

Percepción de la consulta de atención nutricional presencial y a distancia en Pronutri

Perception of face-to-face and remote nutritional care consultation in Pronutri

Norma Ramos Ibáñez / María E. Vera Herrera / María M. Sánchez Jesús

Por la pandemia del virus SARS-CoV-2, la consulta de atención nutricional, como otros tipos de cuidados a la salud, tuvo necesidad de modificar su modalidad. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la percepción de los prestadores de servicio social y pacientes del Proyecto de Intervención Nutricional Integral (Pronutri), sobre la consulta de atención nutricional presencial frente a la virtual brindada antes y durante la pandemia. El tipo de estudio fue transversal, descriptivo y cualitativo. Se realizó un análisis basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) de cada modalidad de atención nutricional. Se encontró que cada modalidad de consulta requiere estrategias a fin de optimizarlas. Una modalidad híbrida de atención nutricional podría favorecer un servicio con mejores resultados para el paciente.

Palabras claves: atención nutricional, percepción, análisis FODA, presencial, a distancia.

For the SARS-CoV-2 virus pandemic, the nutrition care consultation, as other types of health care, it had to modify the consultation modality. The present work evaluated the perception that social service interns and patients of Proyecto de Intervención Nutricional Integral (Pronutri), have about the face to face vs distance nutrition consultation that has been provided before and during the pandemic. The type of study was cross-sectional, descriptive and qualitative. An analysis based on Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) of each modality of nutritional care was carried out. It was found that in each consultation modality, it is required to establish strategies in order to optimize them in the called new normality. A hybrid modality of nutrition care could favor a service with better results for the patient.

Key words: nutrition care, perception, FODA analysis, face to face, distance.

Fecha de recepción: 13 de noviembre de 2020

Fecha de dictamen: 7 de febrero de 2021

Fecha de aprobación: 2 de marzo de 2021

INTRODUCCIÓN

PANORAMA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

En 2018, la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representó 71% de las muertes a escala mundial y 81% de éstas fueron causadas por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y respiratorias crónicas. Esto significa que el gasto en salud, directo o indirecto para el paciente, sus familias o el sistema de salud en ECNT, se ha elevado en concordancia con esta tendencia epidemiológica caracterizada por un acceso no equitativo a los servicios de salud públicos y privados (Lee y Freuderberg, 2020). Relacionado con lo anterior, la obesidad sarcopénica u osteosarcopénica descrita en adultos mayores, presentan mecanismos patológicos y su asociación con el proceso inflamatorio (García *et al.*, 2018) con incremento del riesgo cardiovascular y cardiometabólico (Bryce *et al.*, 2017; Illich, 2020). Ésta puede afectar a otros grupos etarios con ECNT, enfermedades neurológicas, neuropsiquiátricas y otras de tipo crónico que se caracterizan por desacondicionamiento físico, su control y tratamiento requiere de atención preventiva con énfasis en los estilos de vida y el entorno social para prevenir la morbilidad, discapacidad y muerte prematura (Acebo, 2017; Phillips, 2017).

A partir de la pandemia, los servicios de salud general y nutricional han dirigido sus esfuerzos y recursos hacia la atención de los casos de covid-19, descuidando el acceso a los servicios de salud de las personas con ECNT y otras patologías crónicas, quienes requieren control constante para frenar el desarrollo de complicaciones macro y microvasculares que incrementan el costo de la atención médica y, las tasas de morbilidad y mortalidad.

ATENCIÓN EN SALUD PRESENCIAL Y A DISTANCIA O VÍA REMOTA VIRTUAL

Para ofrecer un servicio eficiente, los sistemas de salud se han organizado en niveles de atención, con funciones bien definidas integradas en programas diseñados para problemas concretos de salud (Vignolio *et al.*, 2011). El primer nivel corresponde a las acciones preventivas de los principales problemas de salud pública, mientras que el segundo y tercer nivel corresponden a la atención de problemas más específicos y de mayor complejidad. A su vez, las acciones de prevención se establecen en niveles de acuerdo con sus objetivos, que van desde evitar las enfermedades hasta la rehabilitación (Álvarez y Kuri, 2020).

A partir de 2020, el gobierno federal propone cambios en el modelo de salud, fortaleciendo el Primer Nivel con un enfoque en la Atención Primaria en Salud al

conformar las Redes Integrales de Servicios de Salud para optimizar los recursos y hacer más eficiente la cobertura médica (Ssa, 2019). En el contexto de este cambio, se presentó la pandemia de covid-19, lo que obligó a replantear la labor del sector salud para atender la emergencia.

El regreso a la consulta médica y/o nutricia en todos los niveles de atención se ha retrasado, ello impide que la población con ECNT continúe su seguimiento y control. Hoy se tiene el reto de retomar esta atención con el menor riesgo de contagio entre la población que acude a las instituciones de salud.

Hace varios años se propuso la introducción de intervenciones para la atención a la salud a distancia o vía remota, por medio de la telemedicina para hacer llegar los servicios de salud, consulta, diagnóstico y prevención a la población a partir del uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) (OMS, 2010). Este tipo de intervención incluye la telesalud, la teleasistencia y telemonitorización (Faruque *et al*, 2017).

