

52
2ej

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONÓMOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
PENSIONES CIVILES DE EL ESTADO DE CHIHUAHUA.

USO DE AGENTES PARA EL CONTROL DE LA SECRECIÓN ACIDA EN CONSULTA EXTENA
DE P.C.E.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA ROSA MARIA GUEVARA RAMOS.

CHIHUAHUA AGOSTO 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

271319



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SIN


PAGINACIÓN

USO DE AGENTES PARA EL CONTROL DE LA SECRECIÓN ACIDA
EN CONSULTA EXTERNA DE P.C.E.


PRESENTA:

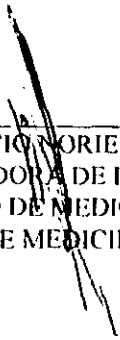
DRA ROSA MARIA GUEVARA RAMOS.

AUTORIZACIONES.



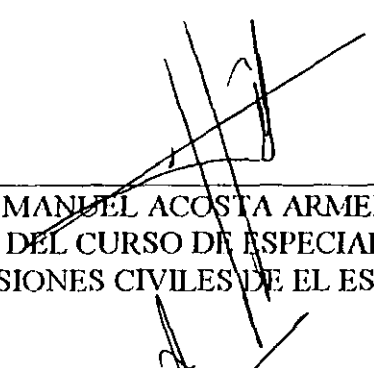
~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.~~
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DRA. MA. ROCIO NORIEGA GARIBAY.
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

USO DE AGENTES PARA EL CONTROL DE LA SECRESION ACIDA
EN CONSULTA EXTERNA DE P.C.E.

DRA ROSA MARIA GUEVARA RAMOS.



DR MANUEL ACOSTA ARMENDARIZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION PARA MÉDICOS
GENERAL EN PENSIONES CIVILES DE EL ESTADO DE CHIHUAHUA.



DR MANUEL ACOSTA ARMENDARIZ.
ASESOR DE TESIS.

AUTORIZACIONES.



DR ANDRES BARBA BARBA.
DIRECTOR GENRAL DE P.C.E.



DR RENE NUNEZ BAUTISTA.
SUBDIRECCION MEDICA P.C.E.

**USO DE AGENTES PARA EL CONTROL DE LA
SECRESIÓN ACIDA EN CONSULTA EXTERNA
DE P.C.E.**

MARCO TEORICO:

La enfermedad ácido péptica es consecuencia de el desequilibrio entre los factores agresivos (ácido gástrico, pepsina) y defensivos implicados en la resistencia de la mucosa (moco gástrico, bicarbonato, microcirculación, prostaglandinas, barrera mucosa) y de los efectos de el helicobacter pylori casi siempre a nivel de el bulbo duodenal,(ulcera duodenal) y en estómago(ulcera gástrica), pudiendo aparecer a nivel de el esófago (esofagitis por reflujo), marco duodenal y yeyuno(1).

La sintomatología digestiva sospechosa de la enfermedad ulcerosa duodenal es un motivo frecuente de consulta en atención primaria. La probabilidades de recidiva, sus repercusiones y complicaciones varían de un paciente a otro según su edad y los factores de riesgo agravan el curso de la enfermedad.(26).

La úlcera péptica ha sido siempre imaginada como el resultado de una guerra de sitio . La pared gastroduodenal es la fortaleza atacada por las turbas asediadas, alimentos, alcohol, medicamentos, jugo biliar, ácido gástrico y a última fecha el microbio agresor. Por otro lado la heroica muralla defensora, representada por la barrera mucosa en la que reside la acción protectora y que cuando es vencida permite la actividad directa de el ácido sobre las células desprotegidas, lesionándolas.

La fragilidad de la barrera no solo depende de la acción agresiva de estos elementos, sino también de la integridad física y anatómica y , lo que ya desde Pavlov conocemos, como desisiva, la acción de las emociones imprime a la actividad secretora y comportamiento motor y vascular de el estómago.(22)

Ha sido la dispepsia la compañera de la humanidad desde el advenimiento de las malas comidas, el exceso y la ansiedad y durante siglos la neutralización de el dolor gástrico con antiácidos fue el único alivio para el dolor ulceroso (2).

En el diagnóstico es quizás donde ha evolucionado más el conocimiento, la radiología ha venido desarrollando una tecnología cada vez más precisa, con una finura en la detección de alteraciones. La radiología siempre ha desempeñado un papel importante en diagnóstico de enfermedades de el esófago, el estómago y duodeno. Al principio se hacían serie gastroduodenal que alrededor de los años cincuenta , se amplió a serie esofagogastroduodenal.

Las sales de bario se emplearon para opacificar el estómago, que es radiolúcido. A finales de los 50 el uso de el seriógrafo, permitió tomar más placas, pero lo usual, era dar una gran cantidad de medio opaco y obtener la silueta de el estómago y de duodeno en varias posiciones.

Era todo un arte interpretar las sombras de el duodeno y solo la persistencia de manchas suspendidas, la formación de un trebol, hacia el diagnóstico de ulcera duodenal. En el estómago donde las lesiones son más grandes debían quedar en perfil para ver el nicho ulceroso, por lo tanto se necesitaban varias placas con diversos grados de rotación de el enfermo. En realidad solo las lesiones grandes podían diagnosticarse.

Al principio de el 70 aparecieron los intensificadores de imagen, los monitores y los telemandos que permiten con mayor seguridad para el radiólogo dar a el paciente las posiciones más diversas y elegir las imágenes más demostrativas para hacer las placas. Poco después parecen las técnicas de doble contraste, que son las únicas que deben emplearse en la actualidad, con una capa delgada de bario y con aire, se logra impregnar los relieves de la mucosa, y así es posible detectar no solo lesiones pequeñas sino identificar los pliegues de el fondo y de el cuerpo gástrico, el area gástrica y en los casos de lesiones ulceradas seguir cuidadosamente los pliegues hasta el borde, para tratar de saber si se trata de una lesión benigna (los pliegues llegan hasta el borde), ó maligna (los pliegues se funden), tienen terminación en clava son irregulares y no llegan a el borde).

En los 80as el giroscopio desarrollado por los japoneses permitió todavía con mayor libertad la movilización de el paciente , prácticamente en todas las posiciones y se obtienen las mejores placas uniendo ambas técnicas, doble contraste y el giroscopio.

Aunque la endoscopia tiene actualmente la primacia en el diagnóstico no solo de la ulcera péptica sino de el resto de la patología esofagogastroduodenal, el número de endoscopios y de endoscopistas calificados en el país es aún reducido. El número de equipos radiológicos es mucho mayor , y el impartar las técnicas de doble contraste depende de la voluntad de los radiólogos y de la presión de los clínicos, sobre ellos para sacar el mejor provecho de este medio diagnóstico. (25)

La endoscopia con una sensibilidad y especificidad muy elevada ha venido a ser el apoyo fundamental en el diagnóstico que ya no solo "ve" la alternativa, sino que otorga la precisión diagnóstica de los estudios histológicos y bacteriológicos además puede ser en muchos casos la vía terapéutica. (22) El diagnóstico de úlcera péptica se establece primordialmente por endoscopia debiendo ser considerada la serie esofagogastroduodenal un estudio complementario.

La sensibilidad de la endoscopia para el diagnóstico de la úlcera péptica, ya sea gástrica o duodenal es superior a el 95%, en cuanto a el diagnóstico diferencial este debe de hacerse principalmente con el carcinoma, comparado con el estudio endoscópico el cual tiene una sensibilidad y especificidad más elevadas. Con el descubrimiento de el *helicobacter pilory*, la endoscopia con biopsia es el único medio que nos permite identificar este germen, dato de gran interés e importancia principalmente en los pacientes que presentan úlcera duodenal, debido a la alta recidivas en estos pacientes. La presencia de gastritis e infección por *h. pilory* se encuentra en aproximadamente 70% de los casos con úlcera gástrica. La gastritis se extiende hasta el cuerpo de el estómago y es más intensa que en los pacientes con úlcera duodenal. La gastritis sin la bacteria puede ser secundaria a la ingesta de aines que rompen la barrera mucosa gástrica por un mecanismo distinto, esto sucede en aproximadamente un 30% de los casos. (23).

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), son los medicamentos más usados en la Unión Americana , aproximadamente 75 millones de prescripciones de AINES son prescritas anualmente. Lo que representa un 4.5% de todas las prescripciones a un costo de 2.5 billones de dolares, el uso de AINES se incrementa con la edad y prevalece en la prescripción de el 10 a el 15% de las personas entre 65 años y mayores. La frecuencia de el uso de los AINES por periodos prolongados en los pacientes es un factor de riesgo importante para la enfermedad de ulcera péptica en la población. (27)

En Pensiones Civiles de el Estado de Chihuahua el dx de gastritis, ocupa el 11vo lugar dentro de los primero 20 diagnósticos más frecuentes, de 1996. Con un total de 9 ,159 pacientes diagnosticados. Representado el uso de antagonistas h2 el primer lugar en prescripción médica durante 1995-1996 con un costo para la institución de \$1,151,502.00 nuevos pesos.

