



# Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 22 | Número 2 | Julio 2025

ISSN 1852 - 656X

Córdoba, Argentina



# Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 22 | Número 2 | Julio 2025

ISSN 1852 - 656X

Córdoba, Argentina

[archivosmfyg.arg@gmail.com](mailto:archivosmfyg.arg@gmail.com)

# **Federación de Medicina Familiar y General**

Presidenta

Karin Kopitowski

Vicepresidenta

Cecilia Astegiano

Presidente honorario

Mario Acuña

## **Archivos De Medicina Familiar y General**

Volumen 22, Número 2. Año 2025 ISSN 1852-656X

La Revista Archivos de Medicina Familiar y General es una contribución de la FAMFyG que tiene como objetivo el promover la publicación de la producción en Atención Primaria a nivel regional.

### **Editora Responsable**

Ana Carolina Godoy. Universidad Nacional de Córdoba.

### **Editoras Asociadas**

Maria Valeria Santillán, Obra Social del Personal de la Construcción (Ospecon), Tucumán.

Maria Florencia Grande Ratti. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.



## **Editores Ejecutivos**

Sofía Cabral. Médica especialista en medicina familiar. ASAMEFA, Salta, Argentina.

Patricio Jorge Cacace. Médico especialista en medicina familiar, Fundación AEQUUS, Buenos Aires, Argentina.

Angie Echavarría. Médica, Sanatorio Güemes, CABA, Argentina.

Lisandro Utz. Médico, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

## **Comité Editorial**

Franco José Aráoz. Médico especialista en medicina familiar. Residencia de medicina general de CAPS, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires.

Félix Fernando Aragón. Médico especialista en medicina familiar. Asociación de Medicina Familiar de Tucumán.

Cecilia Astegiano. Médica especialista en medicina familiar. Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba.

Cecilia Auat Chein. Médica. Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Ana Carolina Aymat. Médica. Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA), Federación Argentina de Medicina Familiar y General.

Pablo Julian Badr. Médico. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Guillermo Gorgo. Médico especialista en medicina familiar y general, Ospecon, Construir Salud.

María Verónica Grunfeld. Médica especialista en medicina familiar. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Humberto Jure. Médico especialista en medicina familiar. Mg. en Salud Pública. Doctor en Medicina, Universidad Nacional de Córdoba.

Silvina López. Médica especialista en medicina familiar, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Julio David Matz. Médico especialista en medicina familiar. Sanatorio Güemes, CABA.

Diego Palomo. Médico especialista en medicina general y familiar. Mg. en epidemiología, gestión y políticas de salud. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Andrea Pérez. Médica especialista en medicina familiar y general, Universidad Nacional de Córdoba.

Agustina Piñero. Médica especialista en medicina familiar. Hospital Privado de Córdoba, Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba.

Pedro Silberman. Médico pediatra. Mg. en Salud Pública. Doctor en Cs. Médicas. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Abraham Tamez Rodríguez. Universidad de Monterrey, México.

---

## **Diseño Gráfico**

Romina Perez Manelli. Buenos Aires, Argentina. rperezmanelli@gmail.com

# ÍNDICE

## Editorial.

### ***Voces y ecos de Montevideo 2025: cumbre, congreso y compromiso regional por una medicina familiar transformadora***

Autora: Karin Kopitowski

Páginas: 1–2

## Entrevista

### ***Ma. Florencia Grande Ratti – Segunda parte: Financiamiento privado en investigación clínica***

Entrevistadora: Ma. Lourdes Posadas Martínez

Páginas: 3–8

## Reseña

### ***Manual de práctica clínica para una atención de aborto de calidad***

Comentario: Lucas Miguel Marucci

Páginas: 9–

11

## Artículo original – Relato de experiencia

### ***Taller de Educación Sexual Integral en un Colegio Secundario: ¡Los y las escuchamos!***

Autores: R. Kutner, A. Martínez, B. Garrido Mejía, E. Priano, I. Bocles, S. Gurtler

Páginas: 12–19

## Artículo original

### ***Disponibilidad de medicamentos antidiabéticos orales para una población con diabetes mellitus bajo programa, en el primer nivel de atención de salud de la Ciudad de Córdoba, durante el año 2019***

Autores: L. Gamba, A. Cristina López

Páginas: 20–30

## Artículo de actualización rápida

### ***Alivio digestivo: Psicofármacos en el manejo de la Dispepsia Funcional***

Autores: M. Alonso, M. Cabeza, V. Deheza

Páginas: 31–35



# Editorial

## Voces y ecos de Montevideo 2025: cumbre, congreso y compromiso regional por una medicina familiar transformadora

Entre el 24 y el 28 de junio de 2025, la ciudad de Montevideo fue sede de una semana histórica para la medicina familiar y comunitaria en Iberoamérica. Se desarrollaron en forma consecutiva la IX Cumbre de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y el Congreso Subregional del CONOSUR, convocando a representantes institucionales, autoridades sanitarias, médicas y médicos de familia, residentes, investigadoras, docentes y líderes comunitarios de múltiples países de la región.

La Cumbre CIMF, de carácter técnico-político, fue el resultado de un proceso de trabajo colaborativo sostenido durante más de seis meses. A través de grupos integrados por representantes de todos los países miembros de la Confederación, se abordaron de forma participativa tres ejes estratégicos: las competencias esenciales para el ejercicio de la medicina familiar en el siglo XXI, el rol de la tecnología en la atención centrada en las personas, y la sistematización de experiencias comunitarias exitosas que fortalecen la práctica territorial. Esta instancia presencial permitió consolidar los consensos alcanzados y redactar la Carta de Montevideo, documento que resume las principales propuestas, recomendaciones y lineamientos acordados. La adhesión de las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud Pública de Uruguay otorgó legitimidad institucional al documento y refuerza su

potencial para incidir en políticas públicas a nivel regional y nacional.

A continuación, el Congreso Subregional del CONOSUR desplegó un programa académico y formativo vibrante, que incluyó mesas temáticas, talleres, presentaciones científicas y espacios de reflexión colectiva. Los ejes abordados fueron diversos y profundamente relevantes: la transición hacia modelos de formación basados en actividades profesionales confiables (EPAs), la desimplementación de prácticas de bajo valor, los abordajes territoriales en salud mental, el enfoque de género y derechos, la participación comunitaria, y las tensiones entre medicina basada en evidencia, sostenibilidad y decisiones clínicas contextualizadas.

La delegación argentina tuvo una participación activa y plural, con colegas de diferentes regiones del país —incluidos residentes, docentes universitarios y referentes institucionales— que contribuyeron en presentaciones, talleres y espacios de articulación intersocietaria. Esta presencia federal reflejó no sólo la vitalidad del movimiento de medicina familiar en Argentina, sino también su vocación regionalista y su disposición al aprendizaje compartido.

Entre los momentos más significativos del Congreso, se destaca la mesa intergeneracional, en la que referentes históricos y médicos/as jóvenes dialogaron sobre el pasado, presente y futuro de

nuestra disciplina.

También fueron especialmente relevantes los espacios de trabajo colaborativo sobre estrategias formativas, el rol de la medicina familiar en políticas públicas, y la necesidad de generar conocimiento contextualizado desde los territorios.

Desde la FAMFyG, consideramos que la articulación entre la Cumbre y el Congreso fue un punto de inflexión: la primera aportó lineamientos técnicos y políticos; el segundo mostró la potencia del saber en acción. Juntos, funcionaron como dispositivos de consolidación de una agenda común para fortalecer sistemas de salud centrados en las personas, integrados, justos y sostenibles.

Montevideo 2025 no fue solo un evento exitoso. Fue una expresión del compromiso de nuestra comunidad profesional con la transformación de los sistemas sanitarios en América Latina. Que la Carta de Montevideo no quede archivada. Que el Congreso del CONOSUR no se diluya en la memoria. Que ambos sean faro y motor para las acciones que nos esperan.

## Karin Kopitowski

Presidenta, Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)  
Directora, Unidad Académica de Ciencias de la Salud – Universidad Hospital Italiano  
Montevideo / Buenos Aires, julio de 2025

# Entrevista Ma. Florencia Grande Ratti\*<sup>ID</sup>



*Segunda Parte:*

*Financiamiento Privado en Investigación Clínica*

\*MD, Médica (UHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MSc, Magister en Investigación Clínica (UHIBA). PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (UHIBA). Project Management Professional (PMI®). Experiencia en medicina, docencia de posgrado e investigación. Su trayectoria académica refleja una búsqueda incesante de conocimiento e innovación sanitaria. Su destreza en ciencia de datos y metodologías de gestión de proyectos aseguran la ejecución de iniciativas complejas, fomentando la colaboración interdisciplinaria. Actualmente se desempeña como Jefa de Sección, del Área de Investigación de Medicina Interna, perteneciente al Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**MLPM:** En la primera parte, nos compartiste información valiosa sobre las lecciones aprendidas sobre el financiamiento público para investigaciones clínicas para los proyectos relacionados a la Atención Primaria de la Salud (APS). En esta oportunidad, nos gustaría poner el foco en el financiamiento privado ¿cómo es tu experiencia?, ¿qué nos podés compartir?

**MFGR:** Las fuentes de financiación para la investigación en salud de entidades privadas o no gubernamentales pueden provenir de instituciones (ej: universidades), organizaciones (ej: sociedades científicas) y empresas (ej: laboratorios). Te puedo brindar algunos ejemplos concretos por dónde se puede empezar a buscar estas alternativas.

Durante el año 2017, tuvimos experiencia con la Universidad ISALUD (se llama Dr. Mario González Astorquiza<sup>1</sup>). Se llevan a cabo desde el 2013, y tienen como objetivo promover la iniciación a la investigación de profesionales de diversas procedencias y disciplinarias, sin límite de edad para participantes, y fomentan la interacción de investigadores/as de otras instituciones conformando equipos de trabajo con profesionales de la casa. Como bien explicitan en bases y condiciones, está dirigida a alumnos/as y docentes de las Carreras de Grado de la Universidad ISALUD. Eso significa que investigador/a en formación (aquellas personas que no cuenten con título de maestría o doctorado) y que se

<sup>1</sup> Convocatorias ISALUD: <https://www.isalud.edu.ar/institucional/ciencia-y-tecnologia/becas-de-investigacion>

encuentren planificando su “Trabajo Final” de Especialización o de Maestría/ Doctorado son los/as candidatos/as ideales para aplicar como becarios/as.

Luego, durante 2018 y 2019 tuvimos experiencias con la Asociación Mutual de Profesionales del Hospital Italiano (AMPHI)<sup>2</sup>, que para entonces disponía de un Programa de Becas de Investigación orientado a contribuir a través de una subvención económica con la formación profesional e individual de los miembros. Como requisitos, exigía que becario/a tuviera al menos un año de antigüedad como socio/a activo/a, y no superara los 40 años de edad, buscando lograr el incentivo para jóvenes, que pudieran alcanzar un alto nivel de capacitación, como así también de crecimiento científico del Servicio al que pertenecen.

Por último, durante el 2021 tuvimos la primer experiencia con la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD)<sup>3</sup>. Se trata de un concurso anual de dicha sociedad científica, para la adjudicación de Subsidios para Investigación dentro del campo de la Diabetología, que acepta proyectos de diferentes áreas: básica, epidemiológica, clínica o especial. El último ítem se refiere a un tópico abierto y predeterminado por la Comisión Directiva y el Departamento de Educación e Investigación. En su momento lo fue “COVID-19” por ejemplo, y ahora en 2024 será “diabetes en la internación”.

Estas 3 alternativas que acabo de mencionarles comparten el hecho de que son convocatorias “internas”, cuyos

destinatarios/as son socios/as o miembros de las instituciones/universidades/ sociedades, y no abiertas para todo público. Algo similar pasa con convocatoria UBACYT<sup>4</sup>, en el que director/a deben tener un cargo docente regular rentado como requisito.

Asimismo, prácticamente la totalidad comparte el hecho de exigir el compromiso de difundir los resultados en instancias académicas o jornadas institucionales (ej: durante Congreso Científico Nacional o Ateneo del Servicio de un Hospital). También comparten que la postulación es sobre planes de trabajo o protocolos, es decir de proyectos científicos a desarrollar o implementar. No suelen admitirse trabajos terminados, o que hayan presentado resultados en reuniones científicas ni publicados en revistas, al menos hasta el cierre previo de la convocatoria, como garantía de que verdaderamente sean originales, y que el dinero sea un incentivo que motorice e impulse la realización del mismo.

