Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 23 | Número 3 | Noviembre 2025

ISSN 1852 - 656X
Córdoba, Argentina

Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 23 | Número 3 | Noviembre 2025

ISSN 1852 - 656X
Córdoba, Argentina
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 23, Número 3. 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 Echavarria. 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 Tomas 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
La Medicina Familiar en la formación médica: un pilar para el cuidado de la salud en tiempos de sobreinformación
Autora: Cecilia Astegianoa Páginas: 1–2

Artículo original
Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes pertenecientes a una institución privada de salud, en contexto de la pandemia COVID-19
Autores/as: Mariana Riva, Luciano Catalano, Florencia Eckart, Gisela Oltra Páginas 3-14

Artículo original
Carga asociada al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un centro de salud público durante 2024
Autora: Sofía Aldana Moscoso Páginas: 15-30

Estudio de revisión narrativa sobre seguridad del uso de antieméticos en niños
Autores/as: Cecilia A. Alvarez Rotondo, Pablo García Munitis, Gustavo H. Marín, Ezequiel Perez Páginas: 31–40

Entrevista
Ana Braslavsky - Investigación clínica con apoyo económico parcial por parte de un patrocinante externo
Entrevistadora: Ma. Florencia Grande Ratti Páginas: 41-46

Entrevista
Noelia De Masi - Estudios mixtos de investigación y gestión organizacional
Entrevistadora: Ma. Florencia Grande Ratti Páginas: 47-51

Editorial

La Medicina Familiar en la formación médica: un pilar para el cuidado de la salud en tiempos de sobreinformación

En el contexto actual de los sistemas de salud y de creciente complejidad social, la Medicina Familiar ocupa un lugar insustituible en la formación de los futuros médicos. Su presencia en la currícula universitaria no sólo garantiza la adquisición de competencias clínicas integrales, sino que promueve una mirada humanizada, comunitaria y basada en la comprensión de la determinación social que condiciona los procesos de salud y enfermedad.

Formar médicos con una sólida base en Medicina Familiar implica mucho más que enseñar a resolver problemas prevalentes del primer nivel de atención. Significa formar profesionales capaces de pensar en la persona en su contexto, acompañar procesos de salud a lo largo del curso de vida y trabajar interprofesionalmente para fortalecer el sistema sanitario. La Medicina Familiar aporta al perfil del egresado competencias esenciales: la capacidad de comunicación empática, la toma de decisiones compartida, el abordaje centrado en la persona y la comunidad, y la responsabilidad ética en el uso racional de los recursos.

En tiempos marcados por la sobreabundancia de información —y, paradójicamente, por la dificultad para discernir entre evidencia, opinión e intereses—, el rol del médico de familia adquiere un nuevo valor. Somos formadores de pensamiento crítico, orientadores del paciente frente al exceso de datos, y defensores del sentido de la medicina como práctica social, científica y humana.

Desde nuestras asociaciones científicas, tanto a nivel local como nacional, asumimos el compromiso de acompañar este proceso educativo. La Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) trabaja activamente para fortalecer los espacios docentes, promover la investigación en atención primaria y construir redes entre equipos de salud y universidades. La participación de docentes y estudiantes en nuestras actividades académicas contribuye a tender puentes entre la formación y la práctica real, y a reafirmar que la Medicina Familiar no es sólo una disciplina, sino una manera de entender el ejercicio médico.

En este marco, nos encontraremos en nuestro próximo Congreso Nacional de Medicina Familiar, bajo el lema “Promoviendo el cuidado de la salud en tiempos de sobreinformación” que se desarrollará el 29, 30 y 31 de octubre en Adrogué, provincia de Buenos Aires, para reflexionar sobre nuestro rol frente a los desafíos de la comunicación, la salud digital y la crisis planetaria que interpela nuestras prácticas.

Reafirmamos así que la Medicina Familiar debe ocupar un lugar estratégico en la currícula de las carreras de medicina, como cimiento para formar profesionales comprometidos con las personas, las

comunidades y el planeta. Solo desde una formación integral, centrada en el cuidado y guiada por el interés común, podremos contribuir a sistemas de salud más justos y humanos.

Cecilia Astegiano[a]

[a] Médica de Familia.

Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes pertenecientes a una institución privada de salud, en contexto de la pandemia COVID-19

Prevalence of Burnout Syndrome in resident doctors belonging to a private health institution, in the context of the COVID-19 pandemic

Autores/as: Mariana Riva[a], Luciano Catalano[b], Florencia Eckart[b], Gisela Oltra[b]

a Policonsultorio UTHGRA San Martín, Buenos Aires, Argentina.
b Servicio de Medicina Familiar, Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Objetivo: Este estudio de corte transversal tuvo como objetivo determinar la prevalencia del síndrome de Burnout entre médicos residentes en una institución de salud privada durante la pandemia de COVID-19. **Métodos**: encuesta realizada a residentes y jefes de residentes de la Fundación Sanatorio Güemes entre septiembre y noviembre de 2022. Fueron enviadas un total de 193 encuestas, de las cuales se obtuvieron 46 respuestas (23,8%). La encuesta incluyó preguntas relacionadas con el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, como también datos sociodemográficos. **Resultados**: La prevalencia del síndrome de Burnout en el grupo evaluado fue alta, con tasas para cada una de las esferas de: 88,89% para el agotamiento emocional, 73,33% para la despersonalización y 48,89% para la falta de realización personal. **Conclusión**: Los hallazgos indican una prevalencia significativa del síndrome de Burnout entre médicos residentes, probablemente exacerbada por la pandemia de COVID-19. Factores como el contexto pandémico, la falta de apoyo y las condiciones laborales deficientes contribuyeron a este fenómeno. La implementación de medidas preventivas y sistemas de apoyo es crucial para abordar el síndrome de Burnout entre los médicos residentes.

Palabras clave: Clínica dirigida por estudiantes; Agotamiento profesional; COVID-19; Prevalencia.

Abstract

Objective: This cross-sectional study aimed to determine the prevalence of Burnout syndrome among medical residents in a private healthcare institution during the COVID-19 pandemic. Methods: survey conducted among residents and chief residents of the Sanatorio Güemes Foundation between September and November 2022. A total of 193 surveys were sent, of which 46 responses (23.8%) were obtained. The survey included questions related to emotional exhaustion, depersonalization, and personal

Autora para correspondencia: Mariana Riva. Correo electrónico: marianac.riva@gmail.com
Recibido: 10/07/2024 Aceptado: 22/04/2025

Cómo citar: Riva M, Catalano L, Eckart F, Oltra G. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes pertenecientes a una institución privada de salud, en contexto de la pandemia COVID-19. Arch Med Fam Gen. 2025 Nov;23(3):3–14.

accomplishment, as well as sociodemographic data. **Results:** The prevalence of Burnout syndrome in the evaluated group was high, with rates for each of the spheres of: 88.89% for emotional exhaustion, 73.33% for depersonalization and 48.89% for lack of personal fulfillment. **Conclusion: T**he findings indicate a significant prevalence of Burnout syndrome among medical residents, likely exacerbated by the COVID-19 pandemic. Factors such as the pandemic context, lack of support and poor working conditions contribute to this phenomenon. Implementation of preventive measures and support systems is crucial to address Burnout syndrome among medical residents.

Keywords: student run clinic, burnout professional, covid-19, prevalence.

Introducción

El síndrome de burnout fue descrito por primera vez en 1974 como un conjunto de síntomas médicos, biológicos y psicosociales que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía (1), desencadenando un cuadro clínico determinado por agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización personal. (2)

En el año 2000, el síndrome de Burnout fue declarado por la OMS como un factor de riesgo laboral por su capacidad de afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. (3) Esta misma organización es la que decidió incluir, en la 11va revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) al síndrome de burnout dentro de los “problemas asociados con el empleo o el desempleo” como un fenómeno ocupacional, definiéndolo como “un síndrome conceptualizado resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito”, entendiéndose específicamente dentro del marco laboral, no debiendo aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida. (4)

Centrándonos específicamente en la nación argentina, el catálogo de enfermedades profesionales delineado en el artículo 6, inciso 2, de la ley número 24.557 no abarca las condiciones psiquiátricas, dejando fuera al síndrome de burnout de la categoría de enfermedades profesionales. (5)

Durante el periodo comprendido entre 2020 y 2022, el mundo entero se vio profundamente impactado por la pandemia COVID-19, con un énfasis particular en el personal de salud, el cual experimentó una serie de desafíos, que incluyeron un incremento significativo en las horas laborales, cambios en sus rutinas diarias y la suspensión de vacaciones y licencias.

Diversos estudios se han llevado a cabo desde el inicio de la pandemia para evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout, teniendo como población central a profesionales de la salud, y en algunos casos, a residentes en particular. En todos los casos, la prevalencia fue cercana o mayor al 50 % y dentro de los factores agravantes se describieron: tener menos antigüedad; ser residente; tener al cuidado a pacientes con sospecha o covid confirmado y trabajar jornadas de 24 hs o más. (6,7,8,9)

En el Sanatorio Güemes algunas residencias experimentaron ajustes en sus programas académicos habituales, reubicándose en sectores de alta demanda durante el primer año de la pandemia.

El objetivo de este estudio consistió en determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes pertenecientes a una institución privada de salud, que ya estuvieran realizando la residencia y sufrieran cambios en el cronograma de las mismas, en el contexto de la pandemia COVID-19, con el propósito de comprender cómo esta crisis afectó a dichos profesionales. De forma secundaria, se buscó conocer la opinión de los participantes respecto a cómo podría haber mejorado su salud mental y su labor durante la pandemia COVID-19 y los sentimientos que les generó trabajar en este contexto.

Objetivos primarios y secundarios

Objetivo Primario

Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los residentes pertenecientes a la Fundación Sanatorio Güemes (FSG)[1], en contexto de la pandemia COVID-19.

Objetivos Secundarios

Conocer la opinión y sentimientos de los participantes respecto a cómo creen que podría haber mejorado su salud mental y el trabajo en contexto de la pandemia COVID-19.

Materiales y métodos

Diseño del Estudio

Se trató de un estudio observacional de corte transversal realizado durante el periodo comprendido entre septiembre y noviembre de 2022 en el Sanatorio Güemes[2] (Hospital escuela, sede de la Universidad de Buenos Aires).

Población

Médicos residentes y jefes de residentes de la Fundación Sanatorio Güemes (FSG), pertenecientes a las especialidades básicas[3] y articuladas[4] dictadas en la misma, cuyo ingreso a residencia fuera entre junio 2017 a octubre de 2020 inclusive.

Criterios de Inclusión

- Médicos residentes de las especialidades básicas ó articuladas de FSG: anestesiología; cirugía general; clínica médica; diagnóstico por imágen; medicina familiar; ortopedia y traumatología; otorrinolaringología; pediatría; tocoginecología; cardiología; neurocirugía; neurología y terapia intensiva.
- Jefes de residentes (JR) de las especialidades enumeradas en el punto anterior (Jefatura 2021-2022).

Criterios de Exclusión

- Médicos residentes del Sanatorio Güemes pertenecientes a las residencias postbásicas dictadas dentro del sanatorio.
- Médicos residentes que iniciaron su residencia a partir de octubre de 2020 en adelante. (Se excluyó este grupo, ya que el mismo ingresó al sistema de

[1] Fundación Sanatorio Güemes: Asociación dedicada a la docencia e investigación en ciencias médicas, dependiente de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Dirección:Francisco Acuña de Figueroa 1240, Piso 20, CABA.
[2] Sanatorio Güemes: centro hospitalario de tercer nivel, polivalente, privado. Dirección Avenida Córdoba 3933, CABA.
[3] Residencia básica propiamente dicha: Se denomina así a aquella residencia que realiza toda su formación con base en un servicio de la especialidad, con una duración mínima de tres años. Incluye rotaciones

residencias con una currícula ajustada a la situación actual).

Selección y Tamaño de la Muestra

El número total de residentes durante el período 2021-2022 fue de 229. De estos, 53 correspondían a residentes de primer año, lo que resultó en un total de 176 para la muestra. A este número se añadieron 17 médicos jefes de residentes (JR), alcanzando así una población total de 193 personas.

El tamaño muestral mínimo fue de 130 encuestas para que la muestra sea representativa con un intervalo de confianza del 95%.
Calculadora utilizada: question pro. (10)

Recolección de los Datos

Se envió vía mail y whastapp la encuesta cargada en formato google forms para que sea autocompletada por cada residente/JR. La misma fue enviada en el mes de septiembre y se volvió a enviar en el mes de octubre para que aquellas personas que no la hubieran completado pudieran hacerlo. El formulario podía ser completado una única vez por participante.

Descripción operacional de las variables

Variables sociodemográficas:

Género: variable categórica nominal (Femenino/Masculino/No binario/Otrx). Identidad autopercibida.

Edad: variable continua discreta. Tiempo en años cumplidos que vivió una persona contando desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de recolección de datos.

Año de residencia: variable continua discreta. Año de residencia en el que se encontraba la persona al momento de la recolección de datos. (Se consideró la jefatura de residentes como 5to año).

Especialidad: variable categórica nominal. Especialidad médica que se encontraba realizando el encuestado.

Estado civil: variable categórica nominal (Soltero/a, Casado/a,Concubinato, Viudo/a, Divorciado/a). Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en el que se realizó la recolección de datos.

Hijxs: variable categórica dicotómica (SI/NO). Descendiente directo de una persona, ya sea biológico o fruto de una adopción.

Distancia al lugar de trabajo: variable categórica ordinal (Cerca/Media/Lejos). Definido arbitrariamente como cerca: 5 a 20 minutos, media: 20 a 40 minutos, lejos: más de 40 minutos.

Número de guardias al mes: variable continua discreta. Máximo de guardias al mes durante el período de pandemia teniendo en cuenta guardias obligatorias.
Sueldo promedio del residente: variable continua discreta (50.000 a 75.000/ 75.000 a 100.000/ 100.000 a 150.000). Sueldo total resultado de la beca más el/los extras fijos recibidos por el residente al mes. Se agrega valor de la canasta básica total (CBT) en el período evaluado siendo en diciembre de 2021:

obligatorias por otros servicios, que se desarrollan de manera coordinada y bajo supervisión del servicio sede de la formación.
[4] Residencia básica modalidad articulada: Se denomina así a aquella residencia que inicia su formación en una especialidad básica y que completa la formación en otra especialidad. Tiene una duración mínima de cuatro (4) años. Incluye rotaciones obligatorias por otros servicios, que se desarrollan de manera coordinada y bajo supervisión del servicio sede de la formación. (MSAL-Resolución 190/2023)

24.642,76 pesos (USD 228) y de 49.357,70 pesos (USD 267) para diciembre de 2022. (11)

Cumplimiento de descanso postguardia (Ley N° 22.127): variable categórica dicotómica (SI/NO). Definido por ley como 6 hs de descanso continuas posteriores a la guardia médica obligatoria.

Cambio de rol durante la pandemia: variable categórica dicotómica (SI/NO). Cambio de trabajo habitual durante el período 2020-2022. Telemedicina/triage/ atención en hotel covid/atención médica en especialidades diferentes a la de formación; ej: traumatología - cirugía atención en clínica médica.

Vacaciones/licencias: variable categórica nominal. (Sin cambios / Disminución / Suspensión) Se determinó si se mantuvieron las licencias y vacaciones correspondientes a año de residencia e institución durante el período de estudio.

Presencia de apoyo psicológico/ herramientas: variable categórica dicotómica (SI/NO). Se valoró si existieron herramientas en el grupo de trabajo en relación a apoyo psicológico, espacio de relajación, discusión de problemáticas relacionadas al estrés laboral, etc.

Utilidad de apoyo psicológico/ herramientas: variable categórica dicotómica (SI/NO). En caso de respuesta afirmativa de pregunta anterior, se valoró si las herramientas que estuvieron a su alcance le fueron de utilidad.

Consumo de sustancias y su frecuencia: variable categórica nominal. Se evaluó el consumo de sustancias. Pregunta de opción múltiple donde se enumeraron diversas sustancias (ninguna, alcohol, tabaco, psicofármacos, otras). En el caso de respuesta afirmativa: menos de 1 vez a la semana, 1 vez a la semana, 2 veces a la semana, 3 veces a la semana, más de 3 veces a la semana.

Realización de actividad física y frecuencia: variable categórica nominal. Nula, menos de 1 vez a la semana, 1 vez a la semana, 2 veces a la semana, 3 veces a la semana, más de 3 veces a la semana.

Síndrome de burnout: variable contínua discreta.

Análisis de prevalencia de síndrome de burnout definido por medio de escala **Maslach Burnout inventory (MBI).**

Puntuaciones:
Cansancio emocional (preguntas 1-2-3-6-8-13-14-16-20) > 26.
Despersonalización (preguntas 5-10-11-15-22) > 9.
Realización personal (preguntas 4-7-9-12-17-18-19-21) <30.