La incidencia substancial de los placebos en los individuos con malestar gastrointestinal menor y aún con ulcera peptica provoca la automedicación de los legos, y a menudo de los médicos con el uso inapropiado de antiácidos aunque esten indicados, con frecuencia se utilizan en cantidades insuficientes, para la obtención de un efecto óptimo. El tratamiento de la ulcera péptica debe de tener como propósitos, aliviar los síntomas cicatrizar la lesión, prevenir las complicaciones y recaídas, no producir efectos indeseables así como conseguir la aceptación de los enfermos, misma que en ocasiones puede verse limitada por la presentación de los farmacos la dosis y el costo. Con relación a el tipo de ulcera resulta interesante conocer su localización tamaño cronicidad y complicaciones (1).

Dentro de esta gama de esquemas terapéuticos se ha descrito diversas medidas no quirúrgicas para controlar la acidez, que incluyen desde dietas hasta radioterapia, cuyas secuelas en la salud de los pacientes han sido recientemente analizadas, sin embargo en esta presentación solo se mencionan fármacos que se han usado en el manejo de la úlcera péptica, los que pueden ser agrupados como aquellos que tienen acción local o luminal, como los antiácidos no absorbibles, protectores de la mucosa gástrica, hasta aquellos con posible actividad bacteriostática (bismutos) y los que actúan a nivel sistémico, ya sea como antisecretores específicos que actúan sobre la célula parietal y que pueden ser anticolinérgicos, antagonistas de los receptores H₂, inhibidores de la bomba de protones ó bien con efecto de citoprotección como se describieron las prostaglandinas y más recientemente se ha añadido el uso de los antibióticos contra el *h. pylori*. Hasta hace 20 años los antiácidos eran el tratamiento habitual para la cicatrización de la úlcera péptica. Su capacidad curativa como único fármaco fue probada en comparación con los antagonistas H₂ primordialmente en lo que respecta a la úlcera duodenal. En la actualidad son usados con frecuencia para aliviar los síntomas sin embargo todavía son una opción terapéutica para la cicatrización en algunos casos predominantemente de úlceras duodenales pequeñas no complicadas, en pacientes con otros factores agravantes, por ejemplo tabaquismo, ingestión de AINES, enfermedades asociadas. Se ha podido establecer que el régimen más apropiado y económico de antiácidos debe de tener la capacidad de neutralizar 400mmol/día dados al menos una hora después de las comidas.(24).

Estos compuestos presentan una amplia variación en su composición química, capacidad de neutralización de la acidez y contenido de sodio, se encuentran compuestos de aluminio como el gel de hidróxido de aluminio, gel de fosfato de aluminio con una capacidad insignificante como antiácido, y compuestos de magnesio como el óxido de magnesio que con frecuencia se combina con el hidróxido de aluminio, para todos ellos se requiere de dosis superiores a 1000meq al día de una a tres horas después de comer y una hora antes de acostarse, y de 15 a 20 ml al día como mínimo (2).

Otros medicamentos como capacidad de proteger la mucosa gástrica o neutralizar el ácido secretado, como el sucralfato o el bismuto han probado ser útiles en el tratamiento de la úlcera péptica en forma similar a los antisecretores, en especial a los antagonistas H₂. Estos tratamientos tienen claras desventajas cuando se comparan con los nuevos antisecretores en especial esta el difícil apego de los pacientes por las múltiples dosis diarias y los efectos secundarios. En general su uso se limita en tratamientos a corto plazo, y en caso de úlceras pequeñas.

El sucralfato es un compuesto octanosulfato de sacarosa e hidróxido de aluminio sin capacidad práctica para la neutralización de el ácido gástrico, en estudios realizados de terapia combinada de sucralfato y ranitidina versus ranitidina sola, en úlcera gástrica se demuestra que la terapia combinada puede proveer beneficio adicional en pacientes con úlcera gástrica de 1 al 5% de curación mayor en tratamiento por 4 semanas y 8 semanas respectivamente vs la terapia de ranitidina sola.(2).

Estudios recientes de el control fisiológico de la secreción ácida por la célula parietal demostraron que los agentes anticolinárgicos podían mitigar este proceso. El desarrollo de los agentes antagonistas de los receptores H₂ de la histamina una clase de inhibidores más específicos de la secreción gástrica dentro de este grupo se integran la ranitidina, famotidina, cimetidina y nizatidina. (3) Los bloqueadores de la bomba de protones, omeprazol, pantoprazol y lansoprazol han sido usados efectivamente y sin riesgo para la salud en millones de pacientes , la diferencia principal entre estos fármacos radica en el tiempo de cicatrización de la ulcera ya que por ejemplo se consiguen cifras cercanas al 80% de curación de ulcera duodenal con 4 semanas de tratamiento por los primeros y de 2 semanas para los segundos. Diferencias similares se han observado para la ulcera gástrica , la cual requiere en general casi el doble de tiempo de tratamiento , para lograr cicatrizar , lo que algunos ha atribuido a su mayor tamaño. Estas diferencias entre los dos tipos de medicamentos pueden estar relacionadas con la magnitud de supresión de ácido aunque conviene mencionar que los porcentajes de curación se hacen similares cuando se aumenta el tiempo de tratamiento. El grado óptimo para conseguir la cicatrización es mantener un pH arriba de 3 durante 18 a 20 hrs al día, con lo que se predice el 100% de curación en 4 semanas .

La administración de ranitidina a dosis de 150mg dos veces al día reduce la frecuencia de sintomatología y severidad de la ulcera gástrica en menos de 48hrs. (4)

En estudios realizados sobre terapias con ranitidina para esofagitis por reflujo, se demuestra que a dosis de 150mg dos veces al día y/o 300mg antes de acostarse , son igualmente efectivas, durante 12 semanas , con una curación endoscópica de un 69% a 8 semanas y un 79% a 12 semanas de tratamiento.(3).

En lo referente de ranitidina en el manejo de la ulcera duodenal investigaciones recientes publicadas demuestran que no se encuentran diferencias significativas entre dosis de ranitidina , recibidas por 4 semanas a dosis de dos veces al día , tres veces al día y cuatro veces al día, encontrándose una curación endoscópica de el 93% , 93% y 95% respectivamente. No encontrando diferencia en la administración de 150mg dos veces al día y 300mg antes de acostarse, tomando en cuenta que la supresión de el ácido es crucial para la curación de ulcera duodenal,este tipo de manejo de 300mg por 8 semanas emite una curación de el 95% y de un 77 a 81% a 4 semanas en remisión endoscópica (5)(6),pudiendo prolongarse hasta doce semanas en pacientes con recurrencia que ocupan de un 3 a 4% .

En cuanto a el uso de famotidina en dosis nocturnas para el tratamiento de ulcera gástrica , estudios realizados en Japón demuestran que no hay diferencia significativa , en la dosis de administración matutina ó nocturna, el régimen de famotidina fué en dosis nocturna porque el ph menor de 3 , se mantiene por 24 hrs y la dosis diaria fué significativamente más corta que en el grupo matutino que en la dosis nocturna , se administran 40mg de famotidina con una curación del el 50.7% a 4 semanas de tratamiento y un 88.8% después de 8 semanas de tratamiento a dosis matutina y nocturna., por lo que la dosis nocturna funciona en pacientes con ulcera duodenal pero no con los de ulcera gástrica. (6).

En investigaciones comparativas en el tratamiento de ulcera duodenal con famotidina y ranitidina no demuestran variantes significativas, en cuanto a el porcentaje de curación , demostrando solo un 4% mayor en favor de la famotidina en el tratamiento por 8 semanas con curación de el 98%.(7).

Haciendo incapié sobre la ventaja de la famotidina en cuanto a efectos secundarios menores y comodidad en la administración es importante identificar los riesgos de patología y adecuar la terapia de mantenimiento en coordinación con los servicios de gastroenterología en atención primaria. (9).

Posteriormente el advenimiento de los inhibidores de los benzimidazol sustitutos de la H⁺KATP ASA (BOMBA DE PROTONES) , ofrecen un bloqueo selectivo de la bomba protones , responsable de la secreción gástrica, y dentro de este grupo se encuentran el omeprazol , pantoprazol, lanzoprazol . En pacientes con ulcera duodenal y con riesgos múltiples para no cicatrizar , por ejemplo úlceras previas con un tamaño mayor de 10mm , ó tabaquismo pueden se requiriese de supresión más prologada de ácido mientras que en los casos de ulcera gástrica relacionada con la ingesta de aines cuando no es posible retirarlos se requieren dar dosis al doble de lo habitual, para obtener cicatrización . Recientemente, se ha informado que además de una más rápida cicatrización existe más rápida mejoría de los síntomas y menor costo con el uso de bloqueadores de la bomba de protones. (9)

En Japón se administran dosis de 20mg vía oral en toma matutina y de 40 mg con las mismas indicaciones ,usualmente la dosis manejada en este país es de 20mg con un máximo de 40mg que sería la dosis máxima de inhibidores de efecto de supresión gástrica en humanos,manejando un control endoscópico se concluye que la dosis de 40 mg de omeprazol produce un descenso de el 95% en 24hrs de la acidez intragástrica . La administración de 20mg solo causa un 62 a 92% de descenso de la acidez gástrica(10) . El manejo de omeprazol y ranitidina en forma comparativa en el tratamiento de esofagitis por reflujo . El tratamiento de con omeprazol a dosis de 10mg ó 20 mg cada 24hrs vs ranitidina a dosis de 150mg cada 12 hrs fué superior a favor de omeprazol en la remisión de esofagitis por reflujo , en tratamientos prolongados por 12 meses. (11).

