



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA EN UN
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. CLAUDIA ROSAS LARA

ASESORA: DRA. LETICIA SÁNCHEZ FLORES
JEFATURA DE DEPARTAMENTO CLÍNICO
U.M.F. No. 33

ASESORA METODOLÓGICA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR U.M.F. No. 20



MÉXICO, D. F. ABRIL, 2007



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.

ASESOR

DRA. LETICIA SÁNCHEZ FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE DEPARTAMENTO CLÍNICO
UNIDAD DE MÉDICA FAMILIAR Nº 33

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR N° 20
VOCAL DEL CÓMITE DE INVESTIGACIÓN

Vo. Bo.

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33

Vo. Bo.

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERÍ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR N° 33

Vo. Bo.

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR N° 33

TESISTA

DRA. CLAUDIA ROSAS LARA

MÉDICO RESIDENTE DE 3º AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33
“EL ROSARIO”

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por estar siempre conmigo, e iluminarme en los momentos en los que dudo, y darme la dicha de continuar disfrutando cada momento de mí vida.

A MIS PADRES:

Por el apoyo incondicional y su amor, gracias por continuar a mi lado en este camino que sigo labrando, gracias en especial a mi mamá por apoyar mis sueños, por pequeños que sean.

A MIS HERMANOS:

Por ser parte de mí historia, por respetar y apoyar mis decisiones.

A TI:

Por ser el motor de mi vida, por confiar siempre en mí y por darme tanto amor.

A MIS AMIGOS:

Por contar con ustedes y demostrarme que están ahí a pesar del tiempo.

DRA CARMEN AGUIRRE GARCÍA:

Por sus consejos, su paciencia y su vocación de docencia en cada uno de sus actos y sobre todo por guiar este proyecto y los que siguen ...

El deber de un hombre esta ahí donde es más útil.

ÍNDICE

1. RESUMEN	
2. ANTECEDENTES.....	1
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
5. HIPÓTESIS.....	11
6. OBJETIVOS.....	12
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
8. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	15
9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	20
10. RESULTADOS.....	21
11. TABLAS Y GRÁFICOS.....	24
12. DISCUSIÓN.....	36
13. CONCLUSIONES.....	38
14. BIBLIOGRAFÍA.....	40
15. ANEXOS.....	43

PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Rosas Lara Claudia ¹, Sánchez Flores Leticia ², Aguirre García María del Carmen ³

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de prescripción razonada de Ranitidina en la UMF 33 en el mes de Noviembre de 2006. **DISEÑO:** Descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. **MATERIAL Y METODOS:** revisión de 91 expedientes con prescripción de ranitidina, para determinar el perfil de los pacientes, de los médicos, patrón de prescripción, y la prescripción razonada. **RESULTADOS:** La prescripción de ranitidina en la consulta total fue 16.8%, de ésta la prescripción razonada fue de 20.8%, donde predominó: el grupo etáreo de 50-59 años, el sexo femenino con 78.9%, el perfil de los médicos con prescripción razonada: turno matutino con 73.7%, edad media de 44.1 años, género femenino con 57.9%, grado académico; médico familiar con 73.7%, última actualización en gastroenterología menor de 4 años con 63.2%. El patrón de prescripción de ranitidina predominante fué dosis de 300mg en 24 Hrs para 30 días. Los factores asociados de los pacientes y médicos para la prescripción razonada fué: empleado vs. Pensionado OR 10 IC 95%(1.00-241.67) con una p=0.01, turno matutino vs turno vespertino OR 5.26 IC 95% (1.53-19.16) con una p= 0.002, ultima actualización en temas de gastroenterología menor de 4 años vs. Nunca OR 4.84 IC 95% (0.89-34.63) con una p= 0.036. **CONCLUSIONES:** La prescripción razonada de ranitidina es baja en el primer nivel de atención, posiblemente por la poca sensibilización del médico con respecto a los efectos adversos de la ranitidina y a la falta de actualización en temas de gastroenterología.

PALABRAS CLAVES: PRESCRIPCIÓN RAZONADA, RANITIDINA.

1 Médico residente de tercer año en Medicina Familiar, UMF 33 "El Rosario" IMSS.

2 Médico especialista en Medicina Familiar jefatura de departamento clínico UMF 33 "El Rosario" IMSS.

3 Médico especialista en Medicina Familiar profesora titular del curso de especialización en UMF 20 "Vallejo" IMSS. Vocal del comité de investigación.

PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

El interés por el uso racional de los medicamentos se remonta más de dos décadas atrás, pero se tiene un nuevo auge por el creciente financiamiento de los medicamentos que se desplaza a los usuarios, profundizando la inequidad, fenómeno más observado en los países pobres.

Algunos artículos mencionan que la correcta prescripción se asienta sobre cuatro pilares: la eficacia, la seguridad, el costo, y la opinión del paciente, esta decisión se afecta por factores propios del sistema sanitario e influencias sociológicas. El médico de atención primaria, prescribe sometido a presiones e influencias que en ocasiones puede manejar pero que en otras escapan de su control. (1)

En los últimos 5 años se ha incrementado el presupuesto para la compra de medicamentos dentro del IMSS. El 13 de Septiembre de 2005, el Dr. Santiago Levy Algazi, como Director del IMSS, comparece ante legisladores, refiriendo que el presupuesto para medicamentos y material de curación se incrementó en un 50% del 2000 al 2004, por ejemplo se tiene un crecimiento sustantivo en la demanda de medicamentos costosos, particularmente los oncológicos con la transición epidemiológica. Considerando estos incrementos en el presupuesto, es importante mencionar que la optimización en la distribución del recurso juega un papel primordial. (2)

El envejecimiento de la población, la disponibilidad de nuevas tecnologías médicas y la difusión de los seguros médicos, se combinan para generar una demanda creciente de estudios, procedimientos y tratamientos costosos. Lo anterior, sumado a la asignación equivocada, al desperdicio y a la mala distribución de los recursos, propicia el incremento del gasto en salud. (3)

Un estudio realizado en el Estado de Nuevo León, identificó los 15 principales motivos de consulta en unidades de medicina familiar, codificados con base en la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades y registrados en el Sistema único de información (SUI); ciertos motivos de consulta fueron agrupados puesto que compartían características similares, a saber: 1) atención prenatal, 2) diabetes mellitus, 3) hipertensión arterial sistémica, 4) síndrome doloroso lumbar, 5) diarrea por parásitos, 6) infección respiratoria alta, 7) infección de vías urinarias, 8) enfermedad articular degenerativa, 9) cervicovaginitis, 10) diarrea por amibas, 11) conjuntivitis, 12) gastritis, 13) otitis media, 14) bronquitis aguda, y 15) contusiones. Al hacer un comparativo con el costo que se genera en los principales motivo de consulta como son: como DM (\$240.42), HAS (\$312.54) diarreas (\$93.76), o control prenatal (\$92.26) y el resto de padecimientos, con el generado por gastritis o cualquier otra enfermedad ácido péptica (\$136.72), ocupa así el doceavo lugar de los motivos de consulta, pero el sexto motivo de consulta en cuanto a su costo (4), lo que genera el uso de ranitidina o de algún otro medicamento para esta patología, un costo importante en el primer nivel de atención.

CUADRO 1	
COSTOS UNITARIOS PROMEDIO DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN NUEVO LEÓN, MÉXICO, 1995	
MOTIVOS DE CONSULTA	COSTO PROMEDIO GENERAL
ATENCION PRENATAL	92,26
DIABETES MELLITUS	240,42
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	312,54
SX DOLOROSO LUMBAR	168,7
DIARREA POR PARASITOS	93,76
INFECCION RESPIRATORIA ALTA	107,65
INFECCION DE VIAS URINARIAS	109,76
ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA	207,9
CERVICO-VAGINITIS	115,64
DIARREA POR AMIBAS	101,82
CONJUNTIVITIS	97,18
GASTRITIS	136,72
OTITIS MEDIA	100,74
BRONQUITIS AGUDA	156,8
CONTUSIONES	97,67
COSTO PROMEDIO POR CONSULTA	142,64

Fuente: Villarreal-Ríos E, Montalvo-Almaguer G, Salinas-Martínez AM, Guzmán-Padilla JE, Tovar-Castillo NH, Garza-Elizondo ME, Costo en el primer nivel de atención. Salud Publica Mex 1996;38;338.

