INFORME DE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA GRUPO 8.

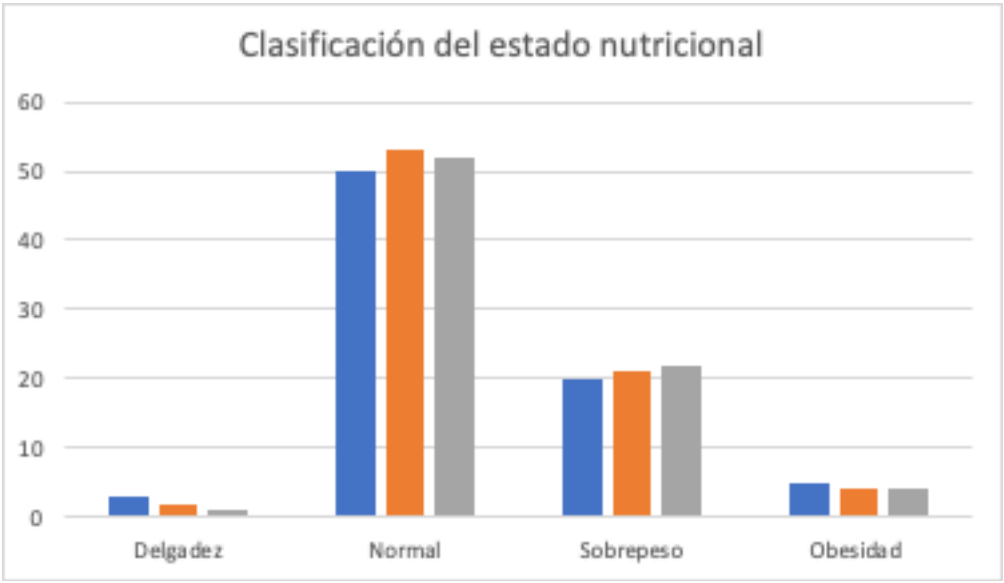
Tabla 1. Presentación de la unidad operativa

Coordinador / Responsable de la Unidad Operativa	Bibian Perilla
Dirección	CARRERA 5 # 5 - 45 BARRIO CARRIZOZA – SUESCA CUNDINAMARCA
Teléfono	3124043934
Localidad / municipio	No aplica
Número de beneficiarios	78
Nombre del nutricionista	Cesar Danilo Vargas Montenegro
Nombre del tecnólogo de alimentos	No aplica
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	3	2	1
Normal	50	53	52
Sobrepeso	20	21	22
Obesidad	5	4	4