Con un 95% en la curación a 12 semanas y 83% en tratamientos por 8 semanas , lo que confirma la eficacia de omeprazol en la remisión de los pacientes con dx de esofagitis por reflujo. Otros estudio realizados en Brasil muestran resultados semejantes, con dosis de 20 mg de omeprazol por la mañana ó en dosis nocturna vs ranitidina 300mg demostrando que omeprazol es significativamente superior en tratamiento para ulcera gástrica.Comparativamente el resultado en el tratamiento con omeprazol por dos semanas es similar a 4 semanas con ranitidina. (12) (13)

En el manejo de la esofagitis por reflujo en un tratamiento prolongado se concluye que en terminos de sintomatología y curación endoscópica de remisión de la esofagitis, 10mg ó 20mg de omeprazol por día son superiores a 150mg de ranitidina cada 12hrs, siendo superior el omeprazol aún en dosis menores , pero ambos son bien tolerados y no dan resultados diferentes. (14).

Sin embargo en la revista publicada por el Instituto Nacional de Salud celebraron un panel de salud en febrero de 1994, se acepta que la ulcera péptica es a consecuencia de infección por *Helicobacter pilory*, si la infección de *h pilory* es diagnosticada a tiempo y consecuentemente tratada la enfermedad ulcerosa puede curarse. La erradicación de la bacteria junto con la terapia antisecretora han demostrado ser más útiles tanto para cicatrizar como para prevenir complicaciones . Se ha descrito esquemas de terapeuticos variados , desde la administración furazolidona, y subsalicilato de bismuto con los que se ha logrado erradicar en un 72% de los casos y que constituye un opción más barata y efectiva. Sin embargo se ha observado que la erradicación es más fácil de obtener con varios antibióticos aunque triples o cuádruples esquemas no son exitosos en la práctica, debido a la poca aceptación de los pacientes por los efectos colaterales y por la gran cantidad de pastillas que deben ingerirse. Tratamientos que combinan nitroimidazoles (metronidazol de 200mg por 4 por 14 días , 400mg por 3 por 7 días , 500mg por 3 por 14 días), bismuto (subsalicilato dos tabletas por 3 por 14 días , dicitrato 1tab por 4 por 14 días) y tetraciclina (500mg por 4 por 4 días) amoxicilina (250mg por 4 por 28 días , 500mg por 3 por 7 días ó 14 días) logran erradicar la bacteria en el 90% de los casos y podría llegar a cerca del 100% si se añade omeprazol al esquema de tratamiento. Recientemente se han obtenido resultados exitosos , con el uso de un antibiótico (amoxicilina 1gr por 2 ó claritromicina 500mg por 2 días) más un antisecretor de tipo inhibidor de bomba de protones (omeprazol 20mg por dos , lansoprazol 30mg por 2) con lo que se logra la erradicación de más de el 80% de los casos. (24). De lo anterior podemos concluir :

El tratamiento de pacientes con úlcera gástrica pueden ser tratados de la siguiente manera: ranitidina a dosis de 150 mg /300mg cada 12hrs de 4 a 8 semanas . Famotidina a dosis de 20 a 40 mg por día de 4 a 8 semanas preferentemente en dosis matutina. Omeprazol de 10mg/20mg/40mg como máximo cada 24hrs de 4 a 8 semanas y 12 semanas en casos de recurrencia.

Ranitidina de 150mg cada 12hrs preferentemente 300mg cada 24 hrs en dosis nocturna para mejor respuesta de 4 a 8 semanas .

Famotidina en dosis de 20mg cada 12 hrs ó 40 mg en la noche de 4 a 8 semanas con una mejor respuesta a esta última.

Omeprazol dosis de 10mg/20mg/30mg/40mg cada 24hrs de 4 a 8 semanas.

En esofagitis por reflujo , ranitidina de 150mg cada 12hrs ó 300mg cada 24hrs de 4 a 8 semanas con igual respuesta. Famotidina dosis de 20mg/40mg cada 24hrs por 4 a 8 semanas y hasta 12 semanas en tratamientos prolongados hasta por un año.

Omeprazol a dosis de 20mg/40mg como máximo por 4 a 8 semanas y hasata 12 semanas en pacientes con recurrencia.

Gel de hidroxido de aluminio y magnesio a dosis de 15 a 20ml por días con un mínimo de 4 a 8 semanas .

Sucralfato a dosis de un gramo una hora antes de cada comida y antes de acostarse , no deben tomarse antiácidos 30min antes ó después de el sucralfato, ya que este compuesta se activa por el ácido.(2). Todos los tratamiento deberían de ser corroborados por endoscopia al termino de el tratamiento ó por serie esofagogastroduodenal para el diagnóstico de alta.

Se concluye que el esquema de tratamiento es aceptado a nivel mundial y permite emitir un juicio de valor sobre la forma de como se prescriben los agentes para el control de la sercersión gástrica en P.C.E.

PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA:

LA ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA SE ENCUENTRA OCUPANDO EL 11VO LUGAR DE LOS 20 PRIMEROS DIAGNOSTICOS DENTRO DE LA CONSULTA EXTERNA DE P.C.E. REPRESENTANDO EN UNA REPERCUSSION ECONOMICA IMPORTANTE EN CUANTO A GASTO SE REFIERE, DE \$1,151,502.00 DURANTE 1995 A 1996. CON UN TOTAL DE 9150 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DURANTE 1996 .

OCUPANDO EL MAYOR PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REQUIEREN EL SERVICIO DENTRO DE EL GRUPO DE MAYORES DE 40 AÑOS LO CUAL CONCUERDA CON ESTADISTICAS INTERNACIONALES, EN LO REFERENTE, AUMENTO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA POR INGESTA ELEVADA DE AINES, REPRESENTANDO UN 4.5 % DE TODAS LAS PRESCRIPCIONES ANUALES EN LA UNION AMERICANA, LO CUAL RESPRESENTA APROXIMADAMENTE 75MILLONES DE PRESCRIPCIONES.(27)

ES DE IMPORTANCIA TRANSCENDENTAL TANTO PARA LA INSTITUCION COMO PARA EL GRUPO MEDICO CONOCER EL COMPORTANMIENTO DE SU POBLACION CON RESPECTO A ESTE PADECIMIENTO EN PARTICULAR, CONOCER LA DISTRUBUCION POR EDAD. SEXO, ASI COMO DETERMINAR EL TIPO DE SEGUIMIENTO MEDICO, TANTO CLINICO , METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO UTILIZADA Y COMPARAR SI CORRESPONDEN A LA EMPLEADA A NIVEL NACIONAL COMO INTERNACIONAL, SUS RESULTADOS Y TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS.

ES CORRECTA LA PRESCRIPCION DE LOS AGENTES PARA EL CONTROL DE LA SECRECION ACIDA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES , CON ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE PRIMER NIVEL EN PENSIONES CIVILES DE EL ESTADO DE CHIHUAHUA.?

JUSTIFICACION:

DENTRO DE EL GRUPO DE LAS PRIMERAS 20 CAUSAS DE CONSULTA EN P.C.E. ES LA GASTRITIS EL 11VO LUGAR DE DEMANDA DE ATENCION MEDICA DE LOS DERECHIOABIENTES DE P.C.E.

ES EL GRUPO DE LOS AGENTES DE CONTROL DE SECRECION ACIDA EL PRIMER LUGAR DE PRESCRIPCION DE MEDICAMENETOS EN P.C.E. OCUPANDO RANITIDINA UN TOTAL DE 43,882 PIEZAS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996

FAMOTIDINA CON 9,480 PIEZAS CON UN COSTO AÚN CON PRECIO GOBIERNO POR PARTE DEL LOS LABORATORIO DE \$1.151.502.00 NUEVOS PESOS. SIN TOMAR EN CUENTA DE COSTO DE ANTIACIDOS Y DE IHBIDORES DE BOMBA DE PROTONES.

EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DEL 97 A MAYO 1997 FUERON SURTIDAS U TOTAL DE 23,864 PIEZAS DE RANTIDINA, Y 2,218 PIEZAS DE OMEPRAZOL (EL CUAL ESTA RESTRINGIDO PARA USO SOLO POR SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA).

HIDROXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO CON UN MOVIMIENTO DE 1530 PIEZAS.(SUSPENCIÓN Y TABLETAS RESPECTIVAMETE). SUCRALFATO 372 PIEZAS . REPRESENTADO UN COSTO PARA LA INSTITUCION DE \$ 485,098.30 NP, EN LOS PRIMEROS 5 MESES DE EL AÑO EN CURSO.