“... Existen publicaciones donde se documenta que cuando el médico decide recetar, lo hace influenciado no solo por el diagnóstico, sino también por el nivel social, las creencias, la actitud y las expectativas de los pacientes. Entre los factores que condicionan el que se recete el medicamento se incluye: la edad del paciente, el grupo étnico, la clase social, el que tengan conocimientos médicos y la familiaridad entre el médico y el paciente. Si bien es cierto que los medicamentos que se recetan en este contexto tienen efectos placebo, también es cierto que malacostumbran y medicalizan al paciente. Con frecuencia lo que el paciente espera y la percepción que tiene el médico de lo que el paciente espera no coinciden y la conducta del médico viene determinada por la percepción que tiene de las expectativas del paciente. Un estudio realizado en Inglaterra documentó que los médicos admiten que el 21% de sus prescripciones son innecesarias. Y los estudios de Cockburn y de Pitt documentaron que en el 17% y 25% de los casos los médicos no evalúan bien las expectativas de los pacientes ...” (5).

La medicalización del paciente se observa más persistente con algunos medicamentos que con otros, como ya se hizo referencia los factores condicionantes de una prescripción son muy variados, en nuestra población por la difusión masiva que se tiene con las campañas publicitarias de las empresas farmacéuticas, con los medicamentos más recetados, los accesibles o más novedosos para el tratamiento de los principales motivos de consulta. Como es la gastritis, dentro de diferentes medicamentos para su tratamiento y manejo, el más utilizado y al que más acceso tiene la población es la “RANITIDINA”, por el costo accesible debido a la variedad que actualmente existe en nuestro país, de medicamentos genéricos producidos por los laboratorios pequeños y además de los de patente producidos por las grandes compañías trasnacionales ya conocidas, lo que dan esta amplia gama de precios para el consumidor en un mismo fármaco, aunado a la difusión masiva de su uso, le otorga cierto “conocimiento” de los beneficios del medicamento a los pacientes, así como la sintomatología que se presenta en la patología que se pretende tratar, con el maravilloso producto, fomentando la automedicación, sin embargo no les informa de las contraindicaciones, reacciones adversas, situaciones contempladas que requieran ajuste de la dosis, ni mucho menos, los efectos que se pueden presentar

a mediano y largo plazo posterior a un consumo crónico y tratamientos incompletos. En los 80's en Hollywood fueron promocionados de forma intensa fármacos como la Cimetidina y la Ranitidina, lo que provocó que fueran "Drogas de éxito de taquillas", ya que se consiguieron ventas por miles de millones de dólares anuales (6)

Ese conocimiento que adquiere el paciente con respecto al fármaco, por los medios de comunicación influye en la expectativa del paciente al acudir a consulta, esperando que se prescriba el medicamento como parte de su tratamiento, cuando existen situaciones, como es, en el caso de la Gastritis secundaria a ingesta de AINEs (antiinflamatorios no esteroideos), donde si no cuenta con patología que justifique la administración del AINE (antiinflamatorios no esteroideos) de forma crónica, esa gastritis se resolverá con la suspensión de AINE, sin embargo el paciente con noción de los síntomas de gastritis así como noción del tratamiento, tendrá la expectativa de recibir una receta con Ranitidina, y si se otorga por parte del médico, cae en el 21% de las prescripciones innecesarias (5), que se mencionan en los estudios referidos en este documento previamente.

Esta situación de el desperdicio del recurso por una prescripción no razonada, se observa no solo en el IMSS, si no en el resto del sector salud, lo que ha desatado la preocupación de algunos sectores como en la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco, donde se organizaron talleres para discutir la enseñanza de la terapéutica en uso racional de medicamentos, dando énfasis a las medidas correctivas (7), como pauta importante en el ahorro de costos en medicamentos utilizados de forma indiscriminada.

Prescripción razonada: es la utilización adecuada del cuadro básico de medicamentos, en relación a la guía diagnostico-terapéutica, de cada padecimiento en particular, de manera que los medicamentos sean prescritos por tiempo y dosis individualizada a cada paciente, buscando la optimización de los recursos institucionales, sin detrimento de la calidad de atención (8,9).

Para una Institución como el IMSS, que asigna para la compra de medicamentos aproximadamente el 15 % de su ingreso total, el incremento en la demanda de medicamentos, incrementa el desabasto, por la prescripción no razonada, y desperdicio del recurso, perpetua el problema de desabasto. Recordar que el IMSS de 10 millones de recetas que se dan al mes, 500 mil recetas no son surtidas, tiene un abasto de 95%, no resuelto en su totalidad (9), por lo que se tendrá que tomar en cuenta, las pérdidas que se tienen en costos por la prescripción no razonada o uso irracional de medicamentos.

La gastritis se puede dividir en 3 categorías: 1) gastritis erosiva y hemorrágica, 2) gastritis no erosiva inespecífica (histológica), y 3) tipos específicos de gastritis caracterizados por manifestaciones histológicas y endoscópicas distintivas que pueden ser diagnosticas de un trastorno. Siendo las mas frecuentes en nuestro medio, las del primer tipo y dentro de estas, la gastritis por estrés, gastritis por AINES, gastritis alcohólica (11), por mencionar algunas. Los bloqueadores de los receptores H_2 de la histamina, son parte importante en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica, y de estos contamos con la ranitidina, que es uno de los medicamentos más utilizados del cuadro básico dentro del tratamiento para esta patología, existen otros como los bloqueadores de la bomba de protones, pero por ser de costo más elevado, de forma institucional se ocupa como una segunda alternativa para el tratamiento de gastritis. El tiempo considerado de tratamiento con ranitidina va de 2 semanas a 8 semanas dependiendo del origen de la gastritis, solo existen situaciones como en los pacientes con enfermedad articular degenerativa que consumen de forma crónica AINES, se indicara Ranitidina, pero con dosis ajustadas, así como mayor aporte de alimentos con hierro para disminuir complicaciones o efectos secundarios. (12)

En México, la frecuencia de pacientes con úlcera gástrica ha aumentado y se ha observado disminución de la úlcera duodenal. La úlcera gástrica es más frecuente en mujeres, mayores de 60 años y generalmente se asocia a la ingesta de AINE'S en más de 40% de los casos. Por su parte la úlcera duodenal se presenta en pacientes más jóvenes, generalmente del sexo masculino y asociado a factores de

riesgo como el tabaquismo y el *Helicobacter pylori* en más de 90% de los casos. La mortalidad en pacientes con úlcera péptica y hemorragia es de 10% de los casos. Se han identificado otros factores de riesgo de co-morbilidad como la edad avanzada, enfermedad cardiovascular, respiratoria o cerebro-vascular, que implican un mal pronóstico (13, 14)

Como ya se menciona en la gastritis, en la úlcera péptica es también factor asociado a consumo de AINE por cualquier vía (oral, intravenosa, intramuscular, rectal) ya que su efecto de bloqueador de prostaglandinas elimina un importante factor de protección de la mucosa gástrica y duodenal, entre otras formas de agresión. El tabaquismo y la ingesta de alcohol en altas concentraciones causa hemorragia en la mucosa, sin embargo, no se ha comprobado que este último provoque úlcera péptica. Se ha identificado una predisposición familiar, y el antecedente de haber padecido úlcera péptica se considera factor de riesgo para volverla a presentar. Las enfermedades pulmonares crónicas, cirrosis e insuficiencia renal crónica son factores predisponentes (15).

Se debe tener cautela al interpretar los síntomas de la úlcera son poco sensibles y específicos. El síntoma más común es la dispepsia, en un 25% de los pacientes con úlcera sangrante no la refieren. La curación de la úlcera no garantiza la desaparición de los síntomas.

Se debe pensar en los diagnósticos diferenciales de reflujo gastroesofágico, síndrome de intestino irritable, enfermedades de las vías biliares, pancreatitis, cáncer, trastornos metabólicos, efectos secundarios de medicamentos. No todo dolor en epigastrio es gastritis ni úlcera gástrica (16).

La hemorragia es la complicación más frecuente en este tipo de padecimientos. La úlcera péptica implica 30 a 50% de todas las causas de hemorragia de tubo digestivo alto.

En el primer nivel de atención se dispone de varios medicamentos indicados como ya se ha venido mencionando para el tratamiento de los diversos tipos de gastritis y la úlcera péptica:

1. Los antiácidos como el aluminio y magnesio
2. Los antagonistas de los receptores H₂ al cual pertenece la Ranitidina, tienen un efecto prolongado en la supresión ácida nocturna. Debe ajustarse la dosis en los pacientes con insuficiencia renal crónica. La Ranitidina no es un medicamento inocuo, ya que se dice que de consumirla por tiempos prolongados, puede condicionar anemia ferropénica, ya que interfiere con la absorción de hierro de los alimentos a través de la luz intestinal, se dice que esta complicación se presenta en un 6% de los paciente (17), sin embargo cabe recordar que ese pequeño porcentaje incluye diversos grupos de edad, sin embargo la población mayor de 60 años ya tiene cambios degenerativos a nivel intestinal que dificultan la absorción adecuada de nutrientes, no se diga los paciente con patologías crónico-degenerativas que acentúan esta dificultad, o simplemente presente complicaciones, como en los paciente con insuficiencia renal crónica en los cuales se debe de ajustar la dosis de Ranitidina así como el tiempo de administración, ya que acelera el daño renal, en este tipo de pacientes se puede considerar la administración de bloqueador de la bomba de protones, como el omeprazol que se encuentra dentro del cuadro básico.
3. Los inhibidores de la bomba de protones son los supresores más eficaces de la secreción de ácido gástrico, son profármacos que requieren activación en un ambiente ácido.
4. Los análogos de prostaglandina (misoprostol) tienen el efecto de disminuir la secreción ácida, además estimula la secreción de mucina y bicarbonato y mejora el flujo sanguíneo en la mucosa.

