



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1

PUEBLA PUE.

**“Evaluación de la Prescripción
de la Ranitidina en el Primer
Nivel de Atención”**

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JORGE ALEJANDRO FLORES HERNANDEZ

PUEBLA, PUEBLA.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

**A mi esposa Yolanda Pérez Corona.
Quien con su apoyo y su amor
ha sido pilar de nuestra familia**

**A mis hijos Adrián, Edgar, Hiram.
Quienes son fuentes de inspiración
para mi superación**

**A mi madre Francisca Hernández Flores.
Cuyo amor incondicional
me fue entregado al nacer**

**A la Dra. Maria de Lourdes Huchin Aguilar.
Quien me guió en el cambio conceptual
hacia la medicina familiar**

**Al Dr. Marco Antonio Merino Gonzáles
Quien con su paciencia y conocimientos
enriqueció mi experiencia**

**Al Dr. Ulises Cruz Apanco
Quien sin su valiosa ayuda
no se hubiese podido alcanzar
la meta.**

A los médicos de los distintos servicios

**Por los que me toco rotar quienes desinteresadamente compartieron sus
conocimientos y me enriquecieron.**

“Evaluación de la Prescripción de la Ranitidina en el Primer Nivel de Atención”

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

JORGE ALEJANDRO FLORES HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

DR. ULISES CRUZ APANCO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 1 EN PUEBLA, PUE.

DR. ULISES CRUZ APANCO

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 1 EN PUEBLA, PUE.

DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZALEZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 1 PUEBLA PUE.

DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZALEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 1 PUEBLA PUE.

PUEBLA, PUE.

2006

“Evaluación de la Prescripción de la Ranitidina en el Primer Nivel de Atención”

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

JORGE ALEJANDRO FLORES HERNANDEZ

AUTORIZACIONES.

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DELEGACION ESTATAL EN PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 57
SERVICIO: CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA FAMILIAR.**

**“Evaluación de la Prescripción de la
Ranitidina en el Primer
Nivel de Atención”**

Autor:

Dr. Alejandro Flores Hernández.

Categoría: Medico Familiar Sin Especialidad.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 57 Las Margaritas Pue.

Matricula: 8905649

Domicilio: 55 Ote. No. 348 Interior. 3 La Margarita, Puebla.

Teléfono: 01 222 2 33 43 60

Asesores:

Dr. Ulises Cruz Apanco.

e mail: [ulicrap@yahoo. Com.mx](mailto:ulicrap@yahoo.com.mx)

Dr. Marco Antonio Merino González.

e mail: marco.merino@imss.gob.mx

INDICE

Introducción _____
__ 8

Marco Teórico _____
__ 11

Planteamiento del Problema _____
__ 18

Justificación _____
__ 20

Objetivos _____
__ 21

- General.
- Específicos.

Metodología _____
__ 22

- Tipo de Estudio.
- Población, Lugar, y Tiempo de Estudio
- Tipo de muestra y Tamaño de la Muestra
- Criterios de inclusión, Exclusión y de Eliminación.
- Información a recolectar (variables)
- Método para captar la información

Consideraciones Éticas _____
__ 28

Resultados _____
__ 29

- Descripción de los resultados.
- Tablas (cuadros) y Graficas.

Discusión de los resultados encontrados _____
__ 37

Conclusiones _ _ _ _ _
_ _ **40**

Referencias bibliográficas _ _ _ _ _
_ **42**

Anexos _ _ _ _ _
_ **44**

INTRODUCCION

El hombre en su búsqueda de evitar el sufrimiento físico y remedio a sus males ha descubierto que existen mecanismos mediante los cuales a logrado modificarlo, atenuarlo o eliminarlo.

Se dio cuenta que la enfermedad era causada por diferentes factores que en un inicio eran atribuidos a elementos de la naturaleza dándole un principio mágico.

Y es así como durante la prehistoria para poderse curar, hacían uso de la palabra, del movimiento como método curativo, terapéutica de halago, sustitución y repulsión,

El reino vegetal fue explorado, la selección se basaba en la observación, esto se verifico con el paso del tiempo, durante mucho siglos ha predominado un pensamiento mágico tanto en la cusa de la enfermedad como con su cura, aun en la actualidad se sigue visitando al chaman, adivino, o al brujo.

Esto no ha frenado afortunadamente el desarrollo de la investigación de los diferentes principios activos que podemos encontrar en los distintos medios tanto físicos, como químicos.

En las culturas arcaicas hay múltiples evidencias, entre ellas las tablillas sumerias de Nippur, las tablillas cuneiformes de Azur, los textos Vedicos de la india, los testimonios de las dinastías Shang, Shen y Han, los papiros de Smith y Ebers, además de los documentos mayas, aztecas e incas, en todas ellas aparecen nombres y descripciones de sustancias o formulaciones y formas de administración.

El papiro de Ebers tiene 81 prescripciones y 700 fármacos, los Pent Sao contienen cientos de plantas medicinales.

El hombre fue pasando de la simple observación no reflexiva a la búsqueda evolucionada dada a través de los siglos; a saber que es el cuerpo, que es la enfermedad, que es el remedio.

El arsenal terapéutico se incremento con una variedad extensa de plantas, frutas, flores resinas cereales, cortezas, algunos minerales especialmente azufre, arsénico sus sales, antimonio, mercurio, alumbre, viseras animales, carne, sangre, incluso excremento.

En el antiguo Egipto, un enfermo podía acudir con un sacerdote, un mago o un medico.

En su visita Hipócrates quedo sorprendido por la jerarquización que había en la rama médica. En nuestra época cuando acudimos con un medico, invariablemente se nos prescribe un medicamento para curarnos del mal que nos aqueja y aceptamos la indicación porque confiamos en el saber del profesional.

Tal es el hecho de la polifarmacia que a la larga condiciona la presencia de múltiples consecuencias nefastas y así dentro de éstas encontramos la presencia de enfermedad ácido péptica, conocida coloquialmente como gastritis.

En la historia encontramos tratamiento para la enfermedad ácido peptica. Tal es el hecho de lo que sucede en varios países orientales y de otras latitudes como en China con la acupuntura, que actualmente se acepta como medida terapéutica, en el Japón se utiliza el gin sen, y en nuestro acervo herbolario encontramos a la sábila que en el México precolombino y aun en nuestro medio rural se sigue utilizando para tratar a la enfermedad acido peptica.

La gredina se viene utilizando como regeneradora de los huesos, también en la enfermedad a la que previamente hemos hecho referencia.

Entre la amplia gama de medicamentos que utilizamos a diario en nuestro quehacer profesional, se encuentra un medicamento llamado ranitidina cuyo uso es habitual por todos los médicos y que en ocasiones se llega a prescribir sin contar con los criterios científicos adecuados. En base a lo expuesto la intención de este estudio es poder optimizar el uso razonado del recurso, que es la ranitidina con un triple beneficio: por un lado el beneficio de la solución del problema del paciente, por otro lado un ahorro en el presupuesto institucional y la última el de saber que nuestro actuar profesional lo estamos realizando correctamente.

MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES GENERALES.

La enfermedad hace su aparición con la vida misma, y el hombre en su afán de encontrar una cura a su dolor encuentra el como tratarse, predominando en sus inicios el pensamiento de lo sobrenatural, tanto como causa de enfermedad como el de su cura. Gracias a su inteligencia y al poder de observación fue encontrando que existen otras formas de curar sus dolencias y es en el reino vegetal en donde encuentra un aliado.

Existen múltiples evidencias de que los pueblos primitivos utilizaron a las sustancias de origen vegetal para curar sus padecimientos. Entre ellos encontramos la tablillas sumerias de Nippur, las cuneiformes de Azur, los textos vedicos de la India, testimonios de las dinastías chinas Shan, Shen y Han, los papiros egipcios de Ebers y Smith, así como documentos incas, aztecas y mayas.

Las tablillas de NIPPUR es el texto medico mas antiguo conocido, los “Pen-Tsao” (texto Chino) contiene descripciones de cientos de plantas de uso medicinal. El papiro de Ebers descubierto en 1872 data del 1500 AC y contiene 811 prescripciones.