SE JUSTIFICA EL SIGUIENTE TRABAJO YA QUE AL CONOCER LA FORMA EN LA QUE SE PRESCRIBEN LOS AGENTES PARA EL CONTROL DE LA SECRECIÓN ACIDA EN LA ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, POR PARTE DE EL PERSONAL MÉDICO DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, NOS PERMITIRÁ UNIFICAR CRITERIOS, EN CUANTO A EL USO DE ESTE GRUPO DE MEDICAMENTOS, OPTIMIZANDO RECURSOS TANTO DE APOYO DIAGNOSTICO COMO DE TIPO ECONÓMICO, DISMINUIR EFECTOS SECUNDARIOS Y LOGRAR CON ELLO INCREMENTAR LA CALIDAD EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES.

SI LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION SON MANEJADOS ADECUADAMENTE , POR LOS NIVELES DE AUTORIDAD CORRESPONDIENTE ,PERMITIRA CONOCER A EL PERSONAL MEDICO UNA INFORACIÓN REAL Y ACTUAL , DE COMO SON PRESCRITOS ESTOS MEDICAMENTOS Y COMO CONSECUANCIA NATURAL LA REDUCCION DE EL GASTO, AL OPTIMIZAR EL RECURSO DE EL USO DE ESTE GRUPO DE MEDICAMENTOS.

OBJETIVOS.

A.-OBJETIVO GENERAL.

CONOCER LA FORMA EN QUE SE PRESCRIBEN LOS AGNETES PARA EL CONTROL DE LA SECRECIÓN ACIDA , EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA ., Y QUE LA INFORMACION SIRVA DE BASE PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LOS NIVELES CORRESPONDIENTES.

B.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.CONOCER LA DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO .DETERMINAR INCIDENCIA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

2.CONOCER LOS DIAGNOSTICOS PRINCIPALES POR LOS CUALES ACUDEN A CONSULTA LOS DERECHIOABIENTES QUE SON MANEJADOS CON AGENTES PARA CONTROL DE LA SECRECION ACIDA,EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

3.CONOCER EL USO DE AUXILIARES DE GABINETE PARA APOYO DE DIAGNOSTIVO CLINICO.

4.CONOCER EL TIPO DE MEDICAMENTOS USADOS Y SU DISTRIBUCION.EN TRATAMIENTOS SIMPLES Y O COMBINADOS.

5.DETERMINAR EL REGISTRO DE LA POSOLOGIA EN LA NOTA MEDICA Y VALORAR SI ES LA ADECUADA DE ACUERDO A TRERAPIA ESTABLECIDA Y AUTORIZADA POR F.D.A.

6.DETERMINAR LA DURACION DE EL TRATEMIENTO ESTABLECIDO.

7.DETERMINAR EL NIVEL DE ATENCION EN LA CUAL SE ENCUESTRAN MANEJADOS.

8 DAR A CONOCER LA REPERCUCIÓN MEDICA Y ECONOCMICA QUE EL USO DE ESTOS PRODUCTOS TIENEN PARA LA INSTITUCIÓN.

7.- HIPOTESIS.

NO LA REQUIERE EL PRESENTE ESTUDIO.

8.-METODOLOGÍA:

8.1 TIPO DE ESTUDIO.

-OBSERVACIONAL.

-TRANSVERSAL.

-RETROSPECTIVO.

-DESCRIPTIVO.

8.2 POBLACIÓN , LUGAR Y TIEMPO DE EL ESTUDIO.

LA POBLACIÓN ESTARA INTEGRADA POR PACIENTES DERECHOABIENTES DE PENSIONES CIVILES DE EL ESTADO DE CHIHUAHUA, DELEGACIÓN CHIHUAHUA, QUE SE ENCUENTREN VIGENTES.

LUGAR.

CONSULTA EXTERNA (ADULTOS),DE PENSIONES CIVILES DE EL ESTADO ,DELEGACIÓN CHIHUAHUA.

TIEMPO.

COMPRENDIDO DE 1 JULIO DE 1995 A 30 JUNIO SE DE 1996.

8.3 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- PACIENTES DERECHOABIENTES DE P.C.E. DELEGACIÓN CHIHUAHUA.**
- PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA.**
- PACIENTES QUE HALLAN RECIBIDO RECETA MEDICA POR AGENTES PARA EL CONTROL DE LA SECRESIÓN ACIDA, EN SEGUNDO SEMESTRE DE 1995 Y SEGUNDO SEMESTRE DE 1996.**
- HOMBRES O MUJERES**
- MAYORES DE 20 AÑOS DE EDAD.**

CRITERIOS DE EXLUSION.

- PACIENTE MENORES DE 20 AÑOS DE EDAD.**
- PACIENTES SIN VIGENCIA COMO DERECHOABIETES DE P.C.E.**
- PACIENTES QUE PERTENESCAN A OTRA DELEGACION.**

8.5 VARIABLES:

a.- DETERMINACION POR SEXO.

**FEMENINO
MASCULINO.**

**c.- CLASIFICACION POR DIAGNOSTICO.
CLINICO**

RADIOLOGICO

ENDOSCOPICO

COMBINADO

d.- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

- BLOQUEADORES O ANTAGONISTAS H2**
- BLOQUEADORES DE BOMBA DE PROTONES**
- ANTIACIDOS.**
- COMBINADOS.**

e.- DETERMINACION DE POSOLOGIA EN NOTA MEDICA.

CORRECTA.

INCORRECTA.

SIN POSOLOGIA.

f.- TIEMPO DE DURACION DE EL TRATAMIENTO.

4 SEMANAS.

8 SEMANAS.

12 SEMANAS.

MAS DE 6 MESES.

MAS DE UN AÑO.

8.6 PROCEDIMIENTO PARA CAPTURA DE DATOS.

- OBTENCION DE INFORMACION SOBRE NUMERO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD ACIDA PEPTICA.

- DATOS PROPORCIONADOS POR EL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE P.C.E.

-INFORMACION Y DATOS PROPORCIONADOS POR FARMACIA A TRAVEZ DE NUMERO DE RECETAS SURTIDAS, DE EL GRUPO DE MEDICAMENTOS QUE INCLUYE EL ESTUDIO.

-SOLICITUD Y APOYO DE EL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO ,PARA BUSQUEDA DEL EXPEDIENTES.

-EL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO PROPORCIONO LOS EXPEDIENTES CLINICOS SOLICITADOS, 24HRS ANTES, ENTREGADOS CON UN VALE DE RESPALDO, PARA SU DEVOLUCION EN PROXIMAS 24HRS.

-REVISION DE EXPEDIENTE CLINICOS, PARA OBTENCIÓN DE DATOS Y VACIAR INFORMACION EN HOJA DE TRABAJO.

-CAPTURA DE LOS DATOS DE LA HOJA DE TRABAJO EN COMPUTADORA PERSONAL EN PROGRAMA EXCELL PARA PROCESAR DATOS AL TERMINAR LA CAPTURA DE EL UNIVERSO TOTAL DELA INFORMACION.

8.7 CONSIDERACIONES ETICAS.

EL ASPECTO ETICO SE ENCUENTRA RESPETADO POR LOS SIGUIENTES PUNTOS:

A.-NO SE MANEJAN NOMBRES DE PACIENTES.

B.-SE USAN SOLO LOS NUMEROS DE AFILIACIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS.

C.-LA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.

D.-NO SE HACE REFERENCIA A QUIEN O QUIENES ADMINISTRAN LOS TRATAMIENTOS.

g.-DISTRIBUCION POR NIVEL DE ATENCION.

-PRIMER NIVEL DE ATENSIONMEDICA.

-SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.