Ante la situación que hoy se tiene con la pandemia ocasionada por la covid-19, las intervenciones de telemedicina, en específico la telesalud, es una manera por la cual el profesional de salud, como el/la nutriólogo/a, puede atender a distancia al paciente con ECNT u otras condiciones patológicas independientes de la pandemia actual, evitando con ello que la población asista a espacios donde hay mayor concentración de personas, se evite el tiempo de espera en la consulta y se elimine el riesgo de traslado. También este modelo de atención puede favorecer el autocuidado y control de la enfermedad (Lee *et al.*, 2018). Esto es especialmente importante para las ECNT, sobrepeso y obesidad, factores de riesgo que complican la infección por covid-19. Las intervenciones de telesalud han mostrado tener efectos positivos en la hemoglobina glucosilada, peso corporal, dieta y actividad física en personas con diabetes mellitus (Safarti *et al.*, 2018; Zhou *et al.*, 2014). Mientras que en personas con hipertensión arterial también se reporta reducción de la presión arterial después de tener este tipo de atención a distancia (Dandge *et al.*, 2019).

En México, desde hace varios años se puso en práctica la atención remota en las instituciones de salud, con el objetivo de ampliar la cobertura y brindar servicios de salud eficientes, con calidad, continuidad en la atención y seguridad para el paciente (Cenetec/Ssa, 2013). Entre los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2019-2024 (Ssa, 2020) está conformar plataformas y bases de datos, digitalizar expedientes, mejorar la identificación y registros de datos personales. De manera relevante propone aprovechar la telemedicina en la atención de población de difícil acceso y alta marginación. Además del uso de las TIC para mejorar la capacidad y calidad de los servicios. En la situación actual provocada por la pandemia de covid-19, dichos mecanismos se hacen más importantes para mantener la atención en salud de grandes

grupos de población con diversas condiciones médicas que requieren seguimiento, sin exponerlos a contagios al asistir a unidades de salud.

En la Licenciatura en Nutrición Humana de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, por medio del Proyecto de Intervención Nutricional Integral (Pronutri), cuyo objetivo es poner en práctica un modelo de intervención nutricional y promoción a la salud que integre el servicio a la comunidad y la docencia, ha brindado consulta nutricional a la comunidad universitaria, a población psicogeriatrica de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y pacientes con enfermedades hepáticas de la Fundación para la Salud Hepática (Ramos *et al.*, 2019). Debido a la suspensión de actividades dentro de la Universidad por la pandemia del SARS-CoV-2, se puso en marcha la consulta nutricional a distancia (telenutrición) (Peregrin, 2019), usando como medio las plataformas de videollamada y mensajes de texto. Sin embargo, se ha sugerido que la atención a la salud a distancia precisa de estandarización de los procedimientos a seguir por parte de profesionales de la salud, y que existe renuencia del paciente a ser atendido en esta modalidad por no estar familiarizado con la tecnología, la forma en que tendrá la consulta sin tener contacto físico o presencia del profesional de la salud y la confidencialidad de sus datos (Wasson, 2020; Lee *et al.*, 2018).

El objetivo del presente trabajo es describir la percepción de la población atendida y de los prestadores de servicio social a esta nueva modalidad de atención nutricional dentro de Proyecto de Intervención Nutricional Integral.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cualitativo para evaluar la percepción de la consulta nutricional presencial y a distancia ofrecida por Pronutri. Se entrevistaron ocho prestadores de servicio social que atendieron pacientes en modalidad presencial entre septiembre 2019 y marzo 2020 en instalaciones de la UAM Xochimilco, continuando con modalidad a distancia de mayo a septiembre de 2020 vía Zoom, WhatsApp y llamada telefónica directa.

Del total de pacientes atendidos (n=259) en consulta presencial en los consultorios de la UAM-Xochimilco, se logró contactar al 61% (n=153), de los cuales sólo 93 (88%) aceptaron inicialmente la consulta a distancia. Después de las dos primeras consultas hubo una deserción del 12% (n=11). Los 82 pacientes que continúan corresponden a 64 estudiantes, 17 familiares de los estudiantes y un trabajador de la UAM-Xochimilco. Al inicio de la atención nutricional a distancia, 77 personas recibieron atención para control de peso y cambio de composición corporal, de los cuales actualmente sólo

se atienden 68 personas. Para control de ECNT (DM-2, HTA, síndrome metabólico y depresión) y otras patologías relacionadas (EHGNA, hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico y depresión) corresponden a 16 pacientes iniciales y 14 actuales. No participaron pacientes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en la atención nutricional a distancia.

Previo a la consulta a distancia se diseñaron las estrategias y materiales requeridos para esta modalidad con énfasis en temas relacionados con la covid-19. Algunos instrumentos de recolección de información ya existían en formato electrónico (historias clínicas, notas de ingreso/evolución, materiales didácticos y trípticos de dietas), sin embargo, los materiales didácticos y trípticos de dietas se usaban impresos. En la consulta a distancia se enviaron en formato electrónico.

Se elaboraron y aplicaron dos cuestionarios para conocer la percepción de la consulta presencial y a distancia: uno dirigido a los prestadores de servicio social y el segundo a pacientes. Los cuestionarios de los prestadores de servicio social fueron enviados por correo electrónico y se recuperaron por la misma vía, para los pacientes se usó entrevista telefónica para obtener los datos por medio de los prestadores de servicio social.

El cuestionario de percepción de consulta nutricional lo contestaron 21 pacientes de 68 totales, teniendo como motivos de consulta principal el control de peso (n=18) y el resto a ECNT con control de peso. El número de consultas promedio es de 5.2, con mínimo de dos y máximo de once.

