

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTOS EN PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN  
MÉDICOS ESPECIALISTAS NO PSIQUIATRAS EN UN HOSPITAL DE  
LA REGIÓN, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES**

**GARCIA IZA ALEJANDRO**

**SOTO UBILLUS NATALY XIOMARA**

**Chiclayo, 13 febrero 2019**

**CONOCIMIENTOS EN PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS  
EN MÉDICOS ESPECIALISTAS NO PSIQUIATRAS EN UN  
HOSPITAL DE LA REGIÓN, 2017**

PRESENTADA POR:

**GARCIA IZA ALEJANDRO  
SOTO UBILLUS NATALY XIOMARA**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de:

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR:

---

Mgtr. Jara Romero Luis Enrique

PRESIDENTE

---

Dra. Cortez Vidal Marilia Sibebe

SECRETARIO

---

Mgtr. León Jiménez Franco Ernesto.

ASESOR

## **DEDICATORIA**

Agradecer infinitamente a Dios por acompañarnos no sólo en estos momentos importantes, sino durante todos los años vividos, por brindarnos a nuestras hermosas familias, grandes maestros y verdaderos amigos que encontramos durante esta ardua etapa de formación universitaria.

Dedicar todo el esfuerzo puesto en el presente trabajo a nuestros padres, los pilares de nuestra vida, por brindarnos su amor comprensión, confianza y ayudarnos a salir adelante, buscando siempre el mejor camino para seguir cumpliendo nuestros objetivos.

**LOS AUTORES**

## **AGRADECIMIENTO**

Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su colaboración permitieron la realización del presente trabajo.

A Dios por ser siempre nuestra guía para cumplir con nuestros metas trazadas, por darnos la fortaleza para seguir adelante y seguir cumpliendo nuestros sueños.

A nuestros padres y familiares, por la confianza depositada en nosotros y por haber contribuido positivamente con sus sabios consejos, no solo durante toda nuestra carrera, sino en cada etapa de nuestras vidas.

De manera especial a nuestros asesores el Dr. Franco Ernesto León Jiménez y el Dr. Nelson Alfredo Guevara Vélez, por sus orientaciones, asesorías y valioso aporte profesional en la realización de la presente investigación

**LOS AUTORES**

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los conocimientos en prescripción de psicofármacos en médicos de un hospital de alta complejidad de Lambayeque, Perú durante el 2017. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. La población fue de 155 médicos especialistas. Estudio censal. Se empleó un cuestionario de 16 preguntas hecho en base al marco teórico, revisado por 4 expertos. El proyecto fue evaluado por los Comités de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Regional Lambayeque. **Resultados:** Se abordaron 123 médicos. La frecuencia de rechazo fue: 9,76 %. El promedio de edad fue  $40,54 \pm 5,5$  años; 84,68% fueron hombres, 44,14% pertenecían al Departamento de Áreas Clínicas y de estos, 9,01% fueron médicos internistas; el promedio de años como médico fue:  $13,98 \pm 4,61$ . Las preguntas con mayor frecuencia de acierto fueron: *efectos secundarios del Haloperidol* (59,46%), *antipsicótico con efectos extrapiramidales* (50,45%) y *diagnóstico de agitación psicomotriz* (54,05%). En contraste, las preguntas menos acertadas fueron: *características del antidepresivo Paroxetina* (8,11%), *riesgo de uso de antipsicóticos en adultos mayores* (9,91%) y *contraindicaciones del uso de Risperidona* (14,41%). **Conclusiones:** El conocimiento en prescripción de psicofármacos fue deficiente. Las preguntas con mayor frecuencia de acierto fueron las relacionadas al uso de antipsicóticos y agitación psicomotriz.

**Palabras clave:** Conocimiento, prescripción de medicamentos, psicofármacos, antidepresivos, antipsicóticos. (Fuente. DEcS BIREME)

## **ABSTRACT**

**Objective:** To describe the knowledge in prescription of psychotropic drugs in non-psychiatrist specialists of the Hospital Regional Lambayeque during 2017. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study. The population was 155 medical specialists. A questionnaire of 16 items, based on theoretical framework, and reviewed by 4 experts, was used. The project was evaluated by the Ethics and Research Committees of the Faculty of Medicine of the Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo and the Hospital Regional Lambayeque. **Results:** 123 doctors were approached. The rejection frequency was: 9,76%. The average age was  $40,54 \pm 5,5$  years; 84.68% were men, 44.44% belonged to the Department of Clinical Areas and of these, 9.01% were internists; the average of years as a doctor was:  $13.98 \pm 4.61$ . The items with the highest frequency of correct answers were: *side effects of Haloperidol (59.46%), antipsychotic with extrapyramidal effects (50.45%) and diagnosis of psychomotor agitation (54.05%)*. In contrast, the less accurate items were: *characteristics of the antidepressant Paroxetine (8.11%), risk of using antipsychotics in older adults (9.91%) and contraindications to the use of Risperidone (14.41%)*. **Conclusions:** a high frequency of ignorance regarding the prescription of psychotropic drugs was found and the most frequently asked questions were those related to the use of antipsychotics and psychomotor agitation.

**Keywords:** Knowledge, prescription of drugs, psychotropic drugs, antidepressants, antipsychotics.

(Source. MeSH NLM)

# ÍNDICE

Resumen y Abstract

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	3
	1. Antecedentes del problema.....	3
	2. Bases teórico-científicas.....	5
III.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
	DISEÑO METODOLÓGICO.....	7
	3.1 Tipo y diseño de estudio.....	7
	3.2 Escenario.....	7
	3.3 Población y área de estudio.....	7
	3.4 Muestra de estudio.....	7
	3.5 Proceso de recolección de información.....	7
	3.6 Instrumento de recolección de información.....	8
	3.7 Análisis de datos.....	8
	3.8. Aspectos éticos.....	9
IV.	RESULTADOS.....	10
V.	DISCUSIÓN.....	12
VI.	CONCLUSIONES.....	16
V.	RECOMENDACIONES.....	17
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
VII.	ANEXOS.....	23
	7. 1.CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	23
	7. 2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
	7.3. TABLAS.....	31

## **I. INTRODUCCIÓN**

En el Perú, los padecimientos neuropsiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos, constituyendo una prioridad en salud pública, siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, trastornos esquizofrénicos, la violencia familiar y trastornos de conducta.<sup>1</sup>

Por otra parte, estos problemas coexisten con otras enfermedades crónicas tanto en la etapa de confirmación diagnóstica como por el cambio de estilo de vida radical que implica el control de la enfermedad. Esta situación hace necesario que los médicos que atienden pacientes con enfermedades como Diabetes, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, entre otras, tengan un conocimiento adecuado en relación al enfoque y tratamiento en salud mental<sup>2</sup>. Además, en hospitales de alta complejidad, los pacientes suelen tener enfermedades incapacitantes y crónicas, lo que aumenta la probabilidad de padecer problemas de salud mental.

