

Dificultades en el monitoreo del riesgo cardiometabólico ante el uso crónico de antipsicóticos atípicos para indicaciones no tradicionales, en un hospital de especialidades en Argentina: un estudio cualitativo

Difficulties in monitoring cardiometabolic risk in the chronic use of atypical antipsychotics for non-traditional indications, in a specialty hospital in Argentina: a qualitative study

María N. Vivacqua^{1*}, María F. Grande Ratti² y José L. Faccioli³

¹Servicio de Psiquiatría, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires; ²Área de Investigación en Medicina Interna; ³Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Explorar las barreras que obstaculizan el correcto monitoreo de efectos adversos en pacientes con prescripción de antipsicóticos, en un hospital de especialidades médicas en Argentina. **Método:** Estudio cualitativo interpretativo de diseño narrativo, con diez entrevistas semiestructuradas individuales a médicos de diversas especialidades, pertenecientes al área de consultorios externos, realizadas entre mayo y noviembre de 2022, con una guía diseñada ad hoc a partir de la bibliografía. **Resultados:** Surgieron barreras en las relaciones interpersonales, destacándose la insuficiente duración y la escasa frecuencia de las consultas, problemas de comunicación entre profesionales y de los profesionales con sus pacientes, y dificultades para el trabajo en equipo. Los obstáculos se relacionaron con: 1) escasa comunicación directa; 2) comunicación mediante la historia clínica electrónica (sin acuerdo previo ni confirmación de recepción de mensajes); 3) uso de pacientes como intermediarios para el intercambio de mensajes; 4) desestimar indicaciones de otro profesional sin comunicarse con él; 5) expresar al paciente diferencias de criterios, delegando la responsabilidad sobre las decisiones de su tratamiento; 6) asumir que el monitoreo del antipsicótico lo lleva a cabo otro profesional; 7) jerarquías que obstaculizan la comunicación, y 8) referentes médicos experimentados que abandonan la institución. Estos tópicos están relacionados con cuestiones inherentes del sistema sanitario, principalmente con la escasez de tiempo disponible y la comunicación entre colegas como tarea no remunerada. **Conclusiones:** La falta de comunicación condicionada a circunstancias que impone el sistema sanitario puede resultar en malentendidos que derivan en resultados de salud subóptimos. Difundir esta información podría guiar a las organizaciones en el desarrollo de estrategias para mejorar la comunicación y facilitar el trabajo en equipo en entornos hospitalarios.

Palabras clave: Antipsicóticos. Monitoreo. Comunicación. Efectos adversos cardiometabólicos. Investigación cualitativa.

Abstract

Objective: To explore the barriers that hinder the proper monitoring of adverse effects in patients prescribed antipsychotics in a medical specialty hospital in Argentina. **Method:** A qualitative interpretive study of narrative design with ten semi-structured

*Correspondencia:

María N. Vivacqua

E-mail: manuela.vivacqua@gmail.com

1405-9940 / © 2024 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 30-06-2024

Fecha de aceptación: 29-10-2024

DOI: 10.24875/ACM.24000120

Disponible en internet: 20-02-2025

Arch Cardiol Mex. 2025;95(2):154-162

www.archivoscardiologia.com

individual interviews with doctors from various specialties, conducted in outpatient clinics between May and November 2022, with an ad hoc guide based on a bibliography. Results: Barriers in interpersonal relationships emerged, highlighting the insufficient duration and infrequent consultations, communication problems between professionals and between professionals and their patients, and difficulties in teamwork. The obstacles were related to 1) limited direct communication; 2) communication via electronic medical records (without prior agreement or confirmation of receipt of messages); 3) use of patients as intermediaries for message exchange; 4) disregarding another professional's indications without communicating with them; 5) expressing differing criteria to the patient, delegating responsibility for treatment decisions to the patient; 6) assuming that antipsychotic monitoring is carried out by another professional; 7) hierarchies that hinder communication, and 8) experienced medical referents. These topics relate to inherent healthcare system issues, mainly the lack of available time and communication between colleagues as an unpaid task. Conclusions: Communication barriers imposed by the healthcare system can result in misunderstandings that lead to suboptimal health outcomes. Sharing this information could guide organizations in developing strategies to improve communication and facilitate teamwork in hospital settings.

Keywords: Antipsychotic agents. Drug monitoring. Communication. Cardiometabolic adverse effects. Qualitative research.

Introducción

Los antipsicóticos, tradicionalmente utilizados para tratar trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, han ampliado su uso con el aumento de la prevalencia del trastorno neurocognitivo mayor, asociado al envejecimiento de la población¹. Entre el 60% y el 90% de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas conductuales y psicológicos, como agitación, agresividad, insomnio, delirios y alucinaciones. Estos síntomas constituyen una de las principales indicaciones no tradicionales de los antipsicóticos, empleados por especialistas en neurología, geriatría, psiquiatría y atención primaria². Dado que las enfermedades cardiovasculares son comunes en esta población, los cardiólogos a menudo se encuentran con pacientes en tratamiento con estos fármacos.