Variables subjetivas: Se realizaron dos preguntas abiertas en relación a:

- Cómo cree que podría haber mejorado su salud mental y el trabajo en contexto de la pandemia COVID-19.
- Definir por medio de una palabra qué sentimiento resume el trabajo en este contexto.

Ambas variables fueron analizadas de forma cualitativa.

Resultados

Se enviaron 193 encuestas, obteniendo un total de 46 respuestas (23,8%). En cuanto a las características sociodemográficas, el 71,7 % correspondió al género femenino y el 28,3 % al género masculino. La edad promedio fue de 30.3 años (DE: 2,5), con

una mediana de 30 años y un rango intercuartil de 29 a 31,75 años. Con respecto al año de residencia el 45.7% correspondió a cuarto año, el 26.1 % a tercer año, el 19,6 % a segundo año y los restantes a primer año y JR (figura 1).

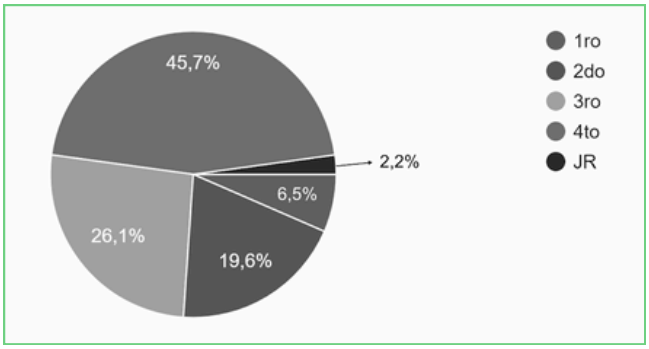


Figura 1: distribución de las personas según año de residencia en curso.

Con respecto a la especialidad médica el 21,7 % correspondió a las especialidades de Pediatría y Clínica médica, el 19.6% a Medicina Familiar, el 15.2% a Terapia Intensiva, el 8.7% a Cardiología y el porcentaje restante fue de las demás especialidades (Figura 2).

El resto de las condiciones sociodemográficas de los participantes, así como aquellas características relacionadas con el ámbito laboral se encuentran descritas en la Tabla 1.

En relación al Síndrome de Burnout, la prevalencia del mismo fue de un 88,89 % para cansancio emocional, 73,33 % para despersonalización y un 48,89 % para falta de realización personal.

La prevalencia de cada uno de los componentes fue variable según la especialidad médica. (Figura 3).

En relación a la remuneración, todos los encuestados refirieron cobrar un sueldo equivalente a por lo menos una canasta básica total (CBT) y solo un cuarto de ellos obtenía un ingreso equivalente a dos o más CBT. (Valor de CBT = $24.642,76 en diciembre de 2021 (USD 228) y 49.357,70 (USD 267) en diciembre de 2022). Para más detalle ver Tabla 1.

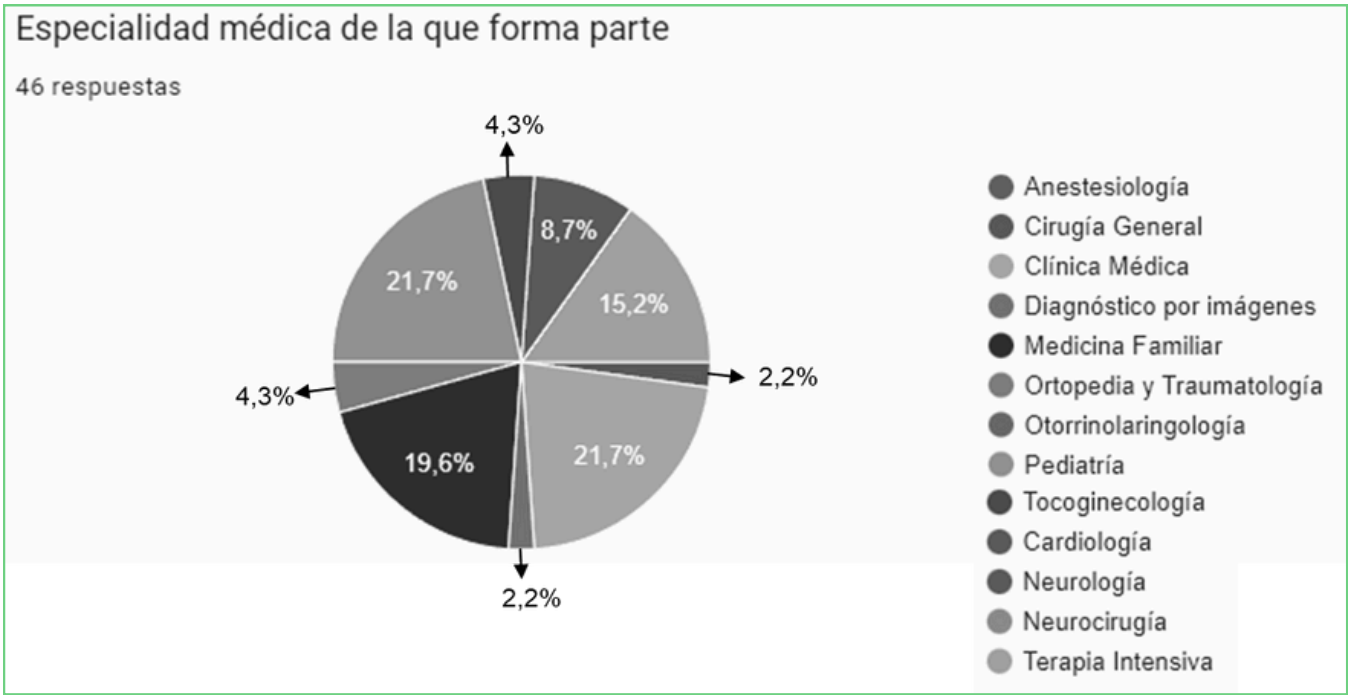


Figura 2: distribución de las personas según especialidad médica en curso.

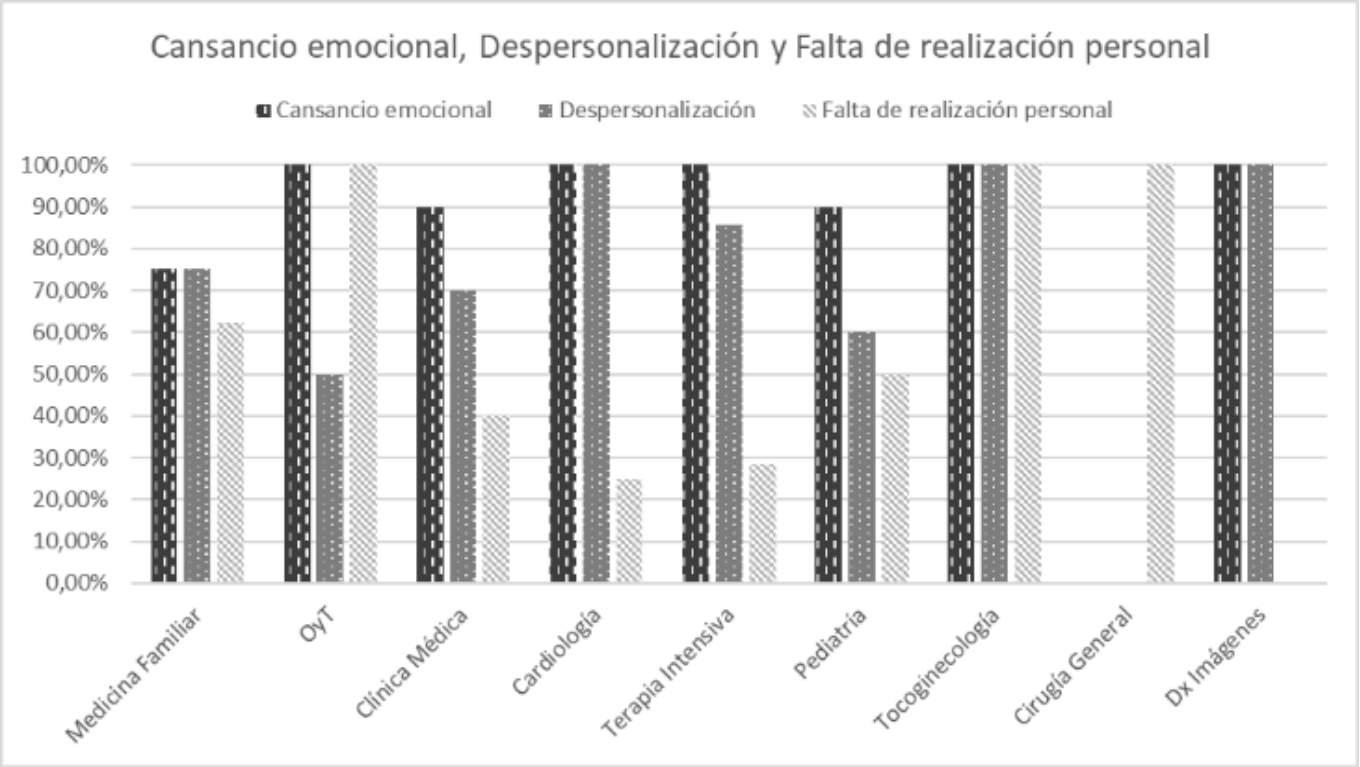


Figura 3: distribución de prevalencia del síndrome de burnout según dimensiones y especialidades médicas.

Con respecto a los objetivos secundarios de este trabajo se preguntó de forma abierta a los participantes de qué manera creían que la institución podría haber mejorado su salud mental y el trabajo en contexto de la pandemia COVID-19. Las respuestas fueron múltiples, siendo las más repetidas: espacios de salud mental/apoyo psicológico útiles, remuneración acorde al trabajo, respetar los horarios postguardia, días de descanso, distribución de tareas, y EMPATÍA. El último objetivo fue el de valorar los sentimientos de los participantes en relación al trabajo durante la pandemia (Figura 4).

Figura 4: sentimientos de lxs residentes en relación al trabajo en la pandemia.



Tabla 1: Características sociodemográficas y laborales.

Variable		Número (46)	DE/RIC	Porcentaje
Género	Masculino	13		28,30%
	Femenino	33		71,70%
Edad	Media	30,3	DE: 2,53	-
	Moda	29	RIC: 2,75	-
Estado civil	Casado/a	4		8,70%
	Concubinato	15		32,60%
	Soltero/a	27		58,70%
Hijxs	Si	5		10,90%
	No	41		89,10%
Distancia al trabajo	Cerca (5-20')	27		58,70%
	Media (20-40')	5		10,90%
	Lejos (>40')	14		30,40%
Especialidad médica	Cardiología	4		8,70%
	Cirugía general	1		2,20%
	Clínica médica	10		21,70%
	Dx por imágenes	1		2,20%
	Med familiar	9		19,60%
	OyT	2		4,30%
	Pediatría	10		22,20%
Año de Residencia	1ro	3		6,50%
	2do	9		19,60%
	3ro	12		26,10%
	4to	21		46,60%
	JR	1		2,20%

Número de guardias	0 por mes	1		2,20%
	2 por mes	2		4,30%
	3 por mes	7	DE: 1.8	15,20%
	4 por mes	3	RIC: 4 a 6	6,50%
	5 por mes	5		10,90%
	6 por mes	15		32,60%
	7 por mes	5		10,90%
	8 por mes	5		10,90%
Sueldo promedio	50-75 mil (464 a 679 USD)	14		30,40%
	75-100 mil (679 a 928 USD)	21		45,70%
	100-150 mil (928 a 1392 USD)	11		23,90%
Post guardia respetado	Si	26		56,50%
	No	20		43,50%
Cambio rol durante la pandemia	Si	33		71,70%
	No	12		28,30%
Vacaciones	Disminución	10		21,70%
	Sin cambios	23		50,00%
	Suspensión	13		28,30%
Participación en espacios de apoyo psicológico	Si	11		23,90%
	No	35		76,10%
Utilidad de los espacios de apoyo psicológico	Si	5		25,00%
	No	15		75,00%

Consumo de sustancias	Alcohol	14		30,40%
	Tabaco	5		10,90%
	Psicofármacos	3		6,50%
	Ninguna	24		52,20%
Frecuencia de Consumo de sustancias	<1 vez/semana	4		18,20%
	1 vez/semana	3		13,60%
	2 veces/semana	5		22,70%
	3 veces/semana	3		13,60%
	>3 veces/semana	7		31,80%
Actividad física	Nunca	19		41,30%
	<1 vez/semana	5		10,90%
	1 vez/semana	7		15,20%
	2 veces/semana	6		13,00%
	3 veces/semana	5		10,90%
	>3 veces/semana	4		8,70%

Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo reflejaron una prevalencia del Síndrome de Burnout del 88,89 % para cansancio emocional, 73,33 % para despersonalización y un 48,89 % para falta de realización personal para el período en estudio.

De estos datos se desprende que aproximadamente 9 de cada 10 residentes presentó al menos una de las dimensiones afectadas, lo que se condice con prevalencias cercanas al 50 % para el síndrome completo, ya enumeradas en estudios expuestos con anterioridad en este trabajo (6,7,8 y 9).

Posteriormente a la realización de este trabajo, se han publicado diferentes estudios que evaluaron la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud en Argentina, durante la pandemia COVID-19.

Horacio M Castro y colaboradores, en su estudio denominado “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia COVID 19 y factores asociados” (12), hallándose una prevalencia del síndrome del 38%, con un diferencial por ocupación, siendo para profesionales médicos del 40 % considerándose la misma

como elevada en este grupo. Dentro de los factores asociados se describieron: ser médico, residente, enfermera, estar en contacto con pacientes covid 19 y muchas horas de trabajo.

Otros estudios realizados también en hospitales universitarios dentro del país (13,15) y otros países de América Latina (14) arrojaron resultados similares, encontrándose prevalencias del Síndrome de Burnout del 39 al 75 % aprox para médicos, siendo significativamente mayor en médicos residentes o que trabajaran en el área de emergencias.

Este hecho se podría relacionar con múltiples factores como el contexto de pandemia/incertidumbre, la especialidad elegida, la falta de apoyo y supervisión y la falta de espacios dedicados al apoyo psicológico y la resolución de problemas, entre otros. A esto se suma que las condiciones laborales de los profesionales en formación muchas veces son inadecuadas y las instituciones no están preparadas para dar apoyo y contención ante personas que presenten el síndrome.
Por otro lado, las especialidades de las cuales se obtuvo el mayor número de respuestas fueron las que más cambios tuvieron en su currícula a la hora de suspensión de licencias y modificación de tareas dentro de su año de residencia lo que posiblemente influyó tanto en el interés de participar como en los resultados obtenidos.

Con respecto al apoyo psicológico de los residentes brindado por la institución, la mayoría de los encuestados no participó de dichos espacios y quienes lo hicieron, no encontraron utilidad en los mismos a la hora de prevenir el síndrome de burnout. Esto sería un punto importante a considerar a la hora de evaluar qué herramientas puede brindar el sanatorio para ayudar a disminuir el nivel de estrés laboral de sus trabajadores.

Como vimos, las consecuencias de quien padece el síndrome de burnout, afectan tanto la escala personal como su desempeño profesional, por lo que resultaría de vital importancia que cada institución desarrolle una nueva cultura organizacional tanto en el período de formación como en la práctica médica, que permita no sólo prevenir las complicaciones sino también lograr una mejor calidad de vida para los/las profesionales.

Sesgos y Limitaciones del Estudio

El trabajo presentó ciertas limitaciones que deben considerarse en el análisis de los resultados. En primer lugar, es importante tener en cuenta que la encuesta se llevó a cabo dos años después del comienzo de la pandemia, lo que pudo implicar un sesgo de recuerdo en las respuestas de los participantes. Además, es necesario señalar que el porcentaje de participantes que respondieron a la encuesta fue relativamente bajo, lo que afectó la representatividad de la muestra. Por último, la mayoría de las respuestas provienen de residentes pertenecientes a especialidades clínicas, en contraste con el bajo porcentaje de respuestas obtenidas por parte de especialidades quirúrgicas. No se realizó asociación entre los datos sociodemográficos obtenidos en relación a la prevalencia del síndrome de Burnout y las áreas afectadas.