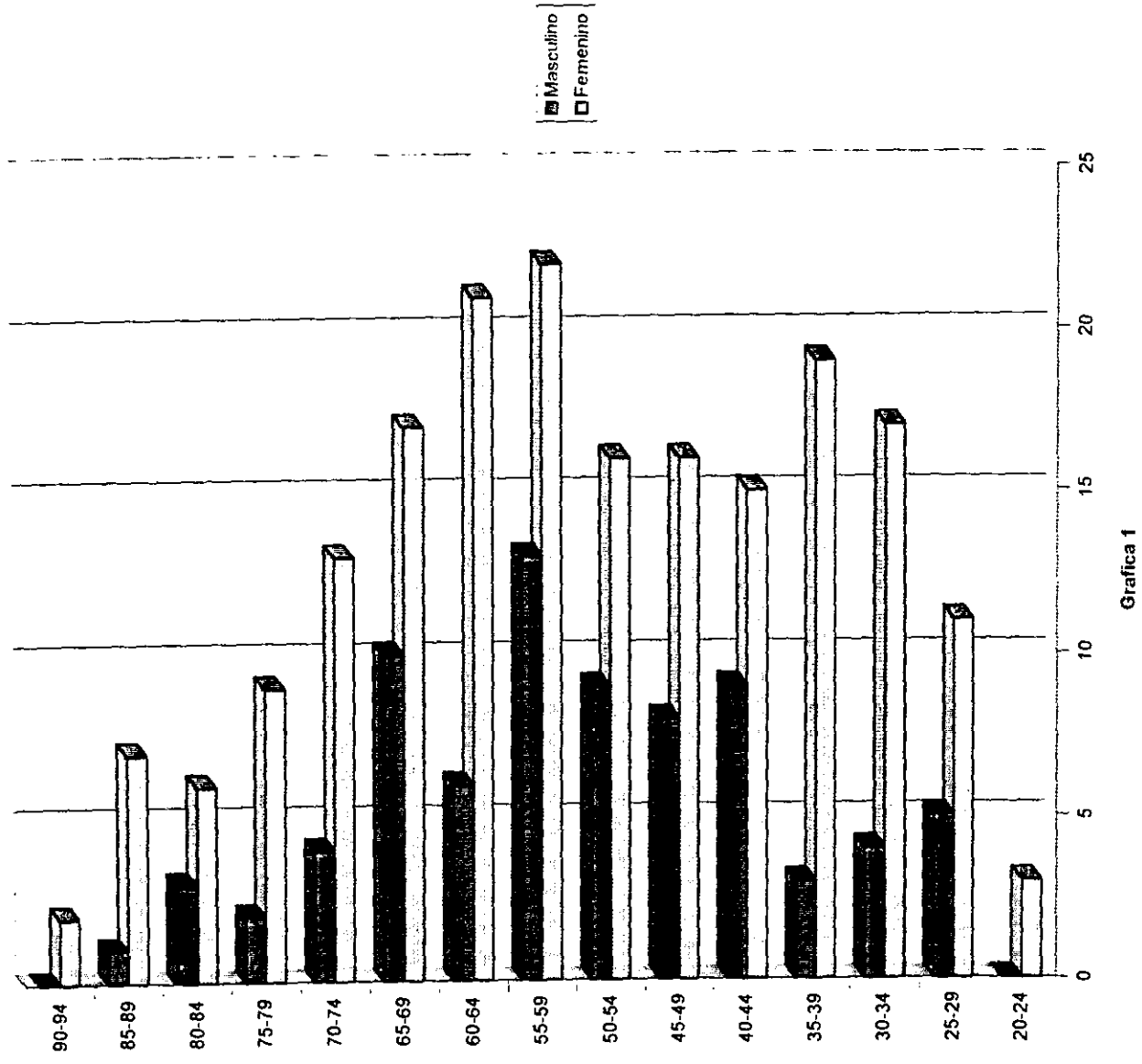
-AMBOS NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA.

**h. LA INFORMACIÓN SE RECOLECTARA EN HOJA ESPECIAL .
ANEXO 1.**

RESULTADOS-

Se procedió a registro en tabla 1 y grafica 1 la información obtenida de revisión de 271 casos de pacientes que recibieron tratamientos con inhibidores de la secreción ácida. La distribución por grupos etareos arrojó los siguientes datos. Grupo de 20 a 24 años de edad 3 mujeres y 0 hombres, de 25 a 29 años 11 mujeres y 5 hombres, de 30 a 34 años 17 mujeres y 4 hombres, de 35 a 39 años 19 mujeres y 3 hombres, de 40 a 4 años 15 mujeres y 9 hombres, de 45 a 49 años 16 mujeres y 8 hombres , de 50 a 54 años 16 mujeres y 9 hombres, de 55 a 59 años 22 mujeres y 13 hombres, de 60 a 64 años 21 mujeres y 6 hombres, de 65 a 69 años 17 mujeres y 10 hombres, de 70 a 74 años 13 mujeres y 4 hombres, de 75 a 79 años 9 mujeres y 2 hombres, de 80 a 84 años 6 mujeres y 3 hombres. de 85a 89 años 7 mujeres y 1 hombre, de 90 a 94 años 2 mujeres y 0 hombres. Dando un total de 194 mujeres y 77 hombres con un porcentaje de 71% para el sexo femenino y 29% para el sexo masculino. Con un pico máximo de los 55 a los 64 años predominio sexo femenino y un pico máximo de los 55 a 59 años para los varones. (gráfica numero 1).

Distribucion por Grupos Etareos y Sexo			
Edad	Femenino	Masculino	%
20-24	3	0	1,11
25-29	11	5	5,90
30-34	17	4	7,75
35-39	19	3	8,12
40-44	15	9	8,86
45-49	16	8	8,86
50-54	16	9	9,23
55-59	22	13	12,92
60-64	21	6	9,96
65-69	17	10	9,96
70-74	13	4	6,27
75-79	9	2	4,06
80-84	6	3	3,32
85-89	7	1	2,95
90-94	2	0	0,74
	194	77	271



Grafica 1

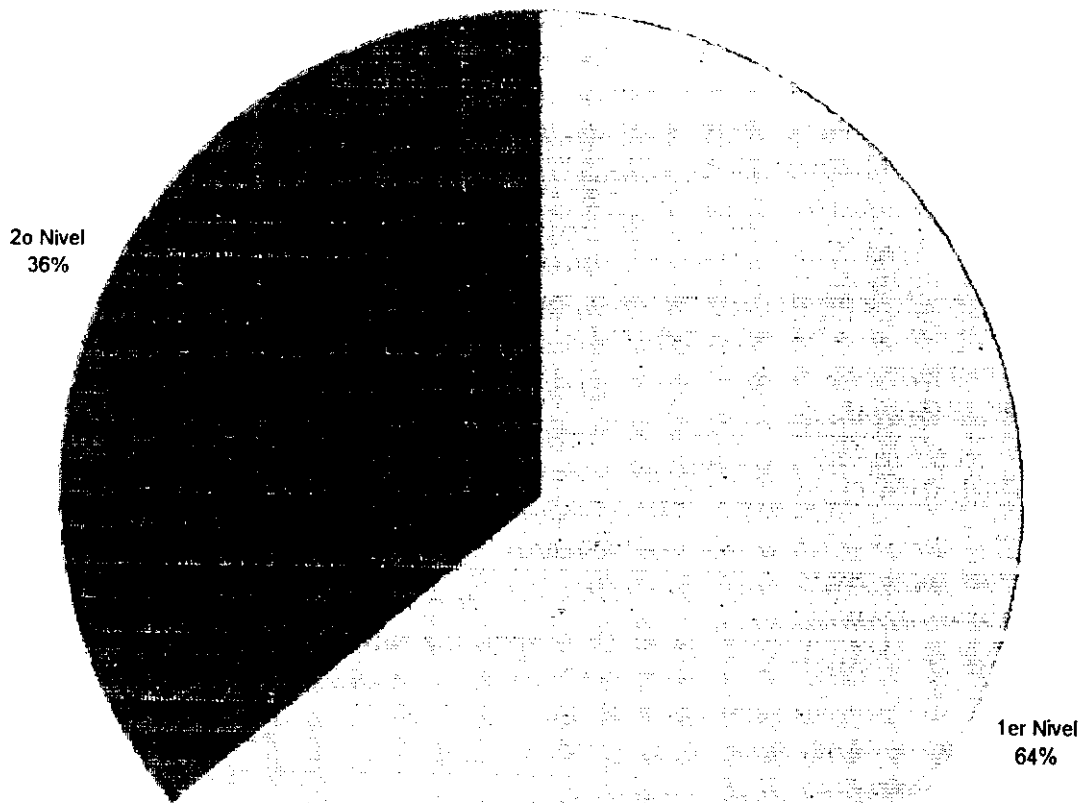
En cuanto a nivel de atención médica para el manejo de estos pacientes tenemos que primer nivel con un 64% de pacientes y segundo nivel un 36% .

Se anexa tabla y gráfica número 2.