Durante el transcurso de esta evolución paulatinamente pasa de las plantas machacadas a formas más complejas como pomadas, polvos ungüentos enemas. ⁽¹⁾

A medida que la terapéutica primitiva fue perdiendo su carácter Mágico-Teúrgico para avanzar a una explicación de Causa –Efecto, Hipócrates (570-460) describe efectos indeseables ocasionados por fármacos y dicta normas generales para evitarlos. En1618 aparece publicada la primera edición de la

London Pharmacopoeia en la que se critica algunas sustancias vendidas como medicamento sin ser eficaces; Ali Abbas medico persa quien murió en el 994 propone que antes de utilizar un remedio nuevo se experimente primero en los animales . En los siglos XVI a XVII surgen los primeros intentos por regular la venta de medicamentos.

No es sino hasta los siglos XVII, XIX cuando el desarrollo de la química permite usar compuestos puros. ⁽²⁾⁽³⁾

En 1956 se pone a la venta un medicamento llamado Talidomida como antiemético y sedante y que por su aparente seguridad se empieza a utilizarla en las embarazadas. Wegerle noto un progresivo incremento de los casos de focomelia que asocio al uso de la talidomida.

Lo anterior provoco que la sociedad se horrorizara por la falta de control a las compañías farmacéuticas y es por ello que los principios éticos y la necesidad para proteger al consumidor nace en los Estados Unidos, al surgir la (FDA) Administración de Alimentos y Drogas de este país, que es quien otorga registros sanitarios para alimentos y medicamentos, surgiendo similares dependencias en otras naciones para garantizar la eficacia y seguridad en el manejo y producción de medicamento. ⁽⁴⁾

Desgraciadamente la ética en la publicidad parece que no es importante para las grandes empresas farmacéuticas pues en su voraz apetito económico incurren en practicas que en mucha ocasiones perjudican al paciente, un ejemplo muy claro es con un producto utilizado para disminuir la sintomatología del resfriado que en fu composición contiene mentol, eucalipto, alcanfor; substancias que en los niños menores de 30 meses de edad se

encuentran contraindicadas y sin embargo se comercializan sin un control cuando es

sabido que por disposición de la OMS no se debe administrar por los efectos que estos compuestos les pueden ocasionar. ⁽⁵⁾

Los médicos no se escapan a esta situación y son bombardeados constantemente con información de nuevos medicamentos que en ocasiones no cumplen las expectativas que ofrecen, ocasionando con esto que la polifarmacia prospere. ⁽⁶⁾

Ante esta situación surge una inquietud que cristaliza en una obra de gran trascendencia llamada "Uso de los medicamentos en la clínica" promovido por la Secretaria de Salud y por todas las dependencias que conforman el sector salud ⁽⁷⁾, así como la guía de la buena prescripción por parte de la OMS. ⁽⁸⁾

Con ello se pretende que la prescripción de los medicamentos sea razonada y razonable, logrando paliar el sufrimiento de nuestros pacientes.

El uso de medicamentos destinados para el manejo de la Enfermedad Acido Péptica no escapa al abuso de los mismos, quizás debido a los factores que anteriormente hemos referido. Dicha patología es un padecimiento que afecta al 2 % de la población mundial y que va en incremento por las presiones de la vida cotidiana, ya que este es el resultado del desequilibrio entre factores agresores (altas concentraciones de ácido y pepsina) y los protectores (moco, bicarbonato, prostaglandina) de la mucosa gástrica ⁽⁸⁾⁽⁹⁾, dicha enfermedad es mal llamada coloquialmente "gastritis" y cuya génesis se puede deber a distintos factores; como la dieta que en muchos países como el nuestro es rica en condimentos, el estrés que genera un aumento en la secreción de adrenalina originando una hipersecreción gástrica, Además se asocia con

causas infecciosas ocasionadas principalmente por el *Helicobacter pylori*, con el cual se tiene contacto desde la infancia aunque no todas las cepas cuentan con la misma virulencia resistiendo por su mecanismo de infección a la acidez del jugo gástrico. ⁽¹⁰⁾

Para esta enfermedad se han desarrollado una infinidad de tratamientos, dentro de los cuales se pueden considerar los siguientes:

Uno de los primeros empleados es el bicarbonato de sodio siendo este el antiácido por excelencia pero no se debe emplear por su elevado contenido en sal y marcado efecto de rebote. ⁽¹¹⁾

Posteriormente el hidróxido de aluminio que se comercializa a partir de 1978 y dentro de estas sales más recientemente el hidróxido de magnesio el cual se comienza a comercializar en 1991. ⁽¹²⁾

Desde 1920 se sabe que la histamina estimula la secreción gástrica, Black y col. Demostraron la existencia de dos clases de receptores histaminicos estos conocimientos que son la base o punto de partida para investigaciones destinadas a encontrar nuevos medicamentos que influyeran mas específicamente sobre estos receptores, dando como resultado el descubrimiento de la metiamida la cual no llego a tener uso clínico dado que producía agranulocitosis. Para 1972 se descubre la cimetidina y para 1977 es empleado clínicamente en el tratamiento de la ulcera gástrica teniendo una posología 2 gramos con la cual los enfermos obtenían un rápido alivio a los síntomas ulcerosos, inhibiendo hasta el 88 por ciento de la secreción de ácido clorhídrico, pero sus efectos antiandrogenicos, perdida del libido y elevación de las transaminasas dieron lugar a nuevas investigaciones. ⁽¹³⁾ Jack y colaboradores sustituyen un anillo imidazólico por un furano y en 1978

sintetizan a la ranitidina que es de 4 a 6 veces más potente que la cimetidina pues una dosis de 150 mg equivalen a 1200 mg de cimetidina y con una vida media plasmática de 5 horas. ⁽¹⁴⁾ Es aprobado para uso clínico en 1983 presentando menos reacciones adversas. ⁽¹⁵⁾

La ranitidina antagoniza competitivamente la acción de la histamina y por ende de la secreción de gastrina y del ácido, teniendo una vida media de 140 minutos, y una biodisponibilidad del 50 por ciento administrada por vía oral.

La dosis recomendada 150 mg cada 12 horas no más de 14 días, a menos que la patología requiera mayor dosis o el tiempo que se deba administrar sea mayor.

Las precauciones que deberán tomarse son principalmente en el embarazo debido a que no se ha establecido su uso con seguridad, como tampoco en la lactancia, a menos que el beneficio supere a los riesgos.

Interacciones medicamentosas, no se ha establecido evidencia de interacciones con otros medicamentos aunque reduce la absorción del alcohol. ⁽¹⁶⁾

Reacciones secundarias las he dejado al final porque aunque es un medicamento bien tolerado no está exento de las mismas y hay en la bibliografía numerosos casos en los que se muestran diversas manifestaciones como: agranulocitosis ⁽¹⁷⁾, hepatitis fulminante ⁽¹⁸⁾ fotosensibilidad ⁽¹⁹⁾, Síndrome de Steven-Johnson ⁽²⁰⁾, alergia cruzada con nizatidina ⁽²¹⁾

Dentro del departamento de fármaco-vigilancia del Instituto Mexicano del Seguro Social encontramos en el rubro de reacciones adversas correspondiente al capítulo de gastroenterología en el reporte que la ranitidina

y la metoclopramida tienen una frecuencia del 28.2 por ciento de las reacciones adversas de todos los medicamentos, este hecho demuestra que la ranitidina no es tan inocua como se pretende. ⁽²²⁾

Dentro del tratamiento de la enfermedad ácido péptica podemos mencionar que existen otros medicamentos como la famotidina que es 34 veces más potente que la cimetidina y 19 veces más potente que la ranitidina por un núcleo tiazólico en lugar del anillo furano. Otro es la Nizatidina, la ebrotidina, la última la osetidina descubierta en 1998 que además de su acción secretora es citoprotectora.

Tenemos los bloqueadores de la bomba de protones como el omeprazol, con una dosis de 20 miligramos reduce la secreción gástrica en un 65 por ciento con efecto acumulativo en cuatro días tiene un bloqueo del 80 por ciento, posteriormente aparece el lansoprazol, rabeprazol.

Hasta el momento no se encuentran estudios específicos que aborden la prescripción razonada de la ranitidina por consiguiente este estudio puede ser una opción pertinente que permita abordar dicho problema ya que este medicamento es de uso común e indiscriminado, tanto por el personal médico como por los mismos pacientes que sin que exista una prescripción médica la ingieren sin precaución alguna.

ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

La prescripción de medicamentos es un proceso esencial de la actividad del médico. (6) La información y su continua actualización juegan un papel importante. Sin embargo, el gran volumen de información disponible en los últimos tiempos nos plantea un problema: leer, interpretar y matizar con espíritu crítico y clínico las novedades científicas, lo que requiere reflexión, perspectiva

y, fundamentalmente, tiempo (5). Este es un proceso laborioso que no se puede llevar a cabo ante el paciente.

