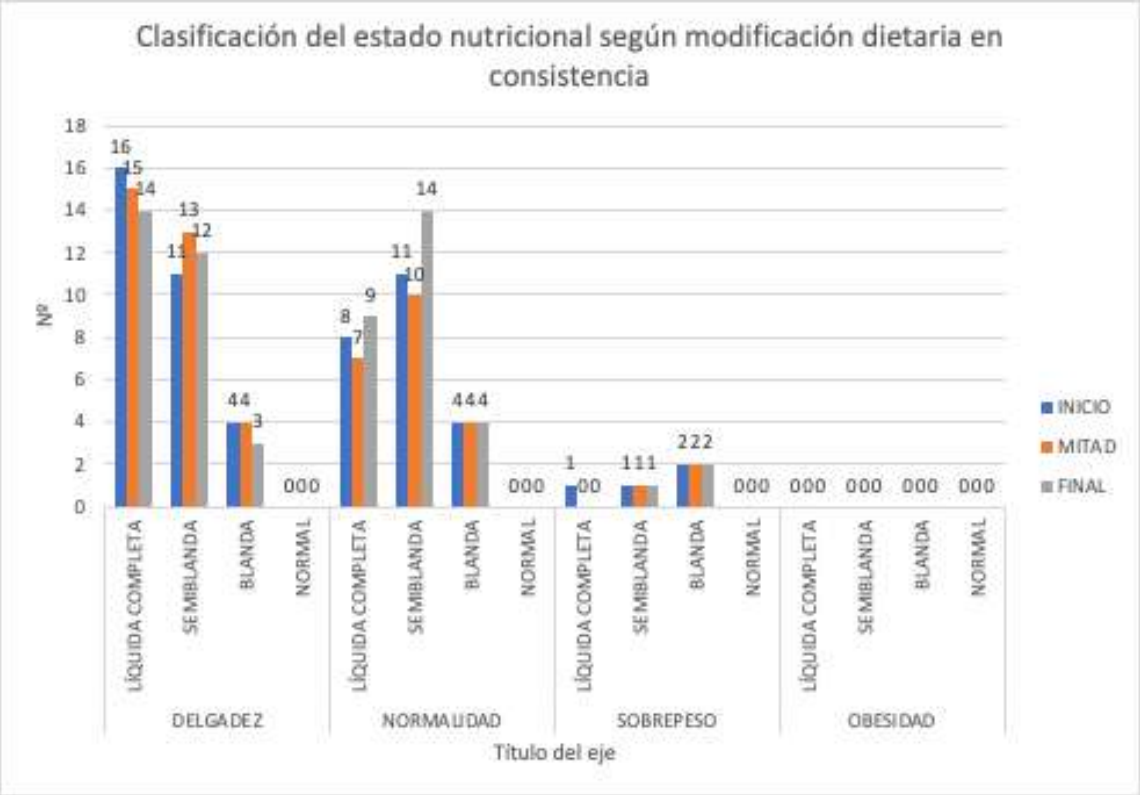


Por otra parte, la polimedicación se identifica como una característica predominante en la población atendida. Entre los fármacos de mayor uso se encuentran la carbamazepina, el ácido valproico, la levomepromazina, la fluoxetina y la risperidona, los cuales se emplean en el tratamiento de epilepsia, trastornos convulsivos, depresión, entre otras condiciones.

Tabla6 Clasificación del estado nutricional según modificación dietaría en consistencia

ESTADO NUTRICIONAL	Modificación dietaría en consistencia	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Liquida completa	16	15	14
	Semiblanda	11	13	12
	Blanda	4	4	3
	Normal	0	0	0
Normal	Liquida completa	8	7	9
	Semiblanda	11	10	14
	Blanda	4	4	4
	Normal	0	0	0
Sobrepeso	Liquida completa	1	0	0
	Semiblanda	1	1	1
	Blanda	2	2	2
	Normal	0	0	0
Obesidad	Liquida completa	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0
	Blanda	0	0	0
	Normal	0	0	0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad.