En el Hospital Italiano de Buenos Aires se ha observado una mayor prescripción de antipsicóticos atípicos, especialmente en mujeres mayores³. Los antipsicóticos, tanto en su forma oral como en sus presentaciones inyectables, están asociados a diversos efectos adversos. Los antipsicóticos típicos aumentan el riesgo de arritmias, y este riesgo se incrementa con la dosis y la edad del paciente⁴. Los antipsicóticos atípicos aumentan la mortalidad por causa cardiovascular, mediante el aumento de peso, la elevación de la glucosa en ayunas y las alteraciones del perfil lipídico^{5,6}. Esta vulnerabilidad es aún mayor en los pacientes con trastornos psiquiátricos graves o trastorno neurocognitivo mayor, quienes ya presentan alteraciones metabólicas subyacentes^{7,8}. En este contexto, algunos autores proponen el término «diabetes tipo 3» para referirse a la enfermedad de Alzheimer⁹. Además, en los adultos mayores, el uso de estos fármacos se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, accidentes cerebrovasculares y trombosis

venosa profunda, incluso en tratamientos cortos de hasta 12 semanas^{5,10}.

Como muestra la tabla 1, se dispone de literatura con recomendaciones para realizar el monitoreo metabólico de los antipsicóticos. Numerosos estudios señalan que el monitoreo de estos fármacos sigue siendo insuficiente^{11,13}; fenómeno documentado, pero no completamente comprendido. La mayoría de estas investigaciones se centraron en pacientes con trastornos psicóticos, por lo que es posible que la población de adultos de edad avanzada con trastorno neurocognitivo mayor enfrente desafíos específicos en cuanto al seguimiento. Además, la metodología predominante fue cuantitativa, mientras que los enfoques cualitativos en salud permiten una comprensión más profunda de los factores subjetivos y contextuales que influyen en la atención sanitaria. Estos enfoques se han utilizado para estudiar la comunicación entre médico y paciente^{14,15}, las percepciones sobre el cuidado de la salud somática en pacientes con trastornos mentales graves¹⁶ y las barreras en el monitoreo de los antipsicóticos¹⁷.

Los pacientes en tratamiento con antipsicóticos requieren un seguimiento integral que, por lo general, involucra a diversas especialidades médicas. En nuestro entorno, el seguimiento longitudinal está centralizado en un médico de cabecera (especialista en medicina interna, medicina familiar o geriatría), quien habitualmente deriva a especialidades médicas (como psiquiatría, neurología o cardiología). Sin embargo, la comunicación en el ámbito sanitario es un proceso complejo que no siempre se lleva a cabo de manera efectiva¹⁸. Por ende, el cardiólogo también debe conocer y tener advertencia acerca de los problemas cardiometaabólicos asociados a los antipsicóticos atípicos.

El objetivo de este trabajo fue explorar y analizar, desde una perspectiva cualitativa, las barreras en el

Tabla 1. Recomendaciones para el seguimiento metabólico en pacientes bajo tratamiento con antipsicóticos

Antecedentes indicadores metabólicos	Basal	Semana 4	Semana 8	Semana 12	Trimestral	Anual	Cada 5 años
Historia personal y familiar	X					X	
Índice de masa corporal	X	X	X	X	X		
Circunferencia de cintura	X					X	
Presión arterial	X			X		X	
Glucemia plasmática	X			X		X	
Perfil lipídico	X			X			X

Tabla adaptada de ref².

monitoreo de los efectos adversos cardiometabólicos en pacientes bajo tratamiento crónico con antipsicóticos atípicos orales, indicados para el manejo de alteraciones conductuales en el trastorno neurocognitivo mayor. El análisis se centró en las dificultades de comunicación y los obstáculos presentes en el sistema sanitario.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo interpretativo de diseño narrativo. Se trata de un enfoque centrado en la recolección y el análisis de relatos para comprender cómo los profesionales experimentan, interpretan y dan sentido a sus vivencias relacionadas con el monitoreo de los efectos adversos cardiometabólicos, específicamente en pacientes bajo tratamiento crónico con antipsicóticos atípicos. Se combinan elementos de la investigación interpretativa y la narrativa para proporcionar una comprensión profunda de un fenómeno desde la perspectiva de los participantes. La investigación interpretativa se basa en la premisa de que los significados y las experiencias son subjetivos, y se construyen socialmente; tanto investigadores como participantes «co-construyen» el conocimiento a través de la interacción. El diseño narrativo se centra en las historias o relatos individuales de los médicos.