5. El sucralfato en un ambiente ácido sufre entrecruzamiento y polimerización extensos para producir un gel viscoso y pegajoso que se adhiere con firmeza a las células epiteliales y más a los cráteres de las úlceras hasta por seis horas después de una dosis única.

Los usuarios a largo plazo de AINE tienen un riesgo de 2 a 4% de presentar una úlcera sintomática complicada. Es ideal que los AINE sean sustituidos, incluso por un inhibidor selectivo de la COX-2. Sin embargo, es posible la cicatrización de úlceras a pesar del uso continuo de AINE al emplear fármacos supresores de ácido, por lo general en dosis más altas y durante un periodo mucho más prolongado. Los inhibidores de la bomba de protones son mejores que los antagonistas de los receptores H₂ y el misoprostol para favorecer la curación de las úlceras activas, así como para prevenir su recurrencia. En este tipo de casos es donde se debe valorar la suspensión del AINE o el dar tratamiento prolongado con ranitidina (18). Existen otros tratamientos no farmacológicos como la escleroterapia con endoscopia y la cirugía en segundo y tercer nivel de atención como otras alternativas, en caso de complicaciones, pero para gastritis o alguna otra enfermedad ácido péptica el medicamento más utilizado es la ranitidina en el primer nivel de atención.

JUSTIFICACIÓN

El IMSS tiene aproximadamente una población de 50 millones de derechohabientes, actualmente, como referencia cabe mencionar que en el 2001 se otorgaron más de 100 millones de consultas médicas al año. La distribución del gasto en los servicios de salud es el 25% para el primer nivel de atención y específicamente para las consultas de medicina familiar. La distribución del gasto por grupos de edad es la siguiente: 15-59 años se consume el 60 % del gasto en salud, mayores de 60 años el 19% para menores de 5 años 14%, y para 6-14 años el 7% del gasto total de salud (19). En un estudio realizado E.U.A., sobre prescripción no razonada, o potencialmente inapropiada en ancianos residentes de asilos, se reportó que la prescripción inapropiada o no razonada se presentaba en más del 50% de los pacientes, y entre los medicamentos involucrados se encontró la Ranitidina (20).

Considerando el gasto que se invierte en el primer nivel de atención por su productividad, así como por la población que atiende, es por eso que se decidió la realización de este estudio, recordando que dentro de los primeros 15 motivos de consulta esta la Gastritis, que se puede presentar principalmente en pacientes en edad económicamente activa, que representa el 60% de la atención otorgada, y la prevalencia de gastritis en pacientes mayores de 60 años esta aumentando por el consumo de medicamentos de forma crónica, siendo la Ranitidina el medicamento más utilizado en el tratamiento de esta patología.

Se pretendió con este estudio, conocer la frecuencia de prescripción razonada de Ranitidina en la UMF 33, y que los resultados obtenidos permitan de ser necesario, diseñar estrategias para sensibilización del personal médico para ejercer una prescripción razonada, considerando sus efectos adversos, costos, y crear una cultura de optimización de los recursos que se podría extender dentro del mismo instituto hacia otras unidades así como incluso a otras instituciones del sector salud, ya que esta problemática no es únicamente prevaleciente en el IMSS si no en el sector salud. El costo mensual de ranitidina en la UMF 33, en este momento es de \$ 11,300.00 equivalente a 4,500 unidades aprox. Estas acciones podrían tener un impacto social y económico importante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CONOCER LA PRESCRIPCION RAZONADA DE RANITIDINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".

¿Cuál es la frecuencia de prescripción razonada de ranitidina en la unidad de medicina familiar no. 33 "el rosario D.F?".

HIPÓTESIS

Es un estudio de tipo descriptivo, por lo cual no requiere hipótesis.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de prescripción razonada de Ranitidina en la UMF 33 en el mes de Noviembre de 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el porcentaje de consultas otorgadas con prescripción de ranitidina.
 - 1.1. Identificar el porcentaje de consultas otorgadas con prescripción razonada de ranitidina.
2. Identificar la frecuencia de congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica en las consultas otorgadas en las que se prescribe ranitidina.
 - 2.1. Identificar los síntomas y signos predominantes en los pacientes con congruencia clínica con prescripción de ranitidina.
 - 2.2. Identificar los diagnósticos más frecuentes por lo que se prescribe ranitidina.
 - 2.3. Identificar el patrón de prescripción de ranitidina (dosis. Prescripción mensual, consumo total en meses y sus rangos respectivamente).
3. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con prescripción razonada de ranitidina.: edad, sexo (genero), tipo de derechohabencia.
4. Identificar el perfil del médico con prescripción razonada de ranitidina: edad, sexo, grado académico, antigüedad, tiempo en que recibió el último curso de actualización de gastroenterología.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, observacional, transversal, y retrospectivo.

SITIO DE ESTUDIO

Servicio de Consulta Externa del turno matutino y vespertino, de la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”, Delegación 1 Norte del I.M.S.S. Ubicada en Av. Renacimiento s/n y Av. De las Culturas y AV Aquiles Serdan, en la Unidad habitacional El Rosario, delegación política Azcapotzalco, D.F.

La U.M.F. 33 El Rosario consta de 27 consultorios, por turno un turno matutino y un turno vespertino, teniendo como recurso humano por consultorio: un médico familiar, y una asistente médica, los cuales administran y optimizan los recursos para la atención a la población derechohabiente, se cuenta con los siguientes recursos materiales por consultorio: un área física, un escritorio, una mesa de exploración, una bascula con estadímetro para adultos, y una pediátrica, un lavamanos (una tarja), esfigmomanómetro, termómetro, un pinard, cintas métricas, torundas, guantes y abatelenguas, un biombo, un escritorio para la recepción, anaqueles y archiveros, sillas, dos computadoras (una para el médico y una para la asistente).

Dentro de la infraestructura de la unidad se cuenta con 2 estacionamientos (uno para público y pacientes y otro para el personal de la unidad), de fácil acceso sobre la Av. Renacimiento.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todo paciente que acuda a consulta de medicina familiar en el mes de noviembre del 2006, al cual se le prescribió ranitidina.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Consulta otorgada en el mes de noviembre del 2006, con prescripción de ranitidina

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Expedientes que no cuenten con nota
- Expedientes donde la prescripción de ranitidina es indicada por un 2º ó 3º nivel de atención.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Servicios de salud

TAMAÑO DE MUESTRA

De un total de 23,623 consultas otorgadas en la UMF 33, en el mes de Noviembre de 2006, de las cuales 21,684 consultas fueron de medicina familiar (turno matutino y turno vespertino), de estas sé quiso conocer la frecuencia de prescripción de ranitidina y de prescripción razonada, para ello sé tomó una muestra. Se realiza la revisión de 540 expedientes de consultas otorgadas en noviembre de 2006, y se revisaron 10 consultas por cada consultorio de ambos turnos.

MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

VARIABLES DEL ESTUDIO

I. VARIABLES ESTUDIADAS A LOS PACIENTES

EDAD

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, contando desde que nació.

Definición operacional: Años vividos de cada paciente.

Tipo de variable: Cualitativa de intervalo.

SEXO

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue el macho de la hembra, lo masculino de lo femenino.

Definición operacional: Sexo o género de los pacientes: masculino o femenino.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

DERECHOHABIENCIA

Definición conceptual: Condición administrativa al acceso de seguridad social en una determinada institución.

Definición operacional: Tipo de seguridad social en el imss, con el que cuenta el paciente..

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

PRESCRIPCIÓN

Definición conceptual: Indicación del medico del modo de preparación y administración de un remedio, sustancia activa o algún medicamento.

Definición operacional: Prescripción de ranitidina.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

SÍNTOMAS

Definición conceptual: Manifestación de una alteración orgánica o funcional solo apreciable por el paciente.

Definición operacional: Síntoma asentado en la nota médica, relacionado con diagnósticos que apoyen la prescripción de ranitidina.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

SIGNO

Definición conceptual: Fenómeno o síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el medico reconoce o provoca.

Definición operacional: Signo observado o provocado durante la exploración física asentado en nota medica, relacionado con diagnósticos que apoyen la prescripción de ranitidina.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

DIAGNÓSTICO

Definición conceptual: Identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de esta.

