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

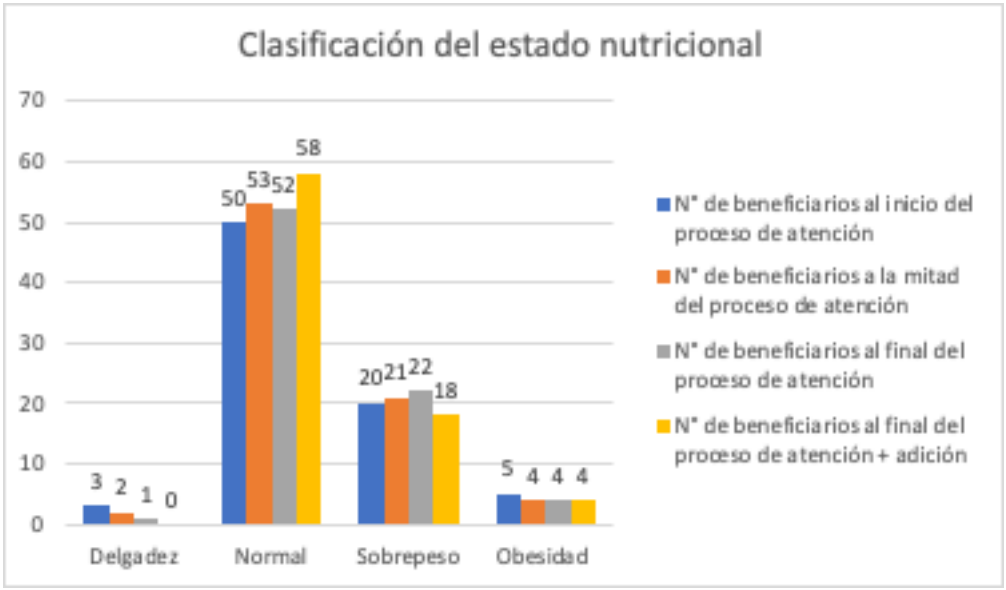
Tabla 1. Presentación de la unidad operativa

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	80
Nombre del nutricionista	Cesar Danilo Vargas Montenegro
Nombre del tecnólogo de alimentos	Julio Cesar Gutierrez
Periodo del informe	Abril de 2025 – Mayo 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	N° de beneficiarios al final del proceso de atención luego de adición
Delgadez	3	2	1	0
Normal	50	53	52	58
Sobrepeso	20	21	22	18
Obesidad	5	4	4	4



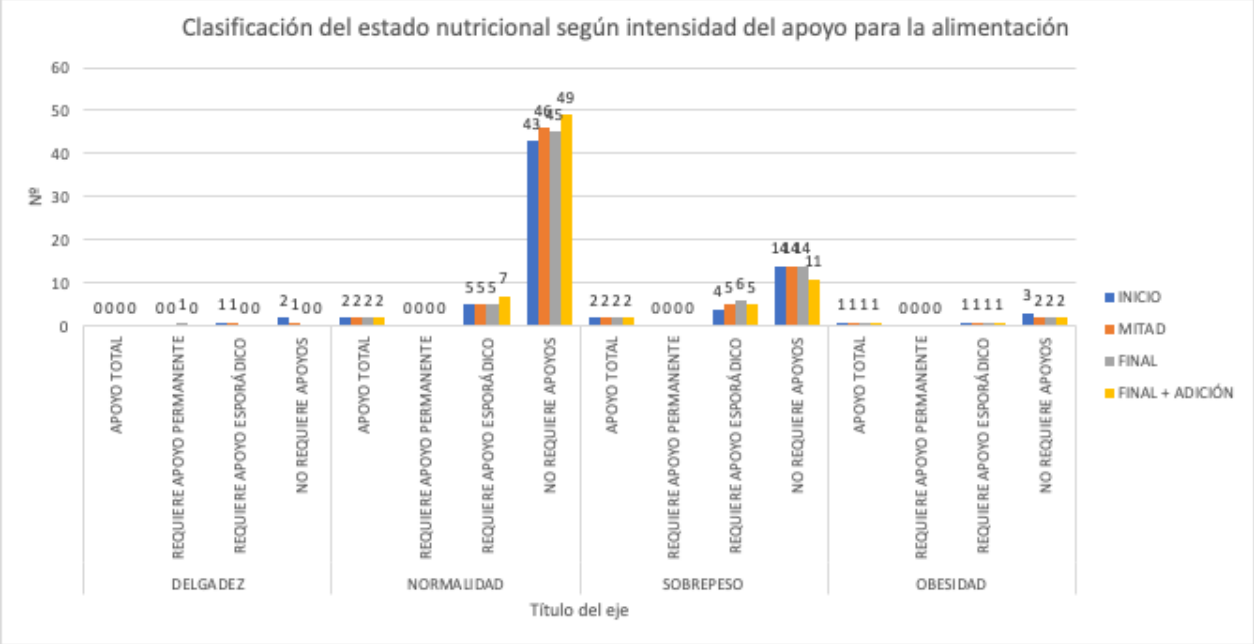
En relación con la clasificación nutricional de la población atendida, se observa un predominio de personas con estado nutricional normal, correspondiente al 72,5%. Asimismo, 22 personas, equivalentes al 27,5% de la población intervenida, presentaron malnutrición por exceso; sin embargo, este indicador mostró una leve mejoría y continúa siendo inferior al promedio nacional reportado por la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, el cual corresponde al 56,5%. Finalmente, la unidad operativa logró erradicar los casos de delgadez. Al comparar la información de ingreso con la del inicio del convenio, se evidencia una tendencia favorable hacia la normalidad nutricional, reflejada en la disminución general de la malnutrición.