Esta investigación fue desarrollada en el Hospital Italiano de Buenos Aires, una institución privada de salud con múltiples especialidades médicas, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Describimos sus principales características en la tabla 2, para proporcionar un marco contextual que permitirá al lector situarse dentro del proceso investigativo.

Utilizamos un muestreo intencional mediante técnica de bola de nieve, conformado por médicos de diversas edades, de ambos性es y distinta antigüedad, lo que nos

Tabla 2. Características del Hospital Italiano de Buenos Aires

- Organización de salud ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina), perteneciente al sector privado. Hospital de tercer nivel de complejidad, es decir, un centro médico de alta especialización que ofrece atención médica compleja y avanzada.
- Ofrece atención en especialidades y subespecialidades médicas a través de dos hospitales y 24 edificios de consultorios externos.
- Los pacientes suelen contar con atención ambulatoria longitudinal con un médico de cabecera (pudiendo ser clínico o médico de familia o general), quien deriva o interconsulta a otros especialistas, en caso de ser necesario.
- Cuenta con un servicio de psiquiatría que presta servicios en diferentes niveles de atención: hospitalizaciones no programadas, hospital de día, atención ambulatoria con dispositivos grupales o individuales, y un servicio de urgencias activo las 24 horas.
- Cuenta con el Instituto de Medicina Cardiovascular, que integra en una misma área de desempeño las especialidades de cardiología, hemodinamia, cardiología intervencionista, cirugía cardiovascular, cardiología pediátrica, cirugía cardiovascular pediátrica y diagnóstico por imágenes, para poder brindar una atención integral y multidisciplinaria ante cualquier problema cardíaco o vascular.
- Dispone de historia clínica electrónica que facilita a los profesionales obtener información detallada sobre el historial médico, las alergias, las condiciones crónicas y los tratamientos previos de los pacientes, siendo esta información crucial para la toma de decisiones informadas y evitar posibles interacciones medicamentosas.
- Cada profesional posee un correo electrónico institucional que permite identificar y contactar a cualquier colega con quien se comparten pacientes. En cada evolución aparecen los datos personales del médico que la redactó, y existe un buscador en la intranet.

permitió capturar una amplia variedad de experiencias y perspectivas. A medida que avanzábamos en las entrevistas, fuimos logrando la saturación del discurso, momento clave en el que sentimos que habíamos

alcanzado una comprensión profunda del fenómeno estudiado¹⁹. Los profesionales trabajaban en consultorios externos, donde atendían pacientes adultos bajo tratamiento crónico con antipsicóticos. Las especialidades de los entrevistados fueron psiquiatría, neurología, gerontología y medicina interna. Seleccionamos cuidadosamente a los participantes por ser los profesionales que habitualmente prescriben y realizan el seguimiento de antipsicóticos en pacientes con deterioro cognitivo.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre mayo y noviembre de 2022. El instrumento principal utilizado en el estudio fue una guía de entrevistas semiestructuradas (Material Suplementario). Su diseño se basó en una revisión preliminar de la literatura sobre las barreras en la comunicación y el monitoreo de los efectos adversos en pacientes bajo tratamiento con antipsicóticos. Las preguntas se formularon con el objetivo de captar las experiencias y percepciones de los participantes de manera abierta, permitiendo flexibilidad para profundizar en los temas emergentes durante las entrevistas. Las áreas que se indagaron, basados en la literatura preexistente, fueron las siguientes:

- Atención médica: prescripción y estrategias de seguimiento.
- Conocimiento.
- Percepciones y barreras en el manejo de pacientes medicados.
- Comunicación: con pacientes, familiares y médicos de otras especialidades.

Para su construcción, tuvimos en cuenta otros estudios que exploraron las experiencias de profesionales de la salud y el uso de antipsicóticos^{20,21}. Tras las primeras tres entrevistas, revisamos la guía para asegurarnos de que la información obtenida respondiera a la pregunta de investigación. Como resultado, añadimos una pregunta sobre terapias alternativas, un tema surgido en las entrevistas, pero no contemplado en la guía original.

Las entrevistas, individuales y de aproximadamente 50 minutos de duración, se realizaron de forma virtual o presencial, según la preferencia de los entrevistados. En las presenciales, ellos seleccionaron el lugar físico de encuentro, habitualmente sus consultorios o los del servicio de psiquiatría. El material fue grabado en video y audio por la investigadora principal, y transscrito por dos estudiantes de medicina, bajo supervisión.