Adicionalmente, suelen solicitar la correspondiente aprobación del comité de ética (que le sirve al evaluador/a para observar la fecha, entre otras cosas), y la misma debe estar vigente (considerar que desde la creación del Plataforma de Registro Informatizado de Investigaciones en Salud de Buenos<sup>5</sup> Aires del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, los dictámenes se emiten con sólo 1 año de validez, generando una fecha de vencimiento, con la consecuente necesidad administrativa de gestionar el trámite de renovación correspondiente). Por lo

<sup>2</sup> Becas AMPHI:  
<https://www.amphionline.org/blog/2021/08/20/becas-amphi/>

<sup>3</sup> Subsidios SAD 2024:  
<https://diabetes.org.ar/2020/subsidios/>

<sup>4</sup> Convocatoria Becas UBACyT 2024:  
<http://investigacion.filo.uba.ar/ubacyt-0>

<sup>5</sup> PRIISA.BA:  
<https://buenosaires.gob.ar/salud/docencia-investigacion-y-desarrollo-profesional/priisaba>

general, la entrega de informes es relativamente sencilla, con formato libre, para dar cuenta de los avances que se han logrado tras la implementación del proyecto.

Sin embargo, pueden discrepar en: (a) los ítems o subtítulos específicos a incluir en las propuestas/planes/protocolos, (b) el requisito de incluir un cronograma con tiempos estimados, (c) la exigencia de un presupuesto de gastos detallado. Por ende, cada una de estas convocatorias tiene sus propias normas, similar a las directrices para autores/as de las revistas científicas,<sup>6</sup> donde el “esqueleto” del contenido es más o menos el mismo, pero pueden variar los formatos o cuestiones de forma y extensión.

Como recomendación práctica para profesionales de APS,<sup>7</sup> repito algunos mensajes clave:

1. Los trabajos finales (de especialidad o de maestría) podrían ser proyectos candidatos para buscar financiamiento (e incluso, les sirve para financiarse el gasto de bolsillo de vuestra educación de posgrado);
2. Existen otras convocatorias, los mencionados fueron ejemplos disparadores que tengo en el radar basados en la experiencia del equipo.
3. Un buen comienzo es explorar las páginas web de sus propias universidades, instituciones u hospitales, o las sociedades científicas a las que pertenecen.

**MLPM:** ¡Muy interesante es saber que consideras factible buscar financiamiento para profesionales que estén haciendo la especialidad o para tesis de maestrías! En ese sentido, numerosos estudios han identificado la falta de financiación como un obstáculo importante para reclutar profesionales de salud para la academia y para desarrollar la investigación en APS. Mencionabas que la postulación era sobre protocolos, es decir trabajos que no han iniciado. ¿Existen opciones de financiamiento para trabajos terminados?

**MFGR:** Sí, existen. Creo que son menos frecuentes, porque en salud se centran más en apoyar el desarrollo de nuevas ideas o a las investigaciones en curso. Pero también disponemos de algunos ejemplos para compartir.

El Hospital Italiano desarrolla una Jornada Integral de Investigación, entendido como un espacio de interacción y colaboración anual, creado para fortalecer la red académica de investigadores/as, donde se presenta y se comparte la actividad científica realizada durante el año previo. Por ejemplo, para el año 2023 se aceptaban cualquier tipo de trabajo que haya sido presentado o publicado durante el 2022 en instancias científicas bajo revisión de pares (ej: congresos, publicaciones, tesis) para competir por Premios Prof. Dr. José Tessler.<sup>8</sup>

Luego, también existen los Premios de la Academia Nacional de Medicina<sup>9</sup> que suele aceptar el envío electrónico de trabajos originales realizados en el país y

6 Directrices para autores/as de Revista AMFYG:

<https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/about/submissions#authorGuidelines>

7 Ruffin MT 4th, Sheets KJ. Primary care research funding sources. J Fam Pract. 1992 Sep;35(3):281-7. PMID: 1517725.

8 Instructivo 2023:

<https://drive.google.com/file/d/1QlqRXlRw2hgthVL8vC9e0Plpt0L1ax/view>

9 Concurso 2024: <https://anm.edu.ar/concurso-para-premios-2024/>

terminados, dentro de los tres años anteriores a la fecha en que vence la inscripción.

Por último, algunos congresos o eventos científicos otorgan premios, que no sólo sirven para reconocer el mérito académico, sino que también pueden proporcionar visibilidad y prestigio a los/as ganadores/as, así como oportunidades para establecer conexiones profesionales y colaboraciones futuras (ej: International Society of Amyloidosis)<sup>10</sup>

Por ejemplo, a nivel local y propio de nuestra especialidad, recuerdo que la Asociación Metropolitana de Medicina Familia (AMMF)<sup>11</sup> ha otorgado becas para cubrir la inscripción y los pasajes para quienes tuvieran actividades científicas aprobadas para presentar en el Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG). Este último también es para un trabajo terminado (o al menos con resultados preliminares en formato de resumen).

**MLPM:** ¿Te puedo preguntar qué suelen hacer con el dinero? ¿Cómo se distribuyen los fondos habitualmente?

**MFGR:** Por supuesto. La respuesta adecuada creo que es “depende”, de muchos factores en juego: del proyecto en sí mismo, del equipo y de la línea de trabajo, pero fundamentalmente de las condiciones explícitas de la convocatoria o de las políticas institucionales (ej: overhead). En ese sentido, el destino del dinero asociado a becas, subsidios y/o subvenciones económicas (premios) puede variar ampliamente.

Lo que está preestablecido y es inamovible son los términos y las condiciones de la convocatoria (ej: aporte institucional de Beca Salud Investiga del Ministerio de Nación, o el porcentaje de gastos indirectos por políticas institucionales), pero también entran en juego las preferencias del destinatario/a.<sup>7</sup>

Cuando disponemos libremente, la mayoría de las veces primero reconocemos la labor de quien merece (ej: honorarios profesionales de involucrados/as en el proyecto) y cuando hay excedente, lo reinvertimos. ¿Qué quiero decir con esto? Es utilizado para financiar la asistencia a conferencias adicionales, talleres o cursos de capacitación educativa que favorezcan la educación continua. También podría ser utilizado para financiar traducción al inglés o cargo por procesamiento de artículo (APC en inglés por Article Processing Charge) para la publicación de artículos científicos en revistas que cobran a los/as autores/as. En algunos casos, los/as ganadores pueden optar por donar parte a un fondo común del equipo para invertir en entregable científico futuro (ej: congreso internacional) o investigación futura o contratación de recurso humano (ej: data entry).

La realidad es que, en un contexto socioeconómico como el nuestro actualmente, es muy difícil cubrir los gastos relacionados a un congreso o evento científico presencial. Sea nacional o internacional, hace falta tener en consideración el lucro cesante de tarea asistencial (ej: agendas de consultorio suspendidas), los viáticos o traslados (ej: pasajes), la inscripción, y luego alojamiento y comidas.

<sup>10</sup> ISA Awards 2024:  
<https://www.isaamyloidosis.org/awards>

<sup>11</sup> AMMF Beneficios:  
<https://www.aamedicinafamiliar.com/beneficios/>

De más está decir, que cuando uno hace la estimación de los costos asociados a la realización del proyecto, en términos de recursos tiempo-persona invertidos, siempre el monto monetario que logró obtener resulta escaso. A mi entender, lo que se gana es más académico y formativo, que económico.

Pero para cerrar a tu pregunta, se puede pensar en diferentes ítems para considerar gastos: (a) equipamiento o adquisición de materiales (ej: insumos, maquinarias, reactivos, etc.), (b) recurso humano (ej: contratación de becario/a u honorarios), (c) gastos relacionados a difusión y comunicación (ej: financiación de viajes), entre otros.

**MLPM:** ¿De qué les ha servido la búsqueda de financiamiento?

**MFGR:** Tal vez, haber aprendido que la perseverancia y la dedicación son las claves del éxito. Alguna vez escuché decir a la Dra. Karin Kopitowski (médica de familia y actual Presidenta de FAMFyG desde el año 2022) una frase motivadora que me quedó grabada a fuego. No sé si es textual, pero era algo así como “sólo gana quien lo intenta”. Indudablemente, la búsqueda incesante es fundamental para conseguir fondos. En ese sentido, creo que se empieza por visibilizar que las fuentes de financiamiento existen, y concientizar que representan una ventana de oportunidad. Luego, hay que atravesar el proceso educativo de “aprender haciendo”.

**MLPM:** Si tuvieras que volver a hacer una búsqueda de financiamiento, ¿qué harías diferente? ¿Qué consejos o recomendaciones darías a alguien que recién comienza?

**MFGR:** Sin duda, de lo que más aprendimos es de imprevistos o haber cometido errores. Guste admitirlo o no, porque siempre incomoda. Pero el error es humano, y somos personas. Básicamente la postulación implica una curva para aprender las reglas del juego, y luego decidir si se verdaderamente se quiere jugar o no. Me refiero al hecho que hay sortear múltiples barreras administrativas, y existe cierto dinamismo burocrático a lo largo del tiempo. El trabajo resulta arduo y tortuoso, independientemente de la vocación, experiencia o expertise ... y lleva tiempo y constancia.

Me aconsejaría no procrastinar ni dejar para último momento, intentar no llegar con la soga al cuello con los plazos, porque esa burocracia implica incluso cargar documentos institucionales, o conseguir firmas y sellos de directivos (ej: jefe/a servicio, rector/a de institución educativa, director/a de hospital).

Yo creo que aprendimos, y hoy planificamos anticipadamente. Reconocemos que hay momentos claves en el calendario para la búsqueda, que habitualmente son trimestres Marzo-Mayo y Agosto-October, en los que nos dedicamos más tiempo a esta función dentro de nuestra carga laboral. Por supuesto que aplica un proverbio popular que dice "*El tiempo es dinero*", sugiriendo que el tiempo, utilizado de manera eficiente y productiva puede conducir a ganancias similares a los que se obtienen mediante la inversión de dinero. En este contexto puntualmente, me refiero a el tiempo invertido en la investigación (búsqueda o implementación), puede tener un costo indirecto en términos de oportunidades perdidas para generar ingresos. En nuestro multitasking, cuando

uno está investigando, no está haciendo asistencia ni docencia ni gestión, pero sigue siendo nuestro tiempo.

**MLPM:** Y el logro, ¿de qué les ha servido?

**MFGR:** Indudablemente, el conseguir fondos hace a la sustentabilidad del proyecto, en términos de viabilidad, pero también al reconocimiento del equipo y a la visibilidad pública (ej: certificados o constancias sirven para acreditar formación profesional continua o recertificar la especialidad, y la difusión en redes sociales o sitios web institucionales también suma). De alguna manera, es un reconocimiento académico ante ojos

externos, que resulta gratificante y motivador. Y con el rechazo también ganas, ya lo dije antes pero el aprendizaje académico y las lecciones aprendidas son invaluable. Voy a decir algo que puede resultar contradictorio, pero cuando ganas... también perdes libertad, porque implica asumir responsabilidad y compromiso para lograr cumplir en tiempo y forma con la implementación del proyecto de acuerdo a los plazos de las convocatorias.

**MLPM:** Excelente, muy práctico. De nuevo, ¡muchas gracias por tu tiempo y experiencia compartida!

## Entrevistadora

### Ma. Lourdes Posadas Martínez

Coordinadora del Área de Investigación no patrocinada, Secretaría de Investigación, IUHI. MD, Médica (HUA), Especialista en Medicina Interna (HUA), en Metodología de la Investigación (UNLA), en Estadística para la salud (FCEEN, UBA). MSc, Magister en Investigación (UNLA). PhD, Doctorado en Medicina Interna (UBA). Project Management Professional (PMI®).



La presente entrevista, se dio en contexto de “Ciclos de herramientas de sustentabilidad en investigación”, colaboración entre el área de investigación no patrocinada de la secretaría de investigación de la Universidad del Hospital Italiano y la Sección del Servicio de Clínica Médica (Área de Investigación en Medicina Interna) del Hospital Italiano.