Definición operacional: Enfermedades actuales o determinadas previamente.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

PRESCRIPCIÓN RAZONADA

Definición conceptual: Utilización adecuada del cuadro básico de medicamentos en relación a la guía diagnostica terapéutica de cada padecimiento en particular.

Definición operacional: Optimización del uso de ranitidina, en relación a contar con congruencia clínica, diagnostica, y terapéutica para su prescripción.

Nota: *de no contar con alguna no se considerará prescripción razonada.*

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

CONGRUENCIA CLÍNICA

Definición conceptual: Interrogatorio, semiología y exploración orientada o dirigida para determinada patología.

Definición operacional: síntomas, (semiología) y signos (exploración física orientada o dirigida) de determinada patología relacionada con la prescripción de ranitidina, plasmado en el expediente.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

CONGRUENCIA DIANÓSTICA

Definición conceptual: Integración de cuadro clínico (síntomas y signos), que conllevan coherentemente a un determinado diagnóstico.

Definición operacional: Integración de síntomas y signos, que conllevan coherentemente a una patología relacionada a la prescripción de ranitidina, plasmado en el expediente.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

CONGRUENCIA TERAPÉUTICA

Definición conceptual: Tratamiento lógico y coherente indicado en un diagnóstico determinado.

Definición operacional: Plan de manejo para padecimientos a base de ranitidina, con relación lógica en tiempo de prescripción, dosificación, y mejoría de los síntomas y signos o remisión de los mismos, plasmado en el expediente.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

DOSIS

Definición conceptual: Cantidad determinada de un medicamento o agente terapéutico, especialmente la que se da de una vez.

Definición operacional: Cantidad de ranitidina que se indica en 24 hrs.

Tipo de variable: Cuantitativa de intervalo.

PRESCRIPCIÓN MENSUAL:

Definición conceptual: Periodo que se determina para la administración de determinada sustancia activa o medicamento.

Definición operacional: Prescripción mensual en días.

Tipo de variable: Cuantitativa discontinuas.

CONSUMO TOTAL EN MESES

Definición conceptual: Periodo que se determina para la administración de determinada sustancia activa o medicamento.

Definición operacional: Tiempo total de consumo en meses de ranitidina.

Tipo de variable: Cuantitativa discontinuas.

II. VARIABLES ESTUDIADAS A LOS MÉDICOS

EDAD DE LOS MÉDICOS

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, contando en años desde que nació.

Definición operacional: Años vividos de cada uno de los médicos.

Tipo de variable: Cualitativa de intervalo.

SEXO O GÉNERO DEL MÉDICO

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue el macho de la hembra, lo masculino de lo femenino.

Definición operacional: Sexo o género de los médicos: masculino o femenino.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

GRADO ACADÉMICO

Definición conceptual: Estudios con el que cuente un medico al termino de su carrera.

Definición operacional: Grado académico con el que cuenta el medico que prescribe ranitidina.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

ANTIGÜEDAD LABORAL

Definición conceptual: Tiempo laborado acumulado en un empleo.

Definición operacional: Tiempo por parte del medico de ejercer su profesión o especialidad en años.

Tipo de variable: Cuantitativa discreta.

ACTUALIZACIÓN

Definición conceptual: Revisión de información reciente de un tema ya conocido.

Definición operacional: Tiempo en años de su última actualización de temas de gastroenterología.

Tipo de variable: Cuantitativa discreta.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó la revisión de 540 expedientes de consultas de medicina familiar otorgadas en el mes de Noviembre 2006, 10 expedientes por consultorio, 27 del turno matutino y 27 del turno vespertino (54 consultorios), se les aplicó las variables de estudio, obteniéndose las consultas con prescripción de ranitidina, siendo éstas incluidas en la muestra en estudio.

RESULTADOS

Se hizo una revisión de 540 expedientes de los cuales el 16.8% (n= 91) tenían prescripción de ranitidina **Grafico 1.**

El grupo con prescripción de ranitidina tuvo el siguientes perfil sociodemográfico: el grupo etáreo predominante fue el de 60 a 69 años, con 28.6% (n=26), seguido del grupo de 50 a 59 años con un 27.5% (n=25), una media de 54.9 años, con un rango de edad de 11 a 100 años y una DE de 17. El género femenino predominó con un 72.5% (n=66).

En cuanto a su derechohabencia se encuentra predominando el beneficiario de pensionado con un 24.2% (n=22), seguido de empleado y pensionado, con un 23.1% (n= 21) respectivamente. **Cuadro 1.**

En cuanto a los médicos que prescriben ranitidina, se encuentra la siguiente distribución por turno, matutino 48.9% (n= 23) y vespertino 51.1% (n= 24) **Grafico 1.1**

La media de edad de los médicos que prescribieron ranitidina fue de 44 años, con un rango de 28 a 62 años, y una DE 9.4 (n= 47). La edad de los médicos de acuerdo al turno se distribuyó de la siguiente manera, en el turno matutino tuvo una media 46.6 años, con un rango 34 a 57 años y una DE de 6.4 (n= 23) y del turno vespertino tuvo una media 41.1 años, con un rango de 28 a 62 años con una DE de 9.7 (n= 24), el grupo etáreo que predominó es el de 41 a 55 años en un 61.7% (n= 29). El género del médico que predomina es el femenino con un 51.1% (n= 24), el grado académico que sobresalió, fué el de médico familiar con un 70.2 % (n= 33), la antigüedad laboral que más médicos engloba es el grupo de menor de 6 años con un 25.5% (n= 12), la última actualización en temas de gastroenterología, predominó el menor de 4 años con un 31.9% (n= 15).**Cuadro 2.**

El perfil sociodemográfico del paciente en cuanto a la prescripción razonada de ranitidina, fue: de acuerdo al grupo etáreo de 50 a 59 años con un 36.8% (n= 7), la media de edad fue 50.7 años, con una DE de 18.3, y un rango 15 a 82 años, el

género predominante es el femenino con un 78.9% (n= 15), de acuerdo a la derechohabencia se encontró predominando el empleado con un 36.8 % (n=7) seguido del pensionado con un 31.6% (n= 6). **Gráfico 2 y Gráfico 3.**

En cuanto a la prescripción no razonada de ranitidina, fue: de acuerdo al grupo etáreo de 61 a 69 años, con un 31.9% (n= 23), el género predominante es el femenino con un 70.8% (n= 51), de acuerdo a la derechohabencia se encontró predominando el pensionado con un 27.8 % (n= 20) **Cuadro 3.**

El perfil sociodemográfico de los médicos en cuanto a la prescripción razonada de ranitidina, fue: el turno que predominó fue el matutino con un 73.7% (n= 14), la edad media fue de 44.1 años , con una DE de 8.4, y un rango de 32-57 años, el grupo de edad de los médicos es 41 a 55 años , con un 68.4% (n= 13), el género femenino con un 57.9% (n= 11), el grado académico fue el de médico familiar con un 73.7% (n= 14), en la antigüedad el menor de 6 años, el de 16-20 años, y el de 21 a 25 años, con un 26.3% (n= 5) respectivamente, la última actualización en temas de gastroenterología fue en un lapso menor de 4 años con un 63.2% (n= 12). **Cuadro 4 y Gráfico 4.**

Se observa la congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica, que predominó el turno matutino, con un 23.1% (n= 21), 19.8% (n= 18) y 22% (n= 20) respectivamente, el médico familiar con un 23% (n= 21), 19.8% (n=18) y 23.1% (n=21) respectivamente, y con última actualización en temas de gastroenterología en los últimos 4 años con un 19.8% (n=18), 15.4% (n=14) y 20.9% (n=19) respectivamente. **Cuadro 5.**

De las características clínicas presentes en los pacientes con prescripción de ranitidina fueron la epigastralgia con un 30.5% (n=11), dolor abdominal tipo quemante 16.6% (n=6) y pirosis 13.8% (n=5) y el único signo fue el dolor en epigastrio a la palpación, siendo el 100% (n=4). **Cuadro 6.**

Los principales diagnósticos registrados en el grupo estudiado, fueron: Hipertensión arterial con un 20.6% (n=29), Gastritis de diversas etiologías con un 16.3% (n=23) y Diabetes mellitus 2 con un 13.5% (n=19). **Cuadro 7**

El patrón de prescripción de ranitidina tiene un rango de dosis de 150 mg a 450mg / 24 Hrs, predominó la dosis de 300mg en 24 Hrs con un 78.2% (n= 72), la prescripción mensual en días predominó la de 30 días con un 87.9% (n= 80), el consumo total en meses tiene un rango de 1 a 27 meses siendo el predominante el grupo de 1 mes con un 45% (n=41), en congruencia terapéutica se presentó en la prescripción de ranitidina, en un 33% (n=30). **Cuadro 8.**