Los datos obtenidos fueron analizados por fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) para la consulta presencial y a distancia de Pronutri:

- Las *fortalezas* se relacionaron con elementos bajo control y alta supervisión: las estrategias de atención y organización de acciones, recursos, procedimientos clínicos, los resultados, capacitación y supervisión de los prestadores de servicio social, y motivos del paciente para aceptar la consulta.
- Las *oportunidades* consideraron las circunstancias del entorno favorables para el programa que pueden dar una ventaja para lograr y superar los objetivos de Pronutri: las estrategias, percepción y sugerencias de los pacientes.
- Las *debilidades* fueron las deficiencias u obstáculos para alcanzar los objetivos del programa: disponibilidad de recursos, competencias del personal de nutrición, acciones de promoción y educación de primer nivel.
- Las *amenazas* consideraron los elementos adversos que obstaculizan el logro de objetivos del programa en cualquier modalidad de consulta: las conductas de resistencia al cambio de los pacientes durante su tratamiento nutricional percibidas por el prestador de servicio social y las dificultades y obstáculos referidos por los pacientes para tener apego a la terapia.

Los cuestionarios incluyeron 12 preguntas abiertas para los prestadores de servicio social y 14 para los pacientes. En el de pacientes las dos primeras fueron para explorar la preferencia y opinión general sobre la modalidad presencial y a distancia, las preguntas fueron: ¿Qué tipo de consulta nutricional prefiere: presencial o a distancia? y ¿Qué opina de la consulta a distancia que ha recibido a partir de la contingencia? (Cuadro 1).

CUADRO 1
Estructura de los cuestionarios para prestadores de servicio social y pacientes por categoría FODA

Categoría FODA	Prestadores de servicio social	Pacientes
Fortalezas	Ventajas de consulta presencial y virtual: dos preguntas. Acciones implementadas en ambas consultas: dos preguntas. Resultados obtenidos en ambas modalidades: una pregunta.	Motivo para aceptar consulta a distancia: una pregunta Ventajas de consulta presencial y virtual: dos preguntas. Acciones implementadas en ambas consultas: una pregunta. Resultados obtenidos en ambas modalidades: dos preguntas.
Oportunidades	Sugerencias para mejorar la consulta nutricional en las dos modalidades: dos preguntas.	Sugerencias para mejorar la consulta nutricional en las dos modalidades: una pregunta.
Debilidades	Desventajas de consulta presencial y virtual: dos preguntas. Dificultades para cambiar de modalidad de consulta: una pregunta.	Desventajas de consulta presencial y virtual: dos preguntas.
Amenazas	Actitudes de resistencia del paciente y para falta de apego al tratamiento nutricional: dos preguntas.	Dificultades y obstáculos para lograr apego al tratamiento: tres preguntas.

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes (de ambos sexos) entrevistados fue 31.64 años (± 16.8 , 18-70 años), 64% fueron mujeres (N=13) y el resto hombres (N=8). El diagnóstico nutricional predominante fue el sobrepeso y obesidad (63%, N=15) y sólo hubo un caso de bajo peso (4%). Adicionalmente, los problemas de salud que presentaron los participantes, fueron: hipertensión arterial esencial (8%, N=2), hígado graso, ovario poliquístico y síndrome metabólico (4% para cada uno, N=1 cada uno).

Al analizar la frecuencia de respuestas por pregunta por pacientes y pasantes, se observa:

1. Los pacientes manifiestan preferencia por la consulta presencial en más del 80%, aunque consideran que la virtual es buena en la misma proporción. Aproximadamente la mitad de los entrevistados refiere que las dificultades de la consulta virtual son la falta de mediciones antropométricas hechas por el nutriólogo. Cabe mencionar que un porcentaje considerable no encuentra ninguna. Sin embargo, señalan como una desventaja de la modalidad presencial “la saturación de las consultas”, lo que en la consulta virtual señalan como ventaja “por mayor disponibilidad de horarios y la comodidad de atención” (Cuadro 2).
2. El uso de material didáctico diversificado y el buen trato son las acciones reconocidas positivamente por los pacientes en la consulta virtual. Las explicaciones dadas por el nutriólogo son las más reportadas por los pacientes para enfrentar los obstáculos. En cuanto a los obstáculos percibidos en la consulta presencial y virtual no hay diferencias importantes (Cuadro 2).
3. Los prestadores de servicio social señalaron que es mejor la interacción con los pacientes en la consulta presencial, pero tienen más control de tiempo en la virtual. La principal dificultad que manifestaron para que los pacientes hagan el cambio de consulta presencial a distancia es internet. En ambas modalidades de consulta los prestadores de servicio consideran que el material didáctico es una herramienta importante (Cuadro 3).

La construcción de las matrices FODA permitió contrastar las respuestas y encontrar aspectos comunes en la percepción de la consulta de atención nutricional presencial y a distancia desde ambos puntos de vista (cuadros 4 y 5).

CUADRO 2
Frecuencia de respuestas de los pacientes por pregunta

Consulta nutricional presencial frente a virtual				
Virtual 1 (5%)	Presencial 19 (90%)	Ambas 1 (5%)	No contestó 0	Total 21
Opinión sobre la consulta nutricional virtual durante la contingencia				
Muy buena 20 (95%)	Necesaria 1 (5%)	Total 21		
Dificultades que ha enfrentado al pasar de consulta presencial a virtual				
Toma de mediciones antropométricas 11 (52%)	Técnicos (internet) 1 (5%)	Ninguna 9 (43%)	Total 21	
Ventajas de la consulta nutricional presencial				
Toma de mediciones antropométricas 5 (24%)	Trato personal 2 (9%)	Medición de composición corporal/ Empleo de material didáctico 14 (67%)	Total 21	
Desventajas de la consulta nutricional presencial				
Horarios 10 (48%)	Desplazarse 5 (24%)	Ninguna 6 (28%)	Total 21	
Ventajas de la consulta nutricional virtual				
Rapidez 2 (10%)	Horarios 12 (57%)	Comodidad 7 (33%)	Total 21	
Desventajas de la consulta nutricional virtual				
Sin toma de mediciones antropométricas 16 (76%)	Fallas de internet 2 (10%)	Trato indirecto 2 (10%)	Ninguna 1 (4%)	Total 21
Acciones de apoyo al tratamiento nutricional en la consulta presencial				
Trato personal 7 (33.3%)	Explicación de porciones 7 (33.3%)	Uso de equipo 7 (33.3%)	Total 21	
Acciones de apoyo al tratamiento nutricional en la consulta virtual				
Mejores horarios 3 (14%)	Buen trato 11 (52.5%)	Material didáctico 7 (33.5%)	Total 21	
Resultados obtenidos en la consulta nutricional presencial				
Cambio de peso 9 (43%)	Mejorar hábitos 8 (38%)	Ninguno 4 (19%)	Total 21	
Obstáculos en la consulta nutricional presencial				
Horarios 3 (15%)	Hábitos/motivación 11 (52%)	Ninguno 7 (33%)	Total 21	
Obstáculos en la consulta nutricional virtual				
Ninguno 9 (43%)	Estrés 5 (24%)	Hábitos 7 (33%)	Total 21	
Acciones del nutriólogo en la consulta para reducir obstáculos				
Explicaciones 13 (62%)	Apoyo audiovisual 8 (38%)	Total 21		