El análisis de contenido lo realizamos en equipo: una médica de atención primaria y una psiquiatra (investigadora principal), ambas con experiencia en investigación cualitativa, dos estudiantes de medicina y una estudiante de farmacia. En reuniones sincrónicas,

segmentamos los datos y definimos categorías mediante la codificación abierta²², agrupando ideas similares. Buscamos categorías emergentes, es decir, conceptos que pueden representar nuevos temas, conexiones inesperadas o patrones significativos que no se habían identificado en el marco teórico inicial, pero que permiten una comprensión más completa y rica del fenómeno estudiado. Con este proceso se pueden desarrollar teorías directamente a partir de los datos, haciendo los resultados más representativos al evitar imponer categorías preexistentes¹⁹. Luego aplicamos codificación axial, estableciendo categorías y subcategorías, comparándolas para detectar similitudes, diferencias y conexiones relevantes. El proceso fue iterativo, avanzando y retrocediendo al revisar tres pasos: descubrimiento, codificación y relativización en paralelo; el objetivo era desarrollar una comprensión profunda, replanteando y reconsiderando los enfoques iniciales sobre las barreras. Como equipo, nos cuestionamos en cada etapa cómo nuestras expectativas, formación y experiencias (con pacientes y con el sistema sanitario) afectaron las entrevistas e influenciaron la interpretación de los datos, reconociendo la reflexividad como factor clave²³.

El plan de trabajo contó con la aprobación del comité de ética institucional (CEPI#6331) y los participantes dieron su consentimiento informado. Para garantizar la confidencialidad se utilizaron etiquetas durante el almacenamiento.

Resultados

Se realizaron 10 entrevistas a médicos de distintas especialidades. En la [tabla 3](#) se describen las principales características.

A partir de la guía, se exploraron cinco categorías: barreras relacionadas con la comunicación, con el sistema sanitario, con los pacientes, con el seguimiento y con la elección del fármaco. En esta última, se abordan aspectos como la capacitación del personal sanitario para evaluar las condiciones físicas, las implicaciones metabólicas de los antipsicóticos y el riesgo metabólico en pacientes con trastornos mentales graves. Dada la amplitud de la información, este artículo se centra exclusivamente en las dificultades del monitoreo cardiovascular vinculadas a la comunicación y a las barreras del sistema sanitario.

En salud existen varias barreras que pueden obstaculizar una comunicación efectiva entre las partes involucradas (profesionales de la salud, pacientes y familiares). Surgieron tres categorías temáticas ([Tabla 4](#)).

Tabla 3. Características de los médicos entrevistados

Especialidad	Edad (años)	Sexo	Antigüedad (años)	Población atendida	Indicación habitual de antipsicóticos
Gerontología	49	Femenino	25	Adultos mayores	Trastornos conductuales en el contexto de deterioro cognitivo (p. ej., excitación psicomotriz, agresividad hacia terceros)
Gerontología	51	Femenino	26		Negativismo a la ingesta (aprovechando el posible efecto secundario del aumento de peso)
Gerontología	54	Femenino	31		Insomnio
Neurología	34	Masculino	6		Síntomas psicóticos (p. ej., alucinaciones, delirios)
Medicina interna	37	Masculino	13		Obtener un efecto sedante y analgésico en pacientes que requieren cuidados paliativos
Residencia de psiquiatría	32	Femenino	3		
Psiquiatría	41	Masculino	12	Adultos y adultos mayores	Trastornos conductuales en el contexto de deterioro cognitivo
Psiquiatría	74	Masculino	45		Síntomas psicóticos
Psiquiatría	36	Femenino	12		Impulsividad e irritabilidad
Neurología	35	Femenino	12	Adultos y adultos mayores	Dolor Insomnio

Tabla 4. Principales problemas desde la perspectiva de los médicos

Categoría	Subcategoría
(A) Dificultades relacionadas con las consultas	1. Duración 2. Frecuencia
(B) Dificultades en la comunicación entre profesionales y de profesionales con pacientes	3. Entre profesionales: dificultades en el uso del correo electrónico, llamadas telefónicas y comunicación presencial. 4. De profesionales con pacientes: pacientes como mensajero
(C) Dificultades en el trabajo en equipo	5. Modificar indicaciones farmacológicas de otros médicos sin consultar 6. Expresar al paciente diferencias de criterios con otros profesionales y no intentar un abordaje conjunto 7. Asumir que el monitoreo del antipsicótico lo lleva a cabo otro profesional 8. Jerarquías 9. Pérdida de colegas referentes porque abandonan la institución

Dificultades relacionadas con la duración y la frecuencia de las consultas

El tiempo estándar de la consulta médica suele ser de 20 minutos. La mayoría de los pacientes que reciben antipsicóticos son adultos de edad avanzada, población con mayor prevalencia de trastornos cognitivos y

de problemas auditivos y visuales. Quienes sufren este tipo de patologías tienen más dificultades para comprender las indicaciones médicas y los potenciales efectos adversos; por ello, las explicaciones con frecuencia también tienen que incluir a familiares. Las entrevistas en las que se aborda el proceso diagnóstico suelen ser extensas, debido al carácter angustiante del pronóstico, principalmente en el caso de enfermedades neurodegenerativas e irreversibles. Durante la consulta deben abordarse estos y otros problemas complejos para los cuales ese tiempo resulta insuficiente, lo que conlleva una disminución del tiempo de consulta de otros pacientes.