Utilizando estadística inferencial, se buscaron factores asociados, para la prescripción de ranitidina se encontró: en el paciente de 70 años o mayor vs. menor de 30 años OR 2.47 IC 95% (0.94-6.77) con una p= 0.04, paciente femenino vs. masculino OR 1.73 IC 95% (1.02-2.94) con una p= 0.02, paciente beneficiario del pensionado vs. empleado OR 2.15 IC 95% (1.04 - 4.42) con una p= 0.02, paciente pensionado beneficiario del pensionado vs. hijo OR 5.24 IC 95% (1.08 – 34.52) con una p= 0.01. En relación a los factores asociados en médicos para la prescripción de ranitidina: médicos con una antigüedad de 10 años o menos vs. mayor de 20 años OR 1.78 IC 95% (0.96-3.29) con una p= 0.048. **Cuadro 9**

Los factores asociados a los pacientes para la prescripción razonada de ranitidina encontrados fueron: en el empleado vs. Pensionado OR 10 IC 95%(1.00-241.67) con una p=0.01. **Cuadro 10**

Los factores asociados a los médicos para la prescripción de razonada de ranitidina se encontró: turno matutino vs turno vespertino OR 5.26 IC 95% (1.53-19.16) con una p= 0.002, ultima actualización en temas de gastroenterología menor de 4 años vs. Nunca OR 4.84 IC 95% (0.89-34.63) con una p= 0.036 **Cuadro 11.**

CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE RANITIDINA

VARIABLE	n	%
GRUPO ETAREO		
10-19 AÑOS	3	3,3
20-29 AÑOS	0	4,4
30-39 AÑOS	7	7,7
40-49 AÑOS	0	4,4
50-59 AÑOS	25	27,5
60-69 AÑOS	26	28,6
70 Y 79 AÑOS	15	16,5
80 Y MÁS	7	7,7
TOTAL	91	100
SEXO		
MASCULINO	25	27,5
FEMENINO	66	72,5
TOTAL	91	100
DERECHOHABIENCIA		
EMPLEADO	21	23,1
ESPOSA (O)	11	12,1
HIJOS	2	2,2
PADRES	14	15,4
PENSIONADO	21	23,1
BENEFICIARIO DEL PENSIONADO	22	24,2
TOTAL	91	100

CUADRO 2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS MÉDICOS QUE PRESCRIBIERON RANITIDINA

VARIABLE	MATUTINO		VESPERTINO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
TOTAL	23	48,9	24	51,1	47	100
EDAD						
MEDIA DE EDAD	46,6		41,1		45	
RANGO	34-57 (DE 6,4)		28-62 (DE 9,7)		28-62 (DE 9,4)	
< 41 años	4	8,5	11	23,4	15	31,9
41-55 años	17	36,2	12	25,5	29	61,7
> 55 años	2	4,3	1	2,1	3	6,4
TOTAL	23	48,9	24	51,1	47	100
SEXO						
MASCULINO	10	21,3	13	27,7	23	48,9
FEMENINO	13	27,7	11	23,4	24	51,1
TOTAL	23	48,9	24	51,1	47	100
GRADO ACADÉMICO						
MÉDICO GENERAL	5	10,6	5	10,6	10	21,3
MÉDICO FAMILIAR	17	36,2	16	34	33	70,2
OTRA ESPECIALIDAD	1	2,1	2	4,3	3	6,4
MF + OTRA ESPECIALIDAD	0	0	1	2,1	1	2,1
TOTAL	23	48,9	24	51,1	47	100
ANTIGÜEDAD						
< 6 años	1	2,1	11	23,4	12	25,5
6-10 años	3	6,4	2	4,3	5	10,6
11-15 años	4	8,5	2	4,3	6	12,8
16-20 años	6	12,8	5	10,6	11	23,4
21-25 años	7	14,9	3	6,4	10	21,3
> 25 años	2	4,3	1	2,1	3	6,4
TOTAL	23	48,9	24	51,1	47	100
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN EN TEMAS DE GASTROENTEROLOGÍA						
< 4 años	11	23,4	4	8,5	15	31,9
4-7 años	7	14,9	2	4,3	9	19,1
8-10 años	2	4,3	8	17	10	21,3
nunca	3	6,4	10	21,3	13	27,7
TOTAL	23	48,9	24	51,1	47	100

CUADRO 3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN RAZONADA Y NO RAZONADA DE RANITIDINA.

VARIABLES	PRESCRIPCIÓN RAZONADA		PRESCRIPCIÓN NO RAZONADA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
GRUPO ETAREO						
10-19 AÑOS	1	5,3	2	2,8	3	(3,3%)
20-29 AÑOS	1	5,3	3	4,2	4	(4,4%)
30-39 AÑOS	2	10,5	5	6,9	7	(7.7%)
40-49 AÑOS	1	5,3	3	4,2	4	(4,4%)
50-59 AÑOS	7	36,8	18	25	25	(27,5%)
60-69 AÑOS	3	15,8	23	31,9	26	(28,6%)
70 Y 79 AÑOS	3	15,8	12	16,7	15	(16,5%)
80 Y MÁS	1	5,3	6	8,3	7	(7.7%)
TOTAL	19	100%	72	100%	91	(100%)
SEXO						
MASCULINO	4	21,1	21	29,2	25	(27,5%)
FEMENINO	15	78,9	51	70,8	66	(72,5%)
TOTAL	19	100%	72	100%	91	(100%)
DERECHOHABIENTIA						
EMPLEADO	7	36,8	14	19,4	21	(23,1%)
ESPOSA (O)	2	10,5	9	12,5	11	(12,1%)
HIJOS	1	5,3	1	1,4	2	(2.2%)
PADRES	2	10,5	12	16,7	14	(15,4%)
PENSIONADO	1	5,3	20	27,8	21	(23,1%)
BENEFICIARIO DEL PENSIONADO	6	31,6	16	22,2	22	(24,2%)
TOTAL	19	100%	72	100%	91	(100%)

CUADRO 4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MÉDICOS DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN RAZONADA Y NO RAZONADA DE RANITIDINA.

	PRESCRIPCION RAZONADA		PRESCRIPCION NO RAZONADA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
TURNOS						
MATUTINO	14	73,7	25	34,7	39	42,9
VESPERTINO	5	26,3	47	65,3	52	57,1
TOTAL	19	100	72	100	91	100
EDAD						
< 41 años	5	26,3	29	40,3	34	37,4
41-55 años	13	68,4	39	54,2	52	57,1
> 55 años	1	5,3	4	5,6	5	5,5
TOTAL	19	100	72	100	91	100
SEXO						
MASCULINO	8	42,1	34	47,2	42	46,2
FEMENINO	11	57,9	38	52,8	49	53,8
TOTAL	19	100	72	100	91	100
GRADO ACADÉMICO						
MEDICO GENERAL	4	21,1	17	23,6	21	23,1
MEDICO FAMILIAR	14	73,7	46	63,9	60	65,9
OTRA ESPECIALIDAD	1	5,3	7	9,7	8	8,8
MF + OTRA ESPECIALIDAD	0	0	2	2,8	2	2,2
TOTAL	19	100	72	100	91	100
ANTIGÜEDAD						
< 6 años	5	26,3	25	34,7	30	33
6-10 años	1	5,3	9	12,5	10	11
11-15 años	2	10,5	8	11,1	10	11
16-20 años	5	26,3	15	20,8	20	22
21-25 años	5	26,3	11	15,3	16	17,5
> 25 años	1	5,3	4	5,6	5	5,5
TOTAL	19	100	72	100	91	100
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN EN TEMAS DE GASTROENTEROLOGÍA						
< 4 años	12	63,2	31	34	43	47,2
4-7 años	4	21,1	13	14,3	17	18,7
8-10 años	1	5,3	3	3,3	4	4,4
nunca	2	10,5	25	27,5	27	29,7
TOTAL	19	100	72	79	91	100

CUADRO 5. CONGRUENCIA CLÍNICO, DIAGNÓSTICA, TERAPÉUTICA Y PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE ACUERDO A TURNO, GRADO ACADÉMICO Y ACTUALIZACIÓN EN TEMAS DE GASTROENTEROLOGÍA