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	N° de beneficiarios al final del proceso de atención luego de adición
Delgadez	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	1	0
	Requiere de supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	1	1	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	2	1	0	0
Normal	Requiere apoyo total	2	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión, apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	5	5	5	7
	No requiere apoyos es independiente.	43	46	45	49
Sobrepeso	Requiere apoyo total	2	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	4	5	6	5
	No requiere apoyos es independiente.	14	14	14	11

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

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



En cuanto a la intensidad del apoyo requerido durante el proceso de alimentación, se evidencia que la mayoría de la población atendida mantiene un adecuado nivel de autonomía, dado que el 77,5% no requiere ningún tipo de asistencia para el consumo de alimentos. Esto refleja una capacidad funcional conservada en relación con las actividades básicas asociadas a la alimentación.

Por otro lado, el 16,2% de las personas necesita acompañamiento ocasional durante los tiempos de comida. Aunque se trata de participantes funcionalmente independientes, requieren supervisión o apoyo parcial orientado principalmente a regular la velocidad de ingesta, favorecer una adecuada aceptación alimentaria y promover el consumo completo de las preparaciones mediante estímulos o recordatorios constantes.

Finalmente, el 6,3% de la población demanda apoyo total para llevar a cabo la alimentación. Esta situación se relaciona principalmente con limitaciones en la movilidad que dificultan o imposibilitan