# Manual de práctica clínica para una atención de aborto de calidad

Review. Clinical practice handbook for quality abortion care

**Título:** Clinical practice handbook for quality abortion care


**Autor:** Organización Mundial de la Salud 2023, Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-4-007520-7 (electronic version)

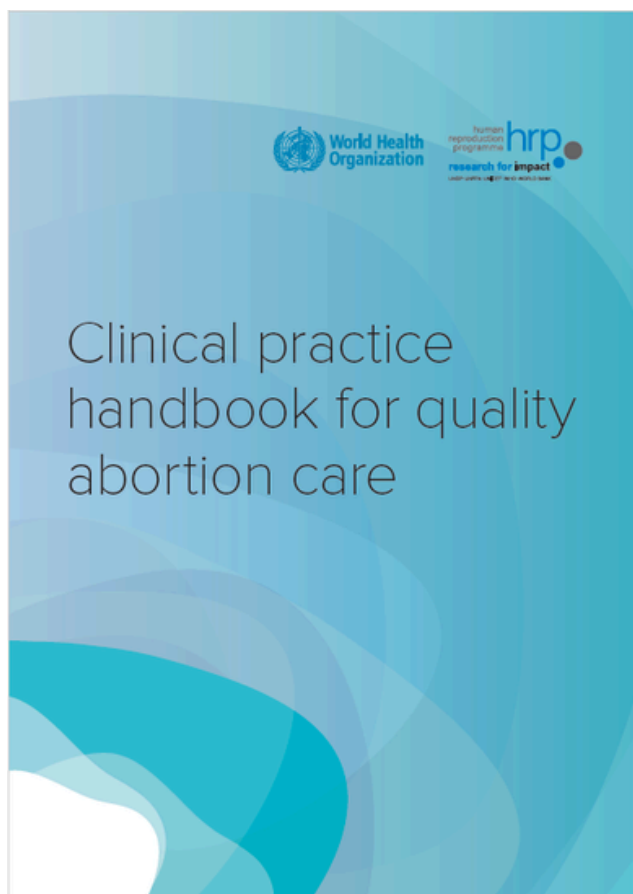
ISBN 978-92-4-007521-4 (print version)

**Resumen:** Clinical practice handbook for quality abortion care es un manual elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Representa un material indispensable para aquellos profesionales de salud que se desempeñan en servicios de salud sexual y reproductiva. Basado en la última evidencia científica disponible brinda recomendaciones para la realización de procedimientos de calidad en la atención del aborto y sus complicaciones. Hace énfasis en la importancia de la formación continua y la adaptación a contextos legales y culturales en los que se brinda la atención.

**Palabras clave:** aborto, interrupción del embarazo, salud reproductiva, calidad

**Comenta:** Lucas Miguel Marucci . Médico especialista en Medicina Familiar y Salud Pública. Becario doctoral en temas estratégicos de Atención Primaria de la Salud y Salud Colectiva en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales, Centro Científico Tecnológico Mendoza, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INCIHUSA CCT MENDOZA - CONICET Argentina). Centro Universitario de Salud Familiar y Comunitaria Dr. Pedro Eliseo Esteves, FCM UNCUYO.

**Contacto:** lucasmmarucci@gmail.com



## Reseña

Si bien los contextos jurídico, normativo, político y de prestación de servicios relacionados con aborto pueden variar de un país a otro, las recomendaciones y buenas prácticas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud tienen por objeto facilitar la toma de decisiones basadas en la última evidencia disponible. En 2020, la sanción de la Ley 27.610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo amplió el horizonte de derechos en Argentina y permitió aumentar significativamente en todo el territorio nacional la cantidad de servicios y equipos de salud que brindan atención frente a casos de aborto. Uno de los principales desafíos que enfrenta la implementación del nuevo marco normativo es garantizar el acceso a estos servicios con estándares de calidad.

*Clinical practice handbook for quality abortion care* publicado en 2023 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una obra fundamental para los profesionales de la salud involucrados en la atención de salud reproductiva. Este manual ofrece directrices detalladas respecto a la atención del aborto, con enfoque en la seguridad, la calidad y el respeto por los derechos de las personas que deciden interrumpir su gestación. En esta reseña, se destacan los aspectos más relevantes del texto y se reflexiona en torno a la utilidad de esta herramienta en el campo de la medicina familiar y la salud pública.

Este manual fue elaborado con el objetivo de facilitar la aplicación práctica de las recomendaciones presentadas en la *Abortion Care Guideline* publicada por la OMS en 2022. Proporciona un conjunto de

prácticas clínicas basadas en la última evidencia disponible para la atención del aborto como así también para el manejo de sus complicaciones. Las recomendaciones están orientadas a minimizar los riesgos en el contexto de un proceso de atención integral. Se hace énfasis en la atención personalizada adaptada al contexto legal y cultural de cada país en relación a la práctica del aborto. En este sentido, reconoce que la legislación en materia de aborto varía considerablemente entre países, por lo que ofrece recomendaciones flexibles sin comprometer la calidad de atención.

Asimismo, hace énfasis en los procesos de capacitación continua del personal sanitario como una estrategia para la reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto, el cual constituye un problema de salud pública que afecta diversas regiones a nivel mundial. Se destaca la necesidad de promover políticas públicas en el campo de la salud reproductiva que garanticen el acceso equitativo y sin discriminación a servicios de aborto. El contenido del material está dirigido a profesionales de salud que ya poseen habilidades clínicas para ofrecer una atención segura. Esto convierte al manual en un recurso de gran valor para quienes buscan mejorar sus prácticas en la atención del aborto. Se encuentra estructurado en tres capítulos principales en los cuales se abordan aspectos específicos relacionados al proceso de atención que atraviesa una persona que decide interrumpir su gestación: 1. Preaborto, 2. Aborto y 3. Postaborto.

Finalmente, considero que el manual presentado, es un recurso valioso para el campo de la medicina familiar y la salud pública ya que ofrece un enfoque integral para la atención del aborto. La divulgación

de este material permitirá a los equipos de salud el acceso a recomendaciones basadas en la última evidencia científica. A su vez, su aplicación permitirá disminuir la variabilidad clínica existente en los procesos de atención como así también aportar a la construcción de servicios que brinden atención frente a casos de Interrupción Voluntaria y Legal del embarazo con estándares de calidad.

### **Declaración de conflictos de Interés**







El autor declara no tener conflicto de intereses.

### **Referencias**

1. Argentina. Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 30 dic 2020. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primeira/239807/20210115>
2. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>
3. World Health Organization. Directrices sobre la atención para el aborto. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>

# Taller de Educación Sexual Integral en un Colegio Secundario: ¡Los y las escuchamos!

Sexual Education Workshop in Secondary School: We listen!

Autores: Rocío Kutner<sup>a</sup>, Aldana Martínez<sup>a</sup>, Brenda Garrido Mejía<sup>a</sup>, Ezequiel Priano<sup>a</sup>, Ignacio Bocles<sup>a</sup>, Sofía Gurtler<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.

<sup>b</sup> Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA. Centro de Atención Primaria de la Salud San Pantaleón, Bajo Boulogne, San Isidro, PBA

## Resumen

En el marco de la Ley N°26.150, que reconoce el derecho de todos los estudiantes del país a recibir Educación Sexual Integral (ESI), se planificó la implementación de talleres de ESI en un colegio secundario del Bajo Boulogne, organizados por un equipo interdisciplinario del centro de salud local. Esta iniciativa buscó acercar el sistema de salud a la población adolescente del área programática fortaleciendo el vínculo entre la institución educativa y el centro de salud. Luego de una fase exploratoria y de planificación conjunta con las autoridades escolares, se realizaron siete encuentros entre abril y noviembre de 2024, con la participación de 15 a 18 estudiantes por sesión. Los participantes se involucraron activamente en la selección de temáticas y evaluaron las actividades a través de encuestas y espacios de feedback. Los resultados reflejaron una percepción positiva y evidenciaron un impacto favorable en la comunicación y la internalización de aprendizajes. La experiencia subrayó la importancia de generar espacios seguros para el diálogo sobre salud y sexualidad reafirmando el valor del trabajo interdisciplinario en la promoción de la salud y la educación. Sin embargo, se destacó la necesidad de seguir explorando estrategias que fomenten la inclusión y la diversidad de voces dentro del grupo.

## Introducción

En el año 2006 se sancionó la Ley N° 26.150, que reconoce el derecho de todos los estudiantes del país a recibir Educación Sexual Integral (ESI) (1). Su aprobación planteó un desafío importante para las instituciones educativas, responsables de implementar la ESI. Uno de los mayores retos es integrar sus lineamientos en la currícula escolar, tanto de forma transversal como en espacios específicos, abarcando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. En la educación secundaria, los lineamientos sugieren incorporar espacios específicos para estos contenidos, sin excluir el enfoque integral en el resto de las asignaturas (2).

Autora para correspondencia: Rocío Kutner. [rocio.kutner@hospitalitaliano.org.ar](mailto:rocio.kutner@hospitalitaliano.org.ar)

Recibido: 14/04/2025 Aceptado: 13/07/2025

Cómo citar: Kutner R, Martínez A, Garrido Mejía B, Priano E, Bocles I, Gurtler S. Taller de Educación Sexual Integral en un Colegio Secundario: ¡Los y las escuchamos! Arch Med Fam Gen. 2025 Jul;22(2):12-19

En el nivel secundario, los lineamientos curriculares de la ESI incluyen contenidos relacionados con el conocimiento y cuidado del cuerpo, la valoración de las emociones y sentimientos en las relaciones interpersonales, y el fomento de valores como el amor, la solidaridad, el respeto por la vida, la integridad y la aceptación de las diferencias. También promueve el ejercicio informado y responsable de los derechos relacionados con la sexualidad (3).

Es fundamental fomentar el trabajo conjunto con familias, centros de salud y organizaciones sociales para crear una red de apoyo que refuerce los aprendizajes escolares, garantizando una formación integral para los estudiantes (3). Este enfoque resulta pertinente no solo como política de educación, sino también desde el ámbito de la salud pública, ya que la evidencia demuestra que la implementación de la ESI promueve el conocimiento de derechos, la difusión de conductas favorables para la salud sexual y reproductiva y el cuestionamiento de normas sociales y de género (4). Por lo tanto, para el equipo de salud resulta de sumo interés la implementación de la ESI. En ese sentido, el involucramiento del personal sanitario puede brindar un apoyo valioso, tal como algunas experiencias previas han demostrado (5).

El Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) San Pantaleón, ubicado en Bajo Boulogne, Provincia de Buenos Aires, desarrolla tanto actividades asistenciales como comunitarias orientadas a la prevención y promoción de la salud. Su labor incluye una colaboración activa con instituciones educativas, entidades municipales y organizaciones barriales, con el objetivo de desarrollar intervenciones que fomenten el bienestar y

la salud comunitaria (6).

A partir de la evaluación de experiencias previas entre el centro de salud San Pantaleón y un colegio secundario del municipio (en adelante, el colegio secundario), se identificó como principal dificultad la falta de continuidad en las intervenciones de Educación Sexual Integral (ESI), lo que limitaba la profundización temática y el fortalecimiento de vínculos. Buscando superar esta barrera, durante el ciclo lectivo 2024 se diseñó e implementó una intervención longitudinal dirigida a estudiantes de 5° año, a partir de un trabajo conjunto entre ambas instituciones. La propuesta integró las acciones comunitarias del centro de salud con las demandas del ámbito escolar, buscando favorecer el acceso sostenido y significativo a la ESI. Se llevaron a cabo siete encuentros mensuales, desarrollados por un equipo interdisciplinario, en los que se abordaron temáticas consensuadas con los estudiantes, promoviendo su participación activa. El proceso fue acompañado por instancias de evaluación continua mediante bitácoras, encuestas y espacios de devolución oral, que permitieron valorar el impacto de la experiencia y orientar su mejora y sostenibilidad en el tiempo.

### Objetivos

*Generales.* Promover la salud integral de la población adolescente del colegio secundario del Bajo Boulogne mediante el fortalecimiento del vínculo entre el centro de salud y la institución educativa, a través de acciones participativas de educación en salud sexual, vínculos afectivos e interacciones sociales.

*Específicos.* 1. Fomentar el autocuidado y sensibilizar sobre la salud sexual, los

vínculos afectivos y las interacciones sociales en dicha población. 2. Brindar un espacio de debate, reflexión y participación activa sobre tópicos que sean relevantes para el alumnado, dentro de la temática de la salud sexual. 3. Construir un espacio de educación en promoción de la salud y estimular la formación de jóvenes promotores de salud.

### **Desarrollo de la Experiencia:**

#### *Fase Exploratoria*

En los últimos años, se han llevado a cabo actividades conjuntas entre el CAPS San Pantaleón y el colegio secundario, incluyendo intervenciones durante los recreos, talleres y puestos informativos de ESI, entre otras. La evaluación de estas acciones evidenció una notable participación estudiantil y un gran interés en los temas abordados. No obstante, se identificó como limitante la falta de continuidad, lo que dificultó la profundización de las temáticas y la creación de espacios de confianza y cohesión grupal (6,7).

En diciembre de 2023, se llevó a cabo una reunión con las autoridades del colegio secundario con el objetivo de reflexionar sobre las experiencias previas y planificar nuevas intervenciones. Durante el encuentro, se propuso diseñar una intervención longitudinal para el 2024 con un mismo curso, lo que permitiría profundizar en los contenidos de ESI y fortalecer el vínculo entre los participantes, garantizando una mayor continuidad y un impacto más significativo.