VARIABLE	Cx CLÍNICA				Cx DIAGNÓSTICA				Cx TERAPÉUTICA				PRESCRIPCIÓN RAZONADA		PRESCRIPCIÓN NO RAZONADA	
	SI		NO		SI		NO		SI		NO					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TURNO																
MATUTINO	21	23,1	18	19,7	18	19,7	21	23,1	20	22	19	20,9	14	73,7	25	34,7
VESPERTINO	11	12,1	41	45,1	8	8,8	44	48,4	11	12,1	41	45,1	5	26,3	47	65,3
TOTAL	32	35,2	59	64,8	26	28,5	65	71,5	31	34,1	60	66	19	100	72	100
GRADO ACADÉMICO																
MG	9	10	12	13,2	5	5,5	16	17,6	5	5,5	16	17,6	4	21,1	17	23,6
MF	21	23	39	42,8	18	19,8	42	46,2	21	23,1	39	42,9	14	73,7	46	63,9
OTRA ESP	2	2,2	6	6,6	2	2,2	6	6,6	4	4,4	4	4,4	1	5,3	7	9,7
MF + OTRA	0	0	2	2,2	1	1,1	1	1,1	1	1,1	1	1,1	0	0	2	2,8
TOTAL	32	35,2	59	64,8	26	28,5	65	71,5	31	34,1	60	66	19	100	72	100
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN EN TEMAS DE GASTROENTEROLOGÍA																
< 4 años	18	19,8	31	34,1	14	15,4	35	38,5	19	20,9	30	33	12	63,2	37	51,4
4-7 años	5	5,5	12	13,2	4	4,4	13	14,3	5	5,5	12	13,2	3	15,8	14	19,4
8-10 años	3	3,3	2	2,2	4	4,4	1	1,1	3	3,3	2	2,2	2	10,5	3	4,2
nunca	6	6,6	14	15,4	4	4,4	16	17,6	4	4,4	16	17,6	2	10,5	18	25
TOTAL	32	35,2	59	64,8	26	28,5	65	71,5	31	34,1	60	66	19	100	72	100

MG = Médico General

MF = Médico Familiar

OTRA ESP = Médico con otra especialidad

MF + OTRA = Médico Familiar con otra especialidad

Cx CLÍNICA = Congruencia Clínica

Cx DIAGNÓSTICA = Congruencia Diagnóstica

Cx TERAPÉUTICA = Congruencia Terapéutica

P RAZONADA = Prescripción Razonada

CUADRO 6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PRESENTES EN LOS PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE RANITIDINA

SINTOMAS FRECUENTES		n	%
1	EPIGASTRALGIA	11	30,5
2	DOLOR ABDOMINAL TIPO QUEMANTE	6	16,6
3	PIROSIS	5	13,8
4	DISPEPSIA	3	8,3
5	NAUSEAS	3	8,3
6	DISFAGIA	2	5,6
7	DISTENCIÓN POSTPRANDIAL	2	5,6
8	REGURGITACIÓN	2	5,6
6	ERUPTOS	1	2,8
10	VÓMITO	1	2,8
TOTAL DE SINTOMAS REGISTRADOS		36	100
SIGNO PRESENTE EN LA PRESCRIPCIÓN DE RANITIDINA			
*	DOLOR EN EPIGASTRIO A LA PALPACIÓN	4	100

CUADRO 7. DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE RANITIDINA

DIAGNOSTICOS		n	%
1	HIPERTENSION ARTERIAL	29	20,6
2	GASTRITIS (DIVERSAS ETIOLOGIAS)	23	16,3
3	DIABETES MELLITUS 2	19	13,5
4	COLITIS (DIVERSAS ETIOLOGIAS)	8	5,7
5	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	8	5,7
6	CARDIOPATIA (DIVERSAS ETIOLOGIAS)	5	3,5
7	OSTEOARTRITIS	4	2,8
8	DISLIPIDEMIA	3	2,1
9	GONARTROSIS	2	1,4
10	OSTEOPOROSIS	2	1,4
	OTROS DIAGNOSTICOS	38	27
	TOTAL	141	100

CUADRO 8. PATRON DE PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA

	RANGO	PRESCRIPCIÓN RAZONADA		PRESCRIPCIÓN NO RAZONADA		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
DOSIS	1 a 3						
1 = 150 mg en 24 Hrs		3	3,3	14	15,3	17	18,6
2 = 300 mg en 24 Hrs		15	16,4	57	62,6	72	78,2
3 = 450 mg en 24 Hrs		1	1,1	1	1,1	2	2,2
TOTAL		19	20,8	72	78,2	91	100
PRESCRIPCIÓN MENSUAL EN DÍAS	6 a 30						
6 días		0	0	1	1,1	1	1,1
10 días		0	0	3	3,3	3	3,3
15 días		2	2,2	0	0	2	2,2
20 días		3	3,3	2	2,2	5	5,5
30 días		14	15,3	66	71,6	80	87,9
TOTAL		19	20,8	72	78,2	91	100
CONSUMO TOTAL EN MESES	1 a 27						
1) 1 mes		10	10,9	31	34	41	45
2) 2 a 6 meses		5	5,5	22	24,1	27	29,6
3) 7 a 12 meses		1	1,1	11	12	12	13,2
4) 13 a 18 meses		1	1,1	7	7,7	8	8,8
5) 19 a 24 meses		2	2,2	0	0	2	2,2
6) > de 24 meses			0	1	1,1	1	1,1
TOTAL		19	20,8	72	78,2	91	100
CONGRUENCIA TERAPÉUTICA							
SI		19	100	11	12,1	30	33
NO		0	0	61	67	61	67
TOTAL		19	100	72	100	91	100

CUADRO 9. FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES Y MÉDICOS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE RANITIDINA

	OR	IC 95%	p
Paciente >70 años / < 30 años	2,47	(0,94 - 6,77)	0,04
Paciente femenino / masculino	1,73	(1,03 - 2,94)	0,02
Paciente beneficiario de pensionado / empleado	2,15	(1,04 - 4,42)	0,02
Médico con una antigüedad de 10 años o menos / > 20 años	1,78	(0,96 - 3,29)	0,048

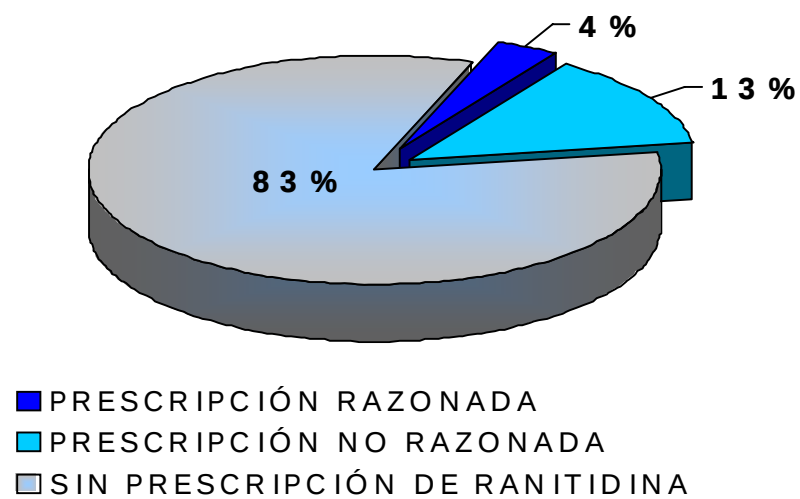
CUADRO 10. FACTORES ASOCIADOS A LOS PACIENTES PARA LA PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA

	OR	IC 95%	p
Empleado / pensionado	10	(1,00 - 241,67)	0,01

CUADRO 11. FACTORES ASOCIADOS A LOS MÉDICOS PARA LA PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA

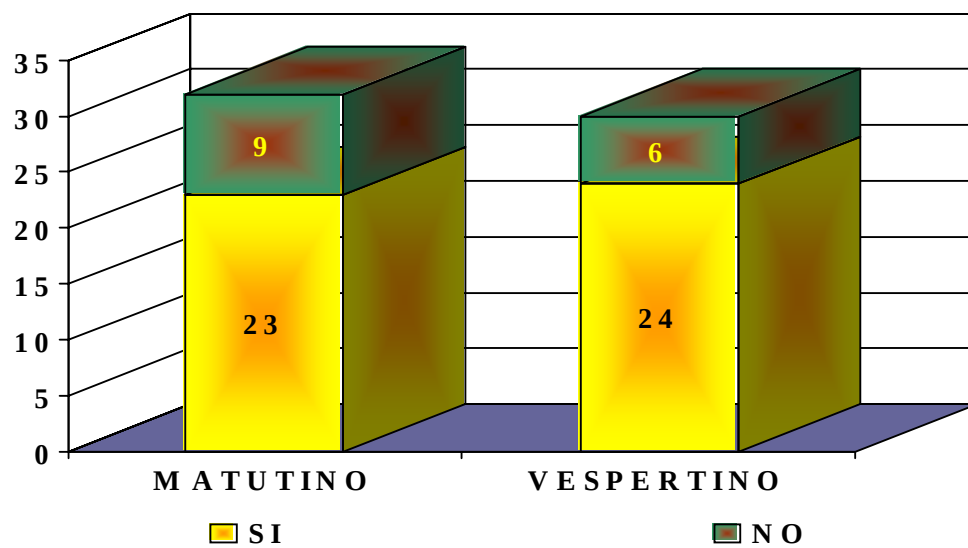
	OR	IC 95%	p
Turno matutino / turno vespertino	2,87	(0,88 - 9,65)	0,049
Actualización en temas de gastroenterología < 4 años / ninguna	4,84	(0,89 - 34,63)	0,036

GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE 540 CONSULTAS DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN DE RANITIDINA



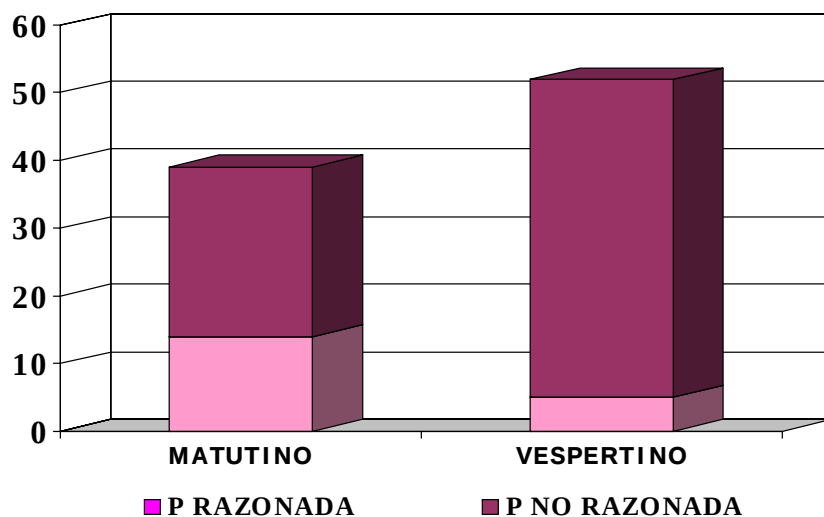
NOVIEMBRE 2006, UMF 33

**GRAFICO 1.1 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS POR
TURNO DE ACUERDO LA PRESCRIPCIÓN DE
RANITIDINA**



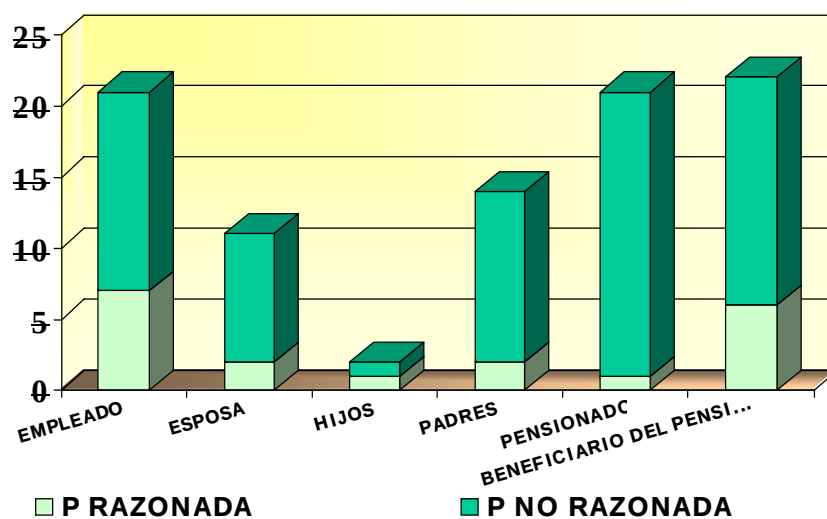
NOVIEMBRE 2006, UMF 33

**GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON
PRESCRIPCION RAZONADA DE RANITIDINA POR
TURNO.**



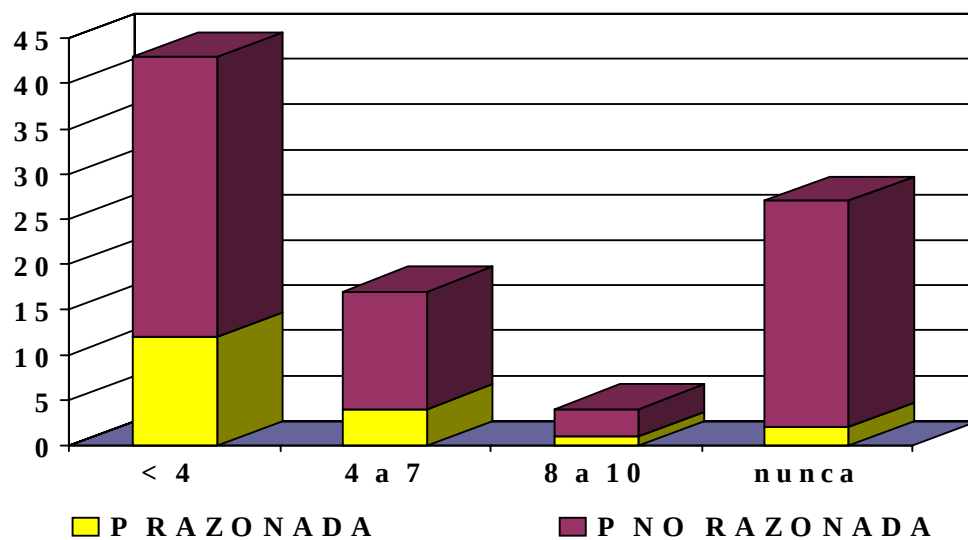
NOVIEMBRE 2006, UMF 33

**GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON
PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA DE
ACUERDO A SU DERECHOHABIENCIA**



NOVIEMBRE 2006, UMF 33

**GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS, CON
PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE RANITIDINA, DE
ACUERDO A LA ACTUALIZACIÓN EN
GASTROENTEROLOGÍA EN AÑOS.**



NOVIEMBRE 2006, UMF 33

DISCUSIÓN

El presente trabajo demostró que la prescripción de ranitidina es del 16.8% de la consulta total. Siendo la prescripción razonada solo en un 20.8% del total.

Los factores asociados en pacientes para la prescripción razonada de ranitidina fue el ser empleado vs pensionado, y en los médicos contar con actualización menor a 4 años en temas de gastroenterología, así como pertenecer al turno matutino.

La prescripción inapropiada, los errores en el tratamiento y la morbilidad relacionada con los medicamentos se ha hecho el foco del interés internacional en años recientes.(21)

Diaz y cols (22) investigaron la prescripción razonada de naproxén en un estudio descriptivo, retrospectivo transversal y observacional en 200 adultos mayores en una unidad de primer nivel de atención del IMSS, encontrando que el 35% de la prescripción era razonada siendo el principal motivo la falta de congruencia clínico diagnóstica y terapéutica en el ejercicio del médico.

Britten y cols. (23) analizaron la factibilidad de usar una clara o amplia definición de la prescripción apropiada identificando dos aspectos: lo apropiado y el resultado del paciente.

Para lo cual realizaron un estudio descriptivo al sur de Inglaterra en 24 médicos generales y 186 pacientes de su consulta a los cuales se les aplicó un cuestionario antes y después de la atención médica indagando la percepción del paciente con respecto a el otorgamiento de tratamiento terapéutico, la adherencia al mismo considerando tres dimensiones innecesario, no deseado y farmacológicamente inapropiado.

El 42 % de pacientes mencionaron que querían o esperar una receta a su problema principal.

Las prescripciones fueron escritas en dos tercios (65 %) de las consultas de estudio, y 7 % de éstos no había sido deseada. Una de cada cinco prescripciones no fueron estrictamente indicado.

El 41 % de recetas prescritas fueron necesarias, deseadas y apropiadas. Falta de adhesión terapéutica en un 25% de los pacientes.

La Brithish Geriatrics Society (24) menciona que la prescripción inapropiada en el adulto mayor es un tema o foco de interés internacional por lo que hace las siguientes recomendaciones para disminuir la prescripción no razonada y errores en el tratamiento:

- Formar un equipo multidisciplinario que este integrado por un farmacéutico, medico geriatra y una enfermera geriatra.
- Evaluación individual del manejo en el adulto mayor por este equipo.
- Educación a la población sobre los efectos adversos de los medicamentos.
- Sensibilizar a los médicos la responsabilidad de la prescripción.

El estudio se encontró una prescripción razonada menor a la mencionada por la literatura, dentro de los motivos reportados se encuentran: la falta de congruencia clínico, diagnostica y terapéutica, y posiblemente la poca participación de los médicos en programas de educación médica continua, no existen por el momento reportes en la literatura, de factores asociados de los médicos para una prescripción razonada.

CONCLUSIONES

La prescripción de ranitidina en el total de consultas fue del 16.8%, la prescripción razonada en éstas fué únicamente del 20.8%.

La congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica en ambos turnos fue de 35.2%, 28.6% y 34.1% respectivamente.