En el proceso de prescripción, que no por ser cotidiano deja de ser extremadamente complejo, influyen otros muchos factores: las condiciones de trabajo, la administración, la formación previa de pregrado, la formación continuada, la industria farmacéutica, los colegas, los pacientes, los expertos.(8)

El concepto de prescripción razonada de medicamentos ordena las ideas y ayuda a tomar decisiones.

La prescripción razonada distingue dos procesos diferenciados: un primer proceso de selección de medicamentos para un determinado problema de salud y un segundo proceso de adecuación de esa selección a las características propias del paciente que tenemos ante nosotros y que lo diferencian de los demás. Para el primer proceso de selección, se debe hacer el análisis comparativo de las diferentes alternativas farmacológicas y no farmacológicas existentes en nuestro entorno en cuanto a cuatro propiedades esenciales, siguiendo una jerarquía de prioridades: en primer lugar, la eficacia; en segundo lugar, la toxicidad; en tercer lugar, la conveniencia, entendida como el conjunto de propiedades que facilitan o dificultan el cumplimiento de los tratamientos; y, en último lugar, el costo (7). Las comparaciones basadas en las evidencias científicas nos permiten realizar la selección de uno o varios fármacos (o de estrategias no farmacológicas) de primera elección, dejando a otros como alternativas a las que se puede recurrir cuando algún motivo de peso impida prescribir la opción de primera elección (22).

Sin embargo en relación a la prescripción razonada de la ranitidina, no encontramos estudios específicos a ningún nivel, ni mundial, nacional o local que permitan valorar la prescripción razonada de este medicamento por lo que consideramos importante incursionar en este aspecto tan importante para el buen funcionamiento institucional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el tiempo que llevo laborando para el Instituto Mexicano del Seguro Social, invariablemente me he encontrado ante la necesidad de prescribir algún medicamento y he podido apreciar que en muchas ocasiones, se receta sin contar con un diagnóstico preciso incurriendo en una prescripción apresurada y con el riesgo de ocasionar con ello una afectación en la salud del paciente pues los efectos secundarios en ocasiones pueden ser catastróficos.

En muchas ocasiones la prescripción de medicamentos se realiza de forma inconsciente bajo el concepto de que es una prescripción dada por otro nivel de atención con la falsa idea de que por haber sido indicada por otro especialista con mayor experiencia, se toma como una indicación divina carente de reflexión.

Tal es el caso de la ranitidina que es un medicamento que se utiliza en forma excesiva y de la cual abusamos por su buena tolerancia, pero se nos olvida que como toda sustancia introducida al organismo cuenta con reacciones que en ocasiones no serán las esperadas y sobre todo se nos olvida la tolerancia personal, e invariablemente lo dosificamos en forma estándar y no individualizamos. Por ello considero que si establecemos un diagnóstico correcto basado en evidencias, evitaremos con ello que sigamos incurriendo en esta desviación.

Existen múltiples publicaciones en las que se pueden apreciar los efectos adversos de dicho medicamento, sin embargo el uso excesivo de la ranitidina continua siendo una practica muy socorrida en el primer nivel de atención.

En la unidad de MF no 57 de la ciudad de Puebla, se prescribe de forma incontrolada la ranitidina, condicionando que sea un medicamento de mucha

demanda y por lo tanto, que en múltiples ocasiones exista carencia del mismo, por otro lado, a los paciente se les ha acostumbrado a su consumo de forma irracional, que nos ha condicionado la exigencia de la expedición de dicho medicamento sin que en realidad tenga una causa justificada para prescribirlo.

Con base en lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación.

¿La prescripción razonada de la ranitidina por parte de los médicos de primer nivel de atención se realiza de una forma inadecuada?

JUSTIFICACION

Dentro de las actividades que el medico familiar desarrolla durante su vida laboral se encuentra el hecho de consultar pacientes, que en si es parte de labor asistencial que realiza y dentro de esta se encuentra la prescripción razonada de medicamentos que para la enfermedad del paciente debe de ser la más pertinente, tomando en cuenta los beneficios, los costos, y las reacciones indeseables, así como las contraindicaciones que el uso de los medicamentos implica.

El uso de los medicamentos en primer nivel de atención muchas de las veces se realiza a través de la prescripción obtenida por otros niveles de atención tal es el caso de los paciente con enfermedades crónico degenerativas, donde el medico especialista en otras áreas envía el manejo que establece para estos pacientes, en ocasiones cayendo en la polifarmacia y aunado a esto la prescripción de ranitidina con la idea de proteger la mucosa gástrica.

El especialista en primer nivel de atención (medico Familiar) habitualmente continúa prescribiendo los medicamentos tal y como les es heredado por los otros niveles de atención, por lo que pareciera que su criterio queda de lado y por lo tanto la prescripción razonada se efectúa de manera inadecuada.

Es de mi particular interés el corroborar si la ranitidina efectivamente es recetada de forma indiscriminada por lo que ante tal situación surge la realización del presente trabajo de investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Valorar si los médicos familiares de la UMF no. 57 se encuentran prescribiendo de forma adecuada y razonada la ranitidina.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Valorar si la ranitidina se encuentra prescrita adecuadamente en relación a dosis y tiempo de uso.
2. Valorar si la ranitidina se encuentra indicada adecuadamente con relación a la patología de fondo del paciente.
3. Conocer si la ranitidina se usa de forma preventiva ante la polifarmacia.

METODOLOGIA.

Tipo de estudio: Sistemas de salud

Por sus Características:

Por la evolución del fenómeno a través del tiempo:

Retrospectivo

Por el número de mediciones del fenómeno:

Transversal

Por la intervención del investigador en el fenómeno de estudio:

Observacional.

Por la captura de la información:

Retrolectivo.

Por el número de centros participantes:

Unicéntrico.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

Se estudiaron expedientes de pacientes que acudieron a consulta externa de medicina familiar de la UMF No. 57 La Margarita, IMSS Puebla, manejados con ranitidina independientemente de la patología de base por la que acudieron a consulta del 4 de octubre al 31 de octubre de 2005.

Tipo de Muestra:

No probabilística por cuotas.

Tamaño de la muestra:

Se revisaron 172 pacientes de la población de pacientes adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 57 de La Margarita, IMSS Puebla, manejados en su totalidad con ranitidina independientemente del diagnóstico por el cual acudieron a consulta en las fechas referidas.

MARCO MUESTRAL.

Población fue compuesta por 172 pacientes manejados con ranitidina que acudieron a consulta externa de medicina familiar en los turnos matutino y vespertino del 4 de octubre al 31 de octubre de 2005 de la Unidad de Medicina Familiar No. 57 La Margarita, IMSS Puebla.

Criterios de inclusión:

- Todos los expedientes de pacientes que acudan a consulta externa de la UMF no. 57 que se encuentren manejados con ranitidina durante el periodo del 4 de octubre al 31 de octubre de 2005. independientemente de la patología de base por la cual acudan.

Criterios de exclusión:

- Todos los expedientes de pacientes que acudan a consulta durante el mismo periodo de tiempo pero que no sean manejados con ranitidina.

Criterios de eliminación:

- Expedientes de pacientes que por algún motivos hayan sido dados de baja o hayan perdido su vigencia al momento de solicitar su expediente.
- Expedientes de los pacientes que hayan sido enviados a otro servicio y no sea posible su recuperación de forma inmediata.

VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR.

DEFINICION CONCEPTUAL.

Es la atención que los médicos de primer nivel de atención brindan a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DEFINICION OPERACIONAL:

Entendida como la atención brindada por el médico de base de la unidad de medicina familiar atendiendo pacientes adscritos a su población, independientemente de poseer la especialidad en medicina familiar o no.

VARIABLE DEPENDIENTE.

PRESCRIPCION RAZONADA DE LA RANITIDINA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Es el manejo que el médico familiar hace de la ranitidina de forma conciente al prescribirla a sus pacientes considerando su farmacodinamia, dosificación, efectos colaterales y contraindicaciones.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Es el conjunto de conocimientos y habilidades del médico familiar para el uso adecuado, prudente, pertinente y conciente de la ranitidina en favor de sus pacientes.

Dicha variable se medirá mediante los siguientes indicadores.

INDICADORES:

Relación clínico, diagnóstico, terapéutica.

Considerada como la adecuada relación entre los signos y síntomas sugestivos de dispepsia con el diagnóstico establecido por el médico tratante, así como la adecuada decisión para elegir el tratamiento más pertinente para dicho padecimiento.