CUADRO 3
Frecuencia de respuestas de los pasantes por pregunta

Consulta nutricional presencial							
Ventajas				Desventajas			
Mejor interacción		6		Alargamiento de la consulta y problemas de horario		8	
Mejor evaluación nutricional		2					
Acciones implementadas para lograr mayor apego en la consulta presencial							
Presencial				Virtual			
Explicaciones más profundas		3		Más comunicación con el paciente		3	
Usar entrevista motivacional		2		Uso de material didáctico		2	
Mayor flexibilidad		2		Más tiempo de consulta		2	
Uso de resultados de equipos de composición corporal		1		Consulta más personalizada		1	
Consulta nutricional virtual							
Ventajas				Desventajas			
Mejor control del tiempo		3		Menor interacción con los pacientes		4	
No desplazarse		1					
Uso de aplicaciones		1		Más cancelaciones		2	
Más seguimiento		2		Poca motivación		2	
Resultados							
Positivos				Negativos			
Presencial		Virtual		Presencial		Virtual	
Mejores relaciones	7	Menor tiempo	5	Más tiempo	4	No antropometría	4
Más antropometría	1	Más flexibilidad	3	Más cancelaciones	2	Menor apego	3
				Riesgo de contagio covid	2	Más cancelación	1
Motivos para no apegarse a la consulta nutricional							
Presencial				Virtual			
Falta de tiempo		8		Falta de tiempo		7	
Sin respuesta		0		Poca actividad física		1	
Dificultad para hacer cambio de la consulta presencial a virtual							
Problemas con internet				3			
Menos mediciones antropométricas				3			
No quieren consulta virtual				2			
Sugerencias para mejorar el apego a la consulta nutricional							
Mayor monitoreo				3			
Más motivación				3			
Uso de material didáctico				2			
Herramientas que se necesitan para mejorar el apego							
Presencial				Virtual			
Material didáctico		5		Material didáctico		8	
Sin respuesta		3		Sin respuesta		0	

CUADRO 4
*FODA de la atención nutricional presencial y a distancia
expresadas por los prestadores de servicio social*

Categoría	Modalidad de consulta de atención nutricional	
	Presencial	A distancia
Fortalezas	<p>Evaluación nutricional precisa con equipo antropométrico y de composición corporal.</p> <p>Mayor interacción con los pacientes y mantener un contacto personal lo que favorece mejor relación nutriólogo-paciente.</p> <p>Los pacientes entienden mejor las indicaciones.</p> <p>Se puede aprovechar el material didáctico de los consultorios.</p> <p>Es más formal y los pacientes están acostumbrados a este tipo de consulta.</p>	<p>Es flexible en los horarios ya que depende sólo del nutriólogo y el paciente no de la institución donde se ubica el consultorio.</p> <p>Es más rápida y se ajusta mejor a los horarios acordados con lo que ahorra tiempo para ambos.</p> <p>Paciente y nutriólogo pueden ser más puntuales porque no dependen de tener que transportarse.</p>
Oportunidades	<p>Al complementar el seguimiento de los pacientes con la modalidad virtual se puede optimizar el tiempo.</p> <p>Se pueden complementar los materiales didácticos físicos con otros desarrollados de forma digital y así reducir costos en los materiales que se usan en la consulta.</p>	<p>Puede combinar videoconferencias con mensajes de texto con lo que se amplía las posibilidades de seguimiento de los pacientes, además de aprovechar aplicaciones.</p>
Debilidades	<p>Tiempo insuficiente para la consulta.</p> <p>Cancelaciones de los pacientes.</p> <p>Agenda saturada.</p> <p>Espacio y material no adecuado.</p>	<p>No se pueden verificar los cambios en peso y composición corporal del paciente</p> <p>Menor interacción con el paciente</p> <p>Equipo, apoyos en línea y material apropiado a esta modalidad</p> <p>No tener un monitoreo frecuente</p>
Amenazas	<p>Poca motivación del paciente.</p> <p>Falta de tiempo para asistir a la atención nutricional.</p> <p>Tiempo de traslado para asistir a la consulta.</p>	<p>Falta de tiempo para tener la consulta de atención nutricional.</p> <p>Motivación y actitud del paciente.</p> <p>Dificultad para acceder a internet o uso de plataformas digitales por parte del paciente.</p> <p>No ser empático con el paciente</p> <p>No tener facilidad de palabra el/la nutriólogo(a).</p> <p>No se conoce al paciente del mismo modo.</p>