En nuestra realidad, existe una brecha de recurso humano en salud mental. La respuesta del sistema de salud peruano es aún insuficiente: de cada cinco personas con trastornos mentales, solo una de ellas consigue algún tipo de atención<sup>3</sup>. Esta brecha, se explica fundamentalmente por la insuficiente oferta de servicios de salud y por las características de centralización e inequidad para los usuarios. Según datos del Colegio Médico del Perú, Consejo Regional VIII, en Lambayeque laboran 13 psiquiatras con registro nacional de especialistas. La OMS sugiere que debería haber un psiquiatra cada 10 mil habitantes<sup>4,5</sup>.

Toda esta problemática hace necesario que los médicos de distintas especialidades tengan un conocimiento base del enfoque y tratamiento de este tipo de pacientes. Una parte importante del tratamiento, son el uso de psicofármacos. Medicamentos como ansiolíticos, antidepresivos y

antipsicóticos deberían estar dentro del arsenal de manejo de la mayoría de médicos no psiquiatras. Poseer conocimientos suficientes sobre las indicaciones de uso, las interacciones medicamentosas y sus efectos adversos, es necesario.

La medicina centrada en el paciente exige que los médicos, conozcan las moléculas que prescriben para evitar efectos adversos en sus pacientes y maximizar los beneficios<sup>6, 7</sup>. Por lo tanto, es importante que su utilización se realice de forma racional, basada en un correcto diagnóstico y la elección del o los insumos terapéuticos más apropiados. Por estos motivos, el profesional médico prescriptor debería conocer ampliamente la droga que está empleando para disminuir los riesgos y evitar así la iatrogenia.<sup>7</sup>

No se han hallado estudios locales ni nacionales al respecto. Esta información es importante para gestionar el conocimiento y definir la necesidad de capacitación del personal médico.

El objetivo del estudio fue describir los conocimientos en prescripción de psicofármacos en médicos no psiquiatras de un Hospital de alta complejidad de Lambayeque, Perú durante el 2017.

## II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1. Antecedentes del problema

Antúnez en un estudio prospectivo, descriptivo y transversal en un Hospital central de Venezuela en el 2013 halló que la frecuencia de depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 fue 82%. Se realizó el diagnóstico de depresión mediante un instrumento validado, destacándose que la mayoría (36,59%) presentó depresión leve, seguido de depresión moderada (29,27%), moderada-grave (28,05%) y sólo el (6.10%) depresión severa<sup>2</sup>.

El National Cancer Institute (NCI) estima que la depresión afecta a una proporción de entre un 15% a 25% de los pacientes con cáncer. En un elevado porcentaje de casos se observan síntomas depresivos en las primeras semanas tras el diagnóstico de cáncer. Una gran proporción de estos pacientes acaban desarrollando un trastorno depresivo mayor (según criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM).<sup>8</sup>

Astrom en un estudio prospectivo longitudinal, encontró que la prevalencia de trastornos de ansiedad después del accidente cerebrovascular fue del 28% en la etapa aguda con poca reducción en la incidencia dentro de los siguientes 3 años de seguimiento. También encontró que la comorbilidad con depresión mayor fue elevada y pareció afectar el pronóstico de la depresión y las actividades de la vida diaria y relaciones sociales<sup>9</sup>.

Angelelli en un estudio de casos y controles en el 2004 halló numerosos síntomas neuropsiquiátricos en la población después del accidente cerebrovascular: en su mayoría depresión (61%), irritabilidad (33%), trastornos alimentarios (33%), agitación (28%), apatía (27%) y

ansiedad (23%). Las modificaciones en términos de depresión mayor, ansiedad, irritabilidad y trastornos de la alimentación evolucionaron en el año siguiente al accidente cerebrovascular<sup>10</sup>.

Brasileiro <sup>11</sup> en una revisión sistemática en el 2016 evaluó el uso de psicotrópicos en el tratamiento de prurito de diversas causas, encontrando en enfermedad renal crónica (como enfermedad basal asociada a prurito), una mayor efectividad con el uso de fármacos psicotrópicos en comparación con placebo u otro antiprurítico. Sin embargo, la pequeña cantidad de ensayos controlados realizados impide la generalización de que los fármacos psiquiátricos son eficaces para el prurito de diversas causas.

Vílchez en un estudio de cohorte prospectivo en Argentina, en el 2011, halló que la distribución de especialidades que prescribían psicofármacos fue: medicina interna: 32,4%, (predominando la indicación de benzodiazepinas con el 23.61 %, IRSS y tricíclicos con el 7.52%, e hipnóticos con el 4.29%), cardiología: 5,2%, neurología: 4,8%, gastroenterología: 2,4%, endocrinólogos, ginecólogos y oncólogos: 1%. Sólo el 35,2% de los pacientes estaban medicados por psiquiatras<sup>12</sup>.

Chong Guan en un estudio retrospectivo en Malasia en un hospital universitario durante los años 2008 al 2012 encontró que 12,3% y 4,9% de los pacientes de Oncología y cardiología, respectivamente, recibieron psicofármacos<sup>13</sup>.

Fish en los Estados Unidos en el 2008 encontró que la frecuencia del uso de antidepresivos en pacientes ambulatorios con cáncer fue 19,2%<sup>14</sup>.

Insaurrealde en un estudio descriptivo transversal en Paraguay en médicos residentes, halló que 79% indicaban fármacos controlados: benzodiazepinas 99%, antidepresivos 32%, opiáceos 10%,

hipnóticos y antipsicóticos 61%; 32% de los que recetan psicofármacos, lo hacen más de 5 veces al mes<sup>15</sup>.

## **2. Bases teórico-científicas**

La salud mental se define como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva para contribuir fructíferamente a su comunidad<sup>16, 17</sup>.