«Le vuelvo a decir las cosas, le vuelvo a explicar. Es tiempo que no está programado, que le tenés que sacar a otro paciente, injusto para el que ya tiene un turno.» (Psiquiatra.)

Es importante aclarar que los pacientes, especialmente aquellos con deterioro cognitivo, no son responsables por necesitar tantas explicaciones.

Se describieron estrategias de seguimiento que implican entrevistas periódicas para observar la evolución de los síntomas, realizar una detección temprana de efectos adversos y ajustar las dosis. En contraposición a esto, otros manifestaron dificultades para realizar el seguimiento por la escasa disponibilidad de turnos.

«No doy sobretornos porque no nos pagan. Uno sabe que va a ver al paciente en 3 meses, entonces no puedo hacer los ajustes que requeriría a la semana o dos.» (Neurólogo.)

Dificultades en la comunicación entre profesionales y de los profesionales con sus pacientes

Entre profesionales se observaron dificultades en el uso del correo electrónico, llamadas telefónicas y comunicación presencial.

A pesar de que el correo electrónico institucional facilita la comunicación entre profesionales y con sus pacientes, su uso está limitado debido a que la redacción del correo o realizar una comunicación telefónica implica dedicar tiempo no remunerado, que podría usarse para generar dinero (p. ej., otra consulta).

El correo entre profesionales se utiliza en general en situaciones de gravedad o urgencia.

«Cuando están mal (los pacientes), le escribo al psiquiatra porque me preocupa alguna situación puntual. Entre la vorágine de cosas que tenemos que hacer, no tenés tiempo de escribir.» (Gerontóloga.)

En cuanto a los pacientes, el tiempo acotado de las consultas favorece que surjan dudas para resolver por fuera de la entrevista. La complejidad del proceso de atención requiere que haya disponibilidad para atender las necesidades informativas.

«A los pacientes con demencia tenés que darles tiempo, dejarles algún mecanismo para que se contacten con vos, porque necesitan que resolvamos situaciones que para un familiar son tristes de vivir.» (Gerontóloga.)

A su vez, cuando los pacientes no pueden acceder a los profesionales que no admiten un intercambio fuera del horario de las consultas, escriben o llaman a aquellos que sí dejan medios de comunicación disponibles, aumentando el volumen de trabajo de estos últimos.

«A veces cuando hay problemas te terminan llamando a vos porque sos el que les responde.» (Gerontóloga.)

La comunicación presencial entre profesionales quedó reservada a aquellos que trabajan en consultorios cercanos y coinciden en horario de atención, y limitada al tiempo libre entre consultas. No todas las prestaciones están disponibles en cada centro de salud, haciendo que algunos pacientes se atiendan en diferentes centros, complejizando aún más la posibilidad de acercamiento entre profesionales.

«Uno no tiene mucho tiempo, y no comparto horarios de consultorio con psiquiatra como para golpearle la puerta y consultarle, es difícil.» (Gerontóloga.)

Se observó que los médicos delegan en sus pacientes el traslado de mensajes, pudiendo ocasionar dificultades para un seguimiento completo.

Se solicitan exámenes de laboratorio, quizás incompletos, con la percepción de que facilita el trabajo del colega. Luego se solicita al paciente que transmite a otro profesional que complete el pedido de estudios complementarios y evalúe los resultados, sin que haya comunicación explícita entre médicos. Esto implica que la continuidad de los cuidados recae en el paciente. Esta práctica surgió en psiquiatras con intención de contactar con médicos de cabecera, ya que la especialidad carece de formación clínica.

«Pido un laboratorio como para que adelanten pasos y diciendo: decíle a tu médico de cabecera, me empezarón a medicar con esto, quiero saber si está ok.» (Psiquiatra.)

Se deriva a pacientes a la guardia de psiquiatría, sin comunicarse con el equipo médico de guardia y sin obtener devolución del episodio.

«Cuando mando a un paciente descompensado a la guardia, lo cito después, para saber qué le dijo el psiquiatra, si se internó o no.» (Gerontóloga.)

Se envía a pacientes con otro colega para que haga constar en la historia clínica electrónica que autoriza un tratamiento con potenciales efectos adversos, como resguardo legal por incertidumbre sobre riesgo/beneficio.