#### *Fase de Planificación*

En febrero de 2024, se llevó a cabo una nueva reunión entre referentes del colegio secundario y el CAPS San Pantaleón, donde se acordó realizar encuentros

mensuales durante el primer cuatrimestre con estudiantes de 5to año sobre ESI. Para llevar adelante la intervención, se conformó un equipo interdisciplinario integrado por médicas de familia, psicólogas y médicos residentes de medicina familiar.

En cada encuentro participaron de forma rotativa entre tres y cuatro integrantes del equipo, quienes diseñaron y desarrollaron las actividades basándose en su experiencia, formación previa y los materiales didácticos del Ministerio de Salud de la Nación (8), evaluando cada sesión posteriormente.

Se planificó realizar una primera evaluación con los estudiantes y las autoridades del colegio a mitad del ciclo escolar para definir la continuidad del taller.

#### *Fase de Ejecución*

La primera parte de la intervención se llevó a cabo durante el primer cuatrimestre escolar de 2024, con tres encuentros mensuales de 120 minutos (tres horas cátedra) en los meses de abril, mayo y junio, integrados dentro del espacio curricular del 5to año del colegio secundario. La segunda parte se llevó a cabo durante el segundo cuatrimestre, con cuatro encuentros adicionales realizados en septiembre, octubre y noviembre, consolidando la continuidad del proyecto.

Los objetivos y la dinámica de cada encuentro se encuentran resumidos en la Tabla 1.

#### *Fase de Evaluación*

La evaluación de la actividad se llevó a cabo mediante diversas metodologías. Al finalizar cada encuentro, se realizaba un espacio de feedback y reflexión oral para

Tabla 1: Objetivos y dinámica propuesta en cada encuentro.

Encuentro	Objetivos	Dinámica del encuentro
<b>Primer encuentro Abril 2024 (n=17)</b>	Presentación del equipo y del proyecto. Conocer al grupo y sus intereses para desarrollar en los sucesivos encuentros. Introducir al CAPS San Pantaleón.	Ronda de presentaciones con carteles. Actividad grupal sobre formas de acceso al CAPS. Lluvia de ideas sobre temas de interés para tratar en siguientes encuentros.
<b>Segundo encuentro Mayo 2024 (n=15)</b>	Brindar información sobre métodos anticonceptivos. Estimular el debate entre pares sobre la elección de MAC. Fomentar el trabajo en equipo y la exposición oral.	Trabajo sobre métodos anticonceptivos en pequeños grupos. Desarrollar folletería <i>in situ</i> para actividad de enseñanza entre pares. Puesta en común y discusión de casos clínicos
<b>Tercer encuentro Junio 2024 (n=18)</b>	Identificar y analizar formas de violencia en las parejas. Desarrollar pensamiento crítico sobre el tema. Brindar información sobre lugares de referencia a dónde recurrir en situaciones de violencia.	Discusión en grupos sobre casos ficticios de violencia en la pareja de distintas modalidades (violencia física, verbal, psicológica, etc.) guiados por preguntas preestablecidas. Puesta en común y elaboración de cartulina con frases clave y datos sobre adónde recurrir en caso de situaciones de violencia.
<b>Cuarto encuentro Septiembre 2024 (n=16)</b>	Explorar el concepto de consentimiento y su aplicación en la vida cotidiana. Debatir acerca de las formas de solicitar el consentimiento y respetar los límites.	Visualización de video sobre consentimiento (9). Discusión de viñetas y puesta en común plasmando ideas clave en una cartulina.
<b>Quinto encuentro Septiembre 2024 (n=16)</b>	Reflexionar sobre la violencia digital y la seguridad en internet. Concientizar acerca del <i>ciberbullying</i> , <i>sexting</i> y cuidados de la información personal.	Juego de Tutti Frutti sobre violencia digital. Análisis de noticias y elaboración de consejos para uso seguro de las redes sociales.
<b>Sexto encuentro Octubre 2024 (n=18)</b>	Diseñar dinámicas y juegos para compartir aprendizajes con otros cursos.	Organización en grupos para preparar juegos educativos con talleristas acompañantes. Elaboración de materiales y planificación de actividades para sensibilizar, reflexionar o explicar conceptos claves de cada tema.
<b>Séptimo encuentro Noviembre 2024 (n=16)</b>	Realizar una feria para estudiantes de primero a cuarto año del colegio basada en lo aprendido a lo largo de los encuentros. Poder aplicar lo aprendido al actuar como promotores de salud dentro de su colegio.	Cuatro postas con una temática y dinámica diferente (juego de roles, crucigramas, juego de la oca, verdadero o falso) lideradas por cada grupo prearmado en el encuentro previo. Rotación del resto del alumnado entre las distintas actividades.

que los participantes compartieran sus opiniones. Posteriormente, el equipo registraba en un archivo en común, a modo de “bitácora”, un breve relato del encuentro, donde se documentaron fortalezas, debilidades, el feedback recibido y el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos. A su vez, al concluir el primer cuatrimestre, se envió una encuesta anónima a los estudiantes mediante Formularios de Google, que indagaba sobre su impresión general de los encuentros, una evaluación específica de cada taller (contenido, modalidad, talleristas y aporte informativo) y

sugerencias para futuras actividades. Finalmente, en el último encuentro se realizó una segunda encuesta anónima de cierre.

En todas las instancias de evaluación se analizaron aspectos como la asistencia, la participación en las actividades, los contenidos abordados, el cumplimiento de los objetivos y las opiniones/percepciones de los estudiantes recabadas a través del feedback oral y las encuestas.

Se resumen todas las fases del proyecto y su marco temporal en el gráfico 1.



Gráfico 1: Línea de tiempo con las fases del proyecto.

### Resultados Principales y Observaciones

Se realizaron siete encuentros entre abril y junio y entre septiembre y octubre de 2024. Si bien el número total de alumnos en el curso fue de 20, registramos entre 15 y 18 asistentes del mismo grupo de 5to año del colegio secundario. Las ausencias fueron de diferentes estudiantes en cada

encuentro y por razones ajenas al taller. Cada encuentro tuvo una duración de 120 minutos, incluyendo un recreo de 10 minutos. A lo largo de los encuentros, se abordaron todos los temas propuestos, profundizando en los contenidos y fomentando la integración de los estudiantes a través de una dinámica

participativa y un diálogo fluido con los talleristas. Todas las actividades planificadas se desarrollaron según lo previsto, concluyendo cada encuentro con la elaboración de infografías que resumían los temas tratados. Estas permanecieron en el aula y en la cartelera principal del colegio, visibilizando el material ante el resto del alumnado y reforzando el aprendizaje.

La participación fue, en términos generales, positiva. Los estudiantes demostraron comprensión de las consignas, aceptación de las propuestas y un alto nivel de interacción, tanto entre pares como con los talleristas, expresando activamente sus ideas y conocimientos previos. Esto se evidenció en las infografías producidas, que reflejaron sus aportes y reflexiones. Durante los espacios de feedback, manifestaron satisfacción con las actividades y entusiasmo por continuar con los talleres. Sin embargo, la participación tendió a concentrarse en un grupo reducido de estudiantes, lo que limitó la diversidad de voces y en ocasiones dificultó la puesta en común. Por su parte, dos estudiantes expresaron desde el inicio su decisión de no participar con un rol activo en las actividades. Su participación se limitó a la escucha. Al dialogar sobre esta situación con el equipo docente, nos señalaron que es una actitud habitual en estas alumnas frente a otras propuestas escolares, y no algo específico del taller.

La primera encuesta fue respondida por 7 de 18 estudiantes (38,8%). De ellos, seis (85,7%) consideraron los talleres interesantes, mientras que dos (28,6%) los calificaron como divertidos y otros dos (28,6%) como aburridos. A pesar de la baja tasa de respuesta, los resultados fueron mayoritariamente positivos. Al evaluar

estos datos en conjunto con las devoluciones obtenidas en los espacios de feedback y la reflexión realizada con el equipo docente del colegio, se decidió continuar con la actividad durante el segundo cuatrimestre.

Para la encuesta final, se optó por realizar la recolección de datos de manera presencial, dado el bajo nivel de respuestas obtenido en la versión online. Esta estrategia permitió que 14 estudiantes de quinto año, de los 16 presentes en la Feria, completaran la evaluación. En el balance general, la mayoría valoró los encuentros como interesantes (71,4%) y útiles (42,9%), destacando su relevancia. Nueve estudiantes (64,3%) manifestaron haber comprendido bien los temas y ninguno reportó dificultades para entenderlos. Además, diez participantes (71,4%) indicaron haber conversado sobre los contenidos con familiares y amigos, lo que sugiere un impacto positivo en la comunicación y el aprendizaje significativo.

Entre las sugerencias abiertas, la mayoría de los estudiantes expresó conformidad con el espacio y no propuso modificaciones. No obstante, algunos sugirieron incorporar mayor dinamismo y variedad en las actividades, así como incluir temáticas específicas, como la violencia psicológica y verbal. Estos comentarios servirán como insumo para ajustar y mejorar futuras ediciones del taller.

### **Conclusiones y reflexiones finales**

La implementación de los talleres de ESI en un colegio secundario del Bajo Boulogne evidenció la importancia de generar espacios de aprendizaje participativo donde los adolescentes puedan debatir y reflexionar sobre su salud y sexualidad acompañados por

profesionales que faciliten y estimulen estos intercambios. A lo largo de los encuentros, se logró consolidar un ambiente de confianza que promovió el intercambio de experiencias y conocimientos, favoreciendo una mayor apropiación de los contenidos abordados. Los resultados obtenidos a través de las encuestas y espacios de feedback confirmaron la percepción positiva de los estudiantes respecto a la actividad.

Sin embargo, se identificaron algunos desafíos. La participación activa tendió a concentrarse en un grupo reducido de estudiantes, mientras que otros mostraron menor interés o se mantuvieron al margen de las actividades, incluyendo dos alumnas que optaron por no participar con un rol activo. Esto pone en evidencia la necesidad de seguir explorando estrategias que fomenten la inclusión y la diversidad de voces dentro del grupo.

La experiencia del taller resultó ser muy enriquecedora para el equipo de salud. Aunque el proceso de planificación y preparación estuvo rodeado de incertidumbre con respecto a qué tanto interés lograría suscitar en los estudiantes el taller y qué nivel de participación tendríamos, estos miedos fueron disipándose a medida que se completaba cada instancia. El recibimiento de las autoridades y docentes del colegio secundario y la apertura de los alumnos a recibirnos, además de su participación activa, reforzaron la motivación del equipo. A pesar de la escasa experiencia previa en diseñar un taller como éste, se logró consolidar un trabajo en equipo donde todas las decisiones se tomaron en consenso y cada planificación de actividades resultó en un intercambio que no solo potenció las destrezas y conocimientos de cada integrante, sino

que además contribuyó a un mayor conocimiento mutuo del personal del CAPS. Asimismo, este proyecto fortaleció el vínculo del centro con los adolescentes que asisten al colegio secundario, gracias a que se permitió que los mismos se apropien del taller y que se refuerce el carácter comunitario de la actividad.

En términos generales, esta experiencia reafirma el valor del trabajo interdisciplinario en la promoción de la salud y la educación. La articulación sostenida entre el centro de salud y la institución educativa, fortalecida a lo largo de los años mediante diversas actividades conjuntas, fue clave para la concreción del proyecto. La continuidad de estas iniciativas, con ajustes y mejoras basados en la evaluación de cada ciclo, es fundamental para garantizar que los adolescentes sigan teniendo acceso a una ESI de calidad en espacios seguros y participativos.