A lo largo de los últimos años, las carencias en salud mental han sido asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, ocupando una marcada notoriedad y creando una preocupación en la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo<sup>18</sup>.

Con el surgimiento de la psicofarmacología, se han logrado tratar satisfactoriamente estos trastornos mentales. Pero, ha sido durante las últimas dos décadas, que habido un marcado aumento en el uso de antidepresivos, siendo hoy en día la tercera clase de medicamentos más comúnmente prescritos en los Estados Unidos y el mundo<sup>9, 19, 20</sup>. Actualmente, el uso de psicofármacos ha adquirido una importancia relevante, en especial por el aumento frecuente de patologías que requieren su empleo, la introducción de nuevos psicofármacos, la comercialización farmacéutica agresiva (dirigida a los médicos de especialidades distintas a la psiquiatría), publicidad estratégica para el consumidor de psicofármacos y a las nuevas indicaciones terapéuticas de psicofármacos ya existentes<sup>21, 22, 23</sup>.

La Organización Mundial de Salud menciona la lista Modelo de Medicamentos Esenciales (LME) para el tratamiento y control de los trastornos mentales son: clorpromazina, haloperidol (medicamentos utilizados en los trastornos psicóticos); amitriptilina, fluoxetina (utilizados en los trastornos depresivos); carbamazepina, carbonato de litio, ácido valproico (se utilizan en trastornos bipolares); diazepam (utilizados en ansiedad generalizada y los trastornos del sueño); clomipramina (se utiliza en trastornos obsesivo-compulsivos y los ataques de pánico)<sup>24</sup>.

En el Perú y en otros países no existe restricción para que los psicofármacos sean prescritos por médicos especialistas o generales; el Artículo N° 22 del Decreto Supremo N° 023-2001-SA sobre la venta y comercialización de psicotrópicos refiere que todo médico colegiado pueden prescribir estos fármacos, debido a que en otras especialidades también pueden abordar problemas de salud mental.<sup>25</sup>

### **III. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **DISEÑO METODOLOGICO**

**3.1 Tipo y diseño de estudio:** Estudio descriptivo transversal.

**3.2 Escenario:** Hospital Regional Lambayeque. Este es un hospital del Ministerio de Salud del Tercer nivel de atención de Lambayeque ubicado al Norte del Perú.

**3.3 Población:** Médicos especialistas no psiquiatras (155) del Hospital Regional Lambayeque, durante el 2017.

**3.4 Muestra de estudio:** Se hizo un censo de la población, no se realizó muestreo

- **Criterios de inclusión:** Firma del consentimiento informado, realice actividades asistenciales.
- **Criterios exclusión:** Ser pediatra, pertenecer a una especialidad en la que no se atiendan pacientes (radiólogos, patólogos clínicos, anatomopatólogos, epidemiólogos), ser médicos que no atienden consulta externa (intensivistas) o estar en período de vacaciones durante el estudio

#### **3.5 Proceso de recolección de la información.**

Luego de ser autorizado por la Dirección de Investigación del Hospital Regional y los jefes de servicio, se solicitó la lista de médicos por tipo de contrato a la oficina de personal. Con la lista se ubicó a los médicos en sus respectivos servicios después de su jornada de trabajo. Se hizo entrega del cuestionario invitándosele a que lo resuelvan en ese momento.

### **3.6 Instrumento de recolección de información.**

El instrumento usado fue un cuestionario de 16 preguntas que fue elaborado en base al marco teórico <sup>26</sup> con casos clínicos tipo viñeta de cinco alternativas cada una, de una sola respuesta correcta sobre indicaciones, contraindicaciones e interacciones medicamentosas más frecuentes de psicofármacos usados en la práctica médica.

La validez se obtuvo mediante la revisión por 4 expertos: psiquiatra (1), psiquiatra/epidemiólogo (1), internista/epidemiólogo clínico (1), epidemiólogo clínico (1) con más de 10 años de experiencia laboral y en la realización de cuestionarios. El proceso de evaluación fue mediante metodología Delphi, evaluándose la pertinencia con escala Likert de 1 a 5, donde 1 significaba “Totalmente en desacuerdo”, 2 “Parcialmente en desacuerdo”, 3 “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 4 “Parcialmente de acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. El promedio de calificación de pertinencia por el juicio de expertos fue de 3.85/5.

Posteriormente se aplicó un piloto en 30 médicos residentes de diferentes especialidades del Hospital Regional Lambayeque, para comprobar la comprensión del cuestionario; se les solicitó que describan debajo de cada ítem si identificaban problemas de inteligibilidad durante su desarrollo; el tiempo promedio de duración fue de 10 minutos. Ningún médico residente reportó haber tenido problemas de comprensión en el llenado de cuestionario.

### **3.7 Análisis de datos**

Se midió la frecuencia de acierto de cada una de las preguntas. No se utilizó ninguna escala para su medición, sólo se hizo el reporte por cada pregunta, calificándose de forma independiente.

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 y para el análisis estadístico, Stata versión 13. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas; frecuencias absolutas y relativas para las categóricas.

Se realizó un análisis exploratorio bivariado usando U de Mann Whitney para variables numéricas y  $\chi^2$  para variables categóricas.

### **3.8 Aspectos éticos.**

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y por la Dirección de Investigación del Hospital Regional Lambayeque.

Se guardó confidencialidad de los datos obtenidos. Se hizo uso de un consentimiento informado en el cual se explicitó la confidencialidad de la información, los riesgos, beneficios y la posibilidad de retirarse en el momento en el que lo crea pertinente. A los participantes, al final del llenado de la encuesta, se les entregó un tríptico, con las principales indicaciones y propiedades de los principales psicofármacos usados en la práctica clínica. Se envió una copia del informe final a las áreas clínicas y quirúrgicas del Hospital Regional Lambayeque.

#### IV. RESULTADOS

Se abordaron 123 médicos. La frecuencia de rechazo fue: 9,76 %. El promedio de edad fue 40,54  $\pm$  5,5 años; 84,68% fueron hombres, 44,14% pertenecían al Departamento de Áreas Clínicas y de estos, 9,01% fueron médicos internistas; el promedio de años como médico fue: 13,98  $\pm$ 4,61; 93,69% hicieron el pregrado en una Universidad Pública. La media de años como especialista fue: 6,73 $\pm$ 4,37; 90,09% hicieron la residencia en una Universidad Pública y 60,36% realizaban labor docente en el Hospital; 44,1% tuvieron el grado de Magister o Doctor. Por otra parte el 45,94 % mencionar la necesidad de educación en salud mental y psicofármacos. (Tabla 1.)