«Cuando viene alguien con glaucoma de ángulo estrecho, lo mando al oftalmólogo, para que escriba en la historia que autoriza al tratamiento.» (Psiquiatra.)

Dificultades de trabajar en equipo entre profesionales

Una situación que puede impactar negativamente es cuando se generan climas de irritación y malestar entre profesionales, pudiendo afectar el monitoreo del paciente en forma indirecta. Los psiquiatras manifestaron preocupación en relación a que otras especialidades suelen modificar el esquema de medicación de sus pacientes sin ser consultados. Al mismo tiempo, médicos de otras especialidades reconocieron que retiran antipsicóticos sin consultar con el profesional prescriptor, al interpretar que la indicación era para tratar el insomnio.

«A algunos médicos de cabecera no les gusta trabajar en equipo, se mandan a indicar o a retirar medicaciones.» (Psiquiatra.)

«El otro día una persona con insomnio tenía quetamina y no habían probado otra medicación para que duerma. Empecé a bajarle la dosis.» (Neurólogo.)

En ocasiones, los profesionales tienen interpretaciones diferentes sobre un problema clínico, un diagnóstico

o un tratamiento. Cuando no hay consenso, hay quienes expresan su desaprobación al paciente, quedando expuesto en una situación de incertidumbre y angustia por recibir indicaciones opuestas.

«Nunca me comuniqueé con el que cambió el esquema, trato de explicarle al paciente por qué tiene la medicación.» (Psiquiatra.)

La falta de comunicación efectiva y de coordinación entre profesionales puede derivar en que no haya una clara asignación de responsabilidades. Ante la falta de tiempo en pacientes ya medicados, se asume o delega el monitoreo en el médico que prescribió el tratamiento. Esto puede resultar en una barrera, si no hay un acuerdo previo para realizarlo de esta manera.

«Como médico de cabecera tengo que llevar muchas cosas de la salud. Si otro médico indicó el fármaco, no tengo una conversación más profunda.» (Clínico.)

Por otro lado, profesionales de la especialidad de psiquiatría manifestaron navegar la historia clínica electrónica en búsqueda de evoluciones o estudios complementarios realizados por médicos de cabecera, como indicador de que el paciente está recibiendo un monitoreo adecuado. La historia clínica electrónica también se utiliza para dejar «mensajes» a otro colega, sin que haya un acuerdo previo sobre utilizar este método de comunicación, y sin constatar la recepción.

«Por una cuestión de tiempo, la comunicación es por la historia clínica, dejo alguna evolución para el psiquiatra.» (Neurólogo.)

En las organizaciones de salud existen jerarquías, es decir, se establecen niveles de autoridad y responsabilidad dentro de una institución. Se reportó que algunos profesionales con un cargo superior obstaculizan el acceso a la interconsulta a profesionales más jóvenes, por lo que se consulta «en secreto» con otras especialidades. Algunos entrevistados interpretan que los «jefes» tienen la creencia de que la intervención del colega podría constituir una amenaza al trabajo propio.

«Los grandes no nos prestan atención. Nos llaman los jóvenes, en secreto.» (Gerontólogo.)

Por último, se detectó la pérdida de colegas referentes porque abandonan la institución. Una práctica frecuente para resolver dudas farmacológicas fue consultar con un colega al que se supone con experiencia y con quien se trabaja de forma cotidiana. Por problemas relacionados con el salario, algunos de estos referentes dejan el hospital. A veces no puede sustituirse esa fuente de consulta y se desarmen equipos que tenían un buen funcionamiento.

«El problema es que rotan los psiquiatras. Es más difícil establecer feedback. Está tan mal pagado que tampoco uno puede pretender que la gente trabaje por poco dinero.» (Gerontólogo.)

Discusión

Los pacientes usuarios de antipsicóticos suelen tener una salud más frágil, ya sea porque presentan trastornos mentales graves, asociados a hábitos como el tabaquismo, dietas no saludables o sedentarismo, y en ellos las intervenciones médicas en el estilo de vida suelen tener escaso impacto²⁴, o porque son ancianos con deterioro cognitivo, múltiple comorbilidad y polifarmacía. En este contexto clínico complejo, resulta de vital importancia poder realizar una detección temprana de los efectos adversos cardiovasculares derivados de los antipsicóticos.