CUADRO 5
*FODA de la consulta de atención nutricional
 presencial y a distancia expresada por los pacientes*

Categoría	Modalidad de consulta de atención nutricional	
	Presencial	A distancia
Fortalezas	Mejor evaluación antropométrica y de composición corporal que me explican y sé cómo voy en mi tratamiento. Me gusta más la relación personal. Entiendo mejor los equivalentes con los modelos de alimentos.	Las consultas son más frecuentes y rápidas Más horarios de atención. Puedo enviarle mensajes al nutriólogo y me contesta más rápido mis dudas. No tengo que desplazarme y es más cómodo.
Oportunidades	Puede complementarse la consulta presencial con la virtual para tener más opciones de comunicación e información con los pacientes.	Les gustan los materiales didácticos digitales y que les envíen información por la vía electrónica.
Debilidades	No tener acceso a la consulta nutricional el día y hora deseado.	No visualizar los cambios en peso y composición corporal. Dificultad para comprender la cantidad de alimento a consumir.
Amenazas	Menor disponibilidad de tiempo para asistir a la consulta nutricional.	No tener equipo e internet para esta modalidad de consulta nutricional. No contar con el equipo que les permita ver su progreso. No tener contacto físico o no conocer previamente a la/el nutriólogo (a).

DISCUSIÓN

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL PRESENCIAL

Ante la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2, la consulta de atención nutricional que se lleva a cabo en Pronutri, así como en instituciones de salud públicas y privadas, se ha visto afectada al suspender total o parcialmente las consultas presenciales. La manera en que la consulta de atención nutricional presencial se realizará en la llamada nueva normalidad no está definida. Es claro que los protocolos de atención nutricional serán distintos y apegados a una nueva normatividad de salud. Ante todo, está garantizar la seguridad del nutriólogo y del paciente en las áreas de consulta.

Una de las grandes *fortalezas* que tiene la consulta de atención nutricional presencial que se encontró en este estudio, es la posibilidad de realizar la evaluación nutricional de manera directa, principalmente por la toma del peso y/o composición corporal. Estas valoraciones representan para el paciente una manera de visualizar los cambios que logra por seguir el tratamiento nutricional y los alienta para continuar.

En la atención nutricional dentro de las instituciones de salud o consultorios privados, la toma del peso y composición corporal son evaluaciones habituales y han llegado a constituir un elemento clave en la asiduidad del paciente a la consulta al permitirle visualizar sus progresos. En la etapa de la nueva normalidad seguramente se tendrán que asegurar condiciones (equipo y espacio físico) que permitan al nutriólogo seguir realizándola. Por otro lado, se abre la oportunidad de actualizar criterios para que la evaluación del estado nutricional de los pacientes en consulta dependa menos de las mediciones corporales, probando herramientas digitales que pueden integrarse a los sistemas de monitoreo nutricional.

El empleo de material didáctico (modelos de alimentos, folletos, trípticos,) en la consulta de atención nutricional presencial es otra ventaja que le permite al nutriólogo informar, guiar y orientar al paciente sobre la condición de su estado de nutrición y salud, así como la manera de modificar sus hábitos alimentarios. Sin embargo, el costo del material didáctico y la vida útil de los impresos dificultan el acceso y disponibilidad de éstos para toda la población asidua a la consulta. Sin duda, el material didáctico es una herramienta utilizada en la educación nutricional de personas con diferentes problemas de salud como parte de su tratamiento nutricional (Kim *et al.*, 2015; Kim y Lim, 2019).

Otra *fortaleza* importante observada en la atención nutricional presencial en este estudio fue la interacción que se desarrolla entre el nutriólogo y el paciente, lo cual le da confianza a este último de que la atención que recibe es profesional. Además, esta interacción le facilita al paciente aclarar dudas y/o inquietudes de manera inmediata sobre el tratamiento nutricional a seguir. La observación del lenguaje corporal del paciente guía y permite al nutriólogo ajustar las estrategias nutricionales para favorecer el éxito de sus intervenciones. Si la comunicación entre paciente y profesional de salud es inadecuada, el riesgo de abandono del tratamiento puede ser del 19%. Es necesaria la confianza entre ambos para que el paciente pueda ser constante en las consultas de seguimiento y aumente su compromiso con el tratamiento (Candelaria-Martínez *et al.*, 2016).

Por el contrario, se encontró que una de las *debilidades* de la atención nutricional presencial es el tiempo limitado que tiene el nutriólogo para dar cada consulta. Se considera que la falta de tiempo en la atención nutricional puede ser un factor que determine el fracaso para no obtener los resultados esperados en el paciente. En la

atención nutricional de personas con obesidad, se ha establecido que la consulta debe durar mínimo 30 minutos (Petermann *et al.*, 2017). Esto hace necesario la restructuración de la consulta que optimice el tiempo para hacer la valoración, diagnóstico y tratamiento nutricional, así como la capacitación del profesional de la nutrición en técnicas que permiten aprovechar cada momento de las consultas. En instituciones públicas, también se observa que el tiempo que se dedica a cada paciente está limitado en comparación con el tiempo que se les hace esperar. Es conocida la inconformidad del paciente por la larga espera para entrar a consulta y el tiempo corto de atención que se brinda.

Asimismo, disponer de días y horarios insuficientes para que el paciente agende o que las consultas se le programen en periodos muy largos puede desalentarlo a continuar con la atención nutricional. Se considera que una consulta quincenal o mensual es el periodo adecuado para realizar modificaciones del tratamiento nutricional y ver cambios en el paciente (Petermann *et al.*, 2017). En pacientes con ECNT, es necesario el seguimiento nutricional constante para que la enfermedad sea controlada. Ante la pandemia por covid-19, las consultas presenciales se han postergado y esto puede generar, por un lado, mayor demanda en las consultas en la etapa de la nueva normalidad y, por otro, que la población con ECNT tenga complicaciones que agudicen la enfermedad por falta de tratamiento oportuno.