Las preguntas con mayor frecuencia de acierto fueron: *efectos secundarios del Haloperidol* (59,46%), *antipsicótico con efectos extrapiramidales* (50,45%), *diagnóstico de agitación psicomotriz* (54,05%) y las preguntas con menor frecuencia de acierto fueron: *características del antidepresivo Paroxetina* (8,11%), *riesgo de uso de antipsicóticos en adultos mayores* (9,91%), y *contraindicaciones del uso de Risperidona* (14,41%). (Ver tabla 2)

La media de preguntas respondidas correctamente fue de 5,18 $\pm$ 3,11 (de 16); el rango de preguntas correctas fue: 0-13. Hubo diferencias en el número de respuestas correctas entre clínicos y médicos de cirugía:  $p < 0,001$ .

Para las preguntas 6 y 12 (*efecto secundario de la Fluoxetina* y *efecto secundario del Haloperidol*), se halló diferencias en el conocimiento, según los años de egresado; media: 13,05 $\pm$ 4,31 vs 15,36 $\pm$ 4,74;  $p = 0,010$ ; y 12,33 $\pm$ 4,33, versus 14,88 $\pm$ 4,54;  $p = 0,005$ , a favor de los que tuvieron menos años de egreso, respectivamente). (Ver tabla 3)

En cuanto al número de años como especialista, se encontró diferencia en la pregunta 12 (*Efecto secundario del Haloperidol*), conoce: mediana 6 [RIQ:3-8], desconoce: mediana 7 [RIQ:4-11], valor  $p=0,032$ ; además en la pregunta 6 (*Efecto secundario de la Fluoxetina*), conoce: mediana 5 [RIQ:2-7,5], desconoce: mediana 6,5 [RIQ:4,5-10,5], valor  $p=0,014$ ; y en la pregunta 16 (*Efecto secundario de la Carbamazepina*), conoce: mediana 5 [RIQ:3-8] predominando sobre los que desconocen: mediana 7 [RIQ:5-10], valor  $p=0,005$ . (Ver tabla 4)

## V. DISCUSIÓN

Los médicos clínicos obtuvieron mayor calificación en la mayoría de los ítems a comparación de los médicos de áreas quirúrgicas. Todos reportaron haber prescrito algún psicofármaco al menos una vez. Esta diferencia podría deberse a que los primeros utilizan con mayor frecuencia psicofármacos, tal como lo reporta Shirama, en un Hospital de Brasil en el 2011, que de 44 pacientes que recibían psicofármacos, 35 pacientes (79,54 %) pertenecían a especialidades clínicas y 9 pacientes (20,46 %) a especialidades quirúrgicas<sup>27</sup>. Vílchez en un hospital privado en Córdoba – Argentina, halló que la frecuencia de prescripción era de 32,4% en internistas, 5,2% en cardiólogos y 4,8% en neurólogos<sup>12</sup>. Riva-Fortunado en un hospital de Clínicas en Uruguay de los pacientes que recibían psicofármacos, el 50,9% fueron prescritos por médicos internistas, 17% por cirujanos, 13,2% por neurólogos, 7,5% por psiquiatras y 5,6% por ginecólogos.<sup>28</sup> Asimismo, la rotación de los clínicos durante la residencia, en medicina interna, puede proporcionarles conocimientos del uso de psicofármacos.

Además, se halló que los médicos con menos años de haber egresado de la Facultad de Medicina y los que tenían menos años como especialistas, acertaron mayor cantidad de preguntas. Este resultado es novedoso debido a que no se hallaron estudios a nivel local o nacional acerca del tema; la razón probablemente de este hallazgo se deba a que los médicos durante su estancia como residentes, rotan por diferentes especialidades y/o servicios, encontrándose recientemente más familiarizados con grupos farmacológicos e interacciones medicamentosas (entre ellos los psicofármacos).

Las preguntas estuvieron elaboradas en base a escenarios clínicos comunes (para la mayoría de especialidades) y los grupos farmacológicos abordados en los ítems fueron: antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antipsicóticos. La mayoría de ítems hace referencia a efectos adversos del sistema nervioso central (SNC), debido a su elevada frecuencia, siendo estas las preguntas de mayor acierto; este escenario es parecido al encontrado por Matson<sup>29</sup> en USA durante 2010 y De Kuyper en 3 estudios realizados en Países Bajos durante los años 2010<sup>30</sup> y 2013<sup>31, 32</sup> evidenciando que los efectos secundarios extrapiramidales, tienen una alta prevalencia y pueden subestimarse en la práctica clínica. Coelho en 2 hospitales de baja complejidad en Brasil, halló que entre los pacientes que usaban antidepresivos, 23,4% estaban expuestos a interacciones por mecanismos farmacocinéticos, 61,7% a interacciones por mecanismos de sinergia y 15,9% por las dos formas simultáneamente<sup>33</sup>. Miyasaka en un hospital público en Sao Paulo – Brasil, reportó que el 25,3% de los pacientes de las áreas de hospitalización general, usaban medicamentos con riesgo de interacción en su tratamiento concomitante con antidepresivos<sup>34</sup>.

En relación a las preguntas, se encontró que el conocimiento es más adecuado, en situaciones como distonía por haloperidol y agitación psicomotriz debido a que son frecuentes en emergencia. En cambio, preguntas como riesgos de uso de antipsicóticos en adultos mayores y características del antidepresivo Paroxetina, fueron las menos acertadas, posiblemente porque hacen referencia a pacientes más estables y que rara vez los encontramos en emergencia. Además estos pacientes sí suelen ser vistos por psiquiatría. Cabe mencionar que el uso de Paroxetina por médicos especialistas no psiquiatras es infrecuente; además este medicamento no figura en el petitorio nacional de medicamentos esenciales (PNUME).<sup>35</sup>

Por otra parte, 45,94 % indicaron estar en la necesidad de educación y formación en tópicos de salud relacionado a los psicofármacos más frecuentes, corroborando los resultados de Christian<sup>36</sup>, en USA durante 1999 y de Donley<sup>37</sup> en Australia durante 2011. En estos estudios se reveló que los profesionales de salud están en necesidad de capacitación en relación a los efectos de tratamientos psicofarmacológicos; asimismo Fretwell<sup>38</sup> en Inglaterra durante el 2007 también encontró deficiencias en el conocimiento sobre los efectos secundarios de los fármacos psicotrópicos.