		Nivel de Manejo de la Patología		
		Nivel de Atención	No	%
		1er Nivel	173	64
		2o Nivel	98	36
		<i>Total:</i>	271	100%

Grafica 2

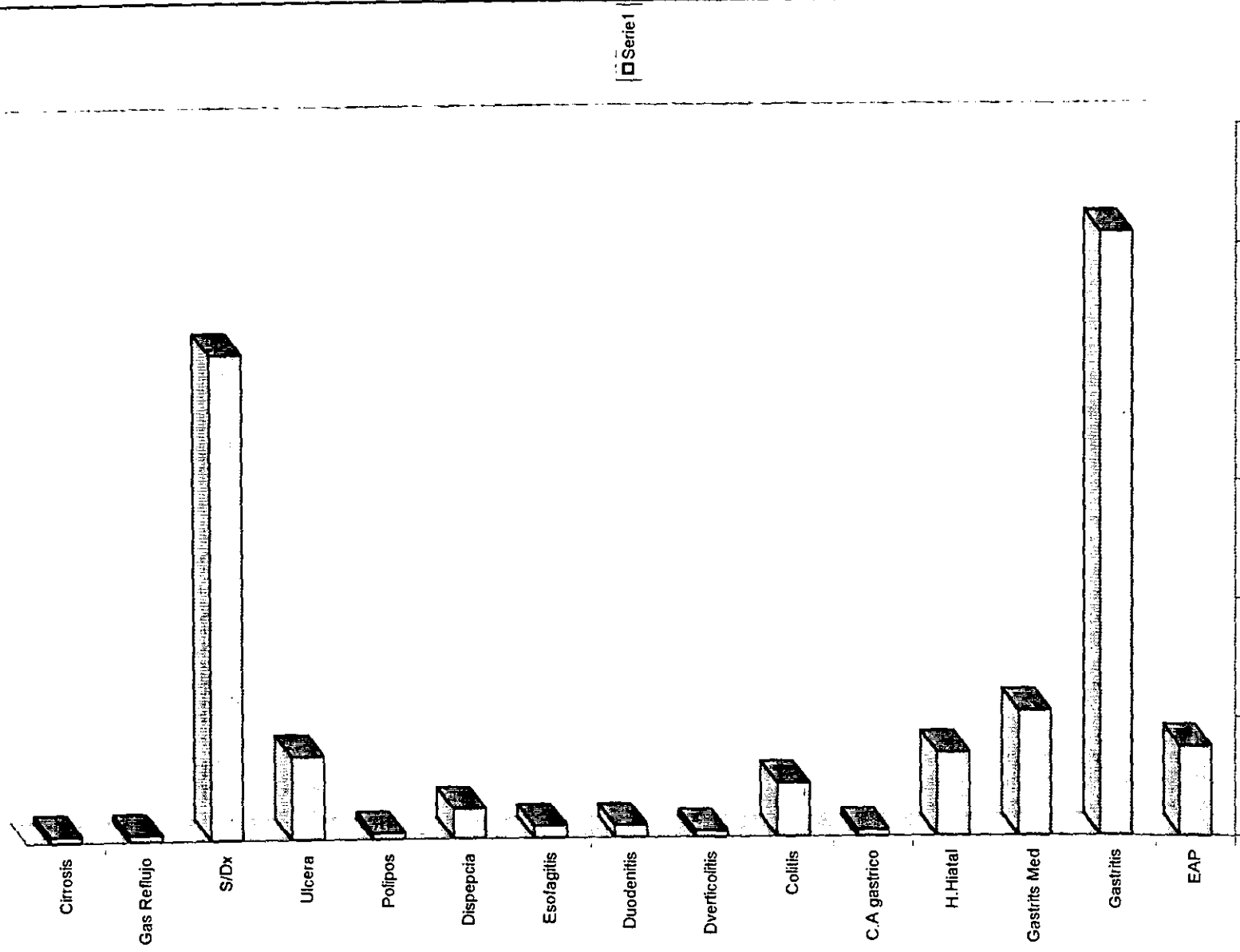
Nivel de Manejo de la Patología



Grafica 2

Resultados obtenidos en lo referente a principales diagnosticos encontramos:
Cirrosis .37 % esofagitis por reflujo .74 % , ulcera gastrica 5.7 % ,
polipos .37 % , dispepsia 1.85 % esofagitis.37 % duodenitis 0.74 , % ,
diveticulitis 0.37 % , colitis 3.32 % , cancer gastrico 0.37 % , hernia hiatal
5.17 % gastritis 37.64 % gastritis medicamentosa 7.75 % enfermedad
acido peptica 5.54 % . Se anexa resultados de número de pacientes y gráfica
numero 3.

Principales Diagnosticos

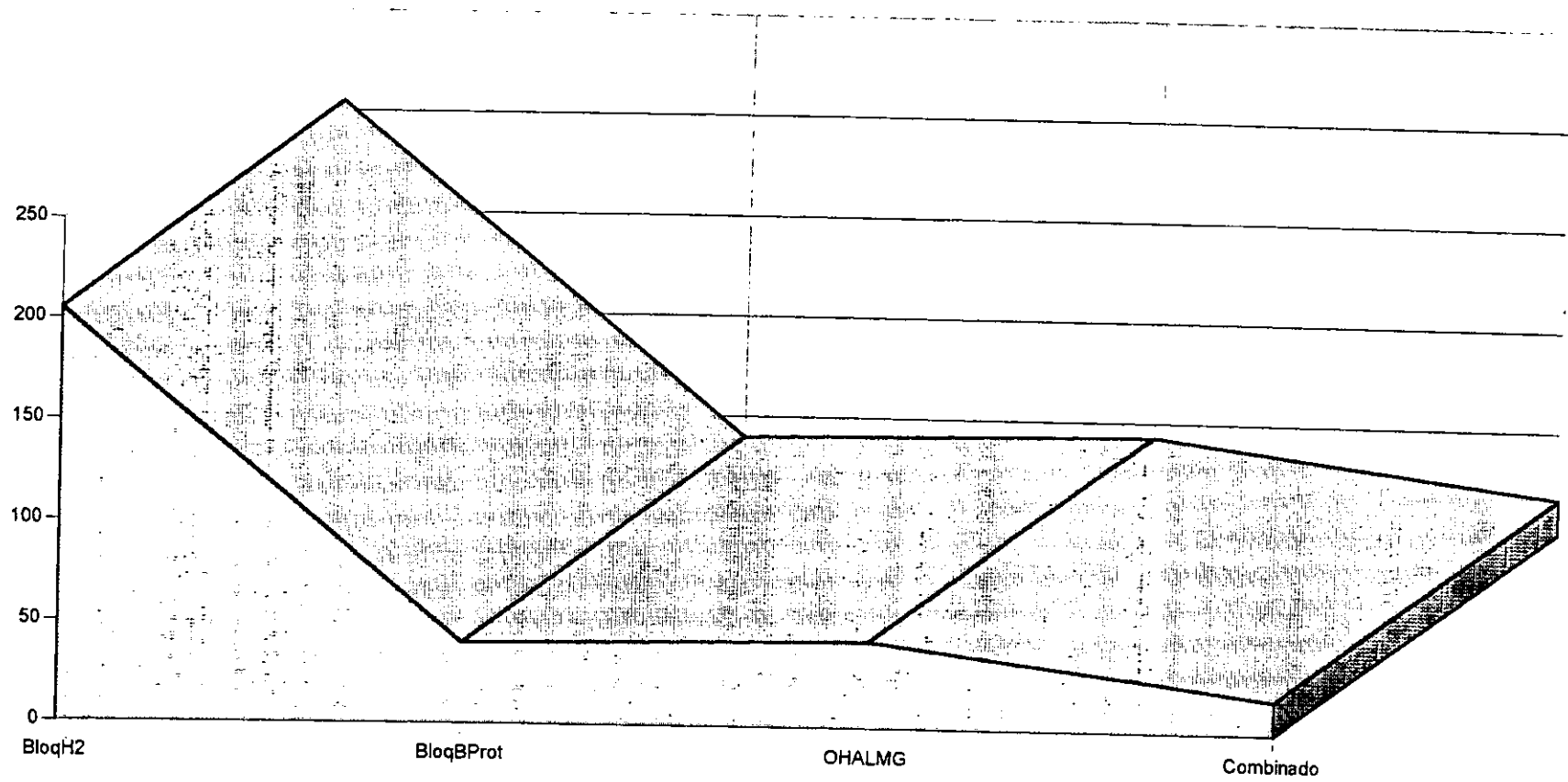


Principales Diagnosticos}		
Dx	No	%
EAP	15	5,54
Gastritis	102	37,64
Gastritis Med	21	7,75
H.Hiatal	14	5,17
C.A gastrico	1	0,37
Colitis	9	3,32
Dverticolitis	1	0,37
Duodenitis	2	0,74
Esofagitis	2	0,74
Dispepcia	5	1,85
Polipos	1	0,37
Ulcera	14	5,17
S/Dx	82	30,26
Gas Reflujo	1	0,37
Cirrosis	1	0,37
		0,00
	271	100,00

Distribución por el tipo de medicamento usado en el manejo: antagonistas H2 con un total de 271 pacientes representando un 13.25 % para bloqueadores de la bomba de protones , 43 pacientes que representan un 14.24 %. antiácidos tipo hidroxido de aluminio y magnesio . De los pacientes manejados con antagonistas H2 con un total de 205 pacientes que representan un 67.80 %. Y tratamiento combinado un total de 17 pacientes con un 5.63 %.

Representación grafica en tabla y gráfica número 4.