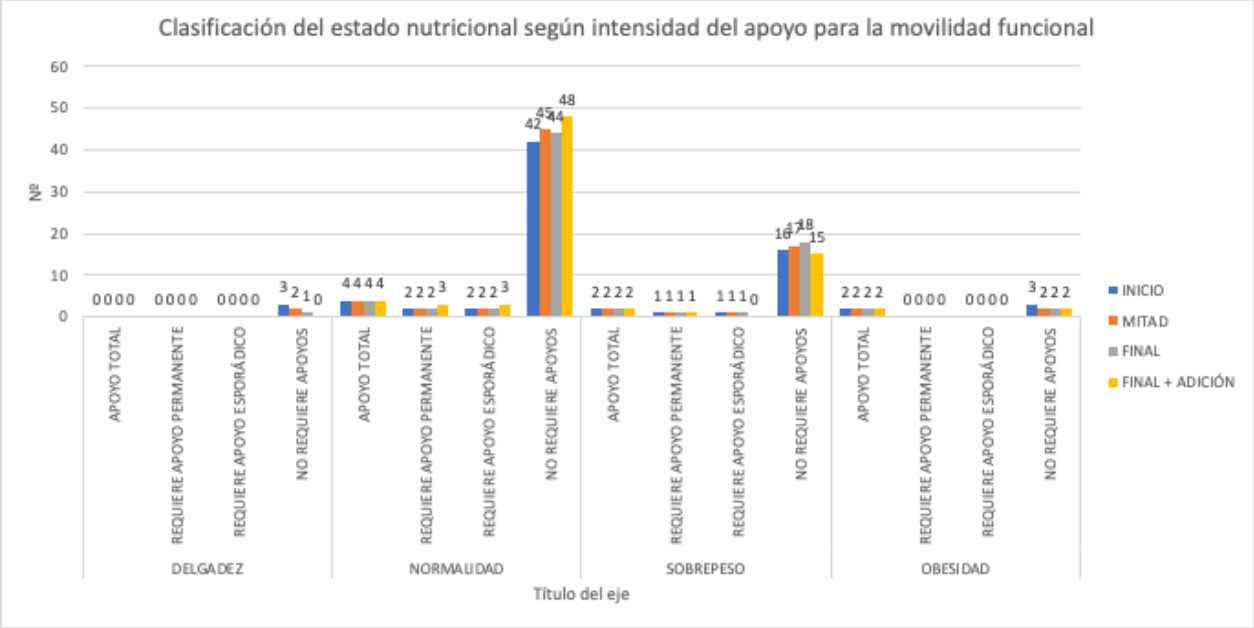
mantener el patrón mano-boca, así como con alteraciones de tipo cognitivo que interfieren en la capacidad de alimentarse de manera autónoma. En estos casos, se hace necesario un acompañamiento permanente por parte de cuidadores o personal de apoyo, con el fin de garantizar una ingesta adecuada y segura.

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	N° de beneficiarios al final del proceso de atención luego de adición
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.	3	2	1	0
Normal	Requiere apoyo total	4	4	4	4
	Requiere estímulo y apoyo permanente	2	2	2	3
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	2	2	2	3
	No requiere apoyos es independiente.	42	45	44	48
Sobrepeso	Requiere apoyo total	2	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	1	1	1	1
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	1	1	1	0
	No requiere apoyos es independiente.	16	17	18	15
Obesidad	Requiere apoyo total	2	2	2	2
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios;	0	0	0	0

	estímulo y apoyo esporádico.				
	No requiere apoyos es independiente.	3	2	2	2

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



De manera similar a lo evidenciado en el nivel de apoyo requerido durante la alimentación, en la movilidad funcional predomina la población con capacidad de desplazamiento independiente, correspondiente al 81,2% de las personas atendidas. Este resultado sugiere un adecuado nivel de autonomía funcional en la mayoría de los participantes, permitiéndoles movilizarse sin asistencia para el desarrollo de sus actividades cotidianas.

En segundo lugar, el 10% de la población requiere apoyo total para la movilidad, situación asociada principalmente al uso permanente de silla de ruedas o camilla, condiciones que limitan significativamente el desplazamiento autónomo y hacen necesario el acompañamiento continuo por parte de cuidadores o personal de apoyo.