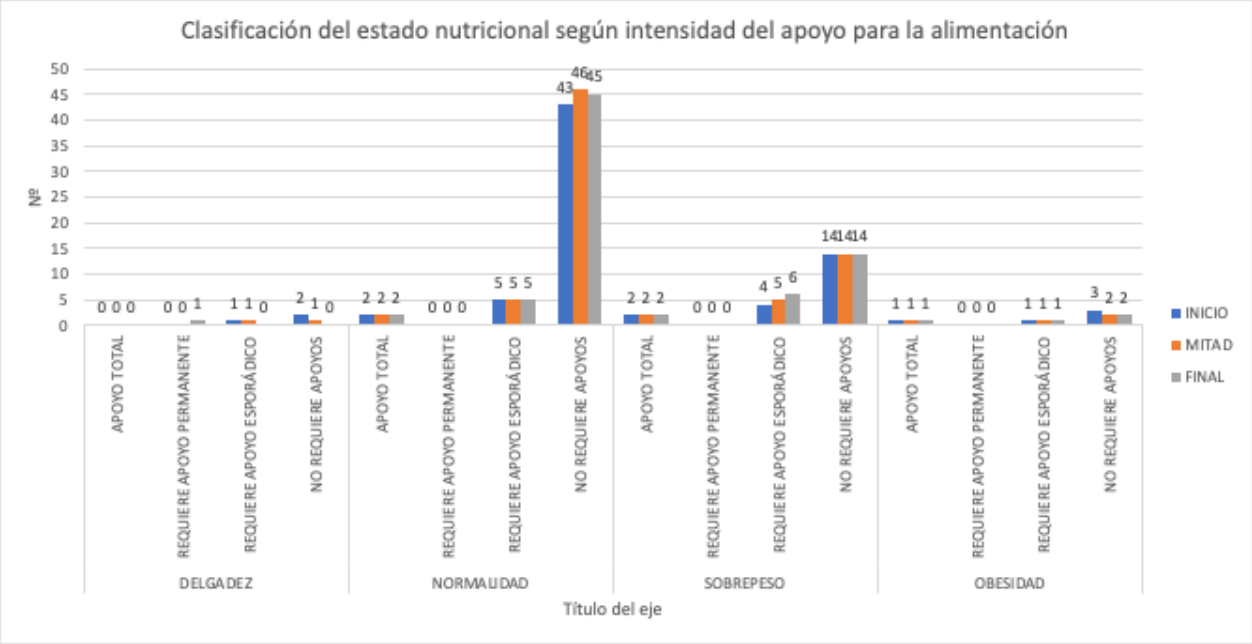
En cuanto a la clasificación nutricional de la población entregada, se evidencia que predomina la cantidad de personas con clasificación nutricional correspondiente a normalidad (65,8%). Por otra parte, 25 personas que representan el 32,9% de la población atendida, presenta malnutrición por exceso, siendo este un aspecto que desmejoró levemente, aunque se resalta que es inferior al promedio nacional establecido por la Encuesta de Situación Nutricional (ENSIN) 2015 cuyo valor es del 56,5%. Finalmente, el 1,2% restante corresponde a personas con delgadez, la cual es secundaria a personas con alteraciones comportamentales que inciden en la ingesta de alimentos, a su vez, se resalta que frente a este indicador, la situación nutricional poblacional mejoró, pasando de 3 personas a 1 (cabe mencionar que la persona restante ha permanecido en hospitalización durante un periodo superior a 3 meses). Al comparar los datos de ingreso con los del mes de julio, se evidencia una tendencia a la normalidad, pues se redujo la malnutrición por déficit, al igual que la obesidad, lo que ofrece un buen panorama.

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	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	1
	Requiere de supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	1	1	0
	No requiere apoyos es independiente.	2	1	0
Normal	Requiere apoyo total	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión, apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	5	5	5
	No requiere apoyos es independiente.	43	46	45
Sobrepeso	Requiere apoyo total	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo	4	5	6

	esporádico.			
	No requiere apoyos es independiente.	14	14	14
Obesidad	Requiere apoyo total	1	1	1
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	1	1	1
	No requiere apoyos es independiente.	3	2	2