Actualmente, los trastornos mentales (cuadros de depresión, insomnio o ansiedad) constituyen patologías muy frecuentes en los pacientes con enfermedades crónicas y deberían ser, al menos en un primer abordaje, evaluados por cualquier médico, especialmente los clínicos. Por otro lado, el acceso a los servicios de salud mental es escaso. Según el Ministerio de Salud aproximadamente el 20 % de la población adulta presenta algún tipo de trastorno mental<sup>39</sup> y para atender esta situación solo se cuenta con un psiquiatra por cada 300 mil peruanos.

Una alternativa es que en las universidades se refuerce la enseñanza de psicofarmacología clínica basada en escenarios reales. En relación a los profesionales, capacitaciones seriadas en los hospitales, con medidas del impacto de las mismas, son una posibilidad.

Las principales limitaciones del estudio fueron la heterogeneidad de los grupos encuestados, el no haber incluido preguntas acerca de hipnóticos o benzodiazepinas. Tampoco se exploró la frecuencia y características de la prescripción de psicofármacos. El tamaño de la muestra y el hecho de haber sido realizado en una única institución hospitalaria traen restricciones para su generalización. También, la escasez de estudios que hubiesen investigado las variables de interés

descritas, con esta población específica, dificulta el análisis comparativo de los resultados obtenidos y señala la necesidad de realizar nuevas investigaciones que exploren la temática.

## **VI. CONCLUSIONES**

Se concluye que se encontró desconocimiento en la prescripción de psicofármacos en los médicos asistentes no psiquiatras de esta institución, que los clínicos tuvieron mayor frecuencia de preguntas acertadas y que los médicos con menor tiempo de egresados y con menos años como especialistas respondieron más preguntas en forma adecuada.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Como recomendación, sería importante la intervención del Ministerio de Salud para implementar capacitaciones seriadas a través del Colegio Médico del Perú y por su comité de educación médica continua, con el fin de mejorar el conocimiento.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima: MINSA - Dirección General de Epidemiología; 2014.
2. Antúñez M, Bettioli A. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna Acta Med Colomb Vol. 41 N° 2 - 2016 [Consultado 28 Enero 2018]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n2/0120-2448-amc-41-02-00102.pdf>
3. Saavedra J. Situación de salud mental en el Perú. Lima: INSM, 2015.
4. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Lima: Perú en Cifras - INEI; 2017. [Actualizado 22 octubre 2016; citado 22 noviembre 2018] Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/peru-en-cifras/1/0/>
5. Colegio médico del Perú. . [Internet]. Lima: Conoce a tu médico. 2017. [Actualizado 22 octubre 2017; citado 22 enero 2019] Disponible en: <http://cmp.org.pe/servicios/conoce-a-tu-medico/>
6. Suarez M. Medicina centrada en el paciente. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012 [citado 2019 Ene 29]; 18(1): 67-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172689582012000100011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172689582012000100011&lng=es).
7. Cuba-Fuentes M. La medicina centrada en el paciente como método clínico. Rev Med Hered. 2016; 27:50-59.
8. Pousa V, Miguelez A, Hernandez M, Gonzalez MA. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Colomb Cancerol 2015; 19: 166-72.
9. Astrom M. Generalized anxiety disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. Stroke. 1996; 27(2):270-5.
10. Angelelli P, Paolucci S, Bivona U, Piccardi L, Ciurli P, Cantagallo A, et al. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. Acta Psychiatr Scand. 2004; 110(1):55-63.

11. Brasileiro LEE, Barreto DP de C, Nunes EA. Psychotropics in different causes of itch: systematic review with controlled studies. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2016; 91(6):791-798.
12. Vílchez M. Utilización de psicofármacos por médicos no psiquiatras. *Rev Exp Médica*. 2011;29(2):42-8.
13. Chon Guan NG, Mohamed S, Wern TY, Haris A, Zainal NZ, Sulaiman AH. Comparison of psychotropic prescriptions between oncology and cardiology inpatients: result from a pharmacy database in a teaching hospital in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2014 ; 15(10):4261-4.
14. Fisch MJ, Zhao F, Manola J, Miller AH, Pirl WF, Wagner LI. Patterns and predictors of antidepressant use in ambulatory cancer patients with common solid tumors. *Psychooncology*. 2015;24(5):523-32.
15. Insaurrealde G. Prescripción de Drogas Controladas por Médicos Residentes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Prescriptio. Rev Salud Pública Parag*. 2012; 2(2):9-17.
16. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud - Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Universidad de Melbourne. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
17. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Ginebra: OMS; 2009. Consultado el 22-02-2018 y disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/mhgap%20final%20spanish.pdf>
18. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2197-223.

19. Olfson M, Marcus S. National patterns in antidepressant medication treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(8):848-56.
20. Hsiao C, Cherry D, Beatty P, Rechtsteiner E. National Ambulatory Medical Care Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Rep*. 2010;(27):1-32.
21. Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, Scaini S, Versari M, De Ronchi D. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom*. 2005;74(4):225-30.
22. Kravitz R, Epstein R, Feldman M, Franz C, Azari R, Wilkes M, et al. Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(16):1995-2002.
23. Rubio I, Rojas G, Díaz B. Uso de psicofármacos por consultantes al nivel primario. *Rev Psiquiatr*. 1995;12(3/4):186-9.
24. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud [Internet]. 1nd ed. Washington: Biblioteca Sede OPS; 2009 [actualizado 15 Sep 2011; citado 3 enero 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/management/psychotropic\\_book\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf)
25. Reglamento de Estupefacientes Psicotrópicos Sujetas a Fiscalización Sanitaria. Decreto Supremo N° 023-2001-SA de 21 de Julio del 2001. *Diario oficial El Peruano*: 22 de Julio del 2001. [Consulta: 12 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/DecretoSupremoN023-2001-SA.pdf>
26. Stephen M. Stahl. *Psicofarmacología esencial de Stahl*. 4 ed. Madrid: Aula Médica; 2012. 491-494.
27. Shirama F, Miasso A. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínica médica y quirúrgica de un hospital general. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [acceso: 30 Enero 2019]; 21(4). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es\\_0104-1169-rlae-21-04-0948.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0948.pdf)