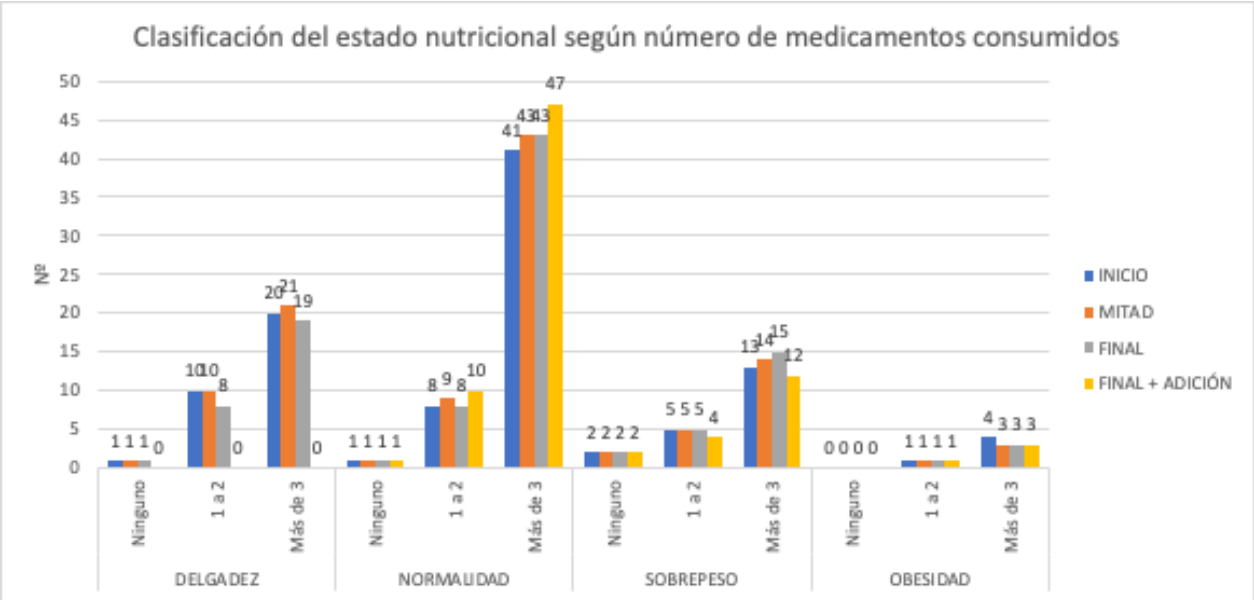
Por otra parte, el 3,8% necesita apoyo esporádico durante la marcha. En estos casos, las personas conservan cierto grado de independencia funcional, aunque requieren supervisión ocasional o ayudas técnicas, como bastón, para garantizar un desplazamiento seguro y prevenir riesgos de caída o inestabilidad.

Finalmente, un porcentaje equivalente de la población (3,8%) demanda apoyo permanente para movilizarse. Esta necesidad se presenta especialmente en participantes con discapacidad visual

u otras condiciones que dificultan la orientación espacial, por lo que requieren guía constante y acompañamiento continuo para realizar desplazamientos de manera segura dentro y fuera de la unidad operativa.

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	N° de beneficiarios al final del proceso de atención luego de adición
Delgadez	Ninguno	1	1	1	0
	1 a 2	10	10	8	0
	Más de 3	20	21	19	0
Normal	Ninguno	1	1	1	1
	1 a 2	8	9	8	10
	Más de 3	41	43	43	47
Sobrepeso	Ninguno	2	2	2	2
	1 a 2	5	5	5	4
	Más de 3	13	14	15	12
Obesidad	Ninguno	0	0	0	0
	1 a 2	1	1	1	1
	Más de 3	4	3	3	3



Por otra parte, la polimedicación representa una característica importante dentro de la población atendida, evidenciando una alta prevalencia de consumo simultáneo de medicamentos. En este sentido, el 77,5% de los participantes consume más de tres fármacos de manera habitual, lo que refleja la presencia de múltiples condiciones de salud que requieren manejo farmacológico continuo y seguimiento permanente. Esta situación puede generar implicaciones relevantes tanto en el estado general de salud como en el estado nutricional, debido a posibles interacciones entre medicamentos, alteraciones del apetito, efectos gastrointestinales y cambios metabólicos asociados al tratamiento prolongado.

Asimismo, el 18,7% de la población reporta el consumo de uno a dos medicamentos, mientras que únicamente el 3,8% no presenta tratamiento farmacológico activo. Estos resultados permiten evidenciar que la mayoría de los participantes requiere algún tipo de manejo terapéutico para el control de patologías de base, especialmente de origen neurológico y psiquiátrico.