Dosificación.

Es la posología empleada en la prescripción de la ranitidina en dosis preestablecidas.

Dosis inicial 300 mg cada 24 hrs.

Dosis de sostén 150 mg cada 24 hrs.

Duración del tratamiento.

Máximo de ocho semanas

Escala de Medición:

Ordinal.

METODO PARA LA CAPTACION DE LA INFORMACION Y PROGRAMA DE TRABAJO.

Se solicito autorización a las autoridades directivas de la unidad sede del estudio para poder tener acceso al archivo de cada consultorio y así obtener información de los expedientes clínicos.

Posteriormente se acudió al servicio de consulta externa con la asistente de área médica de cada consultorio y se le solicitó la hoja RAIS de cada día para realizar la revisión de expedientes clínicos y detectar los pacientes que fueron tratados con ranitidina de ese día además de solicitar las recetas expedidas con ranitidina poder obtener los datos necesarios para esta investigación, vaciándose los mismos en una hoja de concentración de datos (anexo 1)

Posteriormente se realizó el análisis de los mismos.

ANALISIS ESTADISTICO.

Para el presente estudio se utilizo estadística descriptiva.

Se utilizo X^2 para comparar dos poblaciones independientes entre los diagnósticos realizados entre el turno matutino y el turno vespertino.

CONSIDERACIONES ETICAS.

En el procedimiento se tomaron en cuenta las Normas Éticas contempladas en la Declaración de Helsinki modificada en Tokio. Con la Base en lo dispuesto en la Ley General de Salud, en su apartado de investigación en seres humanos y la Norma Técnica de Investigación 313 – 315 con fecha 26 de julio de 1986, se considera un trabajo de investigación con riesgo menor al mínimo.

RESULTADOS

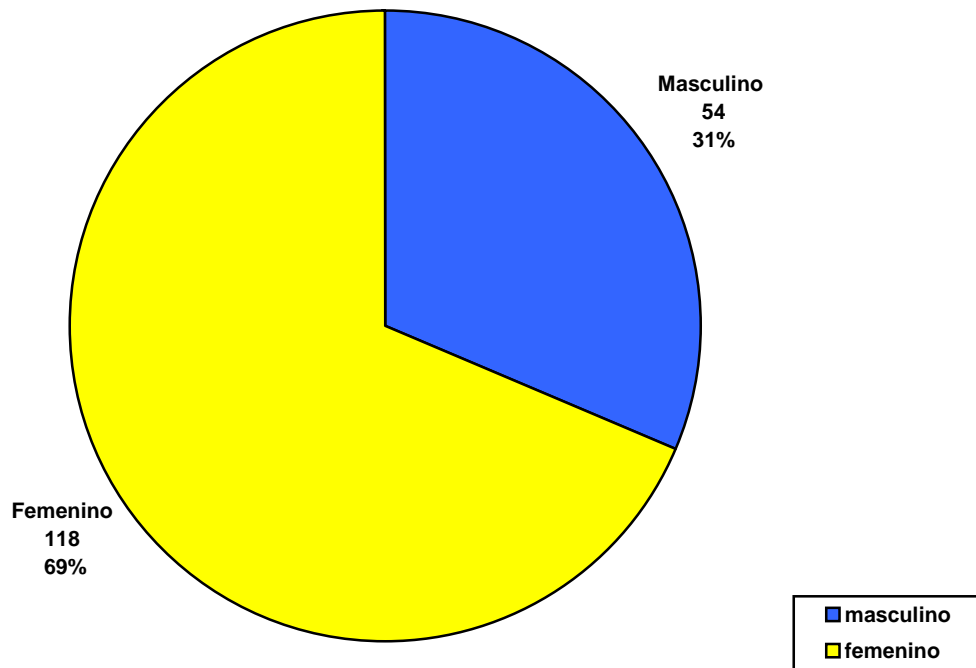
De la investigación realizada surgen los siguientes resultados.

Sexo.

En relación al sexo de los pacientes se revisaron un total de 172 expedientes de pacientes que por algún motivo recibieron tratamiento con ranitidina de los cuales la distribución en cuanto a sexo fue la siguiente: 54 (31 %) expedientes de pacientes de sexo masculino y 118 (69%) expedientes de sexo femenino. Ver (GRAFICA 1)

GRAFICA 1

SEXO DE LOS PACIENTES

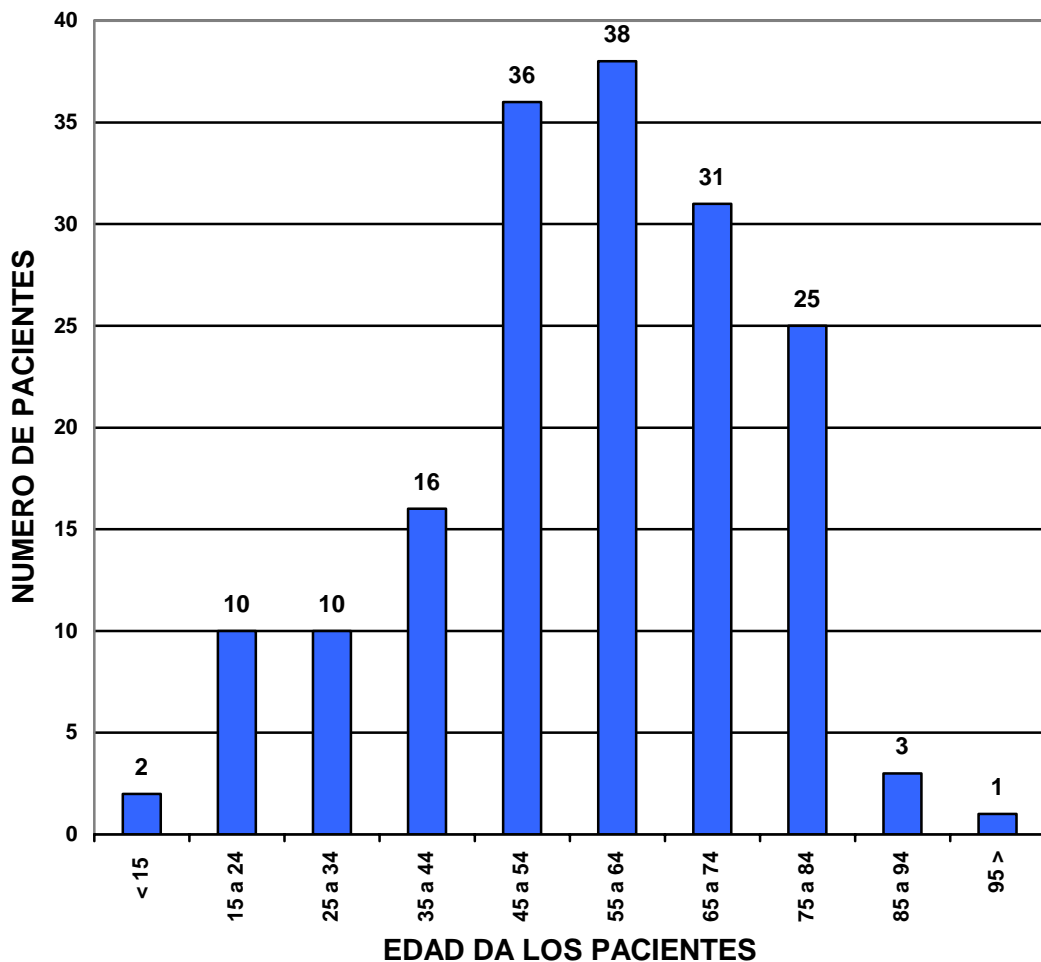


Edad.