28. Riva J, Servente L, Falcón de Vicente H, Bernardi R. Uso de psicofármacos en población internada en un hospital universitario de adultos. *Rev Méd Urug* 2000; 16(3): 201-11
29. Matson J, Mahan S. Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 2010; 31:1570–1576.
30. De Kuijper G, Hoekstra P, Visser F, Scholte F, Penning C, Evenhuis H. Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability in the Netherlands: Prevalence and reasons for prescription. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2010; 54:659–667.
31. De Kuijper G, Mulder H, Evenhuis H, Scholte F, Visser F, Hoekstra P. Determinants of physical health parameters in individuals with intellectual disability who use long-term antipsychotics. *Research in Developmental Disabilities*. 2013; 34:2799–2809.
32. De Kuijper G, Mulder H, Evenhuis H, Visser F, Hoekstra P. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics on weight and metabolic parameters in individuals with intellectual disability. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2013; 33:520–524.
33. Coelho P, Brum C. Interactions between antidepressants and antihypertensive and glucose lowering drugs among patients in the HIPERDIA Program, Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10):2229-2236.
34. Miyasaka L, Atallah A. Risk of drug interaction: combination of antidepressants and other drugs. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):212-215.
35. Resolución Ministerial N° 399-2015/MINSA. Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. Diario oficial El peruano: 25 de junio del 2015. [Consulta: 12 de noviembre de 2018]. Disponible en:[http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2015/RM\\_399-2015.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2015/RM_399-2015.pdf)

36. Christian L, Snycerski S, Singh N, Poling A. Direct service staff and their perceptions of psychotropic medication in non-institutional settings for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1999; 43: 88–93.
37. Donley M, Chan J, Webber L. Disability support workers' knowledge and education needs about psychotropic medication. *British Journal of Learning Disabilities*. 2011; 40:286–291.
38. Fretwell, C, & Felce, D. (2007). Staff knowledge of the side effects of anti-psychotic medication. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 580–585.
39. Ministerio de Salud. *Salud Mental Domiciliaria. Nuevo modelo de atención*. Lima: Dirección de salud mental. 2016. [Actualizado 22 octubre 2017; citado 22 noviembre 2017]. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>

## VII. ANEXOS

### 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - USAT, Hospital Regional Lambayeque

Investigadores : Alejandro García Iza, Nataly Soto Ubillús, Nelson Guevara Vélez, Franco León Jiménez

Título: **CONOCIMIENTOS EN PRESCRIPCIÓN DE PSICOFARMACOS EN MÉDICOS ESPECIALISTAS EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN, 2017**

En la actualidad el uso de psicofármacos ha adquirido una importancia relevante, en especial por el aumento frecuente de patologías que requieren su empleo, la introducción de nuevos psicofármacos, la comercialización farmacéutica y a las nuevas indicaciones terapéuticas de psicofármacos ya existentes.

#### **Propósito del Estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “**Conocimiento en prescripción de psicofármacos en médicos especialistas no psiquiatras en un hospital de la región, 2017**”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

#### **Procedimientos**

Si usted acepta participar en este estudio se le realizara una encuesta que consta de 16 preguntas y deberá realizarse en un tiempo promedio de 10 minutos, en presencia del investigador.

#### **Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

#### **Beneficios:**

Al final de la encuesta usted recibirá un tríptico informativo en el que en forma resumida se le indicará algunos alcances en relación a dosis, efectos adversos y contraindicaciones de los psicofármacos más prescritos.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio: Alejandro García Iza – Celular 990818044, Nataly Soto Ubillús – Celular 957596224

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138

## 2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LOS PARTICIPANTES

El siguiente es un cuestionario para describir el conocimiento en prescripción de psicofármacos en médicos no psiquiatras. Por favor, le solicitamos responda a cada una de las preguntas. Sólo existe una alternativa correcta. Le solicitamos no deje de responder ninguna pregunta. Agradecemos su participación.

#### DATOS GENERALES

Edad: ..... Sexo: M ( ) F ( )

Departamento al que pertenece: Área clínica ( ) Área quirúrgica ( )

Especialidad: ..... Subespecialidad (si tiene): .....

Universidad de pregrado: Pública ( ) Privada ( )

Universidad donde hizo la especialidad: Pública ( ) Privada ( )

Año en que egresó de su Facultad de Medicina:.....

Años como especialista: .....

Grado académico: Bachiller ( ) Magister ( ) Doctor ( )

Desarrolla labor docente en el hospital: si ( ) no ( )

### PREGUNTAS

1. De los siguientes fármacos, el que más se asocia a efectos adversos en un paciente adulto mayor es:
  - a) Escitalopran
  - b) Amitriptilina**
  - c) Bupropion
  - d) Desconozco
  - e) Sertralina.
  
2. Usted atiende a un paciente de 65 años, con Infarto agudo de miocardio; 3 semanas después desarrolla un episodio depresivo mayor que requiere tratamiento psicofarmacológico. De los siguientes, usted elegiría:
  - a) Imipramina.
  - b) Venlafaxina
  - c) Nortriptilina.
  - d) Sertralina.**
  - e) Desconozco
  
- 3.Cuál de los siguientes psicofármacos requiere controles hematológicos periódicos:
  - a) Desconozco
  - b) Venlafaxina.
  - c) Paroxetina.
  - d) Mirtazapina.
  - e) Clozapina.**
  
4. Un joven de 27 años llega a la emergencia en estado de agitación psicomotriz. Usted le aplica un inyectable para poder controlarlo. A la hora, el joven presenta protusión de lengua y espasmo doloroso con torsión del cuello. En esta situación el diagnóstico más probable es:
  - a) Tetania.
  - b) Distonía aguda.**
  - c) Desconozco
  - d) Trastorno por ansiedad aguda.

e) Corea de Huntington.

5. El uso del siguiente antipsicótico está relacionado con mayores efectos extrapiramidales:

- a) Olanzapina.
- b) Clozapina.
- c) Desconozco
- d) Ziprazidona.
- e) **Haloperidol.**

6. Usted tiene internado a un paciente de 86 años, con un cuadro de EPOC. El paciente ha mejorado claramente su condición de base; sin embargo, verbaliza tristeza, ganas de llorar, además de deseos de morir. Su residente decide iniciarle tratamiento con Fluoxetina. Al día siguiente el paciente le refiere sentir: angustia, dificultad para mantenerse quieto, parece “como si quisiera estar en movimiento constante”. Lo más probable es que este paciente, esté presentado:

- a) Disonía aguda.
- b) Disquinesia tardía.
- c) **Acatisia.**
- d) Desconozco
- e) Parkinsonismo.