Conclusiones

Los datos obtenidos mostrarían una alta prevalencia del síndrome de burnout entre los médicos residentes encuestados, en

contexto de la pandemia COVID-19 poniendo en evidencia que la mayoría experimentó niveles significativos de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal, siendo el primero, el más prevalente.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Referencias

1. Maria Noelia Vanessa Thomaé, Elio Adrian Ayala, Marina Soledad Sphan, Dra. Mercedes Alejandra Stortti. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout [Internet]. Vol. 2, Journal of Organizational Behavior. 1981. p. 99–113. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205 (Maslach and Jackson 1981)
3. World Health Organization (WHO). (2019). "Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases."
4. World Health Organization (WHO). (2019). "International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision).
5. Ley Nro. 24.557 - Ley de Riesgos del Trabajo. Argentina.gob.ar. [cited 2024 Jan 7]. Available from: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/27971
6. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemia: An up-date. Med Clin [Internet]. 2021 Aug 13;157(3):130–40. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2021.04.005.(13)
7. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2021 Oct;119(5):317–24. Available from: http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.eng.317
9. Macía-Rodríguez, J. Andreu-Ansola, A. Alejandre de Ona, D. Martín-Iglesias, A. Montano-Martínez e y J. Moreno-Díazf. Aumento del síndrome de burnout en los adjuntos de Medicina Interna durante la pandemia de COVID-19. Revista clínica Española. Volume 223, Issue 5, May 2023, Pages 316-319. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256523000073?via%3Dihub
10. Calculadora de tamaño muestral question pro: https://www.questionpro.com/es/calculadora-de-muestra.html
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Canasta básica alimentaria y canasta básica total. https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-43-149.
12. H. M. Castro, M. Prieto, A. M. Muñoz. Prevalencia de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de covid-19 y factores asociados. estudio de corte transversal. medicina (Buenos Aires) 2022; 82: 479-486. https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol8222/n4/479.pdf
13. Appiani FJ, Rodríguez Cairoli F, Sarotto (h) L, Yaryour C, et al. Prevalencia de estrés, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en médicos de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. Arch Argent Pediatr 2021; 119(5):317-324. https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n5a07.pdf
14. Peñaloza-Valle, R. A., Aguilar-Salazar, A. Fabio la. (2023). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos e internos de medicina en América Latina durante la pandemia del COVID -19. MQRInvestigar, 7(3), 3444-3463. https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.3444-346.
15. C. Scatularo, L. Battioni, S. Bellia, S. Costa De Robert, M. N. Gatti, M. Racki, G. Soracio, Adrián Lescano,Julio Giorgini, Stella M Pereiro. Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. Encuesta ImPaCTS-SAC.20. Rev Argent Cardiol 2021;89:204-210. http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20231

Carga asociada al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un centro de salud público durante 2024

Treatment burden in people with type 2 diabetes treated at a public health center during 2024

Autora: Sofía Aldana Moscoso[a]

a Médica especialista en medicina general y familiar. Magíster en Diabetes Mellitus. Centro de Salud y Acción Comunitaria número 15, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen

El objetivo del trabajo fue evaluar la carga de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y analizar cómo diferentes factores sociodemográficos y clínicos se relacionan con la percepción de esa carga. Se buscó explorar la relación entre la carga de tratamiento y la adherencia farmacológica e identificar los dominios del tratamiento que generan un mayor impacto en la vida diaria de los pacientes. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante encuestas presenciales en un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires, entre junio y septiembre del año 2024. Participaron 87 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Para medir la carga de tratamiento se utilizó el cuestionario TBQ-DM2 y se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos. El promedio de la carga de tratamiento percibida se categorizó como moderada. El dominio de estilo de vida y repercusión económica fue el que presentó el promedio de puntaje más alto, seguido por el de la esfera psicosocial. Los pacientes más jóvenes, obesos, de mayor nivel educativo, con más comorbilidades y con adherencia farmacológica incorrecta reportaron una mayor carga. Los resultados indican que incentivar intervenciones que faciliten cambios en el estilo de vida y atenúen el esfuerzo económico de gestionar la enfermedad podría reducir la carga de tratamiento percibida. De esta manera, sería posible mejorar tanto la adherencia como los resultados clínicos, especialmente en pacientes jóvenes, obesos, de mayor nivel educativo y con más comorbilidades.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Costo de enfermedad, Adhesión a la medicación.

Abstract

The aim of this study was to assess the treatment burden in patients with type 2 diabetes mellitus treated at a health center in the Autonomous City of Buenos Aires, and to analyze how various sociodemographic and clinical factors are related to the perception of this burden. The study also sought to explore the relationship between treatment burden and

Autora para correspondencia: Sofía Aldana Moscoso. Correo electrónico: moscoso.sofia@gmail.com
Recibido: 12/06/2025 Aceptado: 23/08/2025

Cómo citar: Moscoso SA. Carga asociada al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un centro de salud público durante 2024. Arch Med Fam Gen. 2025 Nov;23(3):15–28.

medication adherence, and to identify the treatment domains that have the greatest impact on patients' daily lives. An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted through face-to-face surveys at a health center in Buenos Aires between June and September 2024. A total of 87 patients were included, selected through non-probabilistic sampling. The TBQ-DM2 questionnaire was used to measure treatment burden, and sociodemographic and clinical data were collected. The average perceived treatment burden was categorized as moderate. The "lifestyle and economic burden" domain had the highest mean score, followed by the "psychosocial" domain. Younger patients, those with obesity, higher educational levels, more comorbidities, and poor medication adherence reported a greater burden. The findings suggest that promoting interventions that support lifestyle changes and ease the financial strain of managing the disease could help reduce the perceived treatment burden. This, in turn, could improve both adherence and clinical outcomes, especially in younger patients, those with obesity, higher educational levels and multiple comorbidities.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 2, cost of illness, medication adherence.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que ocurre cuando se producen niveles elevados de glucosa en sangre, debido a la falta o al uso ineficaz de insulina (1). Si no se controla a largo plazo, este déficit hormonal puede provocar complicaciones cardiovasculares, renales, oculares y neurológicas, poniendo en riesgo la vida del paciente. Según la décima edición del Atlas de la Federación Internacional de Diabetes, en 2021 se estimaba que la prevalencia mundial de DM en adultos entre 20 y 79 años era de 537 millones de personas, lo cual representa al 10,5% de la población mundial en este grupo de edad (2). De acuerdo con proyecciones de este mismo Atlas, se prevé que el número total aumente a 643 millones para el año 2030 y a 783 millones para el año 2045. En Argentina, en 2021, datos de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo mostraron que el 12,7% de la población adulta reportaba tener DM o glucemia elevada (3). Además, en 2021 se produjeron 9.855 muertes por DM en Argentina, las cuales representaron el 3,9% del total de defunciones por enfermedades no transmisibles y el 2,3% del total de muertes ocurridas en dicho año en el país (4).

Debido al incremento global en el número de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la DM tipo 2 (DM2), y al consecuente aumento en la producción de conocimiento destinado a ofrecer nuevas indicaciones y tratamientos disponibles, se ha generado una demanda exponencial que recae sobre los enfermos, para quienes muchas veces cumplir con las indicaciones proporcionadas por los profesionales de salud tratantes se vuelve un peso que impacta de manera negativa en sus resultados en salud. La carga de tratamiento, entendida como la percepción del individuo sobre el conjunto de esfuerzos y recursos que invierte en su cuidado médico (5), en pacientes con enfermedades crónicas provoca disrupciones significativas en su vida diaria, incluyendo pérdida de independencia, emociones negativas como ansiedad y frustración, tensiones en las relaciones familiares y sociales, y sentimientos de aislamiento. En conjunto, estas consecuencias afectan su calidad de vida (6).

Además, se ha demostrado que la carga de tratamiento tiene un impacto significativo en la adherencia a la autogestión en pacientes con condiciones crónicas (7,8). En particular, los niveles más altos de carga de tratamiento fueron asociados con niveles más bajos de adherencia a la medicación, al ejercicio y a la dieta. Además, se ha visto que la intensificación de los regímenes terapéuticos en respuesta a la no adherencia o la falta de resultados esperados puede aumentar aún más la carga percibida (9). La falta de adherencia en pacientes con DM se asocia con un control glucémico inadecuado, un mayor uso de recursos sanitarios, mayores costos médicos y tasas de mortalidad notablemente más altas, así como también a un aumento de los costos de la atención ambulatoria, las visitas a emergencias, la hospitalización y el manejo de las complicaciones (10).

En un contexto global en el que se busca mejorar la calidad de vida de los pacientes con DM2, y con una prevalencia creciente de personas que padecen esta enfermedad, estudiar la carga de tratamiento resulta clave para identificar áreas de mejora en la atención y adherencia, dadas las implicancias que ésta tiene en los pacientes y en los desenlaces en su salud. Este trabajo buscó proporcionar una visión localizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), explorando cómo diversos factores sociodemográficos y clínicos afectan la carga percibida del tratamiento en pacientes con DM tipo 2 atendidos en un centro de salud público. A su vez, también analizó cómo la carga de tratamiento impacta en la adherencia farmacológica.

Marco teórico

Actualmente, existen diversas definiciones del concepto de carga de tratamiento en salud (11). Las más aceptadas son aquellas aplicables a múltiples enfermedades, que distinguen este concepto de otras cargas (como la del cuidador) y que consideran tanto el trabajo del paciente como los factores que la agravan. En el año 2014, Boyd y colaboradores (5) definieron la carga del tratamiento como la percepción del paciente sobre el peso total de las tareas relacionadas con su atención médica, incluyendo el esfuerzo, tiempo y costos implicados. Por su parte, Tran y colaboradores (12) la describieron como el impacto del “trabajo de ser paciente” en el bienestar, abarcando desde la gestión de medicación y consultas hasta cambios en el estilo de vida, como la realización de actividad física, el seguimiento de ciertos lineamientos en la alimentación y el cese del consumo de tabaco, entre otras tareas vinculadas al cuidado de la salud.

Los pacientes con DM discuten habitualmente la carga de tratamiento con los profesionales de salud tratantes, pero a menudo esto no tiene ningún efecto directo en sus resultados en salud (13). En el contexto de la DM y otras enfermedades crónicas, esto representa una pérdida de oportunidades para compensar incumplimientos evitables, costos y peor calidad de vida de los pacientes. Es por ello por lo que es de suma importancia que los profesionales de salud encargados de tratar pacientes con condiciones crónicas cuenten con herramientas que permitan dimensionar de manera objetiva este problema en la práctica diaria y actuar en consecuencia para poder brindar una atención de mejor calidad, personalizada y a la medida de cada paciente y sus dificultades percibidas.

En 2013, se publicó en Francia un estudio que validó el Treatment Burden Questionnaire (TBQ), una herramienta diseñada para cuantificar la carga en pacientes con enfermedades crónicas (14). El TBQ, compuesto por 13 preguntas, evalúa aspectos como la medicación, el automonitoreo, los cambios en el estilo de vida y el impacto de la atención médica en las relaciones sociales, utilizando una escala Likert del 0 al 10, donde mayores puntajes reflejan una mayor carga percibida. Este cuestionario fue posteriormente validado al inglés, añadiendo dos ítems más, con un total de 15 preguntas (15). En el año 2019 se tradujo esta versión al español para su uso con pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple (16), añadiendo una pregunta referida a la incertidumbre generada por el tratamiento. En Argentina, en 2023, se validó una adaptación para pacientes con DM2 (TBQ-DM2) (17), la cual consta de 16 ítems organizados en cuatro dominios: tratamiento farmacológico, asistencia sanitaria y sistema de salud, mantenimiento de un estilo de vida y su repercusión económica, y esfera psicosocial (ver Anexo). El cuestionario demostró contar con propiedades psicométricas aceptables y ser adecuado para su aplicación mediante encuestas administradas por un encuestador y es la herramienta utilizada en este trabajo para la recolección de la información acerca de la carga de tratamiento percibida por la muestra.

Fundamentos de la investigación

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar cómo los factores sociodemográficos y clínicos influyen en la carga percibida del tratamiento en pacientes con DM2 atendidos en un centro de salud público.

Además, se buscó evaluar cómo esta carga afecta la adherencia al tratamiento farmacológico. Reconocer las características que hacen a los pacientes más susceptibles a sentir sobrecarga vinculada a su tratamiento, sus necesidades individuales y las áreas donde experimentan mayor carga es esencial para ajustar y personalizar las intervenciones médicas. De esta manera, se puede intentar optimizar el uso de recursos económicos y humanos, logrando un sistema de atención más eficiente y efectivo para los pacientes con DM2 en el contexto de la atención pública en Argentina.

Preguntas

¿Existen relaciones significativas entre la carga asociada al tratamiento de la DM2 y variables sociodemográficas y clínicas en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°15 (CeSAC N°15) CABA en el período junio-septiembre 2024?

¿Cuáles de estas variables sociodemográficas y clínicas predicen con mayor precisión la carga del tratamiento en pacientes con DM2 de esta muestra?
¿Existe una relación significativa entre la carga percibida del tratamiento y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con DM2 de esta muestra?

Hipótesis generales

Se prevé que la carga asociada al tratamiento de la DM2 en pacientes CeSAC N°15 de la CABA está relacionada con factores sociodemográficos y clínicos. Se espera encontrar asociaciones entre la carga percibida y variables como edad, género, nivel educativo, tiempo desde el diagnóstico de la DM, consumo de tabaco,

tipo de tratamiento, número diario de fármacos antidiabéticos orales (ADO), niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en sangre y presencia de comorbilidades como HTA y obesidad.

Además, se presume que la carga influirá en la adherencia al tratamiento farmacológico, siendo mayores niveles de carga predictivos de una disminución en la adherencia.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar cómo las variables sociodemográficas y clínicas influyen en la carga asociada al tratamiento en pacientes adultos con DM2 atendidos en el CeSAC N°15 de la CABA, durante el período de junio a septiembre de 2024.

Objetivos específicos

Cuantificar el nivel de carga total asociada al tratamiento percibida, identificar los dominios de carga que representan el mayor impacto y evaluar la relación entre la carga de tratamiento y la adherencia farmacológica en con DM2 en el CeSAC N°15 durante el período junio a septiembre 2024.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

El presente estudio es de tipo observacional, transversal, con un enfoque cuantitativo y de alcance descriptivo y analítico. Se trata de un diseño no experimental, ya que no se manipuló ninguna variable, y de corte transversal, dado que la información fue obtenida de cada participante en una única oportunidad. Se recolectaron datos mediante encuestas presenciales administradas en el contexto de atención habitual, sin intervención sobre las condiciones clínicas o los tratamientos.

El componente descriptivo permitió caracterizar a la muestra en términos sociodemográficos y clínicos, y cuantificar los niveles de carga de tratamiento percibida. El componente analítico buscó explorar posibles asociaciones entre la carga de tratamiento y distintas variables independientes a través de análisis estadísticos bivariados, en concordancia con los objetivos planteados.

Muestra

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 87 pacientes adultos con diagnóstico de DM2 que asistieron a una consulta programada o espontánea con la autora del presente trabajo en el CeSAC N°15 de la CABA durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2024. Se trató de una muestra no probabilística por conveniencia, dado que los pacientes fueron seleccionados en función de su disponibilidad y accesibilidad, sin seguir un criterio aleatorio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DM2 de al menos seis meses, para asegurar experiencia suficiente en el manejo de la enfermedad.
- Atención en el CeSAC N°15 de la CABA durante el período junio-septiembre de 2024, garantizando homogeneidad en el acceso al sistema de salud.
- Capacidad para comprender y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años.
- Diagnóstico de diabetes distinta a tipo

2, dado que el cuestionario TBQ-DM2 no ha sido validado en otras poblaciones.
- Dificultades cognitivas o auditivas que impidan la comprensión del cuestionario.
- Rechazo a participar o a firmar el consentimiento informado.

Instrumento de recolección de la información

- Para la obtención de la información se utilizaron los siguientes instrumentos:
- Cuestionario sociodemográfico y clínico: diseñado ad hoc para registrar edad, género, nivel educativo, condición laboral, tiempo de evolución de la DM2, tipo y cantidad de medicación oral, tabaquismo y presencia de HTA.
- Valores antropométricos: se midieron peso y talla en consultorio para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC).
- Registro de HbA1c: se extrajo el valor más reciente de la historia clínica (máximo 6 meses previos); si no había registro actualizado, se solicitó una nueva medición.
- Adherencia farmacológica: evaluada mediante el test de Morisky-Green (18), validado en español y ampliamente utilizado en enfermedades crónicas. Consta de 4 preguntas con respuestas sí/no; se considera adherente a quien responde correctamente las 4 (no/sí/no/no).
- Carga del tratamiento: Evaluación de la carga asociada al tratamiento medida con el TBQ-DM2, cuestionario de 16 ítems agrupados en 4 dominios (farmacológico, sistema de salud, estilo de vida/economía y psicosocial). Las respuestas se registran en escala Likert de 0 (ningún problema) a 10 (gran problema). La puntuación total se categorizó en baja, moderada y alta carga, según terciles definidos tras la recolección de datos.

Variables incluidas en el estudio

Las variables incluidas en el estudio fueron edad, género, nivel educativo, condición laboral, tiempo de evolución desde el diagnóstico de la DM, comorbilidades como hipertensión arterial, obesidad y tabaquismo, tipo de tratamiento utilizado (antidiabéticos orales, insulina o una combinación de ambos), cantidad de antidiabéticos orales diarios, niveles de HbA1c en sangre, adherencia farmacológica y carga de tratamiento percibida.