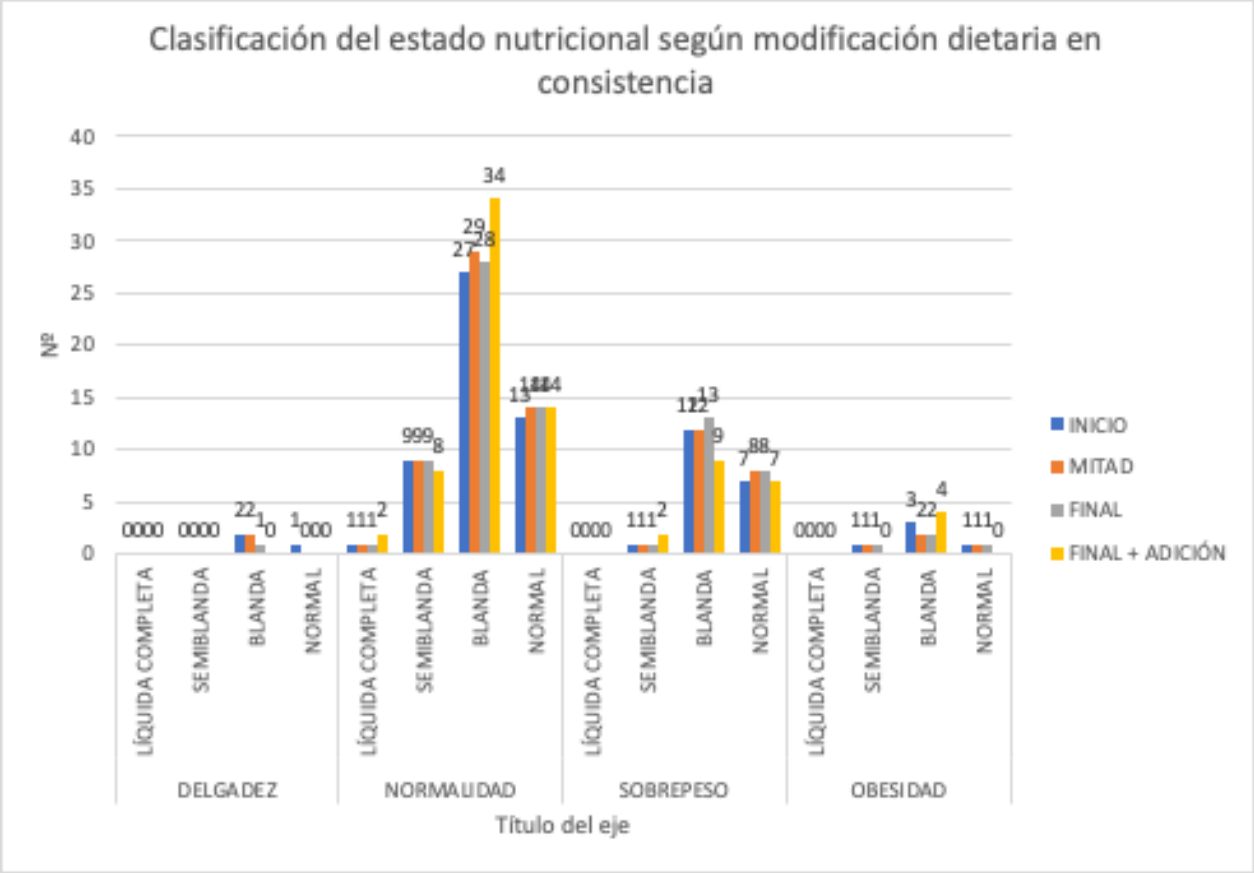
Entre los medicamentos de mayor consumo se identifican la carbamazepina y el ácido valproico, utilizados principalmente para el manejo de epilepsia y trastornos convulsivos; además de la levomepromazina, la fluoxetina y la risperidona, empleados en el tratamiento de alteraciones del estado de ánimo, trastornos depresivos, síntomas conductuales y otras condiciones de salud mental. Lo anterior pone de manifiesto la complejidad clínica de la población atendida y la necesidad de mantener un abordaje interdisciplinario que contemple tanto el seguimiento médico como el acompañamiento nutricional y psicosocial.

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	N° de beneficiarios al final del proceso de atención luego de adición
Delgadez	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0	0
	Blanda	2	2	1	0
	Normal	1	0	0	0
Normal	Liquida completa	1	1	1	2
	Semiblanda	9	9	9	8
	Blanda	27	29	28	34
	Normal	13	14	14	14
Sobrepeso	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	1	1	1	2
	Blanda	12	12	13	9
	Normal	7	8	8	7
Obesidad	Liquida	0	0	0	0

	completa				
	Semiblanda	1	1	1	0
	Blanda	3	2	2	4
	Normal	1	1	1	0

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



En relación con la consistencia de la alimentación suministrada, se evidencia que únicamente el 26,3% de la población atendida consume alimentos en consistencia normal, lo que indica que estas personas conservan habilidades adecuadas de masticación y deglución para tolerar preparaciones convencionales sin requerir modificaciones en la textura.