Para comprender las fallas en el monitoreo de estos fármacos es necesario considerar la complejidad del proceso de atención que requiere que los profesionales de la salud colaboren entre ellos, y que se comuniquen de manera comprensible con los pacientes. Se han identificado factores que intervienen en las barreras de la comunicación, que no son modificables por los profesionales de forma individual, sino que son determinados por políticas institucionales y del sistema de salud. La calidad de la atención está condicionada por el tiempo disponible y por la remuneración que los profesionales perciben por su labor. Hoy en día, muchos profesionales de la salud deciden dedicar más tiempo al consultorio privado debido a que suele generar un mayor ingreso de dinero, restando horas a la atención hospitalaria. Esto repercute en la disponibilidad de turnos, el número de pacientes que puede tratar cada profesional y el tiempo dedicado a hablar con colegas de otras disciplinas para abordar al paciente de forma conjunta. Con respecto a esta última cuestión, como la comunicación entre colegas no es remunerada, puede parecer o percibirse como opcional.

Nuestros hallazgos estuvieron en consonancia con la revisión de Ali et al.¹⁷, quienes evidenciaron una tasa baja de exámenes físicos en pacientes con psicosis, concluyendo que podría relacionarse con la escasa comunicación entre psiquiatras y médicos generalistas. Es probable que también estén influyendo otros factores, como la insuficiente capacitación del personal sanitario acerca de una comunicación asertiva, tanto con el propio paciente como con otros miembros del personal (incluyendo especialistas médicos). No obstante, esta carencia no fue señalada explícitamente como una demanda por los profesionales durante las

entrevistas, lo que sugiere que podría haber una falta de conciencia sobre la necesidad de mejorar dichas habilidades. Por otro lado, el tiempo limitado fue la mayor restricción reportada para la interacción de los profesionales y sus pacientes.

En línea con este trabajo, otros estudios investigaron la integración y la interacción de los miembros de los equipos de salud. En el Reino Unido y Canadá también se identificó una falta de claridad en la asignación de roles^{25,26}, con un impacto negativo en la calidad de la atención.

Respecto a las jerarquías, la conducta tomada por algunos profesionales en cargos de autoridad constituyó un obstáculo en el flujo de información. Esta dificultad también fue mencionada en otro estudio cualitativo realizado en los Estados Unidos de América, que exploró los problemas de comunicación en las áreas de trauma y terapia intensiva²⁷. Es destacable que se observen los mismos desafíos laborales en campos muy diferentes de la medicina.

Un factor importante en el proceso de comunicación es el lugar que se da al paciente en la consulta. Añel Rodríguez et al.²⁸ explican cómo pueden identificar errores al estar presentes en todos los ámbitos del proceso asistencial. Por lo tanto, es fundamental dedicar tiempo para escuchar al propio paciente como facilitador del monitoreo; sin embargo, la principal dificultad sigue siendo su implementación (y el valioso tiempo restringido o acotado).

Aunque hemos decidido poner el foco en las barreras, es importante mencionar que existen aspectos que contribuyen a que el monitoreo de los efectos adversos ocurra de forma efectiva (p. ej., acceso a recursos económicos, apoyo familiar durante las consultas). Estos facilitadores también desempeñan un papel meritorio a considerar en el proceso.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se tuvo en consideración un potencial sesgo de información o selección debido a que todos los participantes comparten la misma institución, lo cual atenta contra la validez externa y la generalización de los resultados a otros subsectores de salud u otros países. A su vez, este trabajo podría ser complementado con nuevas investigaciones que exploren la perspectiva de los pacientes y de otros integrantes (p. ej., cuidadores). Por último, aunque este estudio incluyó únicamente especialistas que actúan como médicos de cabecera, una revisión sobre la enfermedad cardiovascular en pacientes con trastornos psiquiátricos graves sugiere la necesidad de equipos multidisciplinarios que incluyan cardiólogos y psiquiatras²⁹. La colaboración entre ambos especialistas

permitiría una supervisión mutua para el tratamiento de los pacientes con comorbilidad. Si bien los beneficios de este enfoque son claros, es crucial que los cardiólogos reciban información específica para gestionar estas combinaciones complejas de patologías, ya que podrían surgir desafíos similares a los documentados en este trabajo en cuanto a la interacción de diferentes especialidades.

Conclusiones

Hemos identificado una deficiencia en la comunicación entre médicos de distintas especialidades, así como entre los médicos y sus pacientes, lo que dificulta el logro de consensos efectivos en el monitoreo de los antipsicóticos. Este problema se debe en gran parte a la falta de tiempo, una limitación impuesta por las condiciones estructurales del sistema de salud. Estudios como este subrayan no solo la importancia de reconocer los posibles efectos adversos de estos fármacos en nuestros pacientes, sino también la necesidad crítica de mejorar la comunicación en los procesos de atención sanitaria para optimizar la calidad del cuidado.

Agradecimientos

Agradecemos por su colaboración a Candela Valeria González, Ludmila Abregu, Victoria Ciliberti y Lorena Peña.