Por lo que respecta a la edad fueron considerados por décadas a partir de menores de 15 años hasta mayores de 95 años presentando una distribución de la siguiente manera: menores de 15 años 2 (1.1%), de 15 a 24 años 10 (5.8%), de 25 a 34 años 10 (5.8%), de 35 a 44 años 16 (9.3%), de 45 a 54 años 36 (20.9%), de 55 a 64 años 38 (22%), de 65 a 74 años 31 (18%), de 75 a 84 años 25 (14.5%), de 85 a 94 años 3 (1.7%) y de 95 años y más 1 (0.5%). Ver (GRAFICA 2)

GRAFICA 2

EDAD DE LOS PACIENTES

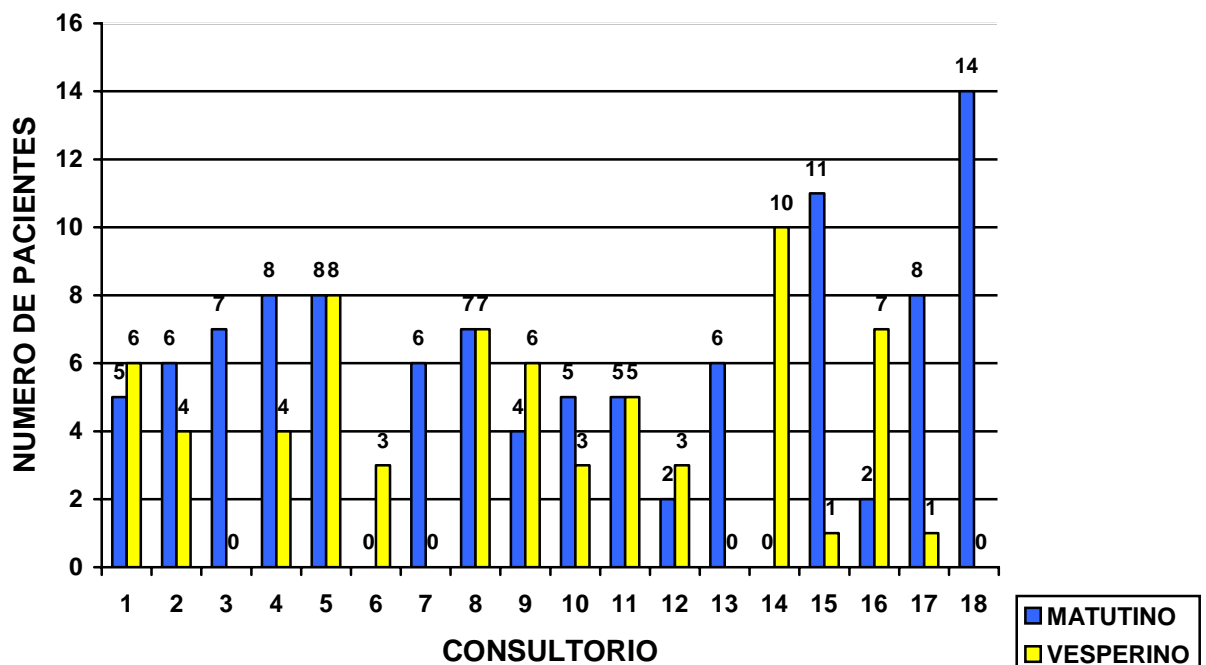


Distribución de pacientes consultados por turno y por consultorio.

Por lo que respecta al consultorio estudiado, estos se encuentran divididos en dos turnos, por un lado el turno matutino y por el otro el turno vespertino, contándose el turno matutino con un total de 18 consultorios y el turno vespertino 17, obteniéndose de ellos el número de pacientes manejados con ranitidina por algún motivo justificado o no, encontrándose los siguientes datos: Del turno matutino es el turno que más pacientes trata con este medicamento con un total de 104 que corresponde a un 60 % y el turno vespertino con un total de 68 pacientes manejados con ranitidina que corresponde a un 40 %, en la grafica se observan la distribución de tratamientos otorgados por consultorio y por turno. Ver (GRAFICA 3)

GRAFICA 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES CONSULTADOS POR CONSULTORIO Y POR TURNO

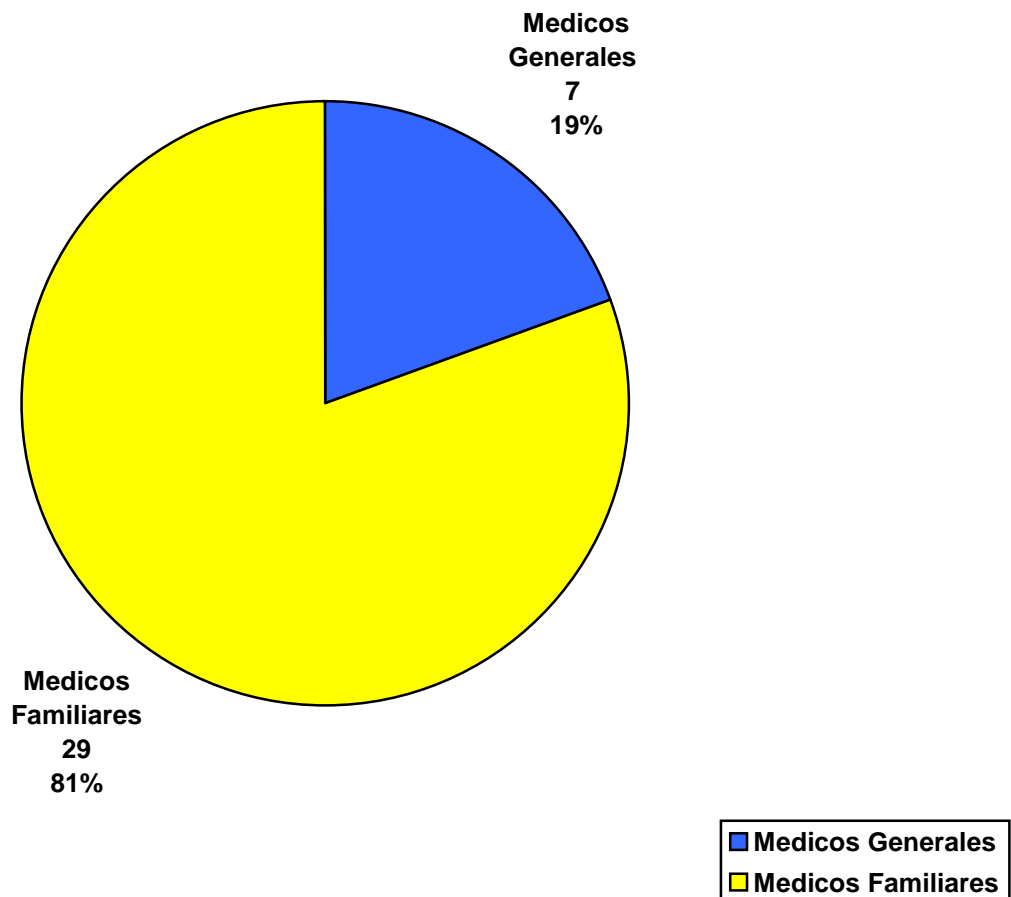


Total de Médicos Familiares y Médicos Generales de la Unidad.

Del total de médicos de la unidad de ambos turnos solo 7 médicos son Médicos Generales que corresponde a un 19 % y el resto son médicos con especialidad en Medicina Familiar siendo un total de 29 correspondiendo a un 81 %. Ver (GRAFICA 4).

GRAFICA 4

MEDICOS GENERALES Y MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD

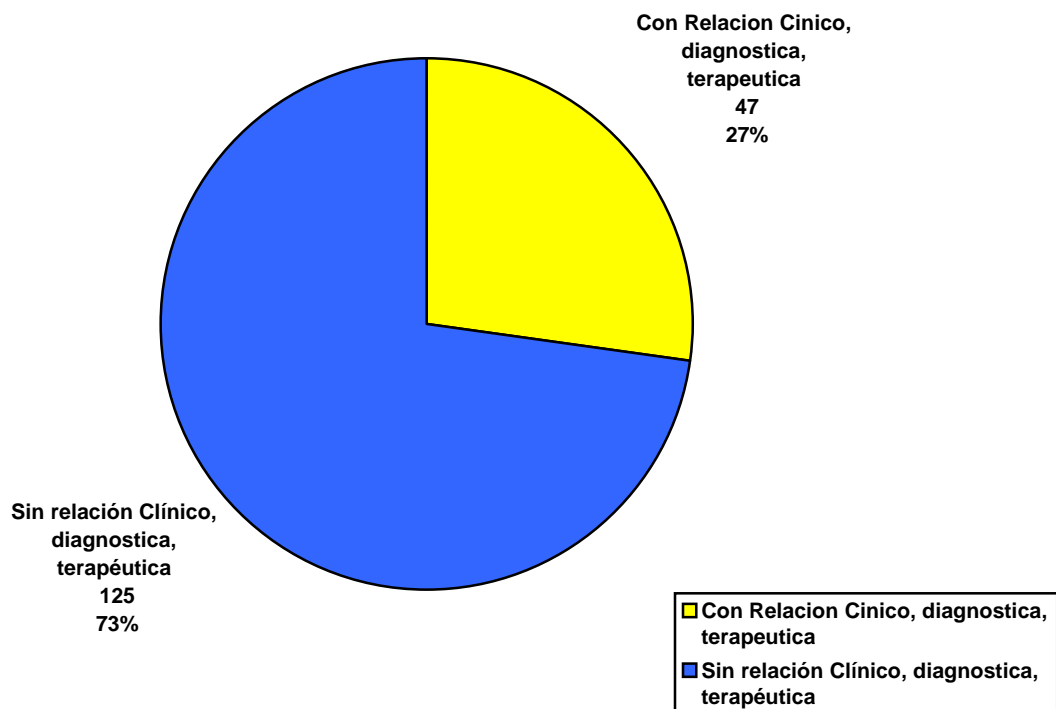


Congruencia Clínico, diagnóstico, terapéutica.