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

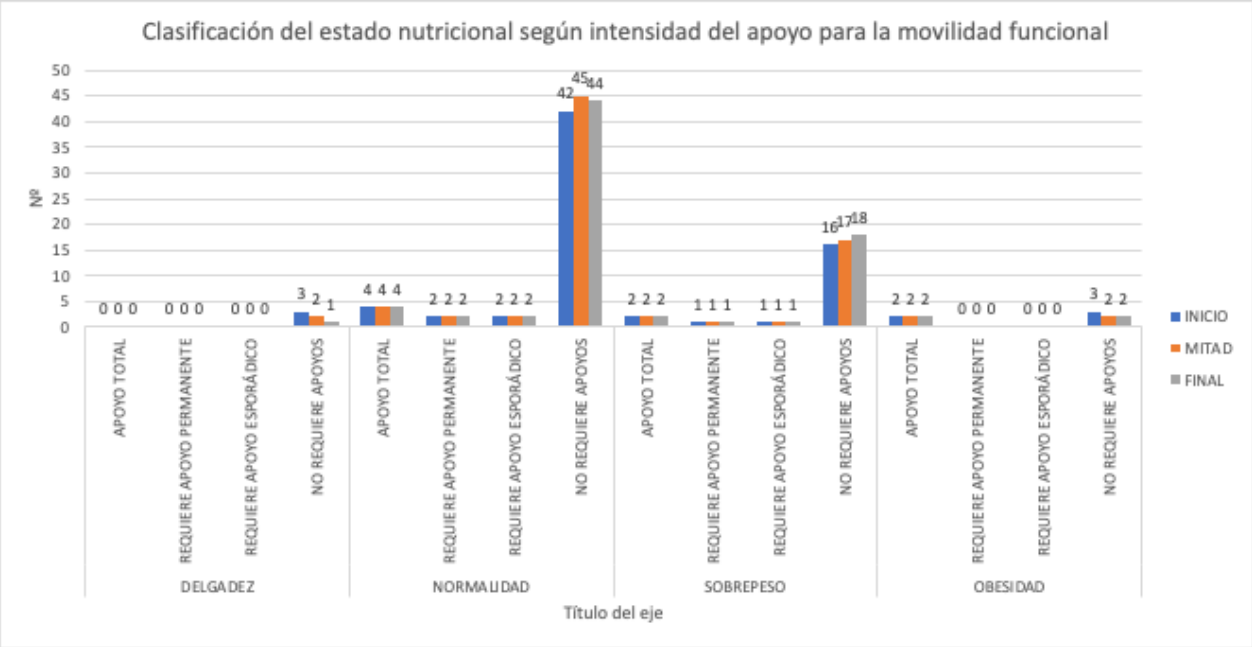


En relación con la intensidad del apoyo requerido durante la alimentación, se observa que la mayoría de la población atendida no necesita ningún tipo de apoyo (77,2%). Por su parte, un 15,1% requiere acompañamiento ocasional, ya que, aunque son personas independientes, necesitan supervisión para regular la velocidad de ingesta o estímulos que favorezcan el consumo de los alimentos. Finalmente, el 6,3% demanda apoyo total, principalmente por limitaciones de movilidad que impiden mantener el patrón mano-boca, así como por condiciones de tipo cognitivo.

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	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.	3	2	1
Normal	Requiere apoyo total	4	4	4
	Requiere estímulo y apoyo permanente	2	2	2
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	2	2	2
	No requiere apoyos es independiente.	42	45	44
Sobrepeso	Requiere apoyo total	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	1	1	1
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	1	1	1
	No requiere apoyos es independiente.	16	17	18
Obesidad	Requiere apoyo total	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	3	2	2