Sin embargo, la mayor proporción de los participantes, correspondiente al 58,7%, recibe dieta blanda. Esta consistencia se implementa principalmente en participantes que, aunque mantienen la capacidad de masticar, presentan dificultades para realizar una adecuada subdivisión de los alimentos al momento del proceso de alimentación. Lo anterior incrementa el riesgo de atragantamiento y complicaciones asociadas al proceso de alimentación, razón por la cual se requiere ofrecer preparaciones de textura más suave y fácil manejo oral, favoreciendo así una

ingesta más segura.

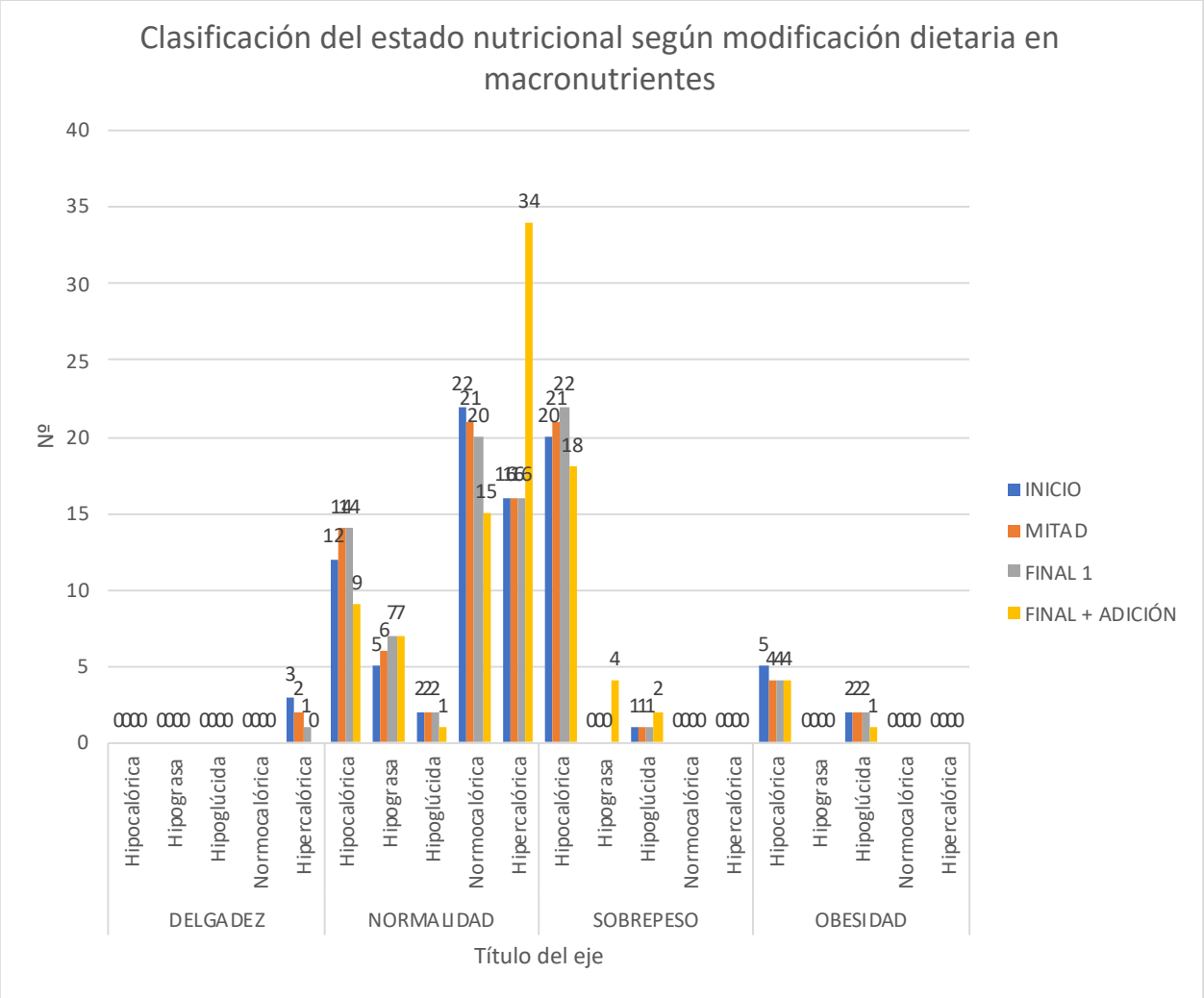
Por otra parte, el 12,5% de la población requiere una dieta semiblanda, dirigida especialmente a personas con pérdida parcial o total de piezas dentales, así como a participantes que presentan limitaciones en la fuerza o eficiencia de la masticación. Este tipo de alimentación facilita el consumo de alimentos con menor esfuerzo mecánico, contribuyendo a mantener una adecuada aceptación alimentaria y disminuyendo el riesgo de fatiga o rechazo durante las comidas.