Tipo de Medicamento Usado en el Manejo de la Patología



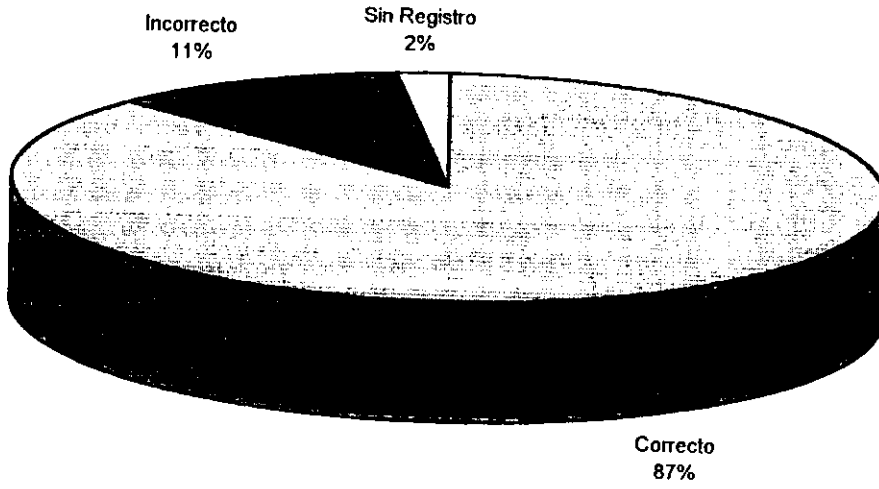
Tipo de Medicamento Usado en el Manejo de la Patología			
Medicamento	No	%	
BloqH2	205	67,80	
BloqBProt	40	13,25	
OHALMG	43	14,24	
Combinado	17	5,63	
	271	100	

Resultados en lo referente a posología en nota médica de resgistro , encontramos 87% con posología correcta, con 233 pacientes, posología incorrecta en 11% de los pacientes haciendo un total de 30, y sin posología registrada un 2% de los pacientes. Se anexa tabla y gráfica representativa número 5. La valoración de la posología fue en base a lo establecido internacionalmente, en la literatura revisada.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Registro de Posologia		No	%
Concepto			
Correcto		233	87
Incorrecto		30	30
Sin Registro		5	2

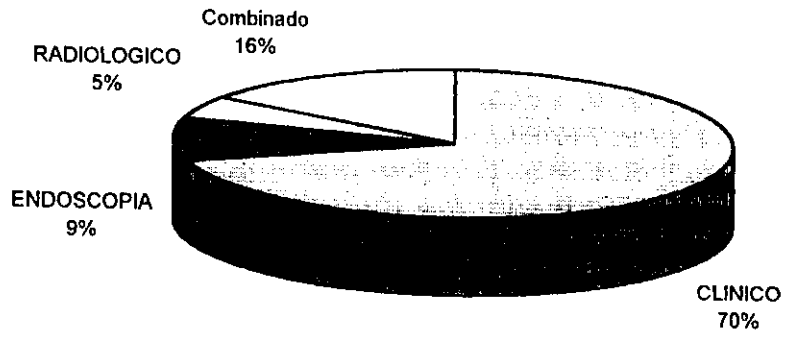
Registro de Posologia



Resultados obtenidos por distribución por tipo de diagnóstico .

El 83% de los pacientes fué elaborado un dx clínico, con un total de 225 pacientes, solo el 6 % de los pacientes tenía serie esofagogastroduodenal, un total de 16 pacientes, y endoscopia en un 11% correspondiente a 30 pacientes , diagnóstico combinado de un 16 %. con 50 pacientes. gráfica y tabla número 6.

Diagnostico Clinico y/o Gabinete



La ponderaciones en lo referente a tiempo de duración de el tratamiento médico: 4 semanas en un 37%

8 semanas en un 8%

6 meses en un 17%

más de un año 38 %

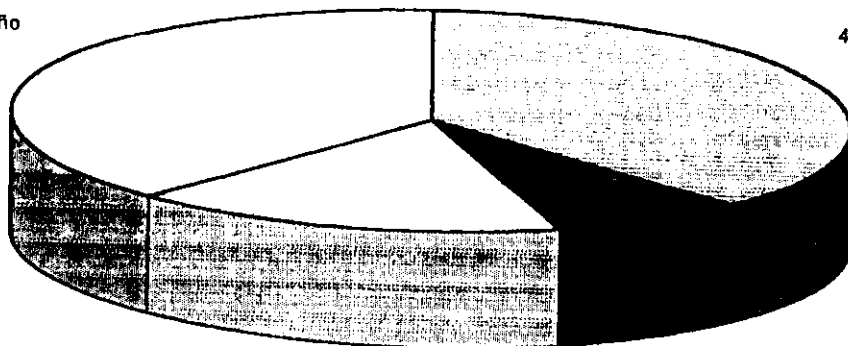
Se anexa gráfica y tabla número 7.

		Duracion de Tratamiento		
		No		%
	4 Semanas	101		37
	8 Semanas	21		8
	4-6 semanas	45		17
	más de un año	104		38

Duración de Tratamiento

más de un año
38%

4 Semanas
37%



4-6 semanas
17%

8 Semanas
8%

DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS:

1.- DETERMINACION POR GRUPOS ETAREOS EDAD Y SEXO.

Se observa un pico máximo comprendido entre los 55 a 59 años de edad tanto en hombres como en mujeres, lo que coincide con probable ingesta de aines dentro de este grupo de edad, lo que concuerda con datos estadísticos a nivel mundial, que marcan un aumento de enfermedades gástricas como consecuencia normal de la exposición a ingesta de aines.

El predominio es en forma global para el sexo femenino., lo que concuerda con datos internacionales expuestos en la literatura publicada recientemente.

En cuanto a el manejo por nivel de atención médica la tendencia es a atención por primer nivel en un 64% de los pacientes.Lo cual relacionado con lo establecido a nivel internacional que primer de atención médica se encuentra capacitado para manejar estos porcentajes y aún mayores.

Se encuentra en la presente investigación un pico máximo para diagnóstico de gastritis, y gastritis medicamentosa,y concuerda con información revisada en la cuál la gastritis medicamentosa es el diagnóstico más frecuente en pacientes mayores de 50 años de edad no importano el sexo, llama la atención que casi en un porcentaje similar se encuentra el grupo de pacientes sin diagnóstico, lo que nos indica falta de información por parte de el grupo médico acerca de el padecimiento de el paciente, tanto para información de el resto de el equipo médico como para seguimiento de los casos en forma subsecuente. En lo referente a el resto de los diagnósticos con porcentajes similares para ulcera péptica h hialal y enfermedad ácido péptica. El grupo de medicamento mayormente usado es el de antagonistas H2 ,posteriormente bloqueadores de bomba de protones y por último antiácidos de el tipo de hidroxido de aluminio y magnesio, los cuáles se encuentran con posología adecuada para los dos primeros y en forma inadecuado en cuanto a horarios y cantidades para el grupo de hidroxido de aluminio y magnesio ya que no se ajusta a las dosis establecidas ni el horario, en cuanto a lo que marca la literatura.

En lo relacionado a tiempo de tratamiento los porcentaje más altos se encuentra ocupados por pacientes de más de 4 a 6 meses y principalmente de más de un año lo cuál no se encuentra justificado si se comparan los resultados obtenidos en multiples estudios a nivel mundial y en forma multicentrica que demuestran que en un tiempo promedio es de 4 a 12 semanas presentado más de el 98% presentan curación,tanto para ulcera duodenal, gástrica, gastritis , y solo justificando su uso por más de 6 meses para pacientes con esofagitis por reflujo.Y para pacientes con Zollinger-Ellison único caso para administrat tratamienotos de por vida.

Esto encaja en forma congruente con el poco uso de los auxiliares diagnósticos, tanto de radiología, para serie esofagogastroduodenal que ocupa solo un 6% que sería el método diagnóstico de seguimiento más accesible para atención primaria, y posteriormente la endoscopia que solo se utilizó en un 11 % de los pacientes lo que según la aparente cronicidad de los tratamientos en los pacientes debería ser mayor, para justificar el uso a tan largo plazo de este grupo de medicamentos, para la mayoría de los pacientes y establecer si la problemática es de seguimiento de el tratamiento por parte de los pacientes ó un diagnóstico mal establecido por el equipo médico, ó en su defecto solo mal seguimineto de el padecimiento de el paciente. Cabe señalar que la endoscopia es el método de elección tanto diagnositca como de seguimiento para este tipo de enfermedades, y que en pensiones civiles de el estado no se encuentra restricción alguna para solicitar este tipo de estudios.

Dentro de las recomendaciones podemos señalar.

Concientización de la importancia de una nota médica clara, completa en expediente médico. (nota médica, dx clinico, dx radiologicos, indicaciones de tratamiento, tiempo de el mismo y evolucion de el paciente etc).

Justificación médica de el tratamiento.

Coordinación de primer nivel de atención con segundo nivel de atención médica para, mejorar la calidad de el servicio médico para los derechohabientes de la institución.

Información al equipo médico sobre la problemática de la institución, en lo referente a el mal uso de los recursos de la misma, para optimización de los mismos y mejorar la calidad de atención a sus usuarios.

Educación médica continua para actualización de conceptos básicos para el manejo de su población. Y posteriormente el equipo médico haga llegar esta información a sus pacientes, y concientizar a los mismos sobre la importancia de un buen seguimiento de sus tratamientos.

Buscar un buen seguimiento de el paciente en cuanto a la evolución de sus cuadro clinicos para evitar complicaciones posteriores. (tiempo de duración de tratamiento).