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

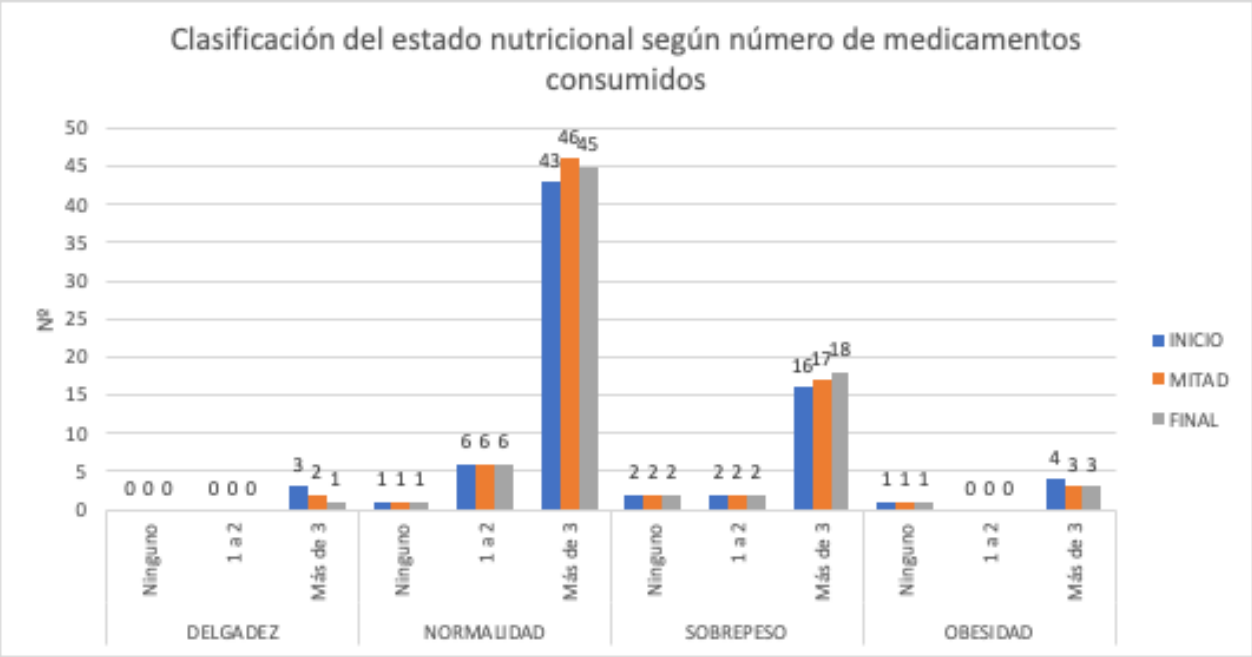


De manera similar a lo observado en el apoyo para la alimentación, en la movilidad funcional predomina la población que puede desplazarse de forma independiente, representando el 82,2%. En segundo lugar, el 10,1% requiere apoyo total, principalmente por ser usuarios de silla de ruedas o camilla. En menor proporción, el 3,8% necesita apoyo esporádico, ya sea por el uso de bastón o por requerir supervisión durante el proceso de marcha; este mismo porcentaje corresponde a personas que demandan apoyo permanente, como en el caso de usuarios con discapacidad visual que requieren guía constante para movilizarse.

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	0	0	0
	1 a 2	0	0	0
	Más de 3	3	2	1
Normal	Ninguno	1	1	1
	1 a 2	6	6	6
	Más de 3	43	46	45
Sobrepeso	Ninguno	2	2	2
	1 a 2	2	2	2
	Más de 3	16	17	18

Obesidad	Ninguno	1	1	1
	1 a 2	0	0	0
	Más de 3	4	3	3



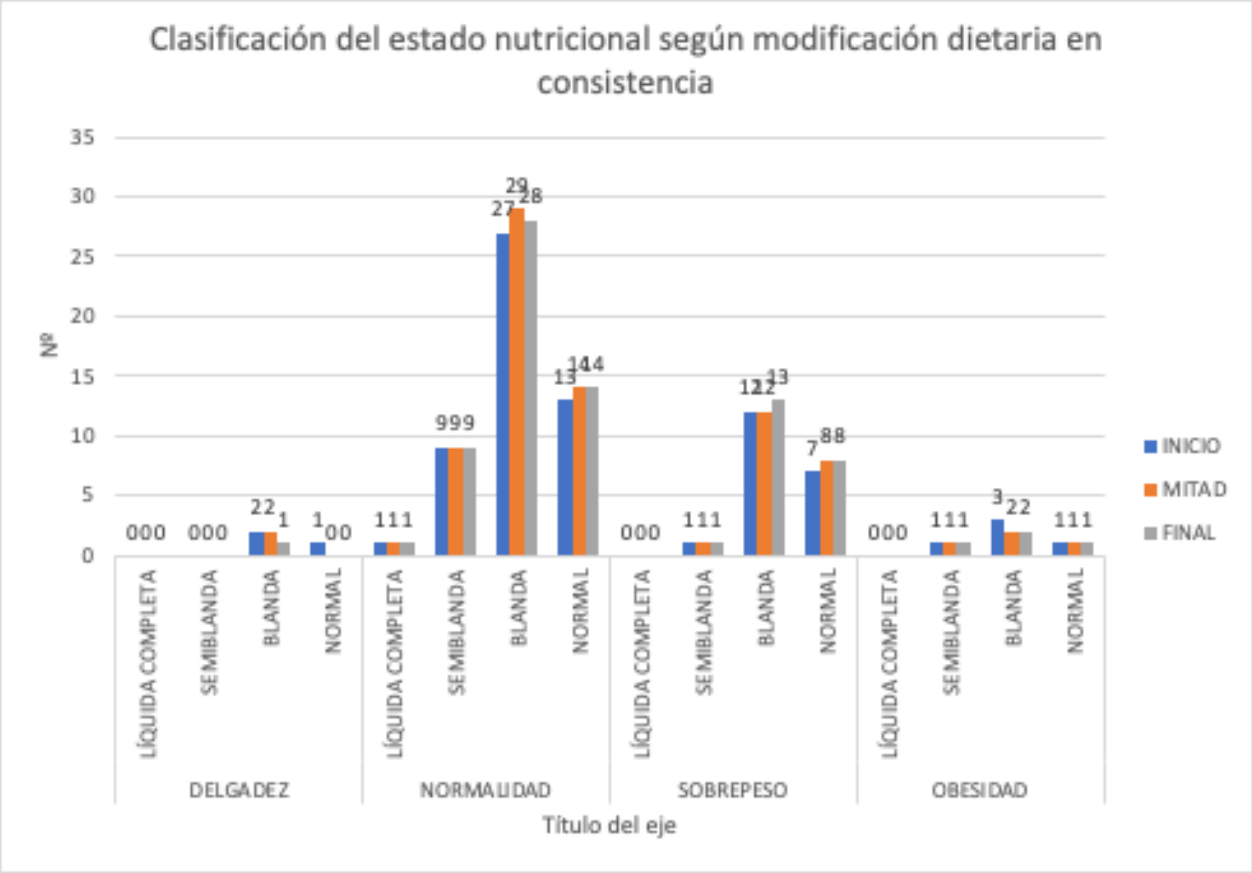
Por otra parte, la polimedicación constituye una característica relevante en la población atendida. Entre los fármacos de mayor consumo se identifican la carbamazepina, el ácido valproico, la levomepromazina, la fluoxetina y la risperidona, los cuales son empleados en el manejo de condiciones como epilepsia, trastornos convulsivos, depresión, entre otras.