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Ley 26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Honorable Congreso De La Nación Argentina. 23 de octubre de 2006. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222/texto>
2. Ministerio de Educación de la Nación. Lineamientos curriculares para la Educación Sexual Integral. 2008. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos_0.pdf)
3. Ministerio de Educación de la Nación. Educación Sexual Integral: Cuaderno de trabajo para el aula. Nivel Secundario II. 2017. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/esi\\_cuaderno\\_secundaria\\_ii.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/esi_cuaderno_secundaria_ii.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia. 2018. Disponible en:

- [https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexualityeducationes.pdf?sfvrsn=10113efc\\_29&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexualityeducationes.pdf?sfvrsn=10113efc_29&download=true)
5. Hadley A, Ingham R, Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve? *Reprod Health*. 2016 Nov 22;13(1):139. doi: 10.1186/s12978-016-0255-4. PMID: 27876052; PMCID: PMC5120422.
  6. Burdisso N, Morganti C, Musarella N. Relato de experiencia: educación para la salud con adolescentes. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*. 2018; 38(4): 149-153. Disponible en: [https://instituto.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/76934\\_149-153%20H14-16-Burdiso-A.pdf](https://instituto.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/76934_149-153%20H14-16-Burdiso-A.pdf)
  7. Gurtler S, Guerra C, Kemnitz M. Relato de Experiencia: Educación Sexual Integral en un colegio secundario de la Provincia de Buenos Aires. Presentado en el XX Congreso Nacional de FAMFyG, Noviembre 2022, Salta, Argentina.
  8. Ministerio de Salud y desarrollo social, Experiencias para armar: Manual para talleres en salud sexual y salud reproductiva. 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/experienciasparaarmar.pdf>
  9. Hablemos de todo. El consentimiento es simple como el mate. YouTube. 16 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ODkvBuSKzPI>

# Disponibilidad de medicamentos antidiabéticos orales para una población con diabetes mellitus bajo programa, en el primer nivel de atención de salud de la Ciudad de Córdoba, durante el año 2019

Availability of oral antidiabetic medications for patients with Diabetes Mellitus in a municipal program at the primary care in Córdoba, Argentina, 2019

Autores: Leandro Gamba<sup>a</sup>, Ana Cristina López<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médico especialista en Medicina Familiar y General. Magister en Salud Pública por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Profesor adscripto en la Unidad de Apoyo Farmacología Aplicada de la Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba. Diplomado en desigualdades y políticas públicas distributivas por FLACSO. Integrante del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO.

<sup>b</sup> Médica, especialista en clínica médica. Magíster en salud pública por la Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba. Docente universitaria Prof. adjunta unidad de apoyo farmacología aplicada facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Doctoranda en medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Investigadora categoría V, Ministerio de Educación de la Nación. Coordinadora Provincial del Programa Provincial Córdoba Diabetes PROCORDIA. Referente del Programa diabetes Obra Social Universitaria DASPU

## Resumen

**Introducción.** La diabetes mellitus (DM) representa una epidemia global con alto impacto sanitario. La disponibilidad de medicamentos implica su presencia física y que existan en el volumen necesario para asegurar un tratamiento adecuado a quienes lo requieren clínicamente, en el momento oportuno. La selección y el suministro son claves en la gestión de los medicamentos esenciales para garantizar su disponibilidad. **Método.** Se desarrolló un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo y transversal. Se analizaron cuatro bases de datos institucionales. Se utilizó la Dosis Diaria Definida (DDD) como unidad para cuantificar la disponibilidad de antidiabéticos orales (ADO) según el suministro a Centros de Salud (CS) municipales y las necesidades estimadas para la población con DM2 dentro del programa municipal de enfermedades crónicas. Se calculó las DDD suministradas por cada 100 pacientes bajo programa por día (DDD 100 ptesP-día). Se identificaron los principios activos disponibles y si integran las recomendaciones de la guía nacional para el abordaje de la diabetes del Ministerio de Salud. **Resultados.** En 2019, se informaron 4667 pacientes con DM2 bajo programa. La necesidad estimada de ADO fue de 1.703.394 DDD. La disponibilidad total fue de 485.585 DDD, resultando en 28,5 DDD 100 ptesP-día. Los ADO disponibles fueron metformina (63%) y glibenclamida (37%). Ambas drogas integran las recomendaciones de la guía nacional, aunque la glibenclamida no es la primera opción dentro de su grupo terapéutico. **Conclusión.** Se encuentran disponibles en los CS medicamentos con eficacia demostrada, no obstante, el suministro es insuficiente en relación a las necesidades estimadas para la población bajo programa.

Autora para correspondencia: Leandro Gamba. Correo electrónico: [leandrogamba87@gmail.com](mailto:leandrogamba87@gmail.com)  
Recibido: 10/03/2025 Aceptado: 21/07/2025

Cómo citar: Gamba L, López AC. Disponibilidad de medicamentos antidiabéticos orales para una población con diabetes mellitus bajo programa, en el primer nivel de atención de salud de la Ciudad de Córdoba, durante el año 2019. Arch Med Fam Gen. 2025 Jul;22(2):20-30

**Palabras clave.** Acceso a medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias; accesibilidad de servicios de salud; diabetes mellitus tipo 2.

## Abstract

**Introduction.** Diabetes mellitus (DM) represents a global epidemic with a significant health impact. Medicine availability involves not only the physical presence of drugs but also their availability in sufficient volume to ensure appropriate treatment for those with a clinically identified need, at the right time. The selection and supply of medicines are key components in the management of essential drugs to guarantee their availability. **Method.** A qualitative-quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted. Four institutional databases were analyzed. The Defined Daily Dose (DDD) was used as the unit to quantify the availability of oral antidiabetic drugs (OADs), based on the supply to municipal Health Centers (HCs) and the estimated needs for the population with type 2 diabetes (T2DM) enrolled in the municipal chronic disease program. The DDDs supplied per 100 program patients per day (DDD 100 ptesP-day) were calculated. Available active pharmaceutical ingredients were identified and compared with the recommendations of the national diabetes management guideline from the Ministry of Health. **Results.** In 2019, 4667 patients with T2DM were reported under the program. The estimated need for OADs was 1,703,394 DDDs. The total availability was 485,585 DDDs, resulting in 28.5 DDD 100 ptesP-day. Available OADs were metformin (63%) and glibenclamide (37%). Both drugs are included in the national guideline recommendations, although glibenclamide is not the first-line option within its therapeutic group. **Conclusion.** Clinically effective medications are available at municipal HCs; however, the supply is quantitatively insufficient to meet the estimated needs of the program's target population.

**Keywords.** Access to primary care; health services accessibility; diabetes mellitus, type 2.

## Introducción

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), acuñara el concepto de “medicamentos esenciales” en relación a aquellos que satisfacen las necesidades asistenciales prioritarias de la población, debiendo estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes y en las formas farmacéuticas adecuadas(2-4), diversos tratados internacionales, inscribieron al acceso a medicamentos esenciales como un eje central de la agenda sanitaria y una de las principales desigualdades a atender por los estados, fundamentalmente en los países de menores ingresos. Sin embargo, al menos un tercio de la población mundial no accede a los medicamentos que requiere (5), principalmente en los países de ingresos bajos y medios bajos, pese al incremento en el gasto destinado en salud.

El Comité Regional de la OMS para las Américas definió el acceso a medicamentos como la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesitan. (6)

En este marco, la disponibilidad de medicamentos constituye una dimensión clave que abarca no sólo la existencia física de los productos, sino también el volumen necesario para garantizar una terapéutica adecuada a las personas con una necesidad clínica identificada, en el momento oportuno. El suministro de medicamentos se comprende,

entonces, como un componente fundamental de la gestión del modelo requerido para asegurar dicha disponibilidad y dar cumplimiento a las premisas de la definición teórica del acceso. (7,8)

La diabetes mellitus (DM) constituye una importante epidemia a nivel mundial, con un elevado impacto sanitario y en los recursos movilizados para abordarla. (9)

En Argentina según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), la prevalencia de glucemia elevada/diabetes en la población total (18 años y más) fue de 12,7%, un aumento con respecto a la anterior edición del año 2013 en la que la prevalencia había sido de 9.8%. Dicho estudio indica que el 77% de los cuales están bajo tratamiento farmacológico. (10)

La Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (11), propone metformina, como droga de primera elección para lograr el control glucémico, reducir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares y probablemente reducir la mortalidad. La dosis de metformina sugerida de manera concordante con otras guías, oscila entre 500 a 2550 mg/día. En caso de contraindicación o intolerancia, las alternativas son de manera indistinta (por no existir evidencia concluyente en favor de uno u otra) las Sulfonilureas (gliclazida, glimepirida, glipizida), inhibidores de DPP4 (iDPP4: vildagliptina, sitagliptina y linagliptina), meglitinidas (repaglinida), tiazolidinedionas (pioglitazona). En la actualización de esta guía se propone no utilizar glibenclamida en personas con DM2, por su mayor riesgo de hipoglucemias comparada con otras sulfonilureas, sobre todo en mayores de

60 años. Otras guías plantean protocolos de tratamiento concordantes. (12-14)

El acceso a antidiabéticos orales en la DM2 es, por lo tanto, indispensable para un adecuado abordaje terapéutico.

El acceso a medicamentos en Argentina, presenta un vasto recorrido en materia de políticas públicas, donde se experimentaron continuidades y rupturas, pero que, a partir del año 2002, estuvieron orientadas a promover una mayor accesibilidad a los medicamentos. La creación del programa Nacional Remediar fue la iniciativa orientada a quienes cuentan con cobertura pública exclusiva (CPE) y se ejecuta a través de la red de efectores públicos de primer nivel de atención de cada jurisdicción. (15-19)

Según un estudio de prevalencia de motivos de consulta en el primer nivel de atención municipal, se registran anualmente 500 mil consultas, de las cuales solo el 2,5% corresponden a diabetes tipo 2, aunque se destaca el bajo registro de enfermedades crónicas no transmisibles como motivo de consulta; además, en 2019, el 22% del presupuesto municipal en salud se destinó a productos químicos y medicinales para abastecer la red sanitaria, incluidos los centros de salud. (20,21)

El objetivo de este estudio fue evaluar si el suministro de antidiabéticos orales (ADO) disponibles en el primer nivel de atención de los centros de salud municipales durante el año 2019 se corresponde con la estimación de la cantidad necesaria para garantizar la cobertura terapéutica de los pacientes incluidos en el programa. Asimismo, identificar si los medicamentos dispensados se alinean con las recomendaciones establecidas en la Guía

de Abordaje de la Diabetes Mellitus del Ministerio de Salud de la Nación. (11)

### Método

Es un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, sobre 94 CS, distribuidos en 6 zonas sanitarias, del municipio de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019. Se analizaron los medicamentos antidiabéticos orales suministrados por centro de salud y la demanda estimada para cada uno de ellos según la cantidad de personas con diabetes mellitus incluidas en el programa de enfermos crónicos en sus áreas programáticas.

El suministro de los medicamentos estudiados se realiza a través del programa nacional Remediar y del Centro de Distribución de DAPS (CD.DAPS), éstos últimos, provenientes de compras por licitaciones y producción de la Farmacia Municipal. (22) Los medicamentos para el tratamiento de la DM tipo 2, se describen en la tabla N°1 según la clasificación ATC. (Tabla 1)

La unidad de medidas empleada para cuantificar la medicación suministrada y potencialmente demandada es la Dosis Diaria Definida (DDD) -unidad de medida internacional para medicamentos (23),

que corresponde a la dosis de mantenimiento promedio asumida por día para un medicamento utilizado para su indicación principal en adultos.

Los datos del programa Remediar fueron obtenidos a partir del sistema integrado de reportes de logística y medicamentos y por el registro de envíos del CD.DAPS. En base a ellos, se calculó la cantidad de medicación ADO disponible por cada CS y sobre el conjunto de los mismos, medidas en DDD.

- Total de DDD suministrada/año= Total de medicación suministrada en mg de cada ADO/ DDD de cada ADO.

La población bajo programa se calculó en base a registros del programa de enfermedades crónicas del área de epidemiología de DAPS, de la cantidad de personas con diabetes mellitus tipo 2 informada por cada CS mensualmente en 2019. Los registros incluyen a la cantidad de personas registradas en cada CS que se realizan allí sus controles periódicamente y retiran mensualmente su medicación. Con ello, se estimó la población bajo programa promedio mensual de cada CS, por zona sanitaria y total.

Tabla 1: Medicamentos antidiabéticos orales disponibles en el primer nivel de atención de salud de la Ciudad de Córdoba durante 2019.

Principio Activo	Código ATC	Dosis Diaria Definida	Presentación	Programa
Metformina	A10BA02	2 g	comprimidos x 500 mg	remediar & municipalidad
			comprimidos x 850 mg	remediar
Glibenclamida	A10BB01	10 mg	comprimidos x 5 mg	remediar & municipalidad

- Población bajo programa por CS/mes = Suma N° de pacientes por mes/12 meses.

Finalmente, se estimó la cantidad de medicación necesaria para garantizar el tratamiento de la población total bajo programa por CS a lo largo de 2019. En base a la medicación requerida por CS, se calculó por zona sanitaria y total para toda la red.

- DDD estimada para Población bajo programa/año =  $\frac{\text{Población bajo programa por CS/mes} \times \text{DDD} \times 365}{\text{Población bajo programa}}$

A partir de estos datos se calculó la diferencia entre DDD suministradas y DDD estimadas para la población bajo programa por CS y por zona sanitaria.