Los síntomas y signos predominantes en los pacientes con congruencia clínica con prescripción de ranitidina fueron los siguientes: epigastralgia, dolor abdominal tipo quemante, pirosis, dispepsia, nauseas, disfagia, distensión posprandial, regurgitación, eructos, vómito, así como dolor en epigastrio a la palpación.

Los diagnósticos más frecuentes por lo que se prescribió ranitidina fueron: Hipertensión Arterial, Gastritis (por diversas etiologías), Diabetes Mellitus 2.

El patrón de prescripción de ranitidina fue de: dosis mas frecuente fue 300mg cada 24 Hrs. con un 78.2%. Prescripción mensual en días predominante fue por 30 días con un 87.9%, y el consumo total en meses más frecuente de 1 mes, con un 45%.

Las características sociodemográficas de los pacientes con prescripción razonada de ranitidina fueron la siguientes: Edad media; 50.7 años, el sexo predominante; femenino, con un 78.9%, derechohabiencia mas frecuente; empleado con un 36.8%.

El perfil sociodemográfico del médico con prescripción razonada de ranitidina: edad media; 44.1 años, el Grupo etáreo que predominó fué el de 41-55 años con un 68.4%, sexo femenino ocupó el 57.9 %, en grado académico predominó el médico familiar con un 73.7%, la antigüedad predominante fue de 16-25 años con un

52.6%, última actualización en temas de gastroenterología más frecuente fue menor de 4 años con un 56.3%.

La prescripción razonada de ranitidina en esta unidad se encuentra por debajo de lo reportado por la literatura, con una congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica baja, posiblemente por la poca sensibilización del médico con respecto a los efectos adversos de la ranitidina y a la falta de actualización en temas de gastroenterología.

En conclusión la prescripción razonada de ranitidina en el primer nivel de atención fué baja.

La actualización constante, es un fundamental para incrementar la prescripción razonada, y la optimización el recurso (25).

COMENTARIO.

Sugerimos fomentar la participación del personal médico en programas de educación médica continua dirigido a los padecimientos de mayor demanda en la consulta de primer nivel, así como la sensibilización de médicos y pacientes sobre los efectos adversos de la ranitidina.

Para tomar la decisión de seleccionar un fármaco debe ser sometido a una crítica tomando en consideración efectos adversos y costos o ambos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintana GJ, Morell SM, Rubio TL. Prescripción razonada de medicamentos. Form méd contin aten prim 2000; 7(2): 116-127.
2. CAPITULO IV ESTADO DE RESULTADOS Y BALANCE GENERAL 2002. IMSS; p 147.
3. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington, D.C.: Oxford-University Press, 1993.
4. Villarreal-Ríos E, Montalvo-Almaguer G, Salinas-Martínez AM, Guzmán-Padilla JE, Tovar-Castillo NH, Garza-Elizondo ME, Costo en el primer nivel de atención. Salud Publica Mex 1996 ;38 :338-340.
5. Las presiones para prescribir. Una interacción compleja de factores (editorial). Brtt Med J 1997; N° 7121;Vol. 315: p 24.
6. Morgan S. Canadian prescription drug costs surpass \$18 billion. Can Med Assoc J May 10 2005;172 (10):p 1323-1324
7. Lopez-Linares R. Nuevos rimbos para la enseñanza de la terapeutica en México. Fármacos Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos (serial online) 1998 febrero (citado 11/11/2004); Volumen 1 (1): (28 pantallas visualizadas). Disponible en <http://boletinfarmacos.org>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Modelo institucional de atención integral de la salud. México: IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas; 1998
9. Hernández –Castro IC, Moreno JC, Soto-González Y. Medicina de Familia, Guía diagnostico terapéuticas para el médico familiar. México: IMSS, Dirección regional La Raza, Comisión de Atención y Evaluación Médicas; 1999.
10. Comparecencia del director del IMSS ante legisladores; México 13 de septiembre de 2005.
11. Tierney L. Diagnostico clínico y tratamiento. Manual Moderno 2004 edición 39:p.551-554
12. Neville DY, Tulassay Z, Juhasz L, Racz IR, Howard JM, Van Rosburg C, et al. A comparison of omeprazole with ranitidine for the ulcers associated with NSAID's. N Engl J Med 1998; 338 (11): 719-725.
13. Rodríguez-Hernández H, Loera-Ontiveros EL, Almaraz-Larreta C, Jiménez-Ramírez N, Solano-Ramírez A, Jacabo-Karam JS. Úlcera péptica con hemorragia. Análisis de egresos hospitalarios. Rev Gastroenterol Méx 1999;64(1):6-11.
14. Dallal HJ, Palmer KR. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper gastrointestinal haemorrhage. BMJ. 2001;323:1115-1118.

15. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *NEJM* 1999;340(24):1888-1899.
16. Bazaldua OV, Scheneider FD. Evaluation and management of dyspepsia. *Am Fam Physician* 1999;60(6):1773-1788
17. Louw JA, Marks S. Peptic ulcer disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2002;18: P 667
18. Bjarnason I, Hayllar J, MacphersonAJ, Russell AS. Side effects of nonsteroidal anti.inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. *Gastroenterology* 1993;104:1832-1847.
19. Zurita B, y cols, Gasto de atención médica 2001. Economía de la Salud seminario internacional. Muñoz y editores. Primera edición 2003;p115-124.
20. Lau D, Kasper J, Potter B, Lyles A. Potentially Inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: their scope and associated resident and facility characteristics. *Health Serv Res* 2004 October; 39 (5): p 1257-1276
21. Howard R. Inappropriate prescribing in older people. *Age Ageing* 2004;33 (6): 530-532.
22. Diaz RF, Morales LJ, Sánchez VC. Prescripción de naproxén en el adulto mayor. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (5): 409-414.
23. Britten N,Jenkins L, Barber N, Brodley, Stevenson F. Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. *Qual Saf Health Care* 2003;12:246-250.
24. Departament of Health. Organisation with a Memory. Londres. Departament of Health,2000.
25. Al-Shehri A, Stanley I, Thomas P. Continuing education for general practice.2, Systematic learning from experience. *Br J Gen Pract* 1993;43:249-253.
26. Lau D, Kasper J, Potter B, Lyles A, Bennett R. Hospitalization and death associated with potenciales inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med* 2005; 165: 68-75.
27. Shane R. COPE:The science and the art. *Am J Health-Syst Pharm* 2003;60:1273-1276.
28. Martin MS. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin* 2001;116:299-306.
29. Zangwill A, Billinger A, Kamei R. Reducing prescribing errors through a quiz program for medical residents. *Am J Health-Syst Pharm* August 1 2000; 57 (15): 1396-1397.

30. División de Documentación e Información. Algoritmos para el manejo de los 12 padecimientos más comunes en Medicina Familiar. Coordinación de Educación Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1996.
31. Schwartz R, Soumerai B, Avorn J. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. Soc Sci Med 1989;28:577-582.
32. Gutiérrez G. El uso injustificado de medicamentos, un problema grave en aumento. Arch Invest Med Mex 1988; 1:329-333.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33

" EL ROSARIO "

FORMATO DE CAPTURA DE DATOS

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

FOLIO: _____ NOMBRE: _____ FECHA: _____

 FILIACION: _____ CONSULTORIO: () TURNO: ()
 1) MATUTINO
 2) VESPERTINO

TIPO DE DERECHOHABIENTA: ()

- 1) EMPLEADO
- 2) ESPOSA O ESPOSO
- 3) HIJOS
- 4) PADRES
- 5) PENSIONADO
- 6) BENEFICIARIO DEL PENSIONADO

PRESCRIPCIÓN DE RANITIDINA: ()

- 1) SI
- 2) NO

 SINTOMAS: _____ SIGNOS: _____

CONGRUENCIA CLÍNICA: ()

- 1) SI
- 2) NO

 DIAGNOSTICOS: _____

CONGRUENCIA DIAGNOSTICA: ()

- 1) SI
- 2) NO

DOSIS: ()

- 1) 150 mg/24 Hrs
- 2) 300 mg/24 Hrs
- 3) 450 mg/24 Hrs
- 4) mas de 450 mg/24 Hrs.

PRESCRIPCIÓN MENSUAL: _____ DÍAS

CONSUMO TOTAL: _____ MESES

CONGRUENCIA TERAPÉUTICA: ()

- 1) SI
- 2) NO

PRESCRIPCIÓN RAZONADA: ()

- 1) SI
- 2) NO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL MÉDICO

NOMBRE: _____ MATRICULA: _____

EDAD: _____ años

SEXO: ()
1) M 2) F

GRADO ACADÉMICO : ()

- 1) MÉDICO GENERAL
- 2) MÉDICO FAMILIAR
- 3) OTRA ESPECIALIDAD
- 4) MF + OTRA ESPECIALIDAD

ANTIGÜEDAD: _____ AÑOS