Finalmente, el 2,5% de los participantes necesita una dieta líquida completa debido a alteraciones en el proceso de deglución y a una mejor tolerancia y aceptabilidad de este tipo de consistencia.

- 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	N° de beneficiarios al final del proceso de atención luego de adición
Delgadez	Hipocalórica	0	0	0	0
	Hipograsa	0	0	0	0
	Hipoglúcida	0	0	0	0
	Normal	0	0	0	0
	Hipercalórica	3	2	1	0
Normal	Hipocalórica	12	14	14	9
	Hipograsa	5	6	7	7
	Hipoglúcida	2	2	2	1
	Normal	22	21	20	15
	Hipercalórica	16	16	16	34
Sobrepeso	Hipocalórica	20	21	22	18
	Hipograsa	0	0	0	4
	Hipoglúcida	1	1	1	2
	Normal	0	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0	0
Obesidad	Hipocalórica	5	4	4	4
	Hipograsa	0	0	0	0
	Hipoglúcida	2	2	2	1
	Normal	0	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0	0

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



La distribución de los macronutrientes mantiene una relación estrecha con la clasificación nutricional de la población atendida. De manera general, se espera que las personas con delgadez reciban una alimentación hipercalórica, aquellas con estado nutricional adecuado una dieta normocalórica y las personas con malnutrición por exceso una dieta hipocalórica. No obstante, en el contexto evaluado esta correspondencia no se establece de manera estricta, dado que la prescripción dietaria responde también a factores individuales y a riesgos nutricionales específicos.

En este sentido, dentro de la población clasificada en normalidad pueden encontrarse participantes con requerimientos diferentes según su condición clínica y antropométrica. Por ejemplo, algunas personas con índice de masa corporal inferior a 20, aunque aún se ubiquen dentro del rango normal, presentan riesgo de malnutrición por déficit, motivo por el cual requieren

una dieta hipercalórica orientada a prevenir pérdida de peso y deterioro nutricional. De manera similar, participantes con IMC superior a 24,5 pueden presentar riesgo de sobrepeso, por lo que se benefician de una alimentación hipocalórica como estrategia preventiva.

Adicionalmente, existen casos en los que variables como la talla y el mayor requerimiento energético basal hacen necesario un aporte calórico superior al promedio, criterio que también es tenido en cuenta al momento de indicar dietas hipercalóricas, aun en personas con clasificación nutricional normal.

De acuerdo con lo anterior, 34 personas con clasificación nutricional normal consumen dieta hipercalórica, 15 reciben dieta normocalórica y 9 siguen una dieta hipocalórica. Por su parte, las 22 personas con malnutrición por exceso tienen prescrita una dieta hipocalórica, acorde con los objetivos de control y mejoramiento del estado nutricional.

Finalmente, las modificaciones dietarias relacionadas con el contenido de grasa y carbohidratos, como las dietas hipograsa e hipoglucídica, no dependen directamente de la clasificación nutricional, sino de las condiciones clínicas de base de cada participante. En estos casos, la indicación responde principalmente al manejo de patologías como dislipidemias, diabetes e hiperglicemia, con el propósito de favorecer el control metabólico y prevenir complicaciones asociadas.

- Conclusiones generales

La unidad operativa finaliza convenio con una reducción de la malnutrición, tanto por déficit, como por exceso. 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 promoción de hábitos saludables orientados a incrementar el gasto energético y a favorecer el consumo adecuado de alimentos frescos.

La prevalencia de 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 participantes como al equipo de trabajo y a los cuidadores.

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

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