Una vez que termine la pandemia, la atención presencial tendrá una gran demanda por el número de pacientes que se dejaron de atender, por lo cual se requerirá de recursos humanos e infraestructura adecuada. En Pronutri, la atención nutricional está a cargo de prestadores de servicio social capacitados y supervisados sistemáticamente, lo cual favorece al contar con recursos humanos para la atención. Sin embargo, los espacios con los que se cuenta para la consulta son limitados y requiere recursos financieros para realizar adaptaciones pertinentes para la seguridad del nutriólogo y del paciente. En las instituciones de salud, también serán importantes las estrategias para que la población reciba atención nutricional adecuada y segura.

AMENAZAS Y OPORTUNIDADES DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL PRESENCIAL

Durante la pandemia, la principal amenaza de la consulta presencial es la poca atención que tienen los pacientes, principalmente los que padecen ECNT. Por un lado, sus citas se pospusieron por cambios internos de la institución; por otra parte, muchos de ellos temen asistir a los servicios de salud por el riesgo de contagiarse de coronavirus. Esto se observa en los tres niveles de atención a la salud. La forma de favorecer el paulatino

regreso de los pacientes es el acatamiento de las medidas sanitarias en los espacios clínicos con protocolos bien identificados por pacientes y personal de salud.

Aunque se vuelva a ofrecer la modalidad presencial en Pronutri, es probable que sea menor el número de pacientes que la soliciten y busquen ser atendidos en la consulta virtual.

De igual manera que en los servicios de salud, en los consultorios universitarios será indispensable llevar a cabo los protocolos sanitarios y mantener una buena comunicación con los usuarios para evitar riesgos innecesarios.

La poca motivación que tiene el paciente para seguir el tratamiento nutricional es una *amenaza* constante que puede hacer que abandone el plan alimentario, por lo que es importante tener estrategias para favorecer dicha motivación (Beltrán, 2017). Esto es un problema común en los servicios de salud que reportan poco apego al tratamiento. Se identifica como *oportunidad* una propuesta híbrida donde los pacientes se sientan más motivados por la comunicación pronta a partir del uso de plataformas combinadas con mensajes de texto telefónico.

Otra *amenaza* es el tiempo que destina el paciente para asistir a sus citas, algunos no tienen tiempo o llegan retrasados, lo que genera muchas cancelaciones, siendo una *oportunidad* una propuesta híbrida que elimine el tiempo de traslado para consultas que no requieren exploración física directa.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL A DISTANCIA

Las *fortalezas* en la modalidad a distancia expresadas por los pacientes involucran una atención con menor tiempo de espera, con horarios flexibles y respuesta inmediata a cualquier duda. Sin embargo, esta última no es exclusiva de la modalidad a distancia, también se cumple en la presencial. Para los pacientes representa ahorro de tiempo y dinero en traslados, el cual pueden destinar a otras necesidades. El uso de materiales en formato electrónico contribuye al ahorro de recursos económicos y materiales para las instituciones, además permite adecuar cada uno de ellos a situaciones particulares disminuyendo la necesidad de imprimir diferentes tipos de formatos. Esto nos conduce a la ampliación de actividades con el uso de material audiovisual que puede generarse en corto tiempo para satisfacer las demandas del paciente.

La *debilidad* más importante en la modalidad a distancia es que el nutriólogo no puede verificar el peso y la composición corporal del paciente y que este último tampoco puede constatar de manera objetiva los cambios en dichos aspectos, ya que no se realizan mediciones antropométricas en cada cita, como sí se hace en la modalidad presencial.

OPORTUNIDADES Y AMENAZAS EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL A DISTANCIA

La atención nutricional debe ser siempre eficiente, pero las técnicas empleadas cuando se trabaja a distancia son distintas y requieren de habilidades y destrezas específicas por parte del nutriólogo. Su capacitación en el manejo de las nuevas tecnologías, junto con el aprendizaje que se obtiene de la experiencia con los pacientes, permite obtener mejores resultados en la detección y atención de problemas de salud a distancia.

La principal *amenaza* es el manejo de las TIC para el nutriólogo y los pacientes; sin embargo, la población se ha familiarizado con éstas durante el confinamiento y actualmente hay menor resistencia a usarlas. Asimismo, la experiencia en el uso de la tecnología ha permitido que el nutriólogo identifique los aspectos donde hay que trabajar más para aprovecharla, por lo que al desarrollar sus nuevas estrategias puede incorporar sus aprendizajes.

Una *amenaza* percibida por los pacientes es la falta de contacto directo con el prestador de servicio social, lo cual le genera falta de motivación para seguir con la consulta; sin embargo, cabe resaltar que algo que les gusta es recibir materiales digitales. Por parte de los prestadores de servicio social, se reporta la falta de empatía con los pacientes, esto puede derivarse de la falta de facilidad de palabra que en la consulta presencial se compensa parcialmente con la lectura del lenguaje corporal, lo que da la sensación de conocer mejor al paciente. Esta situación, percibida por ambos actores de la consulta, puede afectar el grado de motivación del paciente para seguir las recomendaciones nutricionales y, por ende, afectar los resultados de su plan nutricional. La solución es capacitar al prestador de servicio social en la relación nutriólogo-paciente (Peregrin, 2018).