Por lo que respecta a la relación clínico, diagnóstica, terapéutica con relación al uso razonado de la ranitidina podemos observar que solo en 47 pacientes se guardo esta relación lo que corresponde a un 27% y el resto de pacientes no presentaron esta relación siendo un total de 125 que corresponde a un 73 %. Ver (GRAFICA 5)

GRAFICA 5

RELACION CLÍNICO, DIAGNOSTICA TERAPEUTICA



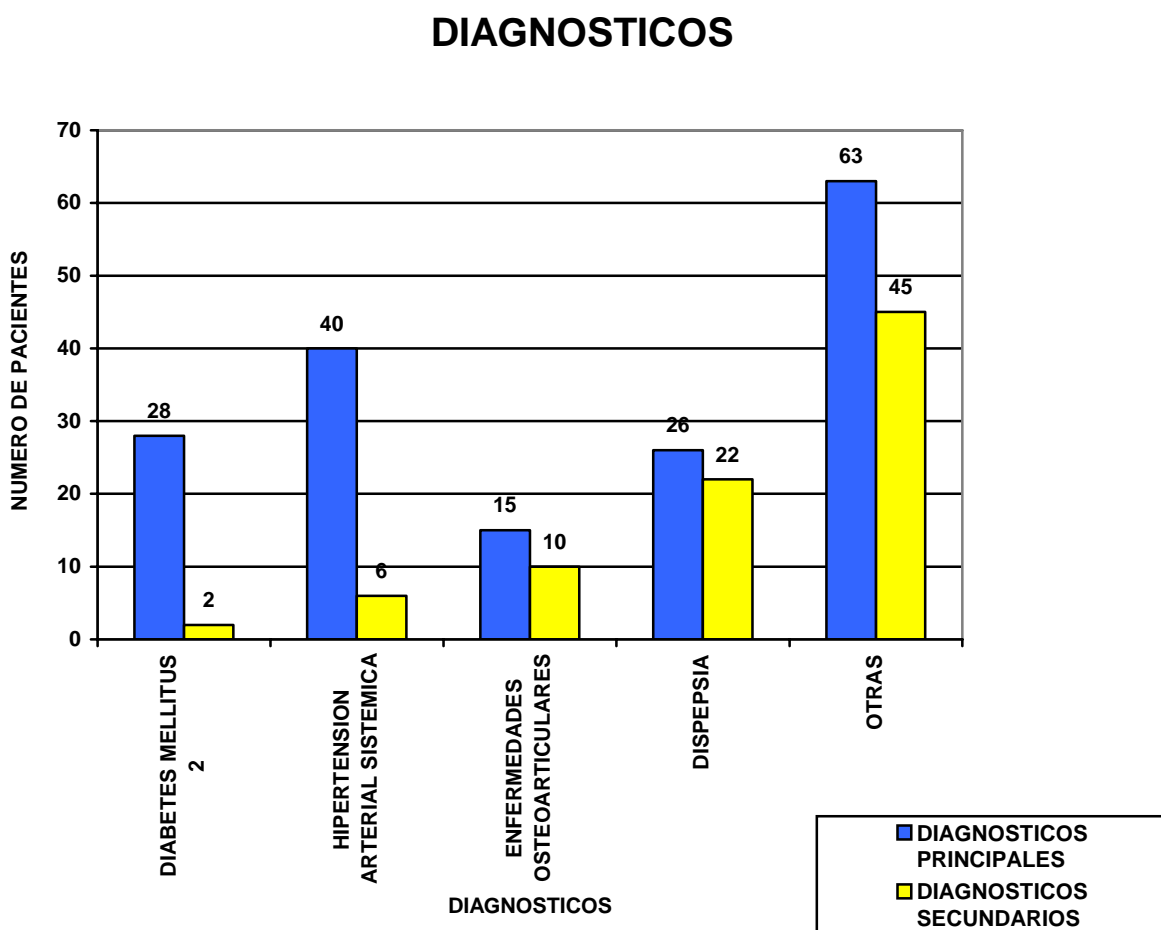
Diagnósticos.

Los diagnósticos de los pacientes a los que se les otorgo tratamiento con ranitidina por parte de los médicos de la unidad, se aprecia el diagnostico principal y secundario.

Diagnósticos principales: Diabetes Mellitus 2 con un total de 28 pacientes 16%, Hipertensión arterial sistémica 40 pacientes 23%, Enfermedades osteosrticulares 15 pacientes con un 9%, Dispepsia 26 pacientes con un 15% y otras en las que se incluyo una gran variedad de patologías desde faringitis, hasta hemorroides por mencionar algunas, siendo estas 63 que corresponde a un 37 %.

Diagnósticos secundarios: Son patologías que fueron citadas en los expedientes como segunda opción diagnostica con un total de 82, tales como: Diabetes Mellitus 2 con 2 que corresponde a 2%, Hipertensión arterial sistémica 6 pacientes con un 7%, Enfermedades osteoarticulares 10 que corresponden al 12%, Dispepsias 22 pacientes 27 %, Otras enfermedades.45 pacientes que corresponde a 55%. Ver (GRAFICA 6)

GRAFICA 6



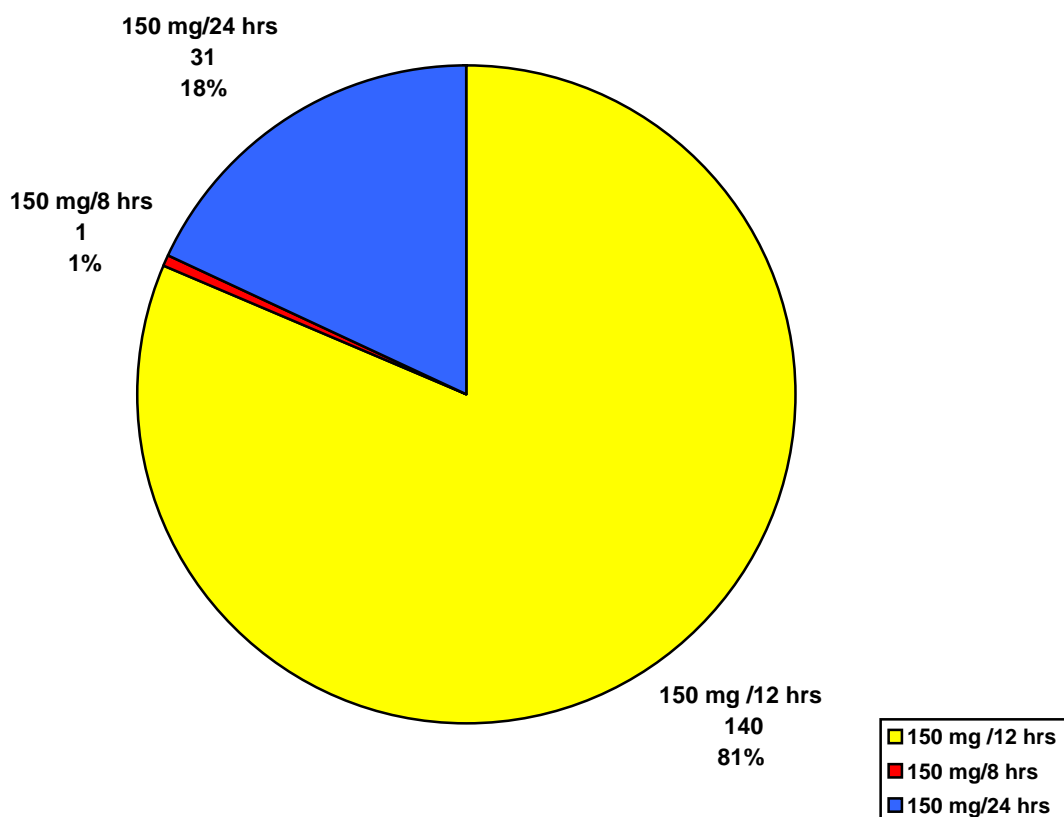
INTERPRETACION ESTADISTICA.