Material suplementario

El material suplementario se encuentra disponible en DOI: 10.24875/ACM.24000120. Este material es provisto por el autor de correspondencia y publicado online para el beneficio del lector. El contenido del material suplementario es responsabilidad única de los autores.

Financiamiento

Ninguno.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. *Biomed Res Int.* 2014;2014:908915.
2. Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, Zuidema SU, Köpke S, Luijendijk HJ. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(12):CD013304.
3. Vivacqua MN, Abudarham T, Pagotto V, Faccioli JL. [Antipsychotic prescription prevalence and metabolic monitoring of patients under chronic treatment]. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2021;78:276-82.
4. Reilly JG, Avis SA, Ferrier IN, Jones SJ, Thomas SH. QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet.* 2000;355:1048-52.
5. Doménech-Matamoros P. Influence of the use of atypical antipsychotics in metabolic syndrome. *Rev Esp Sanid Penit.* 2020;22:80-6.
6. Sánchez-Martínez V, Romero-Rubio D, Abad-Pérez MJ, Descalzo-Cabades MA, Alonso-Gutiérrez S, Salazar-Fraile J, et al. Metabolic syndrome and cardiovascular risk in people treated with long-acting injectable antipsychotics. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2018;18:379-87.
7. Howell S, Yarovova E, Khwanda A, Rosen SD. Cardiovascular effects of psychotic illnesses and antipsychotic therapy. *Heart.* 2019;105:1852-9.
8. Wang Q, Duan L, Li X, Wang Y, Guo W, Guan F, et al. Glucose metabolism, neural cell senescence and Alzheimer's disease. *Int J Mol Sci.* 2022;23:4351.
9. De la Monte SM, Wands JR. Alzheimer's disease is type 3 diabetes-evidence reviewed. *J Diabetes Sci Technol.* 2008;2:1101-13.
10. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA.* 2005;294:1934-43.
11. Ko YK, Soh MA, Kang SH, Lee JI. The prevalence of metabolic syndrome in schizophrenic patients using antipsychotics. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2013;11:80-8.
12. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care.* 2004;27:596-601.
13. Pereira L, Budovich A, Claudio-Sáez M. Monitoring of metabolic adverse effects associated with atypical antipsychotics use in an outpatient psychiatric clinic. *J Pharm Pract.* 2019;32:388-93.
14. Roodebeen R, Vreke A, Boland G, Rademakers J, van den Muijsenbergh M, Noordman J, et al. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PLoS One.* 2020;15:e0234926.
15. Heritage J, Maynard DW, Roter D, Robinson JD, Halkowski T, Gill VT, et al. Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
16. Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B, et al. Barriers to somatic health care for persons with severe mental illness in Belgium: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perspectives. *Front Psychiatry.* 2021;12:798530.
17. Ali RA, Jalal Z, Paudyal V. Barriers to monitoring and management of cardiovascular and metabolic health of patients prescribed antipsychotic drugs: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2020;20:1-15.
18. Urtasun M, Janer Tittarelli MA, Diaz Pumará C, Davenport MC. [Physician's communication skills. Experience in the medicine department of a pediatric hospital]. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2021;78:270-5.
19. Corbin JM, Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles: SAGE; 2008.
20. Brody RS, Liss CL, Wray H, Iovin R, Michaylira C, Muthutantri A, et al. Effectiveness of a risk-minimization activity involving physician education on metabolic monitoring of patients receiving quetiapine: results from two postauthorization safety studies. *Int Clin Psychopharmacol.* 2016;31:34.
21. Cooper RE, Hanratty E, Morant N, Moncrieff J. Mental health professionals' views and experiences of antipsychotic reduction and discontinuation. *PLoS One.* 2019;14:e0218711.
22. De Gialdino IV. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: GEDISA; 2006.
23. Sampieri RH. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw Hill; 2018.
24. Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nat Rev Cardiol.* 2021;18:136-45.
25. Wilsher SH, Gibbs A, Reed J, Baker R, Lindqvist S. Patient care, integration and collaboration of physician associates in multiprofessional teams: a mixed methods study. *Nurs Open.* 2023;10:3962-72.
26. Boon HS, Mior SA, Barnsley J, Ashbury FD, Haig R. The difference between integration and collaboration in patient care: results from key informant interviews working in multiprofessional health care teams. *J Manipulative Physiol Ther.* 2009;32:715-22.
27. Liu P, Lyndon A, Holl JL, Johnson J, Bilmoria KY, Stey AM. Barriers and facilitators to interdisciplinary communication during consultations: a qualitative study. *BMJ Open.* 2021;11:e046111.
28. Añel Rodríguez RM, Aíbar Remón C, Martín Rodríguez MD. [Patient participation in its own safety]. *Aten Primaria.* 2021;53(Supl 1):102215.
29. Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nat Rev Cardiol.* 2021;18:136-45.