Recolección de datos y análisis estadísticos

La recolección de datos se realizó de forma presencial durante las consultas de la autora con pacientes del CeSAC N°15, entre junio y septiembre de 2024. Las encuestas se administraron en el momento para garantizar una alta tasa de respuesta y resolver dudas. La información fue digitalizada en Google Forms, codificada y almacenada en Excel, y posteriormente analizada con el software estadístico SPSS (versión 20).

Reparos éticos

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, quienes recibieron información detallada sobre los objetivos del estudio, procedimientos, riesgos, beneficios y confidencialidad. La participación fue voluntaria, con posibilidad de retiro en cualquier momento. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación correspondiente.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 87 personas usuarias del CeSAC N°15, encuestadas presencialmente entre junio y septiembre de 2024. El 51,7% eran mujeres, con una edad promedio de 58,2 años. En cuanto al nivel educativo, el 20,7% tenía estudios primarios o menos, el 46,0% secundarios y el 33,3% terciarios o universitarios. El 39,1% estaba empleado, el 34,5% desocupado y el 26,4% inactivo. Respecto al tiempo de evolución de la DM2, el 37,9% llevaba entre 6 meses y 5 años, el 25,3% entre más de 5 y 10 años, y el 36,8% más de 10 años. La mayoría (74,7%) usaba antidiabéticos orales, el 24,1% combinaba comprimidos e insulina, y solo el 1,1% usaba insulina exclusivamente. El 47,1% presentó adherencia adecuada al tratamiento. El promedio diario de ADO fue de 2,4 comprimidos. El 62,1% tenía HTA y el 13,8% era fumador. Solo el 5,7% tenía normopeso; el resto presentaba sobrepeso u obesidad en distintos grados. Se registraron valores recientes de HbA1c en 82 pacientes, con un promedio de 8,02 mg/dl. El 43,9% de ellos alcanzó valores iguales o menores a 7 mg/dl.

Distribución y análisis de la carga de tratamiento de la muestra

Uno de los principales objetivos del presente trabajo fue cuantificar los niveles de carga percibidos por los pacientes con DM2 atendidos en el CeSAC N°15, utilizando el cuestionario TBQ-DM2. Los puntajes obtenidos variaron entre 5 y 113 puntos, con una media de 48,12 puntos en las 16 preguntas para los 87 participantes. Para categorizar los niveles de carga, se emplearon percentiles como criterio de clasificación: los pacientes con puntajes por debajo del percentil 33 fueron clasificados como de "baja carga" (33,3% de la muestra), aquellos entre los percentiles 33 y 66 como de "carga moderada" (35,6%), y los que superaron el percentil 66 como de "alta carga" (31,0%). Los rangos de puntajes para cada categoría fueron de 5 a 33 puntos para baja carga, de 34 a 59 puntos para carga moderada, y más de 60 puntos para alta carga, con un máximo de 113. De esta manera, la media general de los participantes se ubicó dentro de la categoría de carga moderada.

Para cumplir con el objetivo de identificar los dominios que influyen de manera más significativa en la carga total del tratamiento, se calculó el promedio de las preguntas correspondientes a cada dominio y se analizaron los puntajes medios. El dominio de "estilo de vida y repercusión económica" fue el que generó el mayor impacto, con un puntaje promedio de 5,43 (DE = 2,68), lo que indica que este aspecto contribuye de forma notable a la carga percibida. Le siguió la "esfera psicosocial", con un promedio de 4,13 (DE = 2,20), también mostrando un impacto considerable. El dominio de "carga asistencial", que incluye la gestión de consultas y la interacción con el sistema de salud, obtuvo un puntaje medio de 2,04 (DE = 1,77). Por último, el dominio de "carga farmacológica", que mide la carga asociada al uso y gestión de la medicación, registró el puntaje más bajo, con una media de 1,85 (DE = 2,12).

Análisis bivariados entre características sociodemográficas y carga de tratamiento

Edad

Se evaluó la relación entre la edad y la

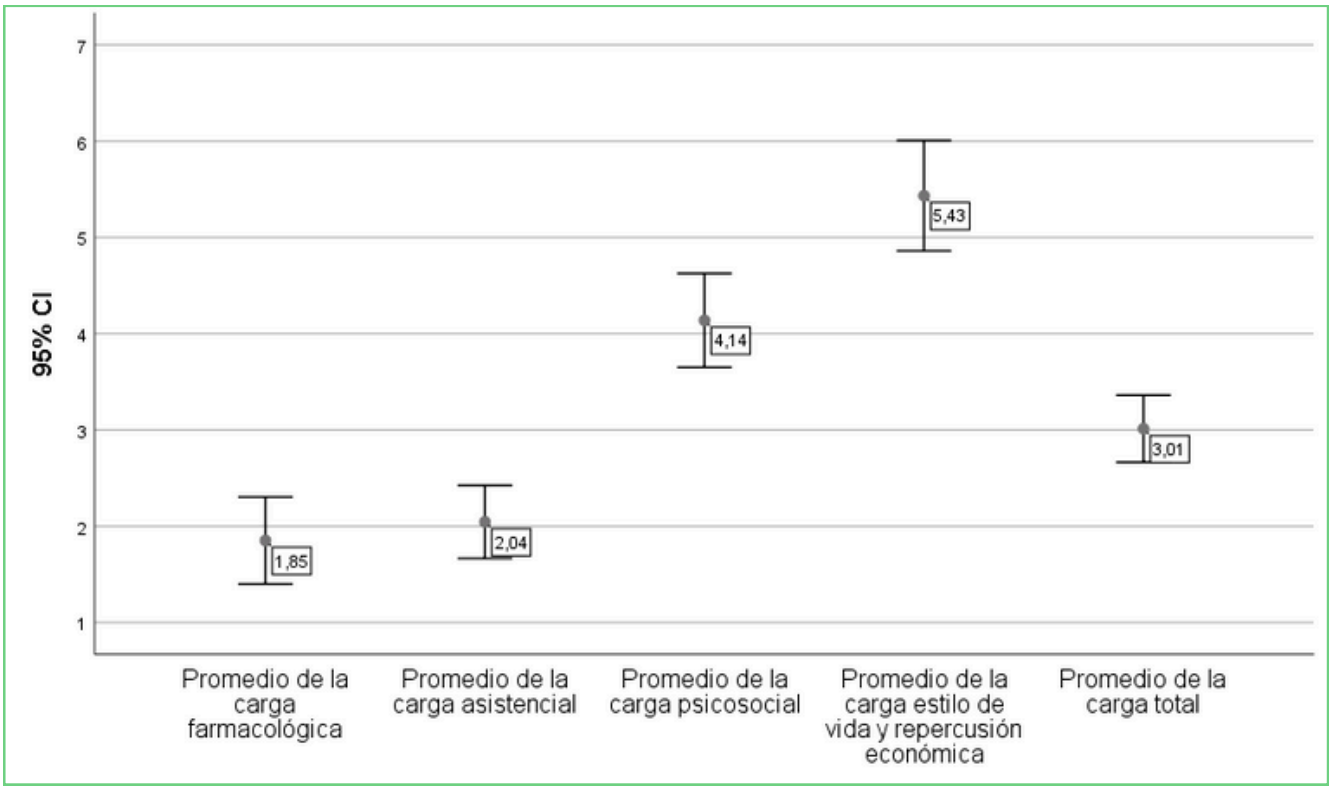


Figura 1: Promedios y intervalos de confianza (IC 95%) de las distintas dimensiones de la carga de tratamiento. Fuente: elaboración propia.

carga total del tratamiento utilizando una correlación de Pearson, la cual mostró una relación negativa y significativa entre la edad y la carga total del tratamiento (r = -0,462, p < 0,01), lo que indica que, a mayor edad, menor es la percepción de la carga (Tabla 1).

Tabla 1: Correlación de Pearson entre la edad y la carga total del tratamiento

		Edad	Suma de la carga total
Edad	Correlación de Pearson	1	-,462**
	Sig. (bilateral)		0
	N	87	87
Suma de la carga total	Correlación de Pearson	-,462**	1
	Sig. (bilateral)	0	
	N	87	87

*** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). Fuente: elaboración propia*

Nivel educativo

Este análisis exploró la relación entre el nivel educativo y la carga total del tratamiento utilizando un ANOVA de un factor. Las medias encontradas indican que los pacientes con nivel educativo primario reportaron la menor carga de tratamiento, con una media de 33,39 puntos. Aquellos con nivel secundario presentaron una mayor carga, con una media de 52,75 puntos, mientras que los pacientes con nivel terciario o universitario alcanzaron una media de 51,07 puntos. Los resultados del ANOVA mostraron diferencias significativas en la percepción de la carga según el nivel educativo alcanzado ($F = 3,921$, $p = 0,024$), lo que sugiere que el nivel de estudios influye en dicha percepción (Tabla 2).

Análisis bivariados entre características clínicas y carga de tratamiento

Comorbilidades

La correlación de Pearson entre la cantidad de comorbilidades y la suma de la carga total fue de $r = 0,165$, con una $p = 0,126$, lo que indica que no existe una correlación significativa entre estos dos factores, contrario a lo esperado en la hipótesis inicial. Las medias de la carga total fueron de 39,80 para pacientes con una comorbilidad, 50,83 para aquellos con dos, y 60,00 para los que tienen tres o más comorbilidades. En el análisis ANOVA, se compararon los promedios de la carga total según la cantidad de comorbilidades. Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los grupos ($F = 1,573$, $p = 0,202$). Aunque las medias aumentan a medida que se incrementa el número de comorbilidades, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Sin embargo, en la tabla de contingencia (Tabla 3), se puede observar que sí existen diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de pacientes según la cantidad de comorbilidades y la carga total de tratamiento. Por ejemplo, los pacientes con alta carga tienden a tener más comorbilidades, con un 75% de ellos presentando 3 comorbilidades, lo que difiere significativamente de los pacientes con baja carga, donde la mayoría tiene 0 o 1 comorbilidad.

Tabla 2: Análisis de varianza (ANOVA) de la carga total de tratamiento según nivel educativo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Suma de la carga total * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos (Combinadas)	5015,418	2	2507,709	3,921	0,024
	Intra-grupos	53727,64	84	639,615		
	Total	58743,057	86			

Fuente: elaboración propia

Tabla 3: Tabla de contingencia entre las categorías de carga total de tratamiento y la cantidad de comorbilidades

			Cantidad de comorbilidades				Total
			0	1	2	3	
Categorías de carga total	Baja carga	Recuento	6a	10a	12a	1a	29
		% dentro de Cantidad de comorbilidades	40,00%	34,50%	30,80%	25,00%	33,30%
	Moderada carga	Recuento	6a	8a	17a	0a	31
		% dentro de Cantidad de comorbilidades	40,00%	27,60%	43,60%	0,00%	35,60%
	Alta carga	Recuento	3a	11a, b	10a	3b	27
		% dentro de Cantidad de comorbilidades	20,00%	37,90%	25,60%	75,00%	31,00%
Total		Recuento	15	29	39	4	87
		% dentro de Cantidad de comorbilidades	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Cantidad de comorbilidades categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05. Las celdas que comparten una misma letra no tienen diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Las celdas que tienen letras diferentes (por ejemplo, "a" y "b") sí tienen diferencias significativas.

Obesidad

En el análisis que evaluó la relación entre la obesidad y la carga total del tratamiento, se utilizó una prueba T para muestras independientes y una tabla de contingencia. Los resultados mostraron una diferencia significativa en la carga total entre los pacientes con y sin obesidad. Los pacientes con obesidad presentaron una media de carga de 54,00 puntos, mientras que aquellos sin obesidad tuvieron una media de 39,12 puntos.

La prueba T para igualdad de medias confirmó una diferencia significativa (p = 0,005), con una diferencia de medias de -14,882 puntos. Estos resultados indican que los pacientes con obesidad perciben una mayor carga en comparación con aquellos sin obesidad. Además, se analizó la relación entre IMC y la carga total del tratamiento utilizando una correlación de Pearson, la cual fue positiva y significativa (r = 0,287, p = 0,007), lo que sugiere que, a mayor IMC, mayor es la carga percibida del tratamiento (Tabla 4).

Tabla 4: Correlación de Pearson entre el IMC y la carga total de tratamiento

		IMC	Suma de la carga total
IMC	Correlación de Pearson	1	,287**
	Sig. (bilateral)		0,007
	N	87	87
Suma de la carga total	Correlación de Pearson	,287**	1
	Sig. (bilateral)	0,007	
	N	87	87

*** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). Fuente: elaboración propia*

Análisis bivariado entre la carga de tratamiento y la adherencia farmacológica

En este análisis se evaluó la relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la carga total del tratamiento utilizando una prueba T para muestras independientes. Los resultados mostraron que los pacientes con adherencia correcta al tratamiento presentaron una media de carga total de 37,41, mientras que aquellos con adherencia incorrecta tuvieron una media de 57,78. La prueba T reveló una diferencia significativa entre ambos grupos (p = 0,000), con una diferencia de medias de -20,368, lo que indica que los pacientes con adherencia incorrecta perciben una carga significativamente mayor. La prueba de Levene mostró que no se puede asumir la igualdad de varianzas entre los grupos (p = 0,024), por lo que se aplicó la corrección correspondiente. El valor de t ajustado fue de -3,920, confirmando la significancia de la diferencia observada (Tabla 5). Esto sugiere que los pacientes con adherencia farmacológica incorrecta experimentan una mayor carga del tratamiento en comparación con aquellos que siguen correctamente su tratamiento, lo cual va en consonancia con la hipótesis planteada en el presente trabajo.

Discusión

La carga total de tratamiento percibida fue categorizada como moderada, con un puntaje promedio de 48,12. Los dominios más afectados fueron los relacionados al estilo de vida y la repercusión económica, seguidos del psicosocial. Esto coincide con estudios internacionales que también reportan una carga moderada y un mayor impacto en aspectos financieros, sociales y de hábitos (7,19). Si bien el cuestionario utilizado no evalúa el costo de medicación ni de insumos para insulinoterapia, esta limitación fue parcialmente compensada por la cobertura del sistema público en esta población.

Tabla 5: Prueba de Levene y prueba T para la igualdad de medias en la carga total de tratamiento según adherencia al tratamiento farmacológico

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Dif de medias	Error típ. de la diferencia	95%zIC para la diferencia	
									Inferior	Superior
Suma de la carga total	Se han asumido varianzas iguales	5,283	0,024	-3,92	85	0	-20,368	5,196	-30,699	-10,037
	No se han asumido varianzas iguales			-4	80,429	0	-20,368	5,092	-30,5	-10,236

Los hallazgos de esta investigación indican que la percepción de la cara de tratamiento en pacientes con DM2 está significativamente afectada por la edad. Los análisis bivariados revelaron que los pacientes más jóvenes tienden a percibir una mayor carga en comparación con los de mayor edad. Este hallazgo es consistente con otros estudios presentes en la bibliografía que señalan que los pacientes mayores suelen presentar niveles menores de carga asociada al tratamiento, tanto en DM, como en el manejo de enfermedades crónicas en general (20), lo cual podría sugerir que factores como la experiencia de vida acumulada y la adaptación progresiva a las rutinas del tratamiento podrían contribuir a reducir la carga percibida con el tiempo. Por otro lado, para los pacientes jóvenes, la necesidad de seguir rutinas y restricciones relacionadas con el tratamiento puede percibirse como una interferencia en sus actividades y metas personales o profesionales, intensificando así la carga percibida (14,19,21).

En cuanto al nivel educativo, los resultados muestran que los pacientes con menor nivel de escolaridad perciben una carga de tratamiento significativamente menor en comparación con aquellos con estudios secundarios o terciarios. Este hallazgo coincide con lo reportado en la bibliografía (15,20), lo que podría sugerir que los pacientes con mayor nivel educativo tienden a tener expectativas más altas respecto al manejo de su enfermedad o son más conscientes de las complejidades del tratamiento, lo que podría aumentar su percepción de carga. Además, los pacientes con más educación pueden estar más involucrados en la toma de decisiones sobre su tratamiento lo que también podría aumentar la sensación de responsabilidad y carga.

Asimismo, la obesidad se asoció con mayor carga, aunque no se hallaron antecedentes bibliográficos directos. Este hallazgo abre la puerta a futuras investigaciones que profundicen en esta conexión, especialmente en el contexto de la DM2. Es importante destacar que más del 90% de la muestra presentó sobrepeso u obesidad, lo que refuerza la necesidad de abordajes integrales en este aspecto.