Incrementar el uso de auxiliares diagnosticos tanto para control de tratameinto y alta , como para diagnostico inicial. A la larga es más económico practicar un estudio radiologico y ó endoscopico, que mantener a un paciente en forma indefinida con tratameinto médico, y exponer a el paciente a todos sus efectos colaterales, como enmascaramiento de otras patologías.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.GOLDMAN Y GILMAN . LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA. 8VA EDICION 1995 , 872-886

2.-TIERNEY MCPHEE PAPADAKIS. DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. 1996 E31

3.-LJHOUSTON,BSJGMILLS,JR WOOD. DOSE CO-PRESCRIPTION OF SUCRALFATE WITH RAITIDINE THERAPY ENCHANCE THE HEALING OF GASTRIC ULCERS. THE AMERICAN JURNAL GASTROENTEROLOGY 1993 :88,675-679.

4.-DAVID RUSH,PHARM D JACK STELMACH,MD TERRI L YOUG PHD. CLINICAL EFECTIVENESS AND QUALITY OF LIFE WITH RANITIDINE VS PLACEBO IN GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE PATIENTS.A CLINICAL EXPERIENCE NETWORK STUDY. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE 1995 :41 126/137

5.-ARTHUR EULER, ROBERT MURDOCK,JRM.A.T.WILSON. RANITIDINE IS EFFECTIVE THERAPY FOR EROSIIVE ESOFHAGITIS. J.GASTROENTEROLOGY 1993 :88 521/524.

6.-JEANINE A JOHNSON,PHARM, ARTHUR REULER. RANITIDINE 300MG AT BEDTIME IS EFFECTIVE FOR GASTRIC ULCERS A 12WK,MULTICENTER,RANDOMIZED,DOUBLE BLIND PLACEBO CONTROLLED COMPARISON. J GASTROENTEROLOGY 1993;88,1071/1075.

7.ARTHUR R. EULER DAVID WOOD AND R AYKES. A 4 WEEL MULTICENTER ,DUODENAL ULCER HEALING TRIAL COMPARING FOUR ESCALANTING DOSES OF RANITIDINE. J GASTROENTEROLOGY 1195,88;3 223/225.

8.-MASASHIDE ARITA,MDM MITSUI OKADA,AKIRA MOTOMURA MD TOSHIYUKI. COMPARISON OF THE EFECTOS OF SINGLE MORNING AND SINGLE BETIME DOSES OF FAMOTIDINE ON INTRAGASTRIC ACIDDITY IN PATIENTS WITH GASTRIC ULCER. J GASTROENTEROLOGY 1994: 89: 2,214/219.

9.-JAMES REYNOLDS,MD SHEN, GREG MAISLIN,GREGORY ZANGARI.
RISK FACTORS FOR DELAYED HEALING OF DUODENAL ULCERS
TREATED WITH FAMOTIDINE AND RANITIDINE. J
GASTROENTEROLOGY 1994; 89,4 570/579.

10.- WALT COTTRELL,MANN FREEMANTLE,LANGMANN. FAMOTIDINE
FOR BLEEDING PEPTIC ULCERS. LANCET 1992 OCT31:340:1058/1062.

11.-PARUZON DEZA. A GARCIA TENORIO A GONZALO TIL TERPAIA DE
MANTENIMIENTO CON FARMACOS ANTIULCEROSOS. A PRIMARIA 1995
15:2.106/107.

2.-MASAHARU SUMI,MD KOJI SUMMI,AKIRA TARI,MDMASAHARU
YOSHIHARA. REGULATION OF ANTRAL PEPTIDES BY ADMINISTRATION
OF OMEPRAZOLE TO HEALTHY MEN. J GASTROENTEROLOGY 1994;89 ,11
2033/2035.

13.- JAMES OF, PARRY BILLINF K.S. OMEPRAZOLE WAS BETTER THAN
H2 ANTAGONISTS IN REFLUX ESOPHAGITIS. ACP J CLUB 1994:64/65.

14.-SCHLIOMA ZATERKA,HELENA MASSUDA, DECIO CHIZON,MD JAIME
EISIN. TREATMENT OF DUODENAL ULCER WITH OMEPRAZOLE IN
BRAZILIAN POPULATION. A MULTICENTRE DOUBLE BLIND PARALLEL
GROUP STUDY. J GASTROENTEROLOGY 1993; 88 397/400.

15.- BENGT HALLERBACK PETER UNGE, LASSE CARLING, BJORN EDWIN,
HANS GLISE. OMEPRAZOLE OR RANITIDINE IN LONG TERM TREATMENT
OF REFLUX ESOPHAGITIS. GASTROENTEROLGY 1995:107 1305/1377.

16.-MARKS, RITCHER RIZZO. OMEPRAZOLE WAS BETTER THAN H2
ANTAGONISTS IN ESOPHAGITIS AND STRICTURE
GASTROENTEROLOGY 1994; APR,106.907/915.

17.-J BERGMANN W CREUTZFELDT DELHOTAL LANDES
LANZOPRAZOLE A REAPPRAISAL OF ITS PHARMACODYNAMIC AND
PHARMACOKINETIC ACID RELATED DISORDERS. 1994 V48 404/430.

18.-COLIN W HOWDEN,STEPHEN HOLT MB. ACID SUPPRESSION AS
TREATMENT FOR NSAID RELATED PEPTIC ULCERS J
GASTROENTEROLOGY 1991 ,86 1720/1721.

19.-SANDRA TOVAR CALDERON, PABLO CASSAUBON GARCIN, JAIME RAMIREZ, ROBERTO CERVANTES. HELICOBACTER PYLORI.PUEDE SER UNFACTOR CONTRIBUYENTE EN LA ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA EN LA NIÑEZ. BOL H. INF 1991: 48 :743/747.

20.-LUNDELL L EKSTROM P PREVENTION OF RELAPSE OF ESOPHAGITIS AFTER ENDOSCOPIC HEALING THE EFFICACY OF OMEPRAZOLE COMPARED WITH RANITIDINA GASTROENTEROLOGY 1990:90,1484

21.- ARVEY ROGERS AND LAWRENCE BRANT. REDUCTION OF GASTRIC ACIDITY IN THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE HAW LOW SHOULD WE GO? J GASATROENTEROLY 1991:6,671675.

22.-LUIS MARTIN ABREU. AVANCES EN ELMANEJO DE LA ULCERA PEPTICA. GACME MEX 1995 132;1:37-38.

23.-JUAN MANUEL BLANCAS ,VALENCIA. EL DIAGNOSTICO Y EL MANEJO ENDOSCOPICO. GACMED MEX 1995 132;1 38/39.

24.-GUILLERMO ROBLES DIAZ. TRATAMIENTO MÉDICO DEL PH AL HP. GAC MED 1995;1.41/44

25.-MARIA ELENA ANZURES-LOPEZ LOS ESTUDIOS RADIOLOGICOS GAC MED MEX 1995; 132: 46/47

26.-PARIZON EZA, GARCIA TENORIO, A GONZALO TIL. TERAPIA DE MANTENIMIENTO CON FAMACOS ANTIULCEROSOS REVISION DE 71 CASOS. A.PRIMARIA 1995;2 ,106/108.

27.-WALTER E SMALLEY,WAYNE RAY, JAMES DAUGHETY. NONETEROIDAL ANTINFLAMATORY DRUGS AND THE INCIDENCE OF HOSPITALIZATIONS FOR PEPTIC ULCER DISEASE IN ELDERLY PERSONS. J EPIDEMIOLOGY 1995;141,6,539/545

28.-E.BRULLET, M RUE,M GIL ,A MALET. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DESCRIPTIVO DE LA COLITIS ULCEROSA EN UNHOPITAL COMUNITARIO.MED CLIN(BARC) 1991;97:45/49.

29.-KIM SW, PAREKII D,TOWSEND, JR THOMPSON. BICARBONATE SECRETORY BREAKDOWN,EXPLANATION FOR INCREASED INCIDENCE OF DUODENAL ULCER WITH AGE? GASTROENTEROLOGY 1991;100:1471/1477.

30.-DAVID A PEURA,MD. HELICOBACTER PYLORY AND ULCEROGENESIS. A.J MEDICINE1996;5A-25S

INDICE

- 1.- Título
- 2.- Índice general.
- 3.- Marco teórico.
- 4.- Planteamiento de el problema.
5. Justificación.
- 6.-Objetivos.
 - 6.1 O.genreales
 - 6.2 O. específicos.
- 7.-Hipótesis.
- 8.- Metodología.
 - 8.1 Tipo de estudio.
 - 8.2 Población, lugar y tiempo de estudio.
 - 8.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
 - 8.4 Información a recolectar.
 - 8.5 Procedimiento para capturar la información.
 - 8.6 Consideraciones éticas.
- 9.-Resultados.
 - 9.1 Descripción de los resultados.
 - 9.2 Tablas (cuadros) y gráficas.
- 10.- Discusión de los resultados encontrados.
- 11.- Conclusiones.
- 12.- Referencias Bibliográficas.
- 13.- Anexos.