Tabla 6 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	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0
	Blanda	2	2	1
	Normal	1	0	0
Normal	Liquida completa	1	1	1
	Semiblanda	9	9	9
	Blanda	27	29	28

	Normal	13	14	14
Sobrepeso	Liquida completa	0	0	0
	Semiblanda	1	1	1
	Blanda	12	12	13
	Normal	7	8	8
Obesidad	Liquida completa	0	0	0
	Semiblanda	1	1	1
	Blanda	3	2	2
	Normal	1	1	1

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



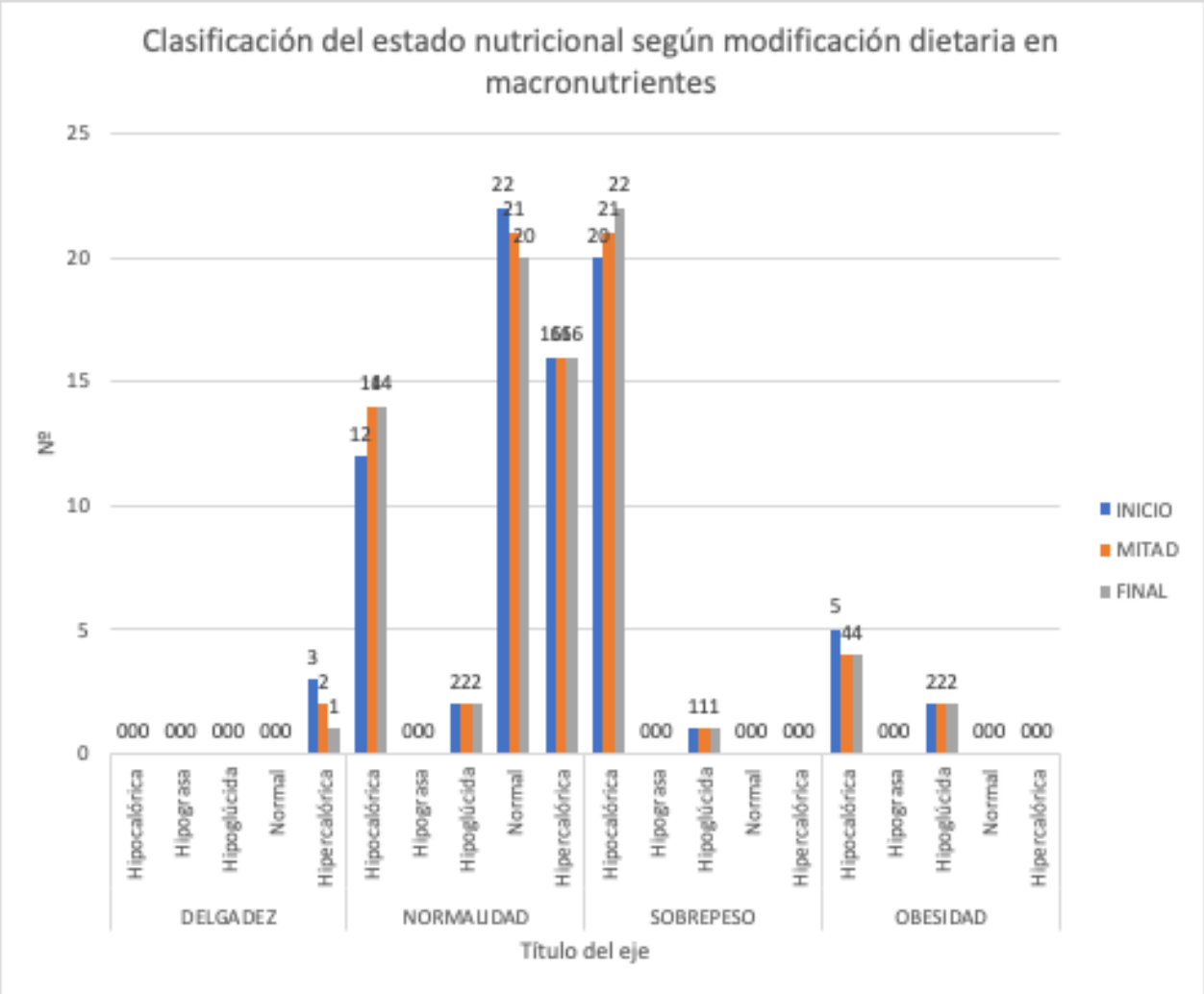
En relación con la consistencia de la dieta suministrada, el 29,1% de los participantes consume alimentos de consistencia normal. No obstante, la mayor proporción de la población corresponde a quienes reciben dieta blanda (55,7%), dado que, aunque cuentan con la capacidad para masticar, no realizan una adecuada subdivisión de los alimentos, lo que