Siguiendo con el análisis de las variables influyentes en la carga de tratamiento, es importante destacar que existen diferencias en las proporciones de pacientes con distinto número de comorbilidades según las categorías de carga total de tratamiento. Un mayor número de pacientes sin comorbilidades se encuentra en la categoría de baja carga, mientras que aquellos que presentan más enfermedades concomitantes tienden a ubicarse en la categoría de alta carga. La carga percibida podría aumentar de manera no lineal con el número de enfermedades concomitantes, lo que explicaría por qué el análisis de medias no mostró diferencias significativas. Sin embargo, las proporciones en la categoría de carga alta indican que los pacientes con múltiples comorbilidades experimentan una carga mayor. Estos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura acerca del tema (15, 19, 21, 22).

Otras variables como el género, la condición laboral, el tiempo de evolución, el tipo de tratamiento, la HbA1c y la cantidad de ADO diarios no mostraron asociaciones significativas con la carga. No obstante, otros trabajos, como uno realizado en Japón (23) con un instrumento centrado en farmacoterapia, sí reportan asociaciones entre la carga y características del tratamiento, lo que podría explicarse por las diferencias metodológicas.

Finalmente, se halló que una mayor carga de tratamiento se relaciona con menor adherencia, lo cual refuerza la necesidad de estrategias que reduzcan la carga percibida. Este hallazgo, coherente con la hipótesis inicial y con la bibliografía (17), destaca la importancia de diseñar intervenciones personalizadas que promuevan hábitos saludables, acompañamiento profesional y redes de apoyo, especialmente para los pacientes más vulnerables, dado que una menor percepción de carga podría mejorar la adherencia y, en consecuencia, optimizar los resultados en salud.

Conclusiones

Este estudio encontró que el promedio de carga de tratamiento en la muestra corresponde a un nivel moderado, lo que indica que una parte significativa de los participantes percibe su tratamiento como una fuente considerable de esfuerzo y dificultad en su vida cotidiana. La carga estuvo especialmente influenciada por las adaptaciones necesarias en el estilo de vida y el impacto económico que implica el manejo de la enfermedad. Estas áreas, junto con factores psicosociales, representan los aspectos de mayor carga percibida por los pacientes. Además, se identificaron vínculos significativos entre la carga de tratamiento y variables sociodemográficas y clínicas: los pacientes más jóvenes, con mayor nivel educativo, con obesidad y con múltiples comorbilidades reportaron una mayor carga de tratamiento. Conocer estas características resulta valioso para quienes trabajan a diario con pacientes con DM2, ya que ofrece una visión profunda sobre la experiencia de éstos como enfermos crónicos, permitiendo adaptar las intervenciones o estrategias terapéuticas a las áreas de mayor carga en esta población, lo cual podría reducir el esfuerzo diario que implica el manejo de la enfermedad y favorecer la adherencia al tratamiento, generando así mejores resultados clínicos y una disminución del riesgo de complicaciones y mortalidad a largo plazo.

Limitaciones

La selección de los pacientes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que podría introducir sesgos de selección y limitar la generalización de los resultados a la población general. Para reducir este sesgo, futuros estudios podrían beneficiarse de la implementación de diseños multicéntricos (evaluación en diferentes CeSACs de la CABA) y métodos de muestreo probabilístico, lo que permitiría obtener una muestra más representativa y resultados más generalizables.

Dado que la recolección de datos fue realizada de manera presencial por la autora del estudio, existe la posibilidad de un sesgo de cortesía, donde los pacientes podrían haber minimizado la carga percibida o haber dado respuestas que creían serían más aceptables o favorables. Esto podría haber afectado la precisión de las respuestas en algunos ítems, especialmente en aquellos que evaluaban la relación con los profesionales de salud. Para minimizar este sesgo, sería de interés el uso del recientemente validado cuestionario TBQ-DM2 para la autoadministración (24), el cual no estaba aún publicado para su uso cuando se dio comienzo al proceso de recolección de datos.

Conflicto de interés

La autora declara no presentar conflictos de interés.

Referencias

1. Federación Internacional de Diabetes. IDF Diabetes Atlas 2021. Décima edición, capítulo 1. Disponible en: https://diabetes atlas.org. Consultado el: 03/03/24
2. Federación Internacional de Diabetes. IDF Diabetes Atlas 2021. Décima edición; capítulo 3. Disponible en: https://diabetesatlas.org Consultado el: 03/03/24
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades no transmisibles 2018. Capítulo DM.
4. Blanco J, Goldberg L, Iummato L, King A, Rodríguez Cámara MJ, Caravario J, Chaparro E, Hernández V, Oks I, Paz M, Pastrana N, Francisco Ronco C. Boletín de Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles Período 1997 – 2021. 2023. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación.
5. Boyd CM, Wolff JL, Giovannetti ER, Reider L, Weiss C, Xue Q, Leff B, Boult C, Hughes T, Rand C. Healthcare Task Difficulty Among Older Adults With Multimorbidity. Med Care. 2014; 52:118-125. DOI: https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a97 7da
6. Demain S, Gonçalves AC, Areia C, Oliveira R, Marcos AJ, Marques A, Parmar R, Hunt K. Living with, managing and minimising treatment burden in long-term conditions: a systematic review of qualitative research. PLoS ONE 2015; 10:1-18
7. Schreiner N, DiGennaro S, Harwell C, Burant C, Daly B, Douglas S. Treatment burden as a predictor of self-management adherence within the primary care population. Applied Nursing Research 2020;54. DOI: https://doi.org/10.1016/j. apnr.2020.151301
8. Vijan S, Hayward RA, Ronis DL, Hofer TP. BRIEF REPORT: The Burden of Diabetes Therapy. Journal of General Internal Medicine 2005; 20:479-482. DOI: https://doi.org/10.1111/j.15251497.2005.0117. x
9. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ 2009; 339: 485-487
10. Polonsky WH, Henry RR. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. Patient Preference and Adherence 2016; 10:1299-1307
11. Alsadah A, van Merode T, Alshammari R, Kleijnen J. A systematic literature review looking for the definition of treatment burden. Heliyon. 2020;6. DOI:https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03641
12. Tran VT, Barnes C, Montori VM, Falissard B, Ravaud P. Taxonomy of the burden of treatment: a multi-country web-based qualitative study of patients with chronic conditions. BMC Med. 2015;13. DOI: https://doi.org/10.1186/s12916-015-0356-x
13. Bohlen K, Scoville E, Shippee ND, May CR, Montori VM. Overwhelmed Patients: A videographic analysis of how patients with type 2 diabetes and clinicians articulate and address treatment burden during clinical encounters. Diabetes Care 2011; 35:47-49.
14. Tran VT, Victor M, Montori VM, Eton D, Baruch D, Falissard B, Ravaud P. Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions. BMC Medicine 2012; 10. DOI: https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-68
15. Tran VT, Harrington M, Montori VM, Barnes C, Paul Wicks P, Ravaud P. Adaptation and validation of the Treatment Burden Questionnaire (TBQ) in English using an internet platform. BMC Medicine 2014; 12. DOI: https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-109
16. Ysrraelit MC, Fiol MP, Vazquez Peña F, Vanotti S, Terrasa SA, Tran VT, Montori VM, Correale J. Adaptation and validation of a Spanish version of the treatment burden questionnaire in patients with multiple sclerosis. BMC Neurology 2019; 19. DOI: https://doi.org/10.1186/s12883-019-1441-0
17. Agüero Castro MV, Vázquez Peña FR, Terrasa SA.

Adaptación transcultural y validación de la versión en español del cuestionario de carga de tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 que concurren a centros de atención primaria del sector público de salud. San Juan. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes 2023; 57:95-104
18. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24:67–74. Disponible en:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130
19. Sav A, Whitty JA, McMillan SS, Kendall E, Kelly F, King MA, Wheeler AJ. Treatment Burden and Chronic Illness:Who is at Most Risk? The Patient - Patient-Centered Outcomes Research 2016; 9:559-569. DOI: https://doi.org/10.1007/s40271-016-0175-y
20. Herzig L, Zeller A, Pasquier J, Streit S, Neuner-Jehle S, Excoffier S, Haller DM. Factors associated with patients' and GPs' assessment of the burden of treatment in multimorbid patients: a cross-sectional study in primary care. BMC 2019; 20:88-99
21. Duncan P, Murphy M, Man MS, Chaplin K, Gaunt D, Salisbury C. Development and validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ). BMJ Open 2018;8. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019413
22. Morris JE,Roderick PJ,Harris S, Yao G,Crowe S, Phillips D,Duncan P, Fraser SDS. Treatment burden for patients with multimorbidity: cross-sectional study with exploration of a single-item measure. British Journal of General Practice 2021; 10:381-390. DOI: https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0883
23. Ishii H, Shin H, Tosaki T, Haga T, Nakajima Y, Shiraiwa T, Watanabe N, Koizumi M, Nakajima H, Okada S, Mashitani T, Mohri T, Akai Y. Reproducibility and Validity of a Questionnaire Measuring Treatment Burden on Patients with Type 2 Diabetes: Diabetic Treatment Burden Questionnaire (DTBQ). Diabetes Therapy. 2018; 9:1001-1019
24. Salva S, Vásquez Peña F, Terrasa SA. Validación de una versión autoadministrada en español del cuestionario TBQ para evaluar la carga de trabajo que implica el tratamiento de la diabetes tipo 2. Evidencia - Actualización En La práctica Ambulatoria, 2024; 27. DOI: https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i4.7113

Anexo - Cuestionario TBQ-DM2

Los siguientes enunciados refieren a todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud. Le solicitamos que le asigne un puntaje de 0 a 10 donde 0 significa NINGÚN ESFUERZO y 10 MÁXIMO ESFUERZO. Entonces pensando en el tratamiento de su diabetes mellitus, ¿cuánto esfuerzo le representó...

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	...el sabor, la forma o el tamaño de las pastillas y/o las molestias ocasionadas por las inyecciones?											
2	...la cantidad de veces que debe tomar y/o aplicarse la medicación todos los días?											
3	...el esfuerzo que hace para no olvidar tomar y/o aplicar su medicación a diario (p. ej. uso de pastilleros, alarmas, etc)?											
4	...las precauciones necesarias al tomar y/o aplicar su medicación (p. ej. antes o después de las comidas, su conservación en heladera, etc.)?											
5	...la frecuencia, el tiempo o las molestias asociados a la realización de pruebas de laboratorio y otros exámenes (p. ej. fondo de ojo, electrocardiograma etc.)?											
6	...la frecuencia, el tiempo o las molestias asociadas al control del azúcar en la sangre y su registro?											
7	...la frecuencia y el tiempo necesario para realizar las consultas médicas y las dificultades para encontrar turnos con los profesionales de la salud?											

8	...alguna dificultad en su relación con los profesionales de la salud (p. ej. no sentirse escuchado o tomado en serio)?											
9	...la reorganización de sus horarios y sus tareas alrededor de los turnos médicos y del transporte?											
10	...la carga administrativa relacionada con el cuidado de su salud, p. ej. las autorizaciones para obtener la medicación o el glucómetro (aparato para medir glucemia en su casa)?											
11	...la carga económica asociada al cuidado de su salud (gastos varios no cubiertos por el sistema de salud, alimentación, transporte etc.)?											
12	...la carga relacionada con los cambios en su alimentación y su estilo de vida (p. ej. dejar de fumar, evitar consumo de alcohol)?											
13	...la carga relacionada con la recomendación de realizar actividad física?											
14	...el impacto de su tratamiento en su relación con los demás (p. ej. depender de otros, sentirse una carga para ellos, sentir vergüenza de tomar medicación en espacios públicos)?											
15	...la incertidumbre o dudas con respecto a los resultados de los estudios o controles médicos para saber si su tratamiento está funcionando?											
16	La necesidad constante de atención médica, ¿le impide olvidar que tiene un problema de salud?											

Estudio de revisión narrativa sobre seguridad del uso de antieméticos en niños

Safety of antiemetic use in children: a narrative review

Autores/as: Cecilia A. Alvarez Rotondo[ab], Pablo García Munitis[a], Gustavo H. Marín[bc], Ezequiel Perez[a]

[a] *Hospital Elina de la Serna, La Plata, Argentina.*
[b] *CUFAR (Centro Universitario de Farmacología, FCMLP-UNLP), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.*
[c] *CONICET*

Resumen

Introducción: El vómito es la expulsión forzada del contenido gástrico y puede ser causado por diversas etiologías. En pediatría, representa un obstáculo en la terapia de rehidratación oral y genera ansiedad en los cuidadores. A pesar de que los antieméticos no están incluidos en la mayoría de los protocolos terapéuticos para la gastroenteritis aguda infantil, su uso es frecuente en la práctica clínica. **Objetivo:** Revisar la evidencia disponible sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos antieméticos en la población pediátrica. **Resultados:** Se analizan los principales fármacos utilizados en pediatría. El cisapride, previamente empleado en el tratamiento del reflujo gastroesofágico, fue retirado del mercado debido a su asociación con eventos adversos cardíacos graves. La domperidona, un antagonista dopaminérgico, ha sido restringida en varios países debido a preocupaciones sobre su seguridad cardiovascular y neurológica. La metoclopramida, con efectos antieméticos y procinéticos, ha sido objeto de advertencias regulatorias por sus potenciales efectos extrapiramidales y cardiovasculares. El ondansetrón, un antagonista de los receptores 5-HT3, ha demostrado eficacia en la reducción de vómitos en gastroenteritis aguda y ha sido recomendado para su uso en la terapia de rehidratación oral. **Conclusión:** El uso de antieméticos en niños requiere precaución. El ondansetrón es la opción más segura, aunque otros presentan riesgos. Se necesitan realizar más investigaciones en niños.

Palabras clave: Vómitos; Antieméticos; Farmacovigilancia; Efectos colaterales y reacciones adversas relacionados con medicamentos.

Abstract

Introduction: Vomiting is the forceful expulsion of gastric content and can be caused by various etiologies. In pediatrics, it represents an obstacle in oral rehydration therapy and

Autora para correspondencia: Cecilia A. Alvarez Rotondo. Correo electrónico: anahi.alvarez.rotondo@gmail.com
Recibido: 25/03/2025 Aceptado: 23/08/2025

Cómo citar: Alvarez Rotondo CA, García Munitis P, Marín GH, Perez E. Estudio de revisión narrativa sobre seguridad del uso de antieméticos en niños. Arch Med Fam Gen. 2025 Nov;23(3):29-38.

generates anxiety among caregivers. Although antiemetics are not included in most therapeutic protocols for acute gastroenteritis in children, their use is frequent in clinical practice. **Objective:** To review the available evidence on the safety and efficacy of antiemetic medications in the pediatric population. **Results:** The main drugs used in pediatrics are analyzed. Cisapride, previously employed in the treatment of gastro-esophageal reflux, was withdrawn from the market due to its association with severe cardiac adverse events. Domperidone, a dopaminergic antagonist, has been restricted in several countries due to concerns regarding its cardiovascular and neurological safety. Metoclopramide, with antiemetic and prokinetic effects, has been subject to regulatory warnings due to its potential extrapyramidal and cardiovascular effects. Ondansetron, a 5-HT3 receptor antagonist, has demonstrated efficacy in reducing vomiting in acute gastroenteritis and has been recommended for use in oral rehydration therapy. **Conclusion:** The use of antiemetics in children requires caution. Ondansetron is the safest option, although others pose risks. Further research is needed in children.

Keywords: Vomiting; Antiemetics; Drug-related side effects and adverse reactions; Drug utilization.

Introducción

El vomitar es el acto de expulsar el contenido gástrico por la boca, diferenciándose de procesos pasivos (como la regurgitación) o del deseo (como son las náuseas). El vómito puede tener múltiples etiologías por lo que su tratamiento dependerá de la patología de base que lo ocasione (1).

Como síntoma, los vómitos no sólo generan ansiedad en la familia, sino que además son un obstáculo en el tratamiento de rehidratación oral (TRO) o prevención de la deshidratación de los pacientes con gastroenterocolitis (2).

Si bien el uso de antieméticos no está contemplado en la mayoría de los protocolos terapéuticos sobre la gastroenteritis aguda en niños (principal causa de vómitos en este grupo), se prescriben con relativa frecuencia tanto por vía oral como por vía parenteral, ya sea en forma ambulatoria o en pacientes hospitalizados (2).

En su patogenia intervienen tres importantes centros ubicados en el bulbo raquídeo: la zona quimiorreceptora gatillo (ZQG), el centro del vómito y los núcleos vestibulares. En la figura 1 encontramos los fármacos capaces de interaccionar con dichas estructuras (3).

Los niños responden a los medicamentos de forma diferente a los adultos, por lo tanto, los medicamentos deben estudiarse y formularse para ellos (4). A principios de los años ´60 fueron clasificados como “huérfanos terapéuticos” debido a la escasez de tratamientos disponibles en esta población (5). Si bien en los últimos años se registraron importantes avances en la legislación de investigación pediátrica generando mayor cantidad y calidad de estudios (6), aún queda mucho camino por recorrer.

Los niños son una población heterogénea, que abarca desde el nacimiento hasta los 18 años. Esto hace que las investigaciones sobre la utilización de medicamentos en niños sean diferentes de la que se realiza en adultos (7).