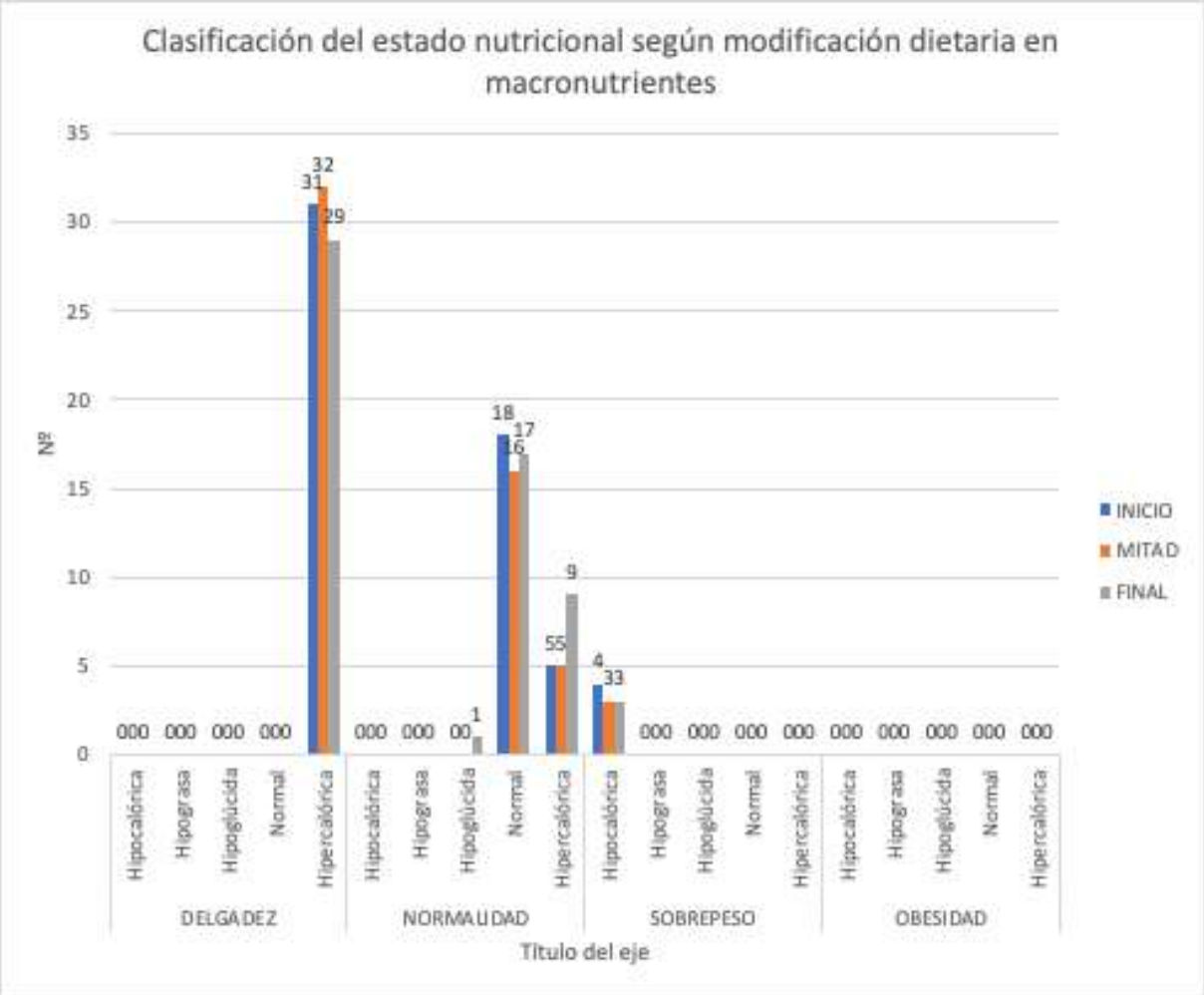


En relación con la consistencia de la dieta, se destaca que el 38,9% de la población consume dieta líquida completa, debido a las dificultades en el proceso de deglución identificadas por el área de fonoaudiología. Por su parte, el 45,7% recibe dieta semiblanda, asociada a limitaciones en la masticación, y el 15,2% consume dieta blanda. Cabe señalar que, de las 22 personas con discapacidad que requieren dieta líquida completa, cinco reciben la alimentación por vía de gastrostomía, lo que implica la necesidad de un manejo nutricional especializado y diferenciado.

- Tabla 7 Clasificación del estado nutricional según Modificación dietaría en macronutrientes

ESTADO NUTRICIONAL	Modificación dietaría en macronutrientes	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Hipocalórica	0	0	0
	Hipograsa	0	0	0
	Hipoglúcida	0	0	0
	Normal	0	0	0
	Hipercalórica	31	32	29
Normal	Hipocalórica	0	0	0
	Hipograsa	0	0	0
	Hipoglúcida	0	0	1
	Normal	18	16	17
	Hipercalórica	5	5	9
Sobrepeso	Hipocalórica	4	3	3
	Hipograsa	0	0	0
	Hipoglúcida	0	0	0
	Normal	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0
Obesidad	Hipocalórica	0	0	0
	Hipograsa	0	0	0
	Hipoglúcida	0	0	0
	Normal	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0

Elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad.



En relación con la modificación de los macronutrientes, el 64,4% de la población recibe una dieta hipercalórica, porcentaje que supera al de personas con diagnóstico de delgadez, debido a que algunos individuos con clasificación nutricional normal presentan un IMC cercano a este rango. Por su parte, la dieta normocalórica corresponde exclusivamente a personas con estado nutricional normal (28,8%), mientras que la dieta hipocalórica se indica únicamente en casos de malnutrición por exceso, representando el 5% del total de participantes.

- Conclusiones generales

1. De momento, para el inicio del convenio, se concluye que la población recibida al ser 100% de apoyo generalizado requiere una atención diferenciada, inicialmente, el ciclo de menús suministrado por la SDIS requiere modificaciones significativas, principalmente con las derivaciones blanda, semiblanda y líquida completa, así mismo, las dos últimas en mención requieren proceso de estandarización. Acorde a lo anterior, también se resalta que los participantes con gastrostomía requieren un tratamiento individualizado, así como el desarrollo de protocolos para su manejo, tanto a nivel alimentario como del mantenimiento de los insumos para el suministro y las protocolos para garantizar ambientes salubres.

2. Acorde a la complejidad de lo evidenciado, es necesario continuar instruyendo al talento humano para ofrecer una atención ajustada a las personas con discapacidad.

3. El seguimiento al control de la ingesta de alimentos es fundamental, teniendo en cuenta las dificultades de masticación y deglución.

4. Se entrega una población con indicadores favorables frente al mejoramiento de la malnutrición en general

5. A pesar de obtener indicadores favorables, es necesario revisar a mayor profundidad estos datos, ya que pueden presentar sesgos por casos particulares, así como se evidenció en los casos de malnutrición, los cuales a pesar de haberse reducido, existen casos individuales en los que la situación desmejoró