Se aplico la X^2 para dos muestras independientes turno matutino y turno vespertino del personal medico familiar, tanto con y sin especialidad relacionándolos con los diagnósticos realizados por cada uno de los turnos apreciándose una X^2 de 8.6 con 4° de libertad obteniéndose un valor de p de .10 no siendo estadísticamente significativa .

Dosificación.

Dentro de las dosificaciones que se les dio a los pacientes manejados con ranitidina se presentaron 3 esquemas de la siguiente manera: 150 mg cada 12 hrs. siendo manejados con este esquema 140 pacientes que corresponde a 81 %, 150 mg cada 8 hrs. 1 paciente 1 % y 150 mg cada 24 hrs. 31 pacientes que corresponde a 18 %. Ver (GRAFICA 7)

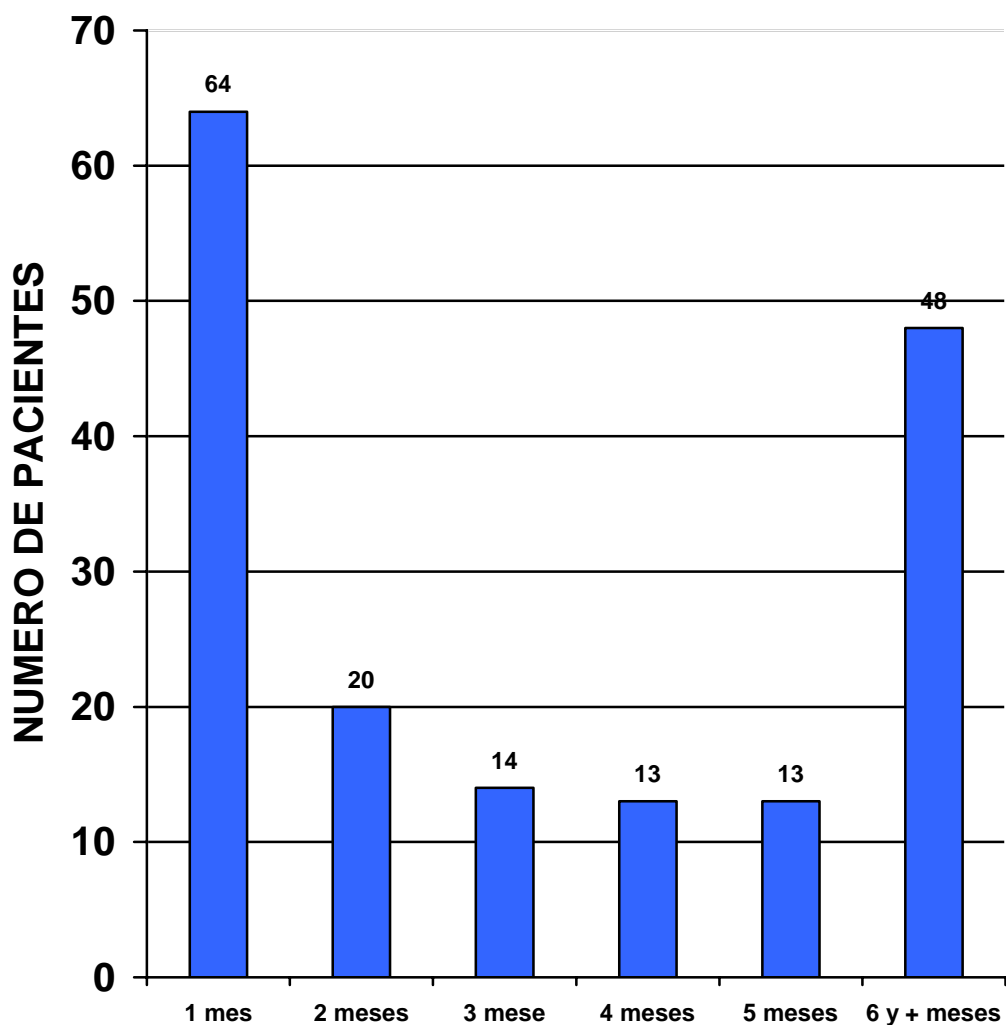
GRAFICA 7 ESQUEMAS DE TRATAMIENTO



Duración del tratamiento.

Con respecto a la duración del tratamiento se consideró esta en meses presentando de la siguiente manera. 64 pacientes tomaron ranitidina durante 1 mes que corresponde a 37%, 20 la tomaron por 2 meses 12%, 14 por 3 meses 8%, 5 y 4 meses 13 pacientes cada uno con 7.5 % cada grupo, y durante 6 meses o más 48 pacientes que corresponde a un 28%. Ver (GRAFICA 8)

GRAFICA 8
DURACION DEL TRATAMIENTO



DISCUSION.

En Relación al Sexo podemos observar que el mayor número de pacientes manejadas con ranitidina son de sexo femenino esto explicable posiblemente al alto grado de estrés al que se encuentran sometido este grupo de pacientes como lo comenta Arias AF del Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe Bogota Colombia. Ya que este Grupo de pacientes habitualmente presentan altos niveles de secreción de adrenalina, situación propia de su condición de mujer.

En Relación a la edad los grupos que con mayor frecuencia son manejados con este medicamento son los que se encuentran entre los 45 y 85 años, probablemente debido a que durante estas edades la ocurrencia de enfermedades crónico degenerativas es mayor y por lo tanto los pacientes se encuentran sometidos a la polifarmacia, con una falsa idea de disminuir la posibilidad de presentar problemas de dispepsia, ya que esta situación es común en la comunidad medica, secundario a la gran cantidad de información que las empresas farmacéuticas desbordan sobre los médicos, en muchas ocasiones carentes de veracidad condicionando incrementar la polifarmacia como lo comentan Rosell y Debesa en sus escritos de Farmacoepidemiología. Situación que es regulada por el Consejo de Salubridad General en el escrito: Prescripción de los fármacos en su apartado de Uso de los Medicamentos en la Clínica, Publicado en 1998.

Por lo que respecta al turno de la Unidad de Medicina Familiar que más tratamientos otorga, fue el turno matutino pudiendo deberse a múltiples causas dentro de las que consideramos de mayor relevancia las siguientes: El turno Matutino cuenta con un consultorio más que el vespertino que es el consultorio 18 y coincidentemente es el consultorio que más tratamientos con ranitidina otorga, aunque es atendido por un Medico con especialidad de Medicina Familiar y no por un Medico General como podría esperarse. Además otras de las causas por las que el turno matutino tiene mayor número de pacientes manejadas con ranitidina puede deberse a que la mayor demanda de consulta

en las unidades de Medicina Familiar habitualmente es por las mañanas, sin embargo hay consultorios como el dieciocho matutino, el quince matutino y el catorce vespertino que presentan un mayor número de tratamientos de ranitidina esto probablemente explicable por que los dos últimos consultorios referidos son atendidos por médicos generales, aunque la diferencia entre médicos generales y médicos familiares es mínima por lo que no consideramos que el tener la especialidad o no, marque la diferencia.

Por lo que respecta a este rubro y al obtenerse una X^2 estadísticamente no significativa podemos observar que no existe diferencia entre la forma en como diagnostican y usan la ranitidina ambos turnos, probablemente debido a una conducta repetida por todos los médicos.

Llama la atención que solo en el 27 % de los casos se encontró una adecuada relación clínico, diagnóstica, terapéutica y en el resto no 73 % esto se logra apreciar ya que dentro de los diagnósticos más frecuentes se encuentran las enfermedades crónico degenerativas y que por consiguiente conlleva el uso en la mayoría de ocasiones de polifarmacia y consecuentemente por desconocimiento y/o costumbre el agregar Ranitidina a estos pacientes sin tener una justificación real para realizar su prescripción ya que al revisar los expedientes no hay registros que apoyen su uso, lo que evidencia el desconocimiento que se tiene con la interacción que la ranitidina puede tener con el uso de otros medicamentos como lo menciona Hernández SL en una publicación de farmacovigilancia realizada en el presente año en la Revista Medica del IMSS 2005.