A su vez, la OMS propone, para simplificar procesos comparativos en estudios de utilización de medicamentos, la tasa de DDD por cada 1000 habitantes/día (24). Con el objetivo de ajustar la información a la escala de la población bajo programa y tomando como antecedente otros estudios relacionados se calcularon las DDD por cada 100 pacientes bajo programa/día. (25)

Finalmente, se estimó la cantidad de medicación necesaria para garantizar el tratamiento de la población total bajo programa por CS a lo largo de 2019. En base a la medicación requerida por CS, se calculó por zona sanitaria y total para toda la red.

- DDD estimada para Población bajo programa/año =  $\frac{\text{Población bajo programa por CS/mes} \times \text{DDD} \times 365}{\text{Población bajo programa}}$

A partir de estos datos se calculó la diferencia entre DDD suministradas y DDD

estimadas para la población bajo programa por CS y por zona sanitaria.

A su vez, la OMS propone, para simplificar procesos comparativos en estudios de utilización de medicamentos, la tasa de DDD por cada 1000 habitantes/día (24). Con el objetivo de ajustar la información a la escala de la población bajo programa y tomando como antecedente otros estudios relacionados se calcularon las DDD por cada 100 pacientes bajo programa/día. (25)

$$\text{DDD}_{100 \text{ ptesP-día}} = \frac{\text{Cantidad de principio activo en el período} \times 100}{\text{DDD} \times \text{días (período)} \times \text{total ptesP}}$$

Además, se desagregan los datos por cada uno de los medicamentos ADO suministrados.

Por último, se analiza si la selección de los medicamentos suministrados forman parte de las recomendaciones de la “Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) 2019”, del Ministerio de Salud de la Nación.

Se excluyeron los CS que no informaron población bajo programa (3 CS correspondientes a las zonas sanitarias N° 2, N° 3 y N°5), debido a que imposibilitó realizar el análisis arriba descrito.

## Resultados

Durante el año 2019 se asistieron a un promedio mensual de 4667 personas con DM2 bajo el programa de enfermedades crónicas en 94 Centros de Salud. La cantidad de DDD estimada para dicha

población bajo programa/año, es de 1.703.394 DDD de antidiabéticos orales para dicho período.

Sin embargo, la DDD totales suministradas fueron 485.517 DDD, lo que representa solo el 28,5% de la medicación necesaria para garantizar el tratamiento anual de las personas bajo programa. Por su parte, la DDD 100 ptesP-día para todos los ADO disponibles es de 28,5 DDD.

Al desagregar los suministros de medicamentos por zona sanitaria según la población que forma parte del programa en cada una de las mismas, se constata un déficit de medicación en todas ellas a lo largo del año 2019.

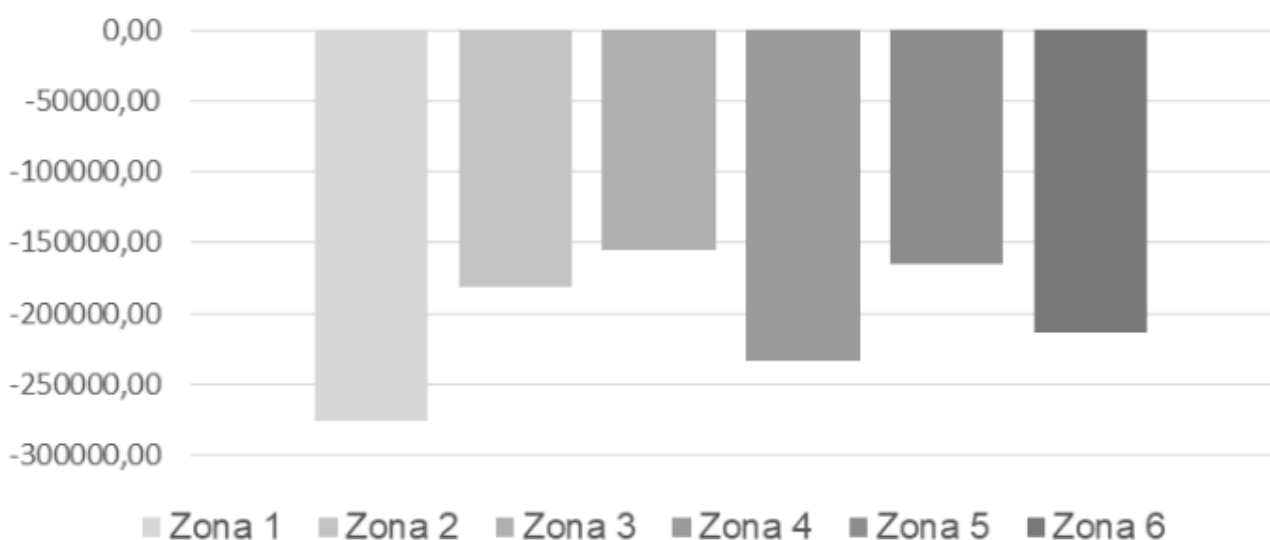
Solo el 3,2% (n=3) de los centros de salud municipales tuvieron DDD totales disponibles por encima de las DDD estimada para Población bajo programa/año: 2 CS correspondientes a la

zona 3 serán y 1 CS de la zona 5.

Al analizar los antidiabéticos orales en DDD 100 ptesP-día, se constata que el CS con más DDD disponibles lo hace en una relación de 17,8 veces más que el de menor disponibilidad. (118,2 DDD 100 ptesP-día vs los 6,6 DDD 100 ptesP-día).

Por su parte, en relación la selección de medicamentos esenciales disponibles para el tratamiento de DM2, según las guías clínicas de referencia, podemos decir que la provisión gratuita municipal y el programa Remediar proveen los mismos medicamentos antidiabéticos: metformina (A10BA02) y glibenclamida (A10BB01). En el caso de la metformina, Remediar suministra dos presentaciones: de 500 mg y la presentación de liberación prolongada de 850 mg. La municipalidad solo provee metformina de 500 mg. Ambos canales realizaron envíos de glibenclamida de 10 mg durante el 2019.

**Figura 1.**  
Diferencia entre DDD de medicación antidiabética oral disponible y estimada para población bajo programa, Ciudad de Córdoba, Año 2019.



El 63% de la medicación antidiabética total disponible correspondió a metformina, mientras que el 37% restante a glibenclamida.

Desagregada por CS, la metformina es la principal droga suministrada en el 84% (n=79) de los mismos, siendo la glibenclamida la primera en el 16% (n=15) restante, con un promedio de metformina de 16,3 DDD 100 ptesP-día, mientras que la glibenclamida fue de 12,2 DDD 100 ptesP-día. Desagregada por zona sanitaria por cada 100 personas bajo programa por día, la Zona 5 es la que mayor metformina y glibenclamida recibió con 22 DDD 100 ptesP-día y 15,36 DDD 100 ptesP-día, respectivamente (Figura 2).

Cuando desagregamos la relación DDD metformina/ DDD de glibenclamida disponibles por centro de salud, la distribución adquiere mayor heterogeneidad, donde se observan CS

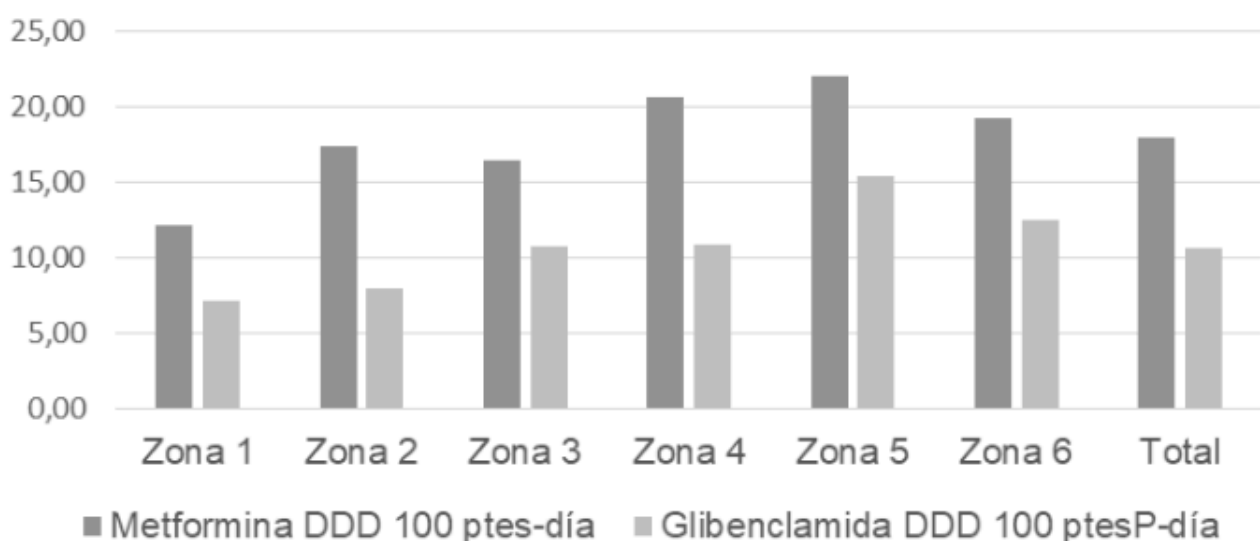
con 7 DDD disponibles de metformina por cada 1 DDD de glibenclamida y otros en los que, por el contrario, la cantidad de glibenclamida disponible duplicó a la de metformina.

### Discusión

La selección de medicamentos y el suministro son dos elementos del ciclo de la gestión de medicamentos imprescindibles para garantizar disponibilidad y por lo tanto, el acceso a medicamentos esenciales en la población. Sin embargo, la principal limitación para el estudio de la disponibilidad como dimensión del acceso, es la divergencia en términos metodológicos, lo que dificulta procesos comparativos.(26)

En algunos casos la disponibilidad se establece en relación a la presencia de stock de los medicamentos en farmacias (27), en otros, en base a la cantidad de medicamentos prescritos (28). En otros estudios, se estima el suministro de

Figura 2.  
Disponibilidad de antidiabéticos orales por zona sanitaria, DDD cada 100 pacientes bajo programa-día. Ciudad de Córdoba, Año 2019.



medicamentos en base a la población potencialmente destinataria según perfiles epidemiológicos, ya sea sobre datos censales de la población general o limitados a la que cuenta con cobertura pública exclusiva.(29,30)

En nuestro trabajo la estimación de la demanda se realiza sobre la población bajo programa, lo que aporta un mirada más precisa de la disponibilidad y acceso a los tratamientos de la misma. En este sentido, el Comité de Expertos de la OMS (31) recomienda para administrar los medicamentos con mayor eficiencia realizar estudios de utilización de medicamentos a los fines de conocer las necesidades reales de la población.

Diversos estudios coinciden (29,30) en que, aunque existe disponibilidad de medicamentos ADO para el tratamiento de la DM2 en los centros analizados, el suministro generalmente es inferior a las DDD estimadas para la población destinataria.

En nuestro país, en la provincia de Buenos Aires, la provisión de medicamentos por el programa Remediar para DM2, en función de la población destinataria potencial, se encuentra muy por debajo de lo esperado. (29) Mientras que en Bahía Blanca la provisión gratuita de medicamentos para DM2 alcanzó entre el 17% y el 26% de la población potencial destinataria. (30) En estos últimos trabajos realizados en jurisdicciones provinciales o municipales, la estimación se da sobre la base de la población potencialmente cubierta por el subsector público, según datos censales para cada una de estas.

En el caso de enfermedades crónicas, como la DM2, es fundamental que la

gestión de medicamentos garantice su disponibilidad de acuerdo a la cantidad de personas que asisten a los centros de salud del primer nivel de atención.

Si este nivel se considera la puerta de entrada al sistema sanitario, asegurar la continuidad de la atención —y, con ello, la provisión y dispensa regular de los medicamentos— resulta clave para que las personas accedan a ellos en el momento en que los necesiten, por tanto los estudios de disponibilidad en DM2, deberían contemplar este último aspecto.

En nuestro trabajo, es importante destacar que no se consideraron los stocks iniciales, debido a que esta información no estaba sistematizada en las bases de datos consultadas, lo cual podría haber llevado a una subestimación de las DDD de los medicamentos disponibles.

En relación a la selección de medicamentos la metformina es el medicamento ampliamente recomendado de primera línea para el tratamiento de la DM2 en la Guía Nacional (11) y en otras consultadas.(12-14)

Sin embargo, su envío se encuentra muy por debajo de las DDD requeridas según pacientes bajo programa. Ésta situación también es observada en sendos estudios realizados en nuestro país, en los municipios de Alta Gracia (26) y Bahía Blanca (30) y en la Pcia. de Buenos Aires (29) donde la metformina fue la droga de mayor disponibilidad.