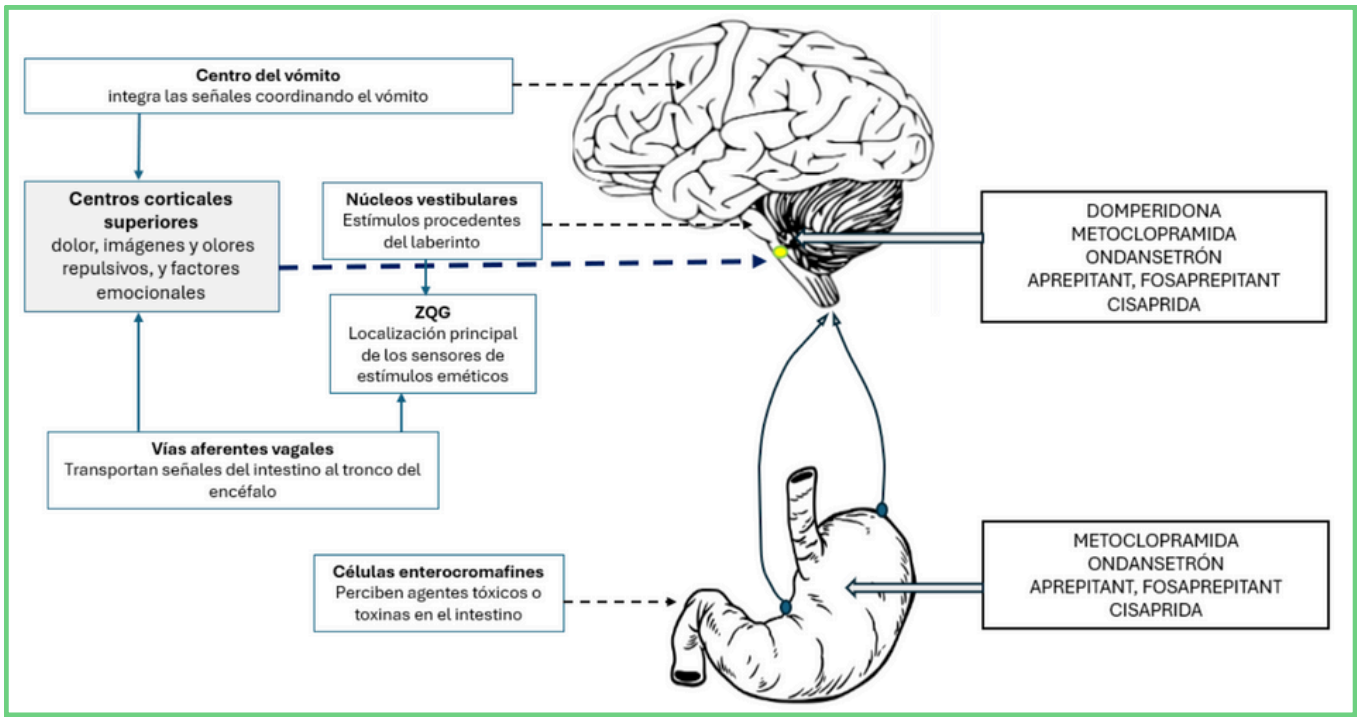


Figura 1. Esquema de los factores que intervienen en el control del vómito, con los lugares de acción probables de los fármacos antieméticos. Fuente: elaboración propia.

Entre los peligros de extrapolar evidencia de los adultos a los niños, se debería considerar la peligrosidad de prescribir drogas contraindicadas en esta población o indicar una terapéutica con escasa o nula evidencia en niños, como es el caso de la codeína y el dextrometorfano como agentes antitusivos (8).

Este es un artículo de revisión para la práctica diaria solicitada al área de farmacología clínica de un hospital pediátrico, con el fin de responder a una duda institucional sobre las alertas recientes del uso del antiemético domperidona en niños. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en libros de textos, sociedades científicas nacionales e internacionales, revisiones sistemáticas Cochrane, Epistemonikos y diferentes agencias reguladoras de medicamentos. En la misma se realiza una breve revisión sobre cada uno de los antieméticos disponibles según la bibliografía.

El caso del Cisapride

El reflujo gastroesofágico (RGE) es un síntoma gastrointestinal frecuente en la población infantil. Su mayor incidencia se da a partir de los 4 meses de edad y por lo general se resuelve espontáneamente durante el primer y el segundo año de vida. La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es un proceso patológico caracterizado por poca ganancia de peso, signos de esofagitis, síntomas respiratorios persistentes y cambios neuroconductuales. La ERGE tiene un rango de incidencia que va de 0.3 % a 18% en población pediátrica. Los síntomas varían de acuerdo con la edad de los pacientes y entre sus complicaciones se describen alteraciones de la mucosa esofágica, cuadros respiratorios (neumonías recurrentes, aspiración, asma) y muerte súbita infantil (9).

Antes de su retirada, el cisapride era la

piedra angular del tratamiento del RGE, a pesar de que no se halló evidencia significativa en la reducción de los síntomas (10).

El cisapride, agente procinético gastrointestinal sin actividad bloqueadora de la dopamina, actúa en condiciones de vaciamiento gástrico retardado. Aumenta significativamente el tono del esfínter esofágico inferior, mejora la peristalsis esofágica e incrementa el número de contracciones gástricas fúndicas acelerando el vaciamiento gástrico. Cisapride aumenta la liberación fisiológica de acetilcolina de los nervios posganglionares en el plexo mientérico del intestino al estimular los receptores de 5-hidroxitriptamina (serotonina o 5-HT4), dando como resultado los efectos farmacológicos mencionados. La semivida de eliminación es de 6 a 12 horas, y alcanza el estado estacionario dos o tres días después de comenzado el tratamiento (10).

La Farmacóloga Marcela Rousseau, realiza un breve resumen acerca de la historia del Cisapride y su aprobación por Food and Drug Administration (FDA-EE. UU), Agencia Europea de Medicinas (EMA, por su sigla en inglés) y ANMAT (Argentina) (11) que hemos resumido en la figura 2.

En la actualidad no se comercializa en Argentina ninguna formulación fuera de la permitida (gotas a 1mg/ml), quedando exclusivamente la provisión a través de la formulación magistral. Rousseau concluye "...no incorporar al Formulario Terapéutico, tampoco se recomienda la utilización para casos excepcionales ni en forma restringida".

El mosapride, un fármaco de la misma familia, se comercializa en Argentina en forma de monodroga. En su prospecto, la incidencia de efectos adversos es rara entre los que figuran síntomas gastrointestinales (diarrea/heces blandas, sequedad de boca, dolor abdominal),

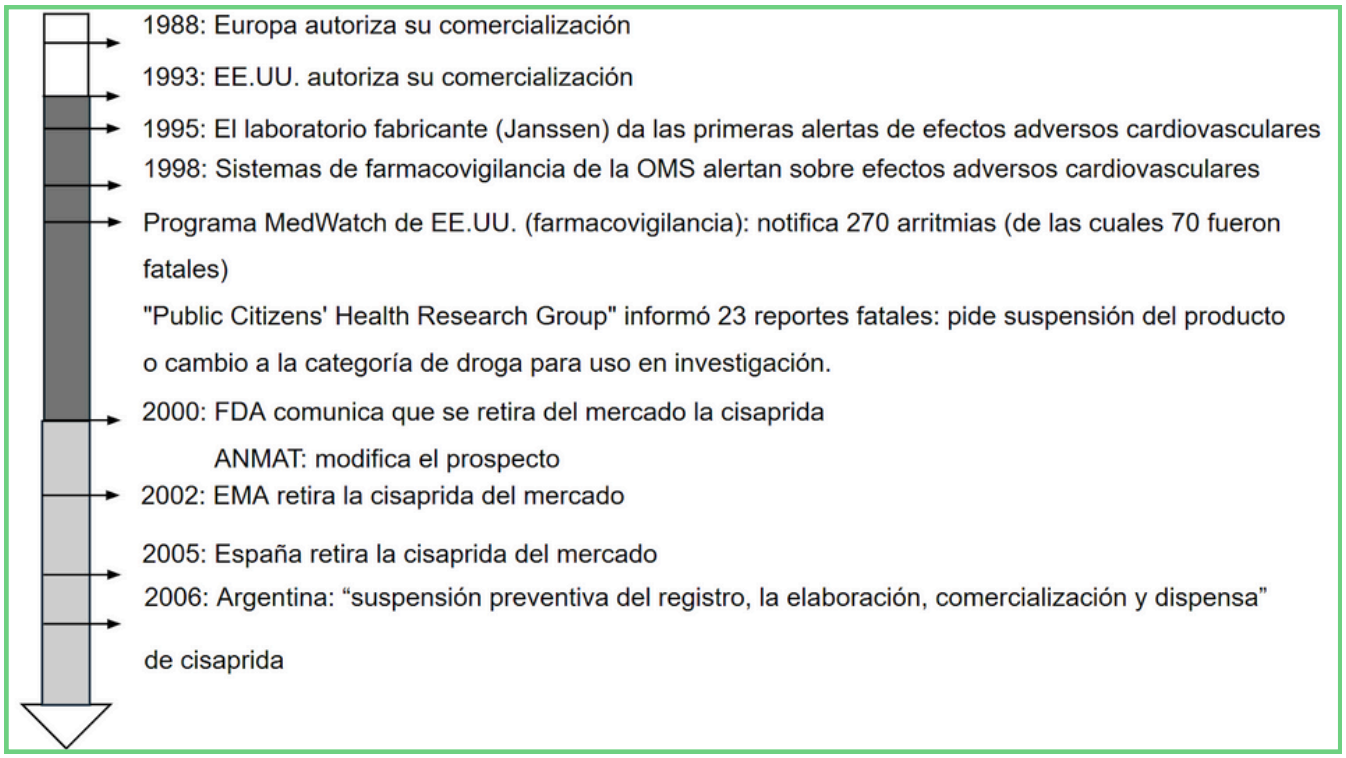


Figura 2. Breve historia - Aprobación del medicamento en FDA, EMA y ANMAT. Fuente: elaboración propia.

alteraciones hepáticas, cardiovasculares (palpitaciones) y otros (malestar general, eosinofilia, aumento de triglicéridos, mareo y embotamiento). Con respecto a su uso en pediatría y lactancia, los prospectos informan que no hay datos de seguridad en esta población por lo que se encuentra contraindicado (11).

¿Qué sucede con la domperidona?

La domperidona, antagonista de la dopamina actúa estimulando la motilidad gástrica. Posee efectos antieméticos por combinación de acción periférica (grastrocinética) y antagonismo de los receptores de la dopamina en la ZQG. En mayo de 2019, Johnson & Johnson envió un comunicado a los médicos de Irlanda sobre novedades de seguridad de la domperidona eliminando la indicación pediátrica, limitando su indicación a náuseas y vómitos por un máximo de una semana en pacientes mayores de 12 años y con un peso superior a 35 kg (13). Los prospectos en Argentina no reflejan aún estos cambios en las indicaciones, aunque aclaran acerca de los efectos neurológicos en niños, sin informar sobre su toxicidad cardiaca en la misma población (14,15). Es importante destacar que algunos estudios epidemiológicos muestran que la domperidona puede asociarse con un aumento de riesgo de arritmias ventriculares graves o muerte súbita de origen cardiaco y que debe utilizarse la menor dosis eficaz posible, tanto en adultos como en niños (16).

Las reacciones extrapiramidales son muy raras. No obstante, en niños, debido a que las funciones metabólicas y la barrera hematoencefálica son inmaduras, el riesgo de efectos adversos neurológicos es mayor, sobre todo durante el primer año de vida (17).

En diciembre de 2019, el ente regulador del Reino Unido, el MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency), emite un comunicado con consejos similares, facilita contraindicaciones y realiza recomendaciones de dosis y duración del tratamiento (18). En la publicación justifica su comunicado con la falta de eficacia en la población pediátrica menor de 12 años citando un estudio en el cual la administración de domperidona más TRO no demostró ser significativamente más efectiva que el placebo más TRO para reducir los episodios de vómitos durante las primeras 48 horas. Una actualización de una revisión de Cochrane publicada confirma la evidencia de que la domperidona no es tan efectiva en esta población como se consideró anteriormente (19). En consecuencia, en el Reino Unido se ha actualizado el prospecto de la domperidona para eliminar la indicación en niños menores de 12 años.

Estudios regulatorios recientes en varios países europeos, incluido el Reino Unido, mostraron que una no despreciable proporción de profesionales desconocen los cambios en la indicación y las contraindicaciones introducidas en 2014, motivo por el cual recuerda a todos los profesionales de la salud las precauciones emitidas para el uso seguro de los productos que contienen domperidona (18). Ver figura 3.

En la actualidad, la domperidona no está aprobada para su venta ni se comercializa en los EE. UU. El 7 de junio de 2004, la FDA emitió una advertencia pública de que la distribución de cualquier producto que contenga domperidona es ilegal y emitió una alerta de importación para negar la admisión a los EE. UU. de productos farmacéuticos (terminados o a granel) que la contengan.

Contraindicaciones de la Domperidona (15):

- Pacientes con insuficiencia hepática moderada a grave,
- Pacientes con prolongación conocida de los intervalos de conducción cardíaca (especialmente QTc),
- Pacientes con alteraciones electrolíticas significativas,
- Pacientes con enfermedades cardíacas subyacentes, como insuficiencia cardíaca congestiva,
- Durante la administración conjunta con fármacos que prolongan el QT o inhibidores potentes del CYP3A4.

Figura 3. Contraindicaciones de la Domperidona. Fuente: elaboración propia.

La FDA tomó esta medida, por la preocupación ante posibles riesgos graves asociados al uso de domperidona en mujeres lactantes con el fin de mejorar la producción de leche materna (20).

¿Qué sucede con la Metoclopramida?

Metoclopramida y domperidona han sido ampliamente utilizados en nuestro medio para el tratamiento sintomático de los vómitos en niños, siendo su mecanismo de acción la modulación de los sistemas dopaminérgicos y/o serotoninérgicos a nivel central.(3) Metoclopramida es un neuroléptico con propiedades antieméticas y procinéticas usado en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos, así como en los trastornos funcionales del aparato digestivo. En Argentina, se encuentra comercializada como monodroga y asociada con antiácidos (18).

El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), ha revisado el balance beneficio-riesgo de metoclopramida en sus indicaciones autorizadas tanto para adultos como para pediatría, debido a sus riesgos asociados en particular los efectos neurológicos (p. ej. alteraciones extrapiramidales y discinesia tardía) y cardiovasculares, así como la falta de uniformidad en los datos de eficacia en distintos países de la Unión Europea. Esta revisión confirmó el riesgo ya conocido de reacciones extrapiramidales a corto y largo plazo (principalmente discinesia tardía) en población adulta y pediátrica, siendo mayor en niños, a dosis altas y en tratamientos prolongados, y más probables tras la administración repetida de dosis. También se han notificado algunos casos de reacciones adversas cardiovasculares graves (incluyendo hipotensión, shock, síncope, bradicardia, bloqueo aurículo-ventricular y paro cardiaco), fundamentalmente tras la administración intravenosa en pacientes que presentaban factores de riesgo para patologías cardiacas (21). Ver figura 4.

Ondansetrón

El Ondansetrón es un antagonista potente y altamente selectivo de los receptores 5HT3, aunque no se conoce el modo exacto de acción en el control de las náuseas y vómitos. Está indicado en náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia en niños ⩾6 meses y en náuseas y vómitos postoperatorios por vía intravenosa en niños >1 mes. Otros usos “off-label” son el síndrome de vómitos cíclicos y los vómitos asociados a gastroenteritis aguda (22). El uso de medicamentos fuera de prospecto (“off-label”), es decir en condiciones distintas a

Recomendaciones del CHMP(24):

- No utilizar metoclopramida en niños menores de 1 año.
- Restringir su uso en niños y adolescentes de 1 a 18 años como segunda línea de tratamiento en prevención de náuseas y vómitos retardados en quimioterapia y en tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios.
- Restringir su uso en pacientes adultos para prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (retardados), radioterapia, cirugía y migraña.
- Limitar la duración del tratamiento a un máximo de 5 días.
- Limitar la dosis máxima a 0,5 mg por kg de peso en 24 horas.

Figura 4. Recomendaciones del CHMP sobre metoclopramida. Fuente: elaboración propia.

las que contempla la ficha técnica, supone menor evidencia clínica que sustente uso efectivo y seguro, situación común en pediatría (17).