Los diagnósticos que con mayor frecuencia se encontraron registrados fueron de patologías crónicas degenerativas lo que nuevamente al existir polifarmacia, condiciona la prescripción de ranitidina, sin embargo la mayoría de los diagnósticos pertenecieron e múltiples enfermedades que van desde faringitis, hasta hemorroides con asignación de tratamiento a base de ranitidina sin existir un sustento real que justificara su uso, por lo que es de presuponer que en múltiples ocasiones se prescribe ranitidina de una forma no razonada quizá como complemento de un tratamiento sin un diagnóstico establecido que queda en la penumbra al ser solo manejada como un coadyuvante o al solo ser solicitada por el paciente por la fuerza de la costumbre para consumirla sin tener en mente por parte del paciente ni del medico los efectos colaterales que

esta tiene con su uso prolongado como lo hace notar: Takami, Ribeiro, Kondo, Lin y Morisste en múltiples trabajos publicados en relación a reacciones adversas de la Ranitidina además de no considerar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social el mayor numero de reacciones adversas los presentan la metoclopramida y la ranitidina con un 28.2 % de todos los medicamentos, según Hernández SL.

Se aprecia que solo el 15 % de los pacientes recetados con ranitidina presentan diagnósticos que avalan el uso del medicamento como diagnostico principal y en relación al diagnostico secundario solo 27 % de los pacientes justifican su uso, situación que a nuestro parecer es preocupante ya que ante esta situación el dispendio del recurso es enorme, condicionando grandes perdidas institucionales.

Por otro lado la forma en como se administra este medicamento es otro aspecto que aunado al dispendio del mismo repercute de forma importante en la economía institucional ya que en la mayoría de los casos es recetado de una forma inadecuada en cuanto a su posología y en cuanto al tiempo de duración del tratamiento, observándose tratamientos tan prolongados mayores de 6 meses situación que se contrapone a la recomendación del uso razonado de la ranitidina como lo refiere Mazure PA en el año 2000.

CONCLUSIONES.

EN RELACION A LOS OBJETIVOS.

1. Se cumplieron con los objetivos del estudio ya que logramos apreciar que la prescripción razonada de la ranitidina no se realiza de forma adecuada por parte de los médicos de primer nivel, encontrándose una gran cantidad de inconsistencias en la relación clínico, diagnóstico terapéutica
2. La ranitidina no se encuentra adecuadamente prescrita por lo médicos de primer nivel ya que aunque la posología si es adecuada la prescripción en cuanto al espaciamiento de las dosis no es el indicado y mucho menos el tiempo de administración del medicamento.
3. Los diagnósticos con los cuales se otorga la ranitidina no son compatibles con la patología para la que este medicamento en realidad tiene uso, toda vez que se otorga a pacientes con diagnósticos muy variados y en ocasiones muy lejanos de los que pudieran justificar su uso.
4. Los resultados arrojan que el mayor número de pacientes tratados con ranitidina son pacientes con patologías crónico degenerativas lo que probablemente apoya la situación de que ante la polifarmacia, los médicos optan por el uso de ranitidina sin que esto en realidad sea una justificación adecuada y pertinente y solo obedece a la fuerza de la costumbre o bien a la indicación de otros niveles de atención sin que esto signifique el ser una rutina adecuada.
5. No existe relación en la prescripción de la ranitidina por parte de los médicos familiares del turno matutino y vespertino y entre los diagnósticos por los cuales se prescribe.

EN RELACION A SURGIMIENTO DE NUEVOS ESTUDIOS.

1. Este estudio significa un primer acercamiento en relación al uso razonado de medicamentos, en este caso específicamente a la ranitidina, sin embargo solo es eso un primer acercamiento, a partir de esta investigación surgen más dudas que respuestas quedando en la interrogante situaciones como: ¿Si habrá alguna diferencia en la prescripción de ranitidina con los años de experiencia?, ¿Si en realidad

los médicos de otros niveles de atención estarán tomando en cuenta la prescripción razonada para otorgar ranitidina a sus pacientes?.

2. Podrían surgir otros estudios que permitan valorar la aptitud de los médicos familiares para el manejo razonado de la ranitidina o quizá para valorar la aptitud clínica en el manejo de dispepsias.

PROPUESTAS.

Consideramos que uno de los propósitos del presente estudio es lograr que se tome conciencia y despertar la inquietud en el médico de primer nivel de atención para llevar a cabo la prescripción razonada no solo de la ranitidina sino de todos los medicamentos que habitualmente se manejan en este nivel de atención, tomando en consideración el poder realizar el Diagnóstico adecuado que nos den la oportunidad de otorgar tratamientos apropiados y certeros a nuestros pacientes. Contribuyendo así en el mejoramiento de la calidad de atención y a la vez apoyar al Instituto evitando el dispendio de los recursos con los que cuenta específicamente en este caso de medicamentos como la ranitidina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Vergara H. El Medicamento y su acción.(Historia de Fármacos y medicamentos) En: El Medicamento y su acción.- Universidad de Chile, Departamento de Pregardo
www.plataforma.uchile.cl
2. Almánzar MR. Medicina al día reacciones adversas e interacciones a medicamentos. En: Cátedra Magistral Manuel Felipe Pimentel Imbert 1997. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Sto. Dgo., República Dominicana
3. Jácome RA. Como evolucionaron los medicamentos. En: Historia de los medicamentos. Ed. Academia Nal de Medicina. 2005
4. <http://www.en.colombia.com/medicina/academ25363-contenido.htm>
5. Hernández N, Ugalde A. Fármacos. Bol Elec Latinoamericano para fomentar el uso de los medicamentos. 3; 2, mayo 2000.
<http://www.boletinfarmacos.org>
6. Rosell MA, Debesa GF. Farmacoepidemiología, prescripción de medicamentos; Centros de información; hábitos de consumo de medicamentos; Cuba; Estrategias Nacionales, vigilancia de productos comercializados. Acimed. 10. ania@mcdf.sld.cu.
7. Consejo de Salubridad General, Prescripción de fármacos. En: Uso de los Medicamentos en la Clínica. Ed. CSG, 1998. pp. 8 - 12
8. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción sobre medicamentos esenciales. En: Guía de la buena prescripción. Ed. OMS; Capítulo 12, pp 72 a 79
9. Arias AF. Enfermedad Acido Péptica. En Guías de Urgencias y Alteraciones Gastrointestinales. Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogota Colombia.
http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_Gastrointestinales
10. Ramírez MJ, Rivas SS, Cervantes BR, Mata RN, Zarate MF. Enfermedad ácido péptica y helicobacter pylori en pediatría. Instituto Nal de Pediatría.
11. Simposio. Últimos avances en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el acido. azprensa. com. Madrid diciembre 2004
12. <http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>. Aluminium Hydroxide. Ovid technologies, Inc.
Version: rel.1.0, Sourced 1.11080.2.37
13. <http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>. Ranitidine. ovid Technologies, Inc.
Versión: rel9.3.0, Sourced ID 1.10284.1.257.
14. La medicina en 1977. La medicina del siglo XX, Rec. Med Leg 2005 1 - 3
15. Mazure PA. Tratamiento de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal: Antisecretores y Citoprotectores. Gacet Med de Suere 2000, 1070, 1-13.
16. Lauparini RL, Rotundo A, Matase R, Marigliano V. Verosimile epatite autoimmune da ranitidina. Ann el Ital Med Int. 2000,15(3): 214 – 7.
17. Takami N. Yamamoto Y, Matsuo H, OTAN H, Sawada Y. Agranulosis posiblemente causada por la ranitidina en un paciente con insuficiencia renal. Int J el Clin Pharmacol Ther.2002, 40(11): 520 – 3.

18. Ribeiro JM, Lucas M, Baptista A, Victorino RM. Fatal Hepatitis associated ranitidine. *Am J Gastroenterol*. 2000, 95(2): 559 – 60.
19. Kondo S, Kagaya M, Yamada Y, Matsusaka H, Jimbow K. UVP Photosensitivity due to ranitidine. *Dermatology*. 2000, 201(1): 71-3.
20. Lin CC y cols. Ranitidine – related Steven – Johnson syndrome in patients whit severe liver diseases: a report of two cases. *J Gastroenterol Hepatol*. 2001, 16(4):481- 3.
21. Morisset M, Moneret V, LoppinetV, Grandidier S. Cross – allergy to renitidine and nizatidine. 2000,55(7):682-683.
22. Hernández SL, Rodríguez B, Jasso GL, Farmacovigilancia. La experiencia institucional. *Rev Med IMSS* 2005; 43(3): 257-266.

A N E X O S