Por su parte, la glibenclamida pese a las recomendaciones que la desaconsejan, (11) representa un tercio de las DDD de antidiabéticos orales en los centros de salud municipales. Ésta droga fue aportada

por ambos programas, dando cuenta de un uso ampliamente extendido, que también fue identificado en estudios realizados en nuestro país (32,33), en los que se observaron que el 18.8% de la población con DM2 era tratada con glibenclamida como monodroga, y un 21% con terapia combinada de glibenclamida y metformina.

En la Provincia de Buenos Aires, se observó (29) que la prescripción de glibenclamida durante el año 2006 fue mayor que la de metformina. Misma tendencia se observó en otro municipio de Córdoba (33). En Bahía Blanca, observaron que el 56% de la medicación disponible fue metformina y el 44% glibenclamida. (30)

Es importante destacar, que los trabajos citados, se realizaron sobre otros marcos de evidencia científica para el manejo de la DM 2, en los cuales, si bien ya existía una pauta de reemplazar la glibenclamida por otra sulfonilurea, aún no había sido incluida dentro de las recomendaciones del Ministerio de Salud Nacional a través de sus guías hasta la edición 2019, para este trabajo tomada como referencia. No obstante, la guía reconoce a la glibenclamida un beneficio para los pacientes- y aún se encuentra en la lista de medicamentos esenciales seleccionados por la OMS (34)-, aunque se considera pertinente afrontar los costos para reemplazarla por otra sulfonilureas con menor riesgo de reacciones adversas. (10)

En la actualidad la glibenclamida dejó de estar incluida en la provisión ofrecida por el programa Remediar siendo el año 2019 el último en el que se envió esta medicación a Córdoba –se comenzó a incluir gliclazida- (35), mientras que, en el

vademécum municipal, la glibenclamida, aún permanece incluida en la oferta de provisión municipal (36). Además, recientemente la municipalidad amplió su programa de suministro gratuito de medicamentos, incorporando la provisión a través de farmacias comerciales. En el vademécum implementado por este nuevo canal además se incorpora la gliclazida como alternativa terapéutica. (37)

Debido a la creciente evidencia científica en relación al tratamiento con fármacos en personas con DM2, las políticas de medicamentos deben actualizarse para garantizar medicamentos con eficacia, seguridad y a un costo sostenible por parte del sistema sanitario, esto ha justificado el cambio de glibenclamida por gliclazida descritas anteriormente, la mayor cantidad de evidencia científica obligan a realizar una revisión permanente de los aspectos mencionados.

Dados los resultados de esta investigación, sería fundamental dar continuidad a otros estudios que permitan evaluar las posibles causas por las cuales las DDD provistas son inferiores a las estimadas según la población bajo programa que refieren los centros de salud, considerando aspectos vinculados al modelo de continuidad de atención por parte del PNA, la dispensa de medicamentos, el sistema de registro e informatización necesaria para la gestión, así como la evaluación de la política de medicamentos a partir de otros indicadores de calidad de atención.

## **Conclusión**

Los medicamentos se encuentran disponibles en los centros de salud municipales del primer nivel de atención a partir del suministro de medicamentos

con eficacia demostrada, no obstante, son insuficientes cuantitativamente en relación a las necesidades estimadas para la población bajo programa. El modelo de gestión y suministro de estos medicamentos debería identificar los motivos para poder garantizar el acceso a la población bajo programa, elemento fundamental en el tratamiento de las personas con DM2.

## Referencias Bibliográficas

1. Comité de Expertos de la OMS. Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra; 1977.
2. The Pan American Health Organization. Declaración de Alma-Ata. En Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud; 1978; Alma-Ata: Pan American Health Organization.
3. Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo del Milenio. informe 2015. Nueva York; 2015. [acceso julio 2025]. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/RES/70/1>
4. Asamblea General Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. [acceso julio 2025]. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/HLPF/2019/L1>
5. Centro de Prensa Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Acceso julio 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets> .
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [Acceso julio 2025]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/C\\_D53-5-s.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/C_D53-5-s.pdf).
7. Luiza, Vera Lucia. Acceso a medicamentos essenciais no Rio de Janeiro. 2003. xiii,227 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. [Acceso julio 2025] Disponible en: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37672>
8. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica para la planificación de la gestión del suministro de insumos estratégicos [Internet]. Washington (DC): OPS; 2024 noviembre [Acceso julio 2025]. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/guia-fundo-estrategico-intern\\_et.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/guia-fundo-estrategico-intern_et.pdf)
9. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. [Acceso julio 2025] Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org>.
10. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos Octubre de 2019 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) - Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. [Acceso julio 2025]. Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf)
11. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) 2019; Buenos Aires, 2019.
12. Faingold, M. C., & Commendatore, V. (2016). Guías para el Tratamiento de la diabetes Mellitus Tipo 2. Sociedad Argentina de Diabetes. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes, 64-90.
13. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2019.
14. National Institute for Health and Care Excellence. NICE. Type 2 diabetes in adults: management. 2022. [Acceso julio 2025] Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>
15. Abrutzky R, Bramuglia C, Godio C. Aspectos de la Política Nacional de Medicamentos Ley de Prescripción de Medicamentos por su nombre genérico y Plan Remediar. Buenos Aires; 2008. Doc N°51. [Acceso julio 2025] Disponible en <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20100720110104/dt51.pdf>
16. Ramacciotti, K. I., & Romero, L. (2017). La regulación de medicamentos en la Argentina (1946-2014). *Revista Iberoamericana De Ciencia, Tecnología Y Sociedad - CTS*, 12(35). [Acceso julio 2025] Disponible en <https://ojs.revistacts.net/index.php/CTS/article/view/24>
17. Gamba L. Paradigmas de salud y políticas de medicamentos: continuidades y rupturas en el caso argentino en la etapa posguerra hasta finales del siglo XX. Archivos de Medicina Familiar y General. 2020; 17(1):19-25
18. Abrutzky R, Godio C, Bramuglia C. Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo; Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo; 9; 8-2017; 59-90.
19. Monsalvo M, Rodríguez Riccheri P, Ventura G. El programa Remediar. Gestión y Resultados de un modelo innovador en APS. Buenos Aires; 2006.

20. Utz L, Peresini V, Farías A, y cols. Motivos de Consulta Prevalentes en centros de Salud de Primer Nivel de Atención en la Ciudad de Córdoba Año 2016. *Revista de Salud Pública*. 2018; 22(3):10-16.
21. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Informe de la Secretaría de Salud. Informe de Gestión presentado ante el Concejo Deliberante de la Ciudad Capital. Córdoba; 2018.
22. Cella A. Implementación de gestión por procesos en el Centro de Distribución de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), Municipalidad de Córdoba, 2013. 2014. Tesis de Maestría. [Acceso julio 2025] Disponible en: [https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/CELLA\\_andrea\\_natalia.pdf](https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/CELLA_andrea_natalia.pdf)
23. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology Norwegian Institute of Public Health. [Acceso julio 2025] Disponible en: [https://www.whocc.no/ddd/definicion\\_and\\_general\\_considera/](https://www.whocc.no/ddd/definicion_and_general_considera/).
24. Indicadores DDD [sitio web]. World Health Organization. [Acceso julio 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/indicators>
25. Uema S. Programa de Salud para pacientes Diabéticos: Calidad en la gestión del suministro de medicamentos esenciales. 2013. Trabajo de Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. [Acceso julio 2025] Disponible en: [https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/UEMA\\_sonia\\_a\\_n.pdf](https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/UEMA_sonia_a_n.pdf)
26. World Health Organization; Health Action International. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd edition. Geneva: WHO; 2008. p. 241. [Acceso julio 2025] Disponible en: <https://haiweb.org/publication/measuring-medicine-prices-availability-affordability-and-price-components-2nd-ed/>
27. Attaei MW, Khatib R, McKee M, Lear S, Dagenais G, Igumbor EU, et al. Disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos para enfermedades cardiovasculares y su efecto sobre el uso en países de ingresos altos, medios y bajos: un análisis de los datos del estudio PURE. *Lancet Public Health*. 2017; 7(6):411-419.
28. Cañas M, Homar C, Marín GH, Perrota M. Utilización de Medicamentos del Programa REMEDIAR en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Latin American Journal of Pharmacy*. 2008;27 (4):535-542.
29. Elorza ME, Moscoso NS, Ripari NV. Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso. *Salud Colectiva*. 2012; 8(1):35-45.
30. World Health Organization Expert Committee on the Use of Essential Drugs. The Use of Essential Drugs. Report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, No. 882. Ginebra: World Health Organization; 1999. p. 4.
31. Quaglia NB, Nuñez MH, Marzi MM. Patrones de prescripción de medicamentos e indicadores demográficos en una población diabética en Argentina. *Farmacia Hospitalaria*. 2012; 36(2):92-96.
32. Brusa AF. Pacientes diabéticos sin cobertura de salud: utilización de medicamentos, adherencia y complicaciones derivadas de su patología de base. *Rev. Salud Pública (Córdoba)* [Internet]. 2014;17(2):53-692. [Acceso julio 2025] Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6836>
33. World Health Organization. Web Annex A. World Health Organization Model List of Essential Medicines – 23rd List, 2023. En: The selection and use of essential medicines 2023: Executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines; Ginebra; 24 – 28 Abril, 2023.
34. Ministerio de Salud de la Nación. SIR- Sistema Integrado de reportes de logística y medicamentos. [Acceso julio 2025]. Disponible en: [https://sir-medicamentos.msal.gov.ar/int\\_Reporte\\_Medicamentos\\_Asignados\\_Por\\_Jurisdiccion/ShowInt\\_Reporte\\_Medicamentos\\_Asignados\\_Por\\_JurisdiccionTable.aspx](https://sir-medicamentos.msal.gov.ar/int_Reporte_Medicamentos_Asignados_Por_Jurisdiccion/ShowInt_Reporte_Medicamentos_Asignados_Por_JurisdiccionTable.aspx).
35. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Municipalidad de Córdoba. [Acceso julio 2025] Disponible en: <https://salud.cordoba.gob.ar/laboratorio-farmaceutico-municipal/>.
36. Municipalidad de Córdoba. Portal Municipalidad de Córdoba. Secretaría de Salud. Programa Mejorar. [Acceso julio 2025] Disponible en: <http://bit.ly/4hDWiHH>

# Alivio digestivo: Psicofármacos en el manejo de la Dispepsia Funcional

## Digestive relief: Psychotropic drugs in the management of Functional Dyspepsia

Autores: Mariana Alonso<sup>a</sup>, Matías Alejandro Cabeza<sup>b</sup>, Valentina Deheza<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Residente de segundo año de medicina familiar - OSPeCon Tucumán – Miembro de la Asociación Tucumana de Medicina Familiar, General y Comunitaria. ORCID: 0000-0002-7033-5979

<sup>b</sup> Médico de Familia – Instructor de la Residencia de Medicina Familiar Ospecon – Construir Salud – Miembro de la Asociación Tucumana de Medicina Familiar, General y Comunitaria.

<sup>c</sup> Residente de tercer año de la residencia de medicina familiar – Ospecon Construir Salud – Miembro de la Asociación Tucumana de Medicina Familiar, General y Comunitaria.

### Resumen

La actividad neuromoduladora es un factor que interviene en la fisiopatología de la dispepsia funcional. En el mercado, existen asociaciones de medicamentos que se utilizan de acuerdo a la disponibilidad actual. Cuestionamos de nuestra práctica clínica si, en adultos con dispepsia, ¿los psicofármacos mejoran los síntomas en comparación con otros tratamientos o placebo?

Se realizó la búsqueda en Cochrane, Pubmed y Biblioteca Virtual de Salud, con palabras clave: Benzodiazepine; Dyspepsias; Antidepressant Agents. Se incluyeron 3 revisiones sistemáticas con/sin metaanálisis, de los últimos 10 años, sin restricción de idiomas, con fecha de corte julio 2024: un metaanálisis en red que compara la eficacia de los psicofármacos con circuito cerrado sin evidencia de inconsistencia local ni estadísticamente significativa. Dos revisiones sistemáticas y un metaanálisis que evaluaron la eficacia y tolerabilidad del tratamiento con fármacos psicotrónicos. Ambos presentaron riesgo de sesgo y heterogeneidad con posterior sensibilidad significativa. Existe evidencia a favor del uso de psicofármacos, principalmente de antidepresivos tricíclicos, para mejorar los síntomas de dispepsia funcional en los tres estudios. No así sobre el uso de benzodiazepinas, hasta el momento. Por lo cual se requiere de más estudios clínicos sobre dicha intervención, siendo primordial la decisión compartida con el paciente, teniendo en cuenta sus eventos adversos.