También en la atención nutricional a distancia sobresale la necesidad creada en el paciente de visualizar los efectos de la terapia por medio de la tecnología, la cual es útil, pero no puede sustituir el juicio clínico del nutriólogo. La tecnología aplicada a la salud tiene uso definido en función de los efectos de la terapia nutricional y no se requiere su uso cada consulta, puesto que los cambios en la composición corporal no son tan evidentes a corto plazo. Esto permite que las mediciones se puedan programar en función de las características clínicas del paciente y genera la necesidad de elaborar planes de monitoreo individuales que debe conocer el paciente para entender la programación de sus citas en un modelo híbrido. Esto ha sido reportado previamente con resultados favorables en el manejo de la obesidad (Olson, 2016), y asociaciones clínicas reconocidas han establecido documentos de consenso de buenas prácticas y recomendaciones para teleconsulta, incluyendo los criterios de selección de pacientes que se pueden beneficiar de esta modalidad de consulta (Gorgojo, 2020; Ssa, 2020b).

Adicionalmente, no todos los pacientes cuentan con la tecnología para acercarse a la consulta a distancia, ya sea por no contar con teléfonos inteligentes, computadoras o tabletas, o servicio de internet. Antes de la pandemia, el sector salud había reconocido la necesidad de incorporar el uso de la tecnología para hacer más eficiente su atención; actualmente, se hace indispensable aprovecharla para lograr mantener una cobertura adecuada.

Es importante considerar que no toda la población tiene acceso a internet y que ciertos grupos, como los adultos mayores, pueden tener dificultad en el manejo de la tecnología; por lo que, en general, son renuentes a este tipo de atención.

En el caso de Pronutri, al ser un proyecto universitario, son pocos los recursos con los que se cuenta, por lo que el principal reto es ampliar la cobertura de atención y el uso de la tecnología también se identifica como una necesidad, por lo que será un requisito deseable en los nuevos pasantes el manejo de software para procesar datos y elaborar materiales didácticos novedosos, ya que actualmente la población es mucho más visual y le agradan los materiales digitales (Marina, 2018). Un riesgo son las posibles fallas en el servicio de internet, por lo que debe considerarse esta eventualidad y tener opciones como parte de los programas cuando esto suceda. Se considera que una buena planeación podrá sortear estas fallas sin afectar de manera importante la atención proporcionada.

Una *oportunidad* que se observó en la atención nutricional a distancia en Pronutri, fue tener el seguimiento de los pacientes, sin esperar un largo periodo para que el nutriólogo evaluara los cambios del paciente. Sin duda, esta modalidad de atención nutricional que se proporciona en diferentes instancias del sector salud, puede favorecer el seguimiento más constante en personas con ECNT durante la pandemia de covid-19 y posteriormente; con ello se podrá favorecer el control de la enfermedad, así como disminuir el desarrollo de complicaciones. También, de manera indirecta, puede favorecer que el paciente se apegue al tratamiento nutricional dado que se le están dando a conocer los avances o los cambios en su estado de nutrición y salud de forma constante, favoreciendo con ello el autocuidado (Wasson, 2020). Además, esto le puede dar seguridad de que es atendido y que si tiene algún problema se le proporcionará el tratamiento de manera inmediata.

No obstante, la falta de tiempo que los pacientes tengan para atender una consulta a distancia puede propiciar que el seguimiento no sea constante. Caso contrario en la consulta presencial, donde el seguimiento depende de la instancia de salud, no del paciente. En la nueva normalidad, la atención a distancia debe ser tomada en cuenta en la consulta nutricional para hacer un seguimiento frecuente en personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

CONCLUSIONES

Las modalidades presencial y a distancia tienen características que favorecen la atención nutricional, pero sin olvidar que ambas también presentan limitantes. En el contexto de los servicios de salud en la nueva normalidad, se considera que la atención nutricional presencial sea de inicio y los seguimientos sean a distancia con comunicación constante e interacción asincrónica y/o sincrónica con el nutriólogo. Será importante reorganizar el trabajo de acuerdo con la demanda y optimizar tiempo y recursos para la modalidad presencial y a distancia con esquemas de trabajo personalizados para cada paciente.

La modalidad híbrida de consulta de atención nutricional puede permitir el uso racional de la tecnología de composición corporal en sesiones presenciales que permitan la exploración física y, posteriormente, el monitoreo a distancia mediante otros indicadores clínicos, como patrones de alimentación, porciones de alimentos y cuestiones específicas de su problema de salud.

La modalidad híbrida tiene posibilidades de llegar a pacientes con distintas características, pero es un reto en el desarrollo de las habilidades en los nutriólogos. Será importante capacitarlos para conducir una consulta por medios digitales, que ayude en el lenguaje y apoyos que se deben tener antes de la consulta para que no parezca una charla informal e improvisada. Además, se deben establecer los criterios de selección para los pacientes que pueden beneficiarse de esta modalidad y generar los protocolos de acción para el modelo híbrido.

REFERENCIAS

- Acebo Martínez, Mónica Lucía (2017). “Obesidad y salud, ¿en realidad existe el paciente obeso metabólicamente sano?”, *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(2), pp. 45-55.
- Álvarez, R. y P. Kuri (2020). *Salud pública y medicina preventiva*, México: Manual Moderno.
- Beltrán, A.L. (2017). “El papel de la motivación en el fenómeno alimentario”, *Revista Interamericana de Psicología*, 51(2), pp. 255-264 [<https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v51i2.74>].
- Bryce, Alfonso, Edmundo Alegía y Mauricio San Martín (2017). “Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular”, *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), pp. 202-206 [<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218>].
- Candelaria Martínez, Maribel, Ismael García Cedillo y Benito Estrada Aranda (2016). “Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 7, pp. 32-39.