Una revisión sistemática con metaanálisis evaluó la evidencia sobre la seguridad y eficacia de los antieméticos en los vómitos inducidos por gastroenteritis en niños y adolescentes. El ondansetrón oral demostró aumentar el cese de los vómitos y redujo el número de pacientes que requirieron rehidratación intravenosa, reduciendo los ingresos hospitalarios. Ondan-setrón y la metoclopramida administrados por vía intravenosa redujeron el número de episodios de vómitos y admisiones, y el dimenhidrinato en forma de supositorio redujo la duración de los vómitos. El ondansetrón sería el tratamiento con más probabilidades de permitir el inicio de la terapia de rehidratación oral en pacientes con náuseas y vómitos. Dada la importancia de estos resultados, los autores instan a los responsables de las políticas sanitarias a considerar un uso más amplio de ondansetrón en la atención secundaria. La patente de ondansetrón ha caducado y es probable que sea un tratamiento económico para la gastroenteritis aguda (19).

Inhibidores de NK1: Aprepitant y Fosaprepitant

Aprepitant, es un antagonista selectivo de alta afinidad de los receptores de la sustancia P neurocinina 1 (NK1) humana que actúa en el centro del vómito y la ZQG. Fosaprepitant, es un profármaco de aprepitant. El aprepitant inhibe la emesis aguda y retardada inducida por la quimioterapia, y aumenta la actividad antiemética del antagonista del receptor 5-HT3 ondansetrón y del corticosteroide dexametasona frente a la emesis inducida por el cisplatino (y otras drogas de alto riesgo emetógeno). Entre sus indicaciones en edad pediátrica, se encuentra la prevención de las náuseas y los vómitos que se asocian con la quimioterapia antineoplásica moderada y altamente emetógena, aunque no hay datos específicos de sus efectos secundarios en niños (23).

Conclusiones

La notificación espontánea de los efectos adversos, así como de la falta de eficacia de los medicamentos es de gran valor desde el punto de vista sanitario. Es necesario promover la farmacovigilancia

en todos sus niveles para así evitar o minimizar el daño a los pacientes y adoptar las medidas regulatorias apropiadas para su uso seguro.

A modo de resumen, se presentan algunas de las últimas advertencias para el uso de antieméticos de las principales agencias reguladoras y sitios de referencia para la práctica diaria. Ver Tabla 1 y Figura 5.

Antiemético	Agencia reguladora y año	Advertencia
Domperidona	EMA y la(HPRA), 2019 FDA, 2021	Riesgo cardiovascular, uso en adultos y a partir de 12 años peso ≥ 35 kg. La dosis máxima diaria de domperidona es de 30 mg por día. No se comercializa en EE.UU.
Metoclopramida	AEMPS, 2013	No debe usarse en niños menores de un año. Para los mayores de esta edad su uso queda restringido a segunda línea de tratamiento de náuseas y vómitos post-operatorios y prevención de náuseas y vómitos retardados tras quimioterapia
Ondansetrón	AEMPS, 2012 Asociación Española de Pediatría	Riesgo prolongación QT por vía IV a dosis 32 mg Efectos adversos: El perfil de acontecimientos adversos en niños y adolescentes es comparable al observado en adultos: cefalea, mareos, escalofríos, debilidad, dolor neuromuscular, palpitaciones, estreñimiento o diarrea, elevación de las transaminasas o hipersensibilidad; en administración IV rápida: visión borrosa y vértigo; raros: convulsiones, dolor torácico, arritmias, hipotensión y bradicardia.
Inhibidores NK1	Asociación Española de Pediatría	Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia de alto riesgo emetogénico

EMA: Agencia Europea de Medicamentos
HPRA: Autoridad Reguladora de Productos Sanitarios
AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Tabla 1. Últimas advertencias para el uso de antieméticos de las principales agencias reguladoras. Fuente: elaboración propia.



Figura 5. Sitios de referencia para su uso en la práctica diaria. Fuente: elaboración propia.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración en la revisión y corrección del manuscrito a Roser Llops Rius del servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, Catalunya, España.

Fuentes de financiamiento

Este estudio de investigación no recibió financiación específica al momento de plantear y realizar el estudio. Se realizó con fondos propios del equipo investigador.

Referencias

1. Peñalba A, Vázquez P. Vómitos. An Pediatría Contin [Internet]. 2009. [Consulta: el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https:// https://acortar.link/gslTgA
2. Boletín Farmacológico - Riesgos del uso de antieméticos en pediatría [Internet]. [Consulta: el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/Ph5a0W
3. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Farmacología. 5ª ed. Barcelona: Churchill-Livingstone; 2001
4. Jong GW, Klassen TP, MacLeod SM. A landmark report on improving medicines for children. JAMA Pediatr. 2015 Mar;169(3):204-5. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3057 .[Internet]. [Consulta: el 7 de octubre de 2023] Disponible en:https://acortar.link/OggQjn
5. González CQF. Farmacología del paciente pediátrico. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2016;27(5):652-9.[Consultado el 7 de octubre de 2023] Disponible en: https://acortar.link/LmIAY1
6. Referencias legales en la investigación pediátrica. Pediatría integral [Internet]. 2012 [Consulta: 2 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/MEqdtW
7. Elseviers M, Wettermark B, Almarsdóttir AB, Andersen M, Benko R, Bennie M, et al. Drug utilization research: methods and applications. Chichester: John Wiley & Sons; 2016.
8. Cañás M. Tratamiento para la tos en niños. Femeba Hoy Espec. [Internet]. 2010. [Consulta: 1 de noviembre de 2023];(4). Disponible en: https://acortar.link/CDUvGU
9. Rousseau M. Informe ETS cisapride en enfermedad de reflujo refractaria y dismotilidad gastrointestinal refractaria. [Internet]. 2021. [Consulta: 1 de noviembre de 2023]; Disponible en: https://acortar.link/MOTSey
10. Scott B. Question 2 How effective is domperidone at reducing symptoms of gastro-oesophageal reflux in infants? Table 2. Arch Dis Child. [Internet] 2012:752-5. [Consulta: 4 de noviembre de 2023]; Disponible en: https://acortar.link/6EckQ7
11. Elea laboratorios. Prospecto Mosar [Internet]. [Consulta: 21 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/noMFRR
12. Autoridad Reguladora de Productos Sanitarios irlandesa (HPRA). Domperidone-containing products: removal of the paediatric posology and reminder of indication and contraindications related to serious cardiac side-effects [Internet]. [Consulta: 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/x9oMn2
13. Siegfried laboratorios. Prospecto Gastrodom [Internet].

[Consulta: 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/ogAGKz
14. Lazar Laboratorios. Prospecto Domperidona. Disponible en: https://acortar.link/70z2o5
15. PAMI. Vademecum Nacional de Medicamentos [Internet]. [Consulta: 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/TqBZZ
16. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Domperidona y riesgo cardiaco [Internet] 2020 [Consulta: 21 de noviembre de 2023] Disponible en: https://acortar.link/LmazhW
17. Boletín Farmacológico. Riesgos del uso de antieméticos en pediatría [Internet]. 2013. [Consulta: 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/Ph5a0W
18. Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos del Reino Unido (MHRA). Drug Safety Update volume 13, issue 5 [Internet] 2019 [Consulta: 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/fKfAxa
19. Carter B, Fedorowicz Z. Antiemetic treatment for acute gastroenteritis in children: an updated Cochrane systematic review with meta-analysis and mixed treatment comparison in a Bayesian framework. BMJ Open. [Internet] 2012. [Consulta: 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/wxb6A5
20. Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). How to Request Domperidone for Expanded Access Use [Internet] 2021 [Consulta: 7 de diciembre de 2023]; Disponible en: https://acortar.link/tgDuXd
21. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Metoclopramida: restricciones de uso, actualización de indicaciones y posología [Internet]. 2022 [Consulta: 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/trnpeP
22. Asociación Española de Pediatría. Aprepitant [Internet] [Consulta: 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://acortar.link/bvXkpk

Entrevista

Ana Braslavsky*



Investigación clínica con apoyo económico parcial por parte de un patrocinante externo (ej: ONGs, organismos sin fines de lucro, instituciones académicas)

*MD, Médica (UBA), Especialista en pediatría (IUHIBA), MSc(c) UHIBA). Becaria de perfeccionamiento del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica. Monitora Ética de Ensayos Clínicos del Comité de Ética en Protocolos de Investigación. Becaria del Área de Investigación No Patrocinada, Secretaría de Investigación. Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

MFGR: Hoy tenemos el privilegio de conversar con ella, cuyas contribuciones como fellow (becaria) de 2do año en investigación clínica, permitirán enriquecer nuestro entendimiento. En esta entrevista, nos acompaña para compartir sus reflexiones, los desafíos y las lecciones aprendidas a lo largo de su experiencia laboral reciente, y relacionada a la construcción de un protocolo de Investigación Clínica con apoyo económico PARCIAL por parte de un Patrocinante Externo.

Ante todo, repasemos que existen diferentes tipos de proyectos investigación, pudiendo clasificarse no sólo por el diseño (definición clásica de experimentales -con intervención- u observacionales -sin intervención-), sino también de acuerdo al origen de la iniciativa (¿de quién o de dónde surgió la idea?), y/o por la proveniencia de los fondos de financiación.

Probablemente, los dos escenarios más conocidos sean:

- iniciativa por parte de investigador/a (sin apoyo económico alguno), es decir aquella solventada por persona individual y/o equipo y/o institución (hospital/universidad), y realizada con fines académicos (ej. tesis de maestría); o
- estudio patrocinado por la industria farmacéutica o biomédica.

Sin embargo, existe una “categoría intermedia”, algo inusual y menos frecuente (debido a la poca oferta en el contexto económico actual, y por la difícil competitividad de ese proceso, donde es muy habitual el rechazo, una y otra vez).

Se trata de aquel proyecto con “modelo híbrido” de financiación, es decir motorizado por un/a investigador/a por interés académico, pero que consigue apoyo económico externo parcial (a través de beca, subsidio, grant); o cuyo monto de subvención financiera

indudablemente no alcanza para cubrir el 100% de los gastos del proyecto.

¿Serías tan amable de contaros cuáles fueron tus primeros pasos de este último caso?

AB: Por supuesto, ¡encantada!. Como becaria me invitaron a participar activamente en una cohorte prospectiva multicéntrica, cuyo centro coordinador era un Patrocinador Externo (centro académico ubicado en Provincia de Buenos Aires), y que necesitaba de la participación de 3 hospitales públicos y privados ubicados en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Nuestra institución (Hospital Italiano de Buenos Aires) fue uno de los centros invitados a formar parte. Mi participación formó parte de mi tarea laboral como investigadora del Área de Investigación en Medicina Interna, donde prestamos asesorías metodológicas y damos soporte a investigadoras/es del Servicio que requieren ayuda, en cualquier etapa del proyecto.

El primer paso fue entender el plan de trabajo, para lo que nos compartieron un "Protocolo Madre" que requirió ser leído críticamente para evaluar la viabilidad, asegurando que el proyecto sea adecuado para institución, equipo de trabajo, y recursos.

Los factores más importantes a considerar fueron:

- Objetivos: ¿están alineados con las áreas de interés o prioritarias de nuestra institución/departamento/servicio/sección, y con las fortalezas de nuestro equipo?
- Alcance: ¿tenemos las capacidades para contribuir de manera efectiva? (en términos de tiempo, recursos y logística … chequear que verdaderamente los resultados esperados sean alcanzables y realistas).
- Recursos disponibles. Cualquier proyecto multicéntrico implica una enorme carga laboral, por lo que es esencial contar con un equipo comprometido y capacitado. ¿Tenemos suficiente personal con la capacitación adecuada? ¿Contamos con la infraestructura necesaria para llevar a cabo la investigación (ej: laboratorios, equipos especializados)?

MFGR: ¡Qué interesante! Te interrumpo para retomar dos conceptos que mencionaste al pasar, que creo que valen la pena aclarar en el contexto de investigaciones en Salud.
Un “equipo comprometido” es aquel que cuenta con un grupo de personas motivadas y dedicadas, con compromiso y responsabilidad. Implica que cada miembro se involucra activamente en el trabajo, se esfuerza, y asume la responsabilidad de contribuir a su éxito (para lograr la “responsabilidad compartida”).

En cambio, el “equipo capacitado” es aquel que tiene el conocimiento y las habilidades técnicas necesarias para llevar a cabo las tareas requeridas en el proyecto. La capacitación no sólo involucra formación académica (ej: credenciales necesarias para ser sub-investigador/a, como poseer el certificado de buenas prácticas clínicas. vigente[1]), sino también la experiencia práctica y las habilidades interpersonales. Debería existir una disposición a colaborar y ayudarse mutuamente, a compartir conocimientos, y a comunicarse de manera efectiva. Habitualmente, se esfuerzan por cumplir con los plazos establecidos, y están dispuestos a resolver problemas.

1 Opción gratuita en Global Health Training Centre. LINK: https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/normas-de-buena-practica-clinica-ich-e6-r2/

Ahora sí, te dejo retomar el hilo, ¿cuál fue el segundo paso?

AB: El segundo paso estuvo relacionado a los estándares regulatorios y la normativa ética, que resultan imprescindibles para asegurar que la investigación se realice de manera rigurosa, transparente, respetuosa y responsable.

En este escenario puntual, las más importantes fueron inherentes a la ética en salud:

- Cualquier estudio que involucre a seres humanos debe ser aprobado por un comité de ética antes de su inicio. Por más que se trate de un proyecto multicéntrico, cada centro participante debe someter la evaluación del protocolo a su comité institucional correspondiente. Para eso, tuvimos que hacer adaptaciones locales y necesarias en base al "Protocolo Madre" que nos compartieron.
- Formulario de Consentimiento Informado para ser llenado, firmado y almacenado, que garantice la participación libre y voluntaria. La redacción debía ser clara, concisa y simple para que los participantes comprendan plenamente la naturaleza del estudio, los riesgos y beneficios, y su derecho a participar o retirarse en cualquier momento sin consecuencias. En este sentido, tuvimos que hacer algunas adaptaciones en base a la versión original que nos compartió el Patrocinante Externo. Por ejemplo, la incorporación de la Ley 3301/09 de CABA[2]. También, el firmante con rol de "Investigador Principal" (IP) debía ser un profesional del hospital (y no del centro coordinador).

MFGR: Esto último que mencionas, es algo que habitualmente no enseñan, sino que más bien "se aprende haciendo". Todos/as sabemos que la función principal del IP es dirigir y coordinar los aspectos relacionados con el estudio, asegurando que se cumplan los objetivos científicos, éticos y regulatorios establecidos. Además, es quien actúa como responsable ante las instituciones, patrocinadores, comités éticos y organismos reguladores... y que puede delegar funciones, pero nunca responsabilidades.

Sin embargo, vale la pena aclarar que, para los Proyectos Multicéntricos, existe:

- Un *Líder* del proyecto a nivel global, encargado de supervisar el diseño, la implementación y el monitoreo en todos los centros participantes. También conocido como "*Coordinador*".
- Cada centro generalmente tiene su propio *Investigador Principal Local* (IPL), que es responsable de la implementación del estudio a nivel local/institucional, cuya función es supervisar el reclutamiento de participantes, la recolección de datos, el proceso de consentimientos informados (y su correcto y seguro almacenamiento), y la conformidad con las normativas éticas y locales.

Ambos, deberían ser una persona con amplia experiencia y formación en el campo/expertise, así como también contar con habilidades de liderazgo y gestión.

De nuevo, perdón por la interrupción. ¿Qué otra lección aprendida tenés para compartirnos?

2 Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud. LINK: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/filesmedia/document/2019/09/12/deaafbab0395f23e94697ded445ce2287e3083e8.pdf

AB: El tercer paso estuvo relacionado con la logística de recolección de datos. Se refiere al conjunto de actividades y procesos organizados y planificados para recolectar, almacenar, gestionar, y distribuir los datos de manera eficiente. Vale la pena mencionar que los datos institucionales de cada centro deben ser enviados al centro coordinador, y ese es un punto crítico a nivel local, por la confidencialidad (debe pensarse muy bien cómo, cuándo, quién, de qué manera segura y controlada).

Este punto vuelve nuevamente a la factibilidad, porque:

- hay que conocer el número de pacientes estimados necesarios a reclutar, pensar en quién, cómo, cuándo y dónde ocurrirá el reclutamiento, cuánto tiempo llevará (lo que implica tener que revisar los formularios/fichas, en cuanto a extensión, número de variables incluidas, operacionalización y definiciones, modalidad de captura -visita presencial, llamado telefónico, teleconsulta, revisión de HCE-);
- hace falta discriminar qué es práctica habitual y qué no (y por ende, se hace exclusivamente con fines de investigación), porque ni el paciente ni su cobertura de salud ni la institución deberían hacer frente a ese gasto /costo;
- entender el circuito para la toma de muestras, almacenamiento y transporte (en caso de requerir reactivos/estudios /test, por ejemplo).

MFGR. Todo esto que mencionas nos lleva directamente al habitualmente omitido u olvidado *Presupuesto*, ¿verdad? ¿Qué lecciones aprendidas nos podes compartir con respecto a su armado?