7. Se trata de un adulto mayor que está recibiendo Mirtazapina como tratamiento antidepresivo, una de los efectos secundarios más frecuentemente observado con el uso de este fármaco es:

- a) Insomnio.
- b) Desconozco
- c) Pérdida de peso.
- d) Accidente cerebro vascular
- e) **Sedación.**

8. El fármaco que se debería evitar en un paciente con depresión mayor e hipertrofia prostática benigna es:

- a) Fluoxetina.

- b) Sertralina.
- c) Paroxetina.
- d) Desconozco
- e) **Amitriptilina.**

9. Un varón de 55 años en tratamiento antidepresivo, es traído a la emergencia por convulsiones tónico - clónicas, además de arritmia cardíaca. El neurólogo descarta un evento cerebrovascular. La esposa refiere que tuvieron una discusión muy fuerte, se encerró en su cuarto e ingirió 20 tabletas de un fármaco. De los siguientes, ¿cuál sería el más probable?

- a) Desconozco
- b) **Clomipramina.**
- c) Escitalopran.
- d) Duloxetina.
- e) Sertralina.

10. De acuerdo a la federación de administración de drogas y alimentos de Estados unidos (FDA), el uso de antipsicóticos en adultos mayores puede conllevar al siguiente riesgo:

- a) Infarto mesentérico
- b) **Sangrado a nivel cerebral.**
- c) Infarto agudo de miocardio.
- d) Pancreatitis aguda.
- e) Desconozco

11. Una paciente de 76 años con diagnóstico de demencia asociada al Párkinson, tiene problemas psicóticos marcados. El fármaco que usted debe evitar en este pacientes es:

- a) Olanzapina.
- b) Aripiprazol.
- c) Desconozco
- d) Quetiapina.
- e) **Haloperidol.**

12. Se trata de un paciente de 21 años, quien le fue prescrito haloperidol como tratamiento por esquizofrenia. Una semana después de iniciar su tratamiento, es traído a la emergencia por presentar:

fiebre de 40°C, agitación psicomotriz y rigidez muscular. En el examen de laboratorio se encuentran niveles altos de creatinquinasa (CPK) y leucocitosis. La posibilidad diagnóstica más cercana es:

- a) Encefalitis viral.
- b) Golpe de calor.
- c) **Síndrome neuroléptico maligno.**
- d) Desconozco
- e) Encefalitis asociada a antipsicóticos.

13. Una paciente mujer presenta osteoporosis y antecedente de Cáncer de mama. Se reporta que está presentando un cuadro de psicosis por lo cual recibirá medicación. Como terapia de largo plazo; de los siguientes antipsicóticos se debe evitar:

- a) **Risperidona.**
- b) Desconozco
- c) Quetiapina.
- d) Ziprasidona.
- e) Olanzapina

14. Concomitante al uso de Inhibidores de la recaptura de serotonina, se recomienda la asociación de:

- a) Antipsicóticos.
- b) Anticonvulsivantes.
- c) **Benzodiacepinas.**
- d) Psicoestimulantes.
- e) Desconozco

15. Una característica de la Paroxetina que hace que sea un fármaco útil en tratamiento antidepresivo es:

- a) Sus pocas interacciones medicamentosas
- b) Desconozco
- c) Alto poder de activación central.
- d) Rápida acción antidepresiva, desde la primera semana de toma.
- e) **Su poder de sedación.**

16. Se trata de un varón de 74 años quien toma Carbamazepina para neuralgia del trigémino. A las semanas, presenta letargia y deterioro progresivo de la consciencia. En su analítica destaca Sodio en 115 meq/l. No tiene vómitos ni edemas. La causa más probable es:

- a) Cirrosis hepática descompensada.
- b) Insuficiencia cardíaca descompensada
- c) Pérdida incrementada de sodio urinario.
- d) Desconozco
- e) **Síndrome de secreción inadecuada de ADH**

\*Cree usted necesario recibir educación y formación en tópicos de salud relacionados a psicofármacos

SI  NO

### 3. TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas en el total de encuestados

Características	n = 111	%
<b>Edad*</b>	40,54	±5,50
<b>Sexo</b>		
Masculino	94	84,68
Femenino	17	15,32
<b>Grado Académico</b>		
Bachiller	62	55,86
Magister	46	41,44
Doctor	3	2,70
<b>Departamento de Trabajo</b>		
Quirúrgica	62	55,86
Clínica	49	44,14
<b>Especialidad</b>		
Ginecología	16	14,41
Cirugía General	10	9,01
Medicina Interna	10	9,01
Traumatología	8	7,21
Nefrología	7	6,31
Anestesiología	6	5,41
Otorrinolaringología	6	5,41
Oftalmología	6	5,41
Otros	42	37,84
<b>Universidad de Pregrado</b>		
Pública	104	93,69
Privada	7	6,31
<b>Años como egresado*</b>	13,98	±4,61
<b>Universidad de especialidad</b>		
Pública	100	90,09
Privada	11	9,91
<b>Años como especialista*</b>	6,73	±4,37
<b>Docencia en el Hospital</b>		
Si	67	60,36
No	44	39,64
<b>Necesidad educación y formación en tópicos de salud relacionados a psicofármacos.</b>	51	45,94
<b>Numero de respuestas correctas*</b>	5.18	±3,11