- Cenetec/Secretaría de Salud (2013). “4 Experiencias de telemedicina en México”, Colección Telesalud, México [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/telemedicina/publicaciones/C4Experiencias.pdf], fecha de consulta: 1 de noviembre de 2020.
- Dandge, Shailendra, Panniyammakal Jeemon y P.S. Reddy (2019). “Technology enabled non-physician health workers extending telemedicine to rural homes to control hypertension and diabetes (TETRA): A pre-post demonstration project in Telangana, India”, *PLoS ONE*, 14(2), e0211551 [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211551], fecha de consulta: 1 de octubre de 2020.
- Faruque, Labib *et al.* (2017). “Effect of telemedicine on glycated hemoglobin in diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials”, *Canadian Medical Association Journal*, 189(9), pp. E341-E364.
- García González, Ana (2018). “Intervenciones clínicas en obesidad osteosarcopénica: alimentación, actividad física y psicológica”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(Supl 1), pp. S82-S93.
- Gorgojo Martínez, Juan *et al.* (2020). “Teleconsulta en endocrinología y nutrición en tiempos de la pandemia covid-19 y más allá”, España [https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1433/160620_105727_7128864936.pdf], fecha de consulta: 1 de noviembre de 2020.
- Illich, Jasminka Z. (2020). “Nutritional and behavioral approaches to body composition and low-grade chronic inflammation management for older adults in the ordinary and covid-19 times”, *Nutrients*, 12(12), pp. 3898 [https://doi.org/10.3390/nu12123898].
- Kim, Hee-Tae (2015). “Barriers factors to the completion of diabetes education in korean diabetic adult patients: Korea National Health and Nutrition Examination Surveys 2007-2012”, *Korean Journal of Family Medicine*, 36(5), pp. 203-209 [https://doi.org/10.4082/kjfm.2015.36.5.203].
- Kim, Jieun y Hyunjung Lim (2019). “Nutritional Management in Childhood Obesity”, *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 28(4), pp. 225-235 [https://doi.org/10.7570/jomes.2019.28.4.225].
- Lee, Kelley y Nicholas Freuderberg (2020). “Editorial: Considerar los determinantes comerciales de la salud comienza por utilizar conceptos más precisos”, *Global Health Promotion*, 27(2), pp. 163-165.
- Lee, Puikman, Geva Greenfield y Yannis Pappas (2018). “Patients’ perception of using telehealth for type 2 diabetes management: a phenomenological study”, *BMC Health Services Research*, 18:549.
- Marina Ocaña, Joaquín (2018). “Educación para la salud de los ciudadanos en entornos virtuales para el conocimiento en España”. Tesis de doctorado. España, Educación Social, Universidad Nacional de Educación a Distancia [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg_Educac_Jmarina/MARINA_OCANA_JOAQUIN_TESIS.pdf].
- Olson, Christine (2016). “Behavioral nutrition interventions using e- and m-health communication technologies: A narrative review”, *Annual Review of Nutrition*, vol. 36, pp. 647-664.

- OMS (2010). “Telemedicine. Opportunities and developments in Member States”, Ginebra, pp. 8 y 9 [<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>], fecha de consulta: 1 de octubre de 2020.
- Peregrin, Tony (2018). “Maintaining professional boundaries in the practitioner-patient/client relationship”, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(11), pp. 2174-2177.
- Peregrin, Tony (2019). “Telehealth is transforming health care: What you need to know to practice telenutrition”, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(11), pp 1916-1920.
- Petermann Rocha, Fanny *et al.* (2017). “Efecto de una consulta nutricional protocolizada sobre el estado nutricional y hábitos alimentarios de adultos con sobrepeso y obesidad”, *Revista Chilena de Nutrición*, 44(4), pp. 341-349.
- Phillips, Catherine (2017). “Metabolically healthy obesity across the life course: epidemiology, determinants, and implications”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1391(1), pp. 85-100.
- Ramos, Norma; María E. Vera y María M. Sánchez (2019). “Proyecto de Intervención Nutricional Integral (Pronutri) (2019). Proyecto de Servicio Social”, México: UAM-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Licenciatura en Nutrición Humana.
- Safarti, Diana *et al.* (2018). “BetaMe: Impacto f a comprehensive digital health programme on HbA1c and weight at 12 months for people with diabetes and pre-diabetes: study protocol for a randomized controlled trial”, *Trials*, pp. 19:161 [<https://10.1186/s13063-018-2528-4>].
- Secretaría de Salud (2019). “Atención primaria de salud integral e integrada APS-I MX. Propuesta metodológica y de operación”, México, pp. 45-53 [http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VE.pdf], fecha de consulta: 9 de noviembre de 2020.
- (2020a). “Programa Sectorial de Salud 2020-2024”. México [http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020], fecha de consulta: 1 de noviembre de 2020.
- (2020b). “Telemedicina satelital conecta 35 hospitales públicos y centros de salud en zonas urbanas y rurales que atienden covid-19”. México [<https://www.gob.mx/salud/prensa/telemedicina-satelital-conecta-35-hospitales-publicos-y-centros-de-salud-en-zonas-urbanas-y-rurales-que-atienden-covid-19-243918?idiom=es>], fecha de consulta: 1 de noviembre de 2020.
- Vignolio, Julio *et al.* (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud”, *Archivos de Medicina Interna*, XXXIII(1), pp. 11-14.
- Wasson, John (2020). “Practice standards for effective telemedicine in chronic care management after covid 19”, *Journal Ambulatory of Care Manage*, 43(4), pp. 323-325.
- Zhou, Peiru *et al.* (2014). “Web-based telemedicine for management of type 2 diabetes through glucose uploads: a randomized controlled trial”, *International Journal of Clinical Experimental Pathology*, 7(12), pp. 8848-8854.