**Palabras clave.** dispepsia funcional, psicofármacos, agentes antidepresivos.

---

Autora para correspondencia: Mariana Alonso. [amariana2705@gmail.com](mailto:amariana2705@gmail.com)

Recibido: 09/12/2024 Aceptado: 16/06/2025

Cómo citar: Alonso M, Cabeza MA, Deheza V. Alivio digestivo: psicofármacos en el manejo de la dispepsia funcional. Arch Med Fam Gen. 2025 Jul;22(2):31-35

## Abstract

Neuromodulatory activity is a factor that intervenes in the pathophysiology of functional dyspepsia. In the market, there are associations of medications that are used according to current availability. We question from our clinical practice whether, in adults with dyspepsia, do psychotropic drugs improve symptoms compared to other treatments or placebo?

The search was carried out in Cochrane, Pubmed and Virtual Health Library, with keywords: Benzodiazepine; Dyspepsias; Antidepressant Agents. 3 systematic reviews with/without meta-analysis were included, from the last 10 years, without language restrictions, with a cut-off date of July 2024: A network meta-analysis that compares the efficacy of psychotropic drugs with closed circuit without evidence of local or statistically significant inconsistency. Two systematic reviews and meta-analyses that evaluated the efficacy and tolerability of treatment with psychotropic drugs. Both presented risk of bias and heterogeneity with subsequent significant sensitivity. There is evidence in favor of the use of psychotropic drugs, mainly tricyclic antidepressants, to improve the symptoms of functional dyspepsia in all three studies. Not so about the use of benzodiazepines, so far. Therefore, more clinical studies on this intervention are required, with the shared decision with the patient being essential, taking into account their adverse events.

**Keywords.** functional dyspepsia, psychotropic drugs, antidepressant agents.

## Introducción

El problema que motivó nuestra búsqueda fue la prevalencia de uso de asociaciones con benzodiazepinas para el tratamiento de dispepsia funcional.

La dispepsia se define como dolor o molestia crónica o recurrente en el abdomen superior. La afección afecta a entre el 5% y el 10% de la población mundial en cualquier momento dado y tiene un efecto recurrente y remitente. (1)

La fisiopatología lleva a trastornos de la motilidad, hipersensibilidad visceral y alteraciones en la microbiota gastrointestinal, la función mucosa e inmunológica y el procesamiento del SNC. El aumento de las áreas de dolor referido viscerosomático en pacientes con dispepsia funcional provoca hipersensibilidad de las neuronas. Así, los efectos inhibidores centrales de los TCAD sobre 5-HT y la recaptación de norepinefrina puede conducir a sus propiedades analgésicas viscerales, y sus efectos anticolinérgicos pueden alterar la motilidad gastrointestinal. (2)

**Pregunta clínica:** En adultos con dispepsia, ¿los psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas) mejoran los síntomas en comparación con otros tratamientos o placebo?

**Objetivo:** Conocer la eficacia de los psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas) para disminuir los síntomas de dispepsia funcional en pacientes adultos.

## Estrategia de búsqueda

Se realizó la búsqueda en Cochrane, Pubmed y Biblioteca Virtual de Salud, usando como palabras clave (términos Mesh y Decs): Benzodiazepine Compounds; Benzodiazepine; Dyspepsias; Indigestión; Indigestions; Amitriptyline; Antidepressant Agents; Diet Therapy; Minimal Clinically Important Difference, asociando a buscadores booleanos OR, AND, NOT.

Se agregaron filtros para incluir solamente revisiones sistemáticas (RSs) con/sin metaanálisis (MA) y ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), de los últimos 10 años, sin restricción de idiomas, con fecha de corte de la búsqueda julio 2024.

De los artículos encontrados, se seleccionaron tres que mejor responden a nuestra pregunta clínica:

## Resumen de la evidencia

**Título:** *Eficacia comparativa y aceptabilidad de los psicofármacos para la dispepsia funcional en adultos.*

**Autores:** Zhou, Wan MDa; Li, Xia PhDb; Huang, Yin MDa; Xu, Xiaoxiao MDa; Liu, Yan MDa; Wang, Jiayan MDa; Nie, Gang MDa; Zhou, Dongdong MDc.

**Procedencia:** Medicine 100(20):p e26046, May 21, 2021. | DOI: 10.1097/MD.00000000000026046

Se incluyeron 10 estudios, con un total de 970 pacientes con dispepsia funcional. Algunos de sus criterios de inclusión fueron: ECA, adultos; diagnóstico según criterios de roma, entre otros. Se evaluó el riesgo de sesgo según el Manual de Cochrane:

uno de los ensayos se calificó como de alto riesgo de sesgo, 6 se calificaron como de riesgo moderado, mientras que otros 3 se calificaron como de bajo riesgo. Los criterios utilizados para definir la mejoría de los síntomas después de la terapia fueron a partir de la sensación subjetiva de alivio de los síntomas globales informada por el paciente en 5 estudios, y la mejora del 30 % en la evaluación del paciente sobre la gravedad de los síntomas gastrointestinales superiores en el resto. El seguimiento fue de 2 semanas en 2 estudios, 4 y 12 semanas en 4 estudios, y 8 en el resto. Se realizó un MA en red de la efectividad de los psicofármacos con placebo por medio de comparación directa, a su vez se comparó escitalopram y amitriptilina de igual manera. Se efectuó una tabla de liga que ilustró la efectividad y aceptabilidad de los psicofármacos. Se pudo destacar la eficacia de amitriptilina en comparación con placebo a favor de la intervención (OR 1,47; IC 95% de 0,46 a 4,76). Igualmente de escitalopram con amitriptilina con un resultado significativo a favor de este último. La conclusión de este estudio es a favor de los antidepresivos en el tratamiento de dispepsia.

**Título:** *Eficacia de los psicofármacos en la dispepsia funcional: revisión sistemática y metanálisis.*

**Autores:** Alexander C Ford, Pavit Luthra, Jan Tack, Guy E Boeckxstaens, Paul Moayyedi, Nicholas J Talley.

**Procedencia:** PubMed. 2017 Mar;66(3):411-420. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-310721

Se incluyeron 13 ensayos clínicos aleatorios, con un total de 1241 pacientes. Se excluyeron a personas con trastornos del estado de ánimo. Se evaluó la calidad

de los estudios según el Manual de Cochrane, 10 estudios obtuvieron bajo riesgo de sesgo. La presencia de sesgo de publicación se atribuye a estudios a corto plazo y con N pequeño. Se evaluó la eficacia de los psicofármacos frente al placebo en la dispepsia a partir del riesgo relativo. Los criterios utilizados para definir la mejoría de los síntomas después de la terapia fueron a partir de la sensación subjetiva de alivio de los síntomas globales informada por el paciente en 5 estudios, escalas análogas visuales en 3 y la mejora del 30 % en la evaluación del paciente sobre la gravedad de los síntomas gastrointestinales superiores en el resto. El seguimiento fue de 2 semanas en 4 estudios, 3 en un estudio, 4 semanas en 4 estudios, y 8 en el resto. En el análisis global se obtuvo un resultado significativo a favor con un valor de RR de 0.78 (IC del 95% de 0,68 a 0,91), y una heterogeneidad moderada. En el análisis de subgrupos se obtuvo un resultado significativo a favor de los antipsicóticos como sulpirida y levosulpirida y antidepresivos tricíclicos como amitriptilina e imipramina comparados con placebo. La conclusión de este estudio resulta a favor de antipsicóticos y antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de dispepsia.

**Título:** *Antidepresivos en el tratamiento de la dispepsia funcional: una revisión sistemática y un metanálisis.*

**Autores:** Yaoyao Lu, Meng Chen, Huang Zhiyin, Tang Chengwei. June 16, 2016.

**Procedencia:** PLoS ONE 11(6): e0157798. DOI 10.1371

Esta revisión sistemática tiene como objetivo evaluar la eficacia de los

antidepresivos en el tratamiento de la dispepsia en adultos.

Se incluyeron ocho ensayos clínicos, seis RCTs paralelos (ensayo aleatorizado) y dos cruzados, con un total de 463 pacientes. El seguimiento fue de 12 semanas en dos estudios, 8 semanas en 4 estudios y 2 a 6 en el resto. Se seleccionaron sólo estudios clínicos aleatorizados que compararon la eficacia de los antidepresivos con placebos. Siete de los ocho ECA informaron las tasas generales de mejoría de los síntomas en respuesta al tratamiento. De estos, tres estudios informaron las puntuaciones exactas de los síntomas en cada grupo y tres estudios informaron sobre las mejoras en la calidad de vida. Sin embargo, no se especifican los criterios de mejoría o eficacia clínica. Se utilizaron resultados de análisis por intención a tratar y por protocolo. La calidad de cada estudio se evaluó a través de la escala de Jadad. Los ocho artículos fueron de calidad moderada a alta. En cuanto a limitaciones podemos observar sesgo de selección en el análisis de subgrupos. En total, 252 de 463 pacientes informaron que los síntomas no mejoraron en el grupo de antidepresivos, en comparación con 139 de 370 pacientes en el grupo placebo, sin diferencias significativas entre los dos grupos. (RR = 0,85, IC del 95%: 0,69 a 1,03, P = 0,10). Con respecto a la eficacia de los antidepresivos frente al placebo, no se encontró un beneficio significativo de estos en comparación con el mismo. Así, se realizó un análisis de subgrupos para determinar la eficacia de los antidepresivos tricíclicos comparado con placebo obteniéndose un resultado significativo a favor de la intervención, mientras que la eficacia de los

antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) con respecto a placebo, no mostró resultado significativo. En conclusión, el estudio respalda el uso de antidepresivos tricíclicos, pero no de ISRS, en el tratamiento de la dispepsia.

### Conclusiones y recomendaciones finales

Luego del análisis concluimos que el uso de psicofármacos como los antidepresivos tricíclicos, entre ellos la amitriptilina, se podrían recomendar para el alivio de síntomas de la dispepsia.

Si bien todos los estudios demostraron una respuesta favorable para disminuir la duración de la sintomatología, también tuvieron limitaciones como la presencia de heterogeneidad, posibilidad de sesgo de publicación y la imprecisión e inconsistencia.

Si bien no fue nuestro objetivo, destacamos las observaciones que presentó cada estudio sobre los eventos adversos al utilizar psicofármacos. Aunque no se describen cuáles fueron, denotan que no son graves.

Por otro lado, no se encuentra evidencia sobre el uso de benzodiazepinas para el tratamiento de dispepsia. No existe información al momento que avale el uso de las benzodiazepinas como psicofármacos en el tratamiento con dispepsia funcional.

A su vez tanto la Sociedad Británica de Gastroenterología como la Sociedad Argentina de Gastroenterología consideran el uso de antidepresivos tricíclicos como segunda línea para tratamiento de dispepsia funcional. (3)

De esta manera, aconsejamos realizar una toma de decisiones compartidas para poder evaluar el tratamiento y seguimiento correspondiente. Asumir los riesgos y beneficios de las distintas terapias según las presentaciones disponibles en el mercado, es una tarea que debemos dirigir considerando siempre la opinión de nuestros pacientes.

### Referencias Bibliográficas

1. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Prevalencia mundial y carga de trastornos gastrointestinales funcionales, resultados del estudio global de la Fundación Roma. *Gastroenterología*. 2020. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
2. Gershon MD, Wade PR, Kirchgessner AL, Tamir H. 5-HT receptor subtypes outside the central nervous system. Roles in the physiology of the gut. *Neuropsychopharmacology* 1990;3:385-95.
3. Ford, AC [orcid.org/0000-0001-6371-4359](https://orcid.org/0000-0001-6371-4359), Luthra, P, Tack, J et al. (3 autores más) (2017) Eficacia de los fármacos psicotrópicos en la dispepsia funcional: revisión sistemática y metaanálisis. *Gut*, 66 (3). pp. 411-420. ISSN 0017-5749 <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310721>
4. Zhou, Wan MDa; Li, Xia PhD; Huang, Yin MDa; Xu, Xiaoxiao MDa; Liu, Yan MDa; Wang, Jiayan MDa; Nie, Gang MDa; Zhou, Dongdong MDc,\*. Comparative efficacy and acceptability of psychotropic drugs for functional dyspepsia in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Medicine* 100(20):p e26046, May 21, 2021. | DOI: 10.1097/MD.00000000000026046
5. Lu Y, Chen M, Huang Z, Tang C (2016) Antidepressants in the Treatment of Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 11(6): e0157798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157798>