\*Se indica media y desviación estándar

**Tabla 2. Frecuencias de acierto de las preguntas del cuestionario en el total de encuestados**

Preguntas	Conoce	
	n	%
Síndrome neuroléptico maligno como efecto secundario del haloperidol	66	59,46
Distonía aguda como efecto secundario más frecuente por uso de antipsicótico en paciente diagnosticado con estado de agitación psicomotriz.	60	54,05
Haloperidol como antipsicótico con mayores efectos extrapiramidales.	56	50,45
Síndrome de secreción inadecuada de ADH como efecto secundario de la Carbamazepina	53	47,75
Amitriptilina como el fármaco que más efecto adverso causa en un paciente adulto mayor	46	41,44
Sertralina como psicofármaco relacionado con episodios depresivo mayor	44	39,64
Acatisia como efecto secundario de la Fluoxetina.	39	35,14
La sedación como efecto secundario de la Mirtazapina	35	31,53
Haloperidol como fármaco contraindicado en demencia asociada a Parkinson,	35	31,53
Amitriptilina como fármaco contraindicado en depresión mayor e hipertrofia prostática benigna.	34	30,63
Benzodiazepinas como el fármaco que se puede asociar a los inhibidores de la recaptura de serotonina.	32	28,83
Clomipramida como el fármaco que produce convulsiones tónicas – clónicas.	27	24,32
Clozapina como psicofármaco que requiere controles hematológicos periódicos	25	22,52
Risperidona como el fármaco contraindicado en pacientes con osteoporosis y cáncer de mama.	16	14,41
Sangrado a nivel cerebral como riesgo que puede conllevar el uso de antipsicóticos en adultos mayores.	11	9,91
Paroxetina como antidepresivo con mayor poder de sedación	9	8,11

**Tabla 3. Conocimiento sobre prescripción de psicofármacos según años de egresado en médicos asistentes del Hospital Regional Lambayeque, 2017**

Preguntas	Años de egresado				
	Conoce		Desconoce		p-valor
	n	media ± DE	n	media ± DE	
Síndrome neuroléptico maligno como efecto secundario del haloperidol	66	13,05±4,31	45	15,36±4,74	<b>0,010*</b>
Haloperidol como antipsicótico con mayor efectos extrapiramidales	56	13,57±5,08	55	14,40±4,07	0,346
Paroxetina como antidepresivo con mayor poder de sedación	9	14,11±3,86	102	13,97±4,69	0,931
Clomipramida como el fármaco que produce convulsiones tónicas – clónicas.	27	15,00±3,96	84	13,65±4,77	0,188
La sedación como efecto secundario de la Mirtazapina	35	13,66±4,28	76	14,13±4,77	0,616
Acatisia como efecto secundario de la Fluoxetina.	39	12,33±4,33	72	14,88±4,54	<b>0,005*</b>
Sertralina como psicofármaco relacionado con episodios depresivo mayor	44	14,93±4,67	67	13,36±4,50	0,078
Síndrome de secreción inadecuada de ADH como efecto secundario de la Carbamazepina.	53	13,42±4,63	58	14,50±4,57	0,217
Distonía aguda como efecto secundario más frecuente por uso de antipsicótico en paciente diagnosticado con estado de agitación psicomotriz.	60	13,35±4,18	51	14,73±5,01	0,118
Sangrado a nivel cerebral como riesgo que puede conllevar el uso de antipsicóticos en adultos mayores	11	12,09±4,06	100	14,19±4,64	0,152
Clozapina como psicofármaco que requiere controles hematológicos periódicos	25	13,56±4,12	86	14,10±4,76	0,605
Amitriptilina como el fármaco que más efecto adverso causa en un paciente adulto mayor.	46	13,17±3,74	65	14,55±5,08	0,121
Risperidona como el fármaco contraindicado en pacientes con osteoporosis y cáncer de mama.	16	14,25±3,99	95	13,94±4,72	0,803
Haloperidol como fármaco contraindicado en demencia asociada a Parkinson,	35	13,23±5,60	76	14,33±4,07	0,302
Amitriptilina como fármaco contraindicado en depresión mayor e hipertrofia prostática benigna.	34	14,29±4,41	77	13,84±4,72	0,637
<b>32</b>	<b>13,31±4,47</b>	<b>79</b>	<b>14,25±4,66</b>	<b>0,332</b>	

**Tabla 4. Conocimiento sobre prescripción de psicofármacos según años como especialista en médicos asistentes del Hospital Regional Lambayeque, 2017**

Preguntas	Años como especialista				p-valor
	Conoce		Desconoce		
	n	mediana [RIQ]	n	mediana [RIQ]	
Síndrome neuroléptico maligno como efecto secundario del haloperidol	66	6 [3 - 8]	45	7 [4 - 11]	<b>0,032*</b>
Haloperidol como antipsicótico con mayor efectos extrapiramidales	56	6,5 [3 - 9]	55	6 [3 - 9]	0,772
Paroxetina como antidepresivo con mayor poder de sedación	9	7 [5 - 11]	102	6 [3 - 9]	0,273
Clomipramida como el fármaco que produce convulsiones tónicas – clónicas.	27	6 [4 - 7,5]	84	6 [3 - 9]	0,725
La sedación como efecto secundario de la Mirtazapina	35	6 [3,5 - 9]	76	6 [3 - 9,5]	0,987
Acatisia como efecto secundario de la Fluoxetina.	39	5 [2 - 7,5]	72	6,5 [4,5 - 10,5]	<b>0,014*</b>
Sertralina como psicofármaco relacionado con episodios depresivo mayor	44	6,5 [3 - 10]	67	6 [3 - 9]	0,578
Síndrome de secreción inadecuada de ADH como efecto secundario de la Carbamazepina.	53	5 [3 - 8]	58	7 [5 - 10]	<b>0,005*</b>
Distonía aguda como efecto secundario más frecuente por uso de antipsicótico en paciente diagnosticado con estado de agitación psicomotriz.	60	6 [3 - 8,5]	51	6 [4 - 10]	0,320
Sangrado a nivel cerebral como riesgo que puede conllevar el uso de antipsicóticos en adultos mayores	11	5 [4 - 7]	100	6 [3 - 9]	0,375
Clozapina como psicofármaco que requiere controles hematológicos periódicos	25	7 [3 - 9]	86	6 [4 - 9]	0,829
Amitriptilina como el fármaco que más efecto adverso causa en un paciente adulto mayor.	46	6 [3 - 9]	65	7 [4 - 9]	0,227
Risperidona como el fármaco contraindicado en pacientes con osteoporosis y cáncer de mama	16	6,5 [4,5 - 8]	95	6 [3 - 9,5]	0,946
Haloperidol como fármaco contraindicado en demencia asociada a Parkinson,	35	5 [3 - 8]	76	7 [4 - 9]	0,229

Amitriptilina como fármaco contraindicado en depresión mayor e hipertrofia prostática benigna.	34	6,5 [4 - 10]	77	6 [3 - 9]	0,714
Benzodiacepinas como el fármaco que se puede asociar a los inhibidores de la recaptura de serotonina.	32	5 [3 - 8]	79	6 [4 - 9,5]	0,171