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.

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.

AB: Exactamente. Para empezar, la evaluación del protocolo por parte del comité tenía un arancel en este caso/ejemplo, debido a que se trataba de una iniciativa que surge por el Patrocinante, quien aporta apoyo económico parcial. Era la primera vez que pasaba por una experiencia así, y aprendí que dentro de la documentación de presentación al CEPI, se debe adjuntar el comprobante de pago emitido por la Administración Financiera. Este monto fue pagado directamente por parte del Financiador, y si bien el precio está preestablecido en dólares, se convierte a pesos en función de la cotización oficial del Banco de la Nación Argentina, a la fecha correspondiente de la emisión de la factura. Sin embargo, cabe aclarar que habría que contemplar también otros ítems, como enmienda/s o renovación anual (si aplicara/n).

Luego, también conllevó un Overhead del 10% (que cubre Costos Indirectos, aquellos que no se pueden rastrear directamente a una actividad específica del proyecto, pero que son esenciales para su funcionamiento). En el contexto de un proyecto de investigación incluyen espacio físico (ej. consultorios, oficinas), servicios (ej. luz, agua, internet), gastos administrativos, equipamiento (ej. computadoras, soporte técnico, mantenimiento).

Estas dos categorías (comité y overhead) estuvieron rápidamente visibles por normativa institucional. Aunque, los/as investigadores/as deberían pensar en otras categorías, como:

- Entrenamiento de sub-investigadores sobre logística, criterios de inclusión y fichas.
- Tiempo destinado al reclutamiento de potenciales participantes. Habitualmente, se paga por paciente incluido (y no por paciente potencialmente incluible y evaluado).
- Proceso de consentimiento informado, y capacitación.
- Insumos de oficina (ej: toner, impresora, papel, folletería) o fotocopias, para disponer al menos una copia firmada y sellada por comité por cada FCI (y más cantidad, por eventuales errores de llenado).
- Tiempo destinado al armado de base de datos en RedCap.
- Tiempo destinado al proceso de supervisión de recolección de datos (control de calidad, y feedback individual a sub-investigadores).
- Tiempo destinado a la construcción de Informe de Avance (ej: semestral) y/o Informe Final (ej: anual).
- Gastos relacionados a la comunicación (ej: reuniones periódicas, congresos, publicaciones).

MFGR: ¡Qué complejidad! ¿Cuáles consideras que son los principales desafíos en el armado del presupuesto, y qué recomendación darías para enfrentarlos?

AB: Estos son algunos de los principales consejos que me ha dejado esta experiencia:

- Calcular los costos de manera precisa, especialmente en proyectos complejos o a gran escala, puede ser muy complicado. Esto incluye costos directos (materiales, salarios, equipos), y costos indirectos (overhead, costos administrativos).
- Es clave ser realista en la estimación. Para esto, se recomienda obtener presupuestos detallados y trabajar estrechamente con los departamentos relevantes (ej: investigación, farmacología, finanzas) para tener una visión clara.

- Si es posible, revisar presupuestos de proyectos similares previos, o solicitar ejemplos a colegas. Siempre que sea posible, revisar con pares, debatir y discutir, sobre todo para la estimación de tiempo-horas-persona de las actividades (que solemos subestimar).
- Los costos pueden cambiar a lo largo del tiempo debido a inflación, aumento de precios de suministros, o cambios en la legislación/normativa (ej. porcentaje de ovehead). Si se tratara de un proyecto largo, esto puede generar variaciones difíciles de prever.
- Hay más dudas que certezas, es mejor... ¿en pesos o en dólares? ¿ajuste por inflación? ¿atualización sí o no? ¿con qué periodicidad?, entre otras preguntas que no disparó esta experiencia.

MFGR: Como jefa, debo admitir que hiciste un trabajo monstruoso y maravilloso. Espero que hayas aprendido mucho en el proceso. Considero importante resaltar que la gestión presupuestaria es una habilidad que mejora con la práctica, y cada proyecto es una oportunidad para seguir aprendiendo. Todos/as los/as investigadores/as con más trayectoria miramos para atrás y evidenciamos errores. Al principio, indudablemente enfrentarás múltiples dificultades, porque la experiencia es clave. Es imprescindible que la elaboración del presupuesto sea una desafío intelectual complejo. Para enfrentarlo con éxito, debería resultar detallado, realista y flexible, escuchando a la voz de la experiencia (de mentores), y los aprendizajes de otros/as profesionales.

AB: ¡Sin duda! Me ayudaron mucho el acompañamiento, la posibilidad de solicitar ayuda a terceros (ej. al laboratorio o al área de Farmacología), y el disponer de ejemplos para superar el bloqueo de la hoja en blanco.

MFGR: ¡Muchas gracias por tu valioso tiempo, y por compartir tu aprendizaje!

Entrevistadora

María Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA). PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA). Project Management Professional (PMI®).



La presente entrevista, se dio en contexto del “Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna” (del 17-02-2025), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Entrevista

Noelia De Masi*



Estudios mixtos de investigación y gestión organizacional

* Licenciada en Marketing. Posgrado en Comunicación Institucional. Magíster en Experiencia del Cliente. Profesora de Posgrado en Gestión y Dirección de Servicios de Salud, en la Universidad del Hospital Italiano de Buenos Aires. Investigadora en Experiencia del Usuario en Servicios de Salud. Jefa de Experiencia del Cliente en el Hospital Italiano.

MFGR: Qué lujo nos damos hoy de poder hablar con ella … se trata de una valiosa profesional cuya trayectoria combina la gestión estratégica con la investigación. Podríamos considerarla una “investigadora junior” en ciencias de la salud, pero con una formación disciplinaria de base que enriquece su mirada sobre los servicios de atención.
Su línea de investigación se centra en la experiencia del usuario/cliente/paciente, sobre el cual ha desarrollado diversas iniciativas orientadas a mejorar la calidad del vínculo y de atención centrada en las personas. Su contribución resulta especialmente valiosa en un contexto donde la humanización del cuidado y la participación activa de los usuarios son claves para transformar los modelos de atención sanitarios.

Con esta introducción, nos podrías contar: ¿cómo ha sido tu transición del marketing comercial a salud?, y ¿cuál es tu rol actual dentro del hospital, y qué responsabilidades implica?

NDM: Mi formación de base es que soy licenciada en marketing, luego hice algunos posgrados, y la última especialización fue una maestría en gestión de experiencia del cliente. Durante los últimos 13 años formé parte de Marketing y Ventas del Plan de Salud (la prepaga institucional), y actualmente soy jefa del Departamento Experiencia del Cliente del Hospital, área de reciente creación (desde Mayo 2023).

Nuestro marco estratégico busca centrarnos en las necesidades de las personas, como punto de partida para la cadena de valor agregado o diferencial. Ponemos mucho énfasis en la pesquisa de la voz de los pacientes, en las subjetividad de sus perspectivas y sus experiencias como motor del cambio en la gestión organizacional. Los resultados de nuestros proyectos representan un input para poder idear soluciones en el proceso de ciclo de mejora continua, pero también conllevan la construcción de equipos colaborativos, que buscan alinear diferentes miradas, con una visión más integral.

MFGR: Sabemos que recientemente completaste un proyecto junto a la Central de Emergencias de Adultos, cuyos resultados fueron difundidos en un congreso y publicados en una revista científica indexada en PubMed [1]. ¿Qué aprendizajes te dejó esta experiencia, y qué lecciones considerás valiosas para compartir?

NDM: Lo que nos propusimos fue realizar un diagnóstico situacional que nos permitiera perfilar a los pacientes, comprender quiénes eran las personas que utilizaban el servicio de guardia y, particularmente, identificar los cliente objetivos/estratégicos para la prepaga. Para eso, la recopilación de datos se basó en la utilización de múltiples recursos:

- Encuesta Net Promoter Score [2];
- Buyer Persona, definido como una representación semificticia del cliente ideal basada en estudios de mercado y datos reales sobre los clientes actuales;
- Mapas de Empatía, una herramienta que ayuda a comprender la perspectiva de otra persona y empatiza con sus pensamientos, sentimientos, necesidades y comportamientos; lograda gracias al análisis de 112 entrevistas desgrabadas; y
- Mapa del Recorrido del Cliente, una representación visual que describe las distintas etapas y puntos de contacto que atraviesa un cliente al interactuar con el servicio.

Este proyecto comenzó como parte de mi trabajo final de maestría. En ese momento, Bernardo Martínez y Leonardo Garfi (para entonces Jefe de la Central de Emergen cias, y Director de Plan de Salud res pectivamente) —quienes fueron piezas clave tanto en el desarrollo del proyecto como en una etapa de transición impor tantante en mi vida— me propusieron trabajar con la guardia. Coincidieron en que era un gran desafío y una excelente oportunidad para aplicar lo que veníamos trabajando, así que formamos equipo y así nació la iniciativa. Además, el proyecto contó con la colaboración de otras personas que hicieron aportes muy valiosos desde su experiencia en estructuras de salud de otros países (ej: compañeras/as y/o docentes de la maestría, oriundos/as de España, Colombia y Perú). Su mirada externa nos permitió enriquecer el enfoque y contrastar nuestras ideas con otras realidades. Lo que más rescato de todo este proceso es que, más allá del resultado final, fue una experiencia llena de aprendizajes. Empezar a recorrer el camino de la investigación fue desafiante, sí, pero también muy transformador. Desde la preparación hasta el desarrollo del congreso, cada etapa me permitió crecer a nivel personal, profesional y como integrante de un equipo. Recuerdo que esa participación fue mi primera vez en un congreso científico y, sinceramente, estaba un tanto nerviosa. El tiempo asignado para exponer era muy corto —unos seis minutos — y para alguien como yo, que tiende a extenderse al hablar, eso era un gran desafío per se. Pero cuando terminé mi presentación, sentí una especie de alivio profundo. No sólo porque había cumplido con la meta/tarea, sino porque reconocí que ese momento representaba el cierre simbólico de todo un proceso de aprendizaje. Fue tan significativo para mí que lo compartí en mi cuenta personal de Instagram como uno de los grandes hitos del año.

A quienes están empezando en este camino, les diría que sí, puede parecer abrumador al principio. Te sentís fuera de lugar, especialmente cuando entrás a

espacios donde todo el mundo parece saber mucho más que vos. Pero con el tiempo, uno empieza a ganar confianza y a reconocer también lo que puede aportar. Otro desafío personal fue enfrentarme a una audiencia desconocida y nueva. Y aunque me ponía un poco nerviosa, Leo me dijo algo que me quedó grabado: "De lo que vos hacés, nadie sabe más que vos". Ese consejo me ayudó muchísimo. Es algo que también me gustaría transmitirle a quienes, como yo, no vienen del palo académico o científico. Creo que muchas veces nos frenamos por miedo o inseguridad, y eso es algo que le pasa a muchos. Si pudiera darle un consejo a alguien que está empezando, sería ese: Animate.

MFGR: ¡Qué hermoso mensaje para quienes quieran incursionar en la investigación, o a quienes les toque ser oradoras/as y deban exponer por primera vez!. Parafraseando tus palabras, estás haciendo mención a dos tópicos que suelen repetirse como componentes esenciales para todo proyecto de investigación, que resultan piezas imprescindibles y claves hacia el éxito: (a) equipo y recurso humano, interdisciplinario, comprometido y con motivación, y (b) liderazgo, soporte y mentoría, quienes sirven para guiar, acompañar y potenciar el desarrollo de otra persona [3]. Siguiendo con esta línea, ¿qué otras recomendaciones le darías a otros profesionales interesados en dar sus primeros pasos en el campo de la investigación clínica?

NDM: Este ejemplo fue uno de mis primeros proyectos en los que salí de mi zona de comfort al "cruzarme de vereda" (literalmente, desde la oficina anexa en la que solía trabajar, para ir al hospital y tener reuniones presenciales con otros departamentos, servicios, secciones y áreas). Es decir, salí de mi contexto habitual para involucrarme en una estructura nueva, con personas con las que no trabajaba cotidianamente. Sin embargo, también había algo muy propio que me acompañaba: mi formación en marketing, que me dio un lenguaje y un enfoque que me resultaban naturales (ej. trabajo de campo, observaciones en terreno), y que sentía que podía aportar a otros desde un lugar genuino.

Creo que cuando una persona se inicia en la investigación, uno de los principales miedos es no saber por dónde empezar. Te preguntás: ¿esto se puede escribir?, ¿esto tiene valor?, ¿cómo se estructura una idea? Yo misma tuve (y tengo) muchas de esas dudas. Incluso podría escribir un manual con las preguntas más frecuentes —o incluso las más "básicas"— que nos hacemos quienes intentamos escribir algo por primera vez. Por eso, insisto que, en quienes estén en esa etapa inicial les diría que se animen, que hay que vencer el miedo y se aprende haciendo. El "cómo" se va construyendo, y a veces lo más difícil es justamente empezar. En mi caso, tuve la suerte de contar con buenos "padrinos" que me guiaron, con tener a disposición soporte metodológico (ej. para construir protocolo y lograr aprobación por comité de ética), y también de sentir que podía aportar algo útil, algo que venía de mi experiencia, y que a su vez, podía mejorar el trabajo de otros. Eso fue lo más valioso: aprender, compartir y descubrir que lo que uno sabe también puede marcar una diferencia. Hoy puedo decir que esa experiencia fue una puerta de entrada, no solo a la investigación, sino también a una nueva forma de vincularme con el conocimiento, con otros profesionales y conmigo misma. Y ojalá más personas se animen a dar ese primer paso, porque creo que realmente vale la pena.

MFGR: ¡Qué inspirador! ¿Qué aprendiste al trabajar con otros profesionales?, y ¿qué tipo de investigaciones estás realizando o en qué proyectos estás participando actualmente?

NDM: Por un lado, me impulsa la posibilidad de aprender algo nuevo, y por otro, la suerte de estar rodeada de personas súper formadas en el hospital. No en cualquier institución tenés la oportunidad de decir “quiero hacer esto” y contar con el respaldo o la disponibilidad de personas dispuestas a ayudarte. Acá, si sos una persona con ganas y persistencia, las puertas se abren.

Entendí que hay mucho de lo que hacemos para poder contar y compartir, y que es necesario acercarse a otros para hacerlo posible. Somos un equipo muy chico, pero siempre hay alguien en los servicios con los que interactuamos y armamos equipos interprofesionales con interés, o que incluso puede haber un/a colega que necesita hacerlo y no lo sabíamos (ej. trabajos finales de posgrado/especialidad, o proyectos de maestría/doctorado). Hoy, cuando hablo con los equipos, intento fomentar que alguien documente lo que estamos haciendo, para que eso también le sirva a otros. Siento que como nstitución tenemos la capacidad —y casi la responsabilidad— de visibilizar lo que logramos.

Para cerrar, les cuento brevemente en qué estamos trabajando hoy en día, tanto en el marco de la planificación de este año (2025) como con miras al próximo (2026):

- NPS en distintos niveles de complejidad;
- Estamos trabajando con el equipo de Medicina Familiar en un instrumento para evaluar la experiencia de los pacientes a lo largo del tiempo con sus médicos/as de cabecera
- Valoración de la medicina familiar en sí, un trabajo para el que ya recogimos cerca de 500 respuestas de pacientes, utilizando cinco indicadores (NPS, satisfacción, nivel de resolución, esfuerzo percibido por el paciente, y el esfuerzo del profesional por escuchar lo que más preocupa en salud).

MFGR: ¡Muchas gracias por tu valioso tiempo!. Nosotros también aprendemos en ese ida y vuelta, con la construcción colectiva. Quiero felicitarte por la iniciativa y el entusiasmo que ponen en todos vuestros proyectos. Personalmente, aprendí mucho haciendo y trabajando con ustedes, y descubriendo el camino de la investigación en gestión sanitaria.

Referencias

1. Grande Ratti MF, De Masi N, Garfi L, Hornstein L, Rochina E, Rodriguez MDLP, et al. A Case Report of a Mixed-Methods Assessment of Patient Experiences to Inform Quality Improvement in an Emergency Department in Argentina. Int J Health Plann Manage 2025 May;40(3):620–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/hpm.3906
2. De Masi NS, Rochina EC, Schpilberg MG, Puga MC, Garfi LG. NPS (Net Promoter Score). Métrica de la experiencia del cliente. Construcción y análisis del indicador de una cobertura médica privada. Rev Hosp Ital BAires 2023 Mar 31 [cited 2025 Aug 11];43(1):7–11. Available from: https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/259
3. Grande Ratti MF, Vallone MG. La hoja de ruta del trabajo en la investigación clínica. Rev Hosp Ital BAires 2023 Jun 29 [cited 2025 Aug 11];43(2). Available from: https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/176

Entrevistadora

María Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA). PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA). Project Management Professional (PMI®).



La presente entrevista, se dio en contexto del "Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna" (del 11-08-2025), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