incrementa el riesgo de atragantamiento. Por su parte, el 13,9% requiere una dieta semiblanda, orientada a personas con pérdida parcial o total de piezas dentales y con dificultades para llevar a cabo una masticación eficiente. Finalmente, solo un participante necesita dieta líquida completa, debido a dificultades en el proceso de deglución.

- 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	3	2	1
Normal	Hipocalórica	12	14	14
	Hipograsa	0	0	0
	Hipoglúcida	2	2	2
	Normal	22	21	20
	Hipercalórica	16	16	16
Sobrepeso	Hipocalórica	20	21	22
	Hipograsa	0	0	0
	Hipoglúcida	1	1	1
	Normal	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0
Obesidad	Hipocalórica	5	4	4
	Hipograsa	0	0	0
	Hipoglúcida	2	2	2
	Normal	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0

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



La distribución de los macronutrientes guarda una relación similar con la clasificación nutricional. En términos generales, lo esperado es ofrecer una dieta hipercalórica a personas con delgadez, una dieta normocalórica a quienes presentan un estado nutricional adecuado y una dieta hipocalórica a personas con malnutrición por exceso. Sin embargo, en el contexto evaluado esta relación no se aplica de manera estricta, ya que dentro del rango de normalidad pueden indicarse dietas hipercalóricas a personas con riesgo de malnutrición por déficit (IMC < 20), así como dietas hipocalóricas a quienes presentan riesgo de sobrepeso (IMC > 24,5). Adicionalmente, existen casos en los que, debido a la talla, se requiere un mayor aporte energético al promedio, criterio que se considera al prescribir una dieta hipercalórica incluso en personas con clasificación nutricional normal.

- Conclusiones generales

1. Se entrega una población en la que predomina un estado nutricional adecuado; no obstante, existe una proporción significativa de personas con malnutrición por exceso, lo que hace necesario fortalecer la promoción de hábitos saludables orientados a incrementar el gasto energético y a favorecer el consumo adecuado de alimentos frescos.

2. El incremento de la malnutrición por exceso se asocia a conductas de los participantes relacionadas con la ingesta de alimentos diferentes a los suministrados en la unidad operativa, situación que evidencia la necesidad de reforzar las acciones de educación dirigidas tanto a los usuarios como al equipo de trabajo y a los cuidadores.

3. La malnutrición por déficit mostró una reducción, atribuible al aporte nutricional brindado y al trabajo desarrollado de manera interdisciplinaria.

4. Se identifica un consumo frecuente de medicamentos, por lo que resulta indispensable considerar las posibles interacciones fármaco-nutriente que puedan presentarse.