

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

107

"CONGRUENCIA CLINICA, DIAGNOSTICA, TERAPEUTICA DE LA REFERENCIA DE PACIENTES DE UN PRIMER A UN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2"

291027

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

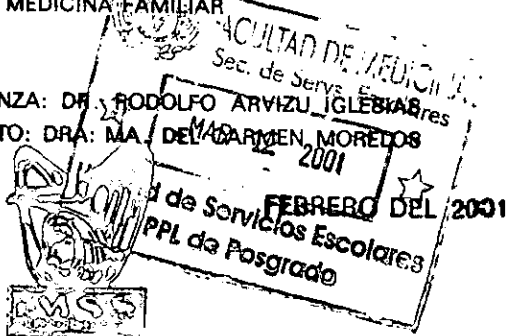
P R E S E N T A :

DRA. GUADALUPE ESMERALDA QUIROZ ORTEGA

ASESORA: DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

JEFE DE ENSEANZA: DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS PROFESOR ADJUNTO: DRA. MARCELA DEL MAR MENENDEZ

MEXICO, D. F.



JEFATURA DE ENSEANZA

U. M. F. No. 33



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



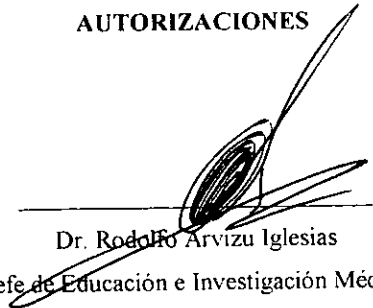
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

## AUTORIZACIONES



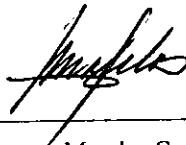
---

Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias  
Jefe de Educación e Investigación Médica  
de la UMF. 33 "El Rosario".



---

Dra. Mónica Enríquez Neri  
Profesora Titular del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar de la UMF. 33 "El Rosario".  
Asesora de Tesis.



---

Dra. Ma. del Carmen Morelos Cervantes.  
Profesora adjunta del Curso de especialización en  
Medicina Familiar de la UMF. 33 "El Rosario".

---

Dra. Guadalupe Esmeralda Quiroz Ortega.  
Medico Residente del 3er grado del Curso de  
especialización en Medicina Familiar en la UMF 33.  
Tesisista.

**A MI FAMILIA:**

*Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer, en esta vida de lucha y superación constantes, deseo expresarles, que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes y constituyen el legado más grande que pudiera recibir.  
Con amor, admiración y respeto.*

*Guadalupe Esmeralda Quiroz Ortega.*

**A MI ASESORA DE TESIS:**

*Por su inagotable espíritu de enseñanza, deseo de superación de nuestra especialidad, por el tiempo dedicado, por la forma especial de otorgarnos la oportunidad de ser mejores con cada una de sus enseñanzas.*

**GRACIAS.**

INDICE:

TITULO.....	1
INTRODUCCION.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
DISCUSION.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	20

“ CONGRUENCIA CLINICA, DIAGNOSTICA, TERAPEUTICA DE  
LA REFERENCIA DE PACIENTES DE UN PRIMER A UN SEGUNDO  
NIVEL DE ATENCION, CON DIAGNOSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2”

EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ENCUESTA DESCRIPTIVA

## ***A) INTRODUCCION***

### ***PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA***

Proceso médico, administrativo entre las unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Esta estrategia está dirigida a mejorar de manera integral la aplicación de los criterios clínicos, paraclínicos y administrativos para el envío de los pacientes entre los tres niveles de operación, favoreciendo el uso adecuado de los recursos e incrementando la calidad médica y el trato cálido y humanístico a los pacientes, así como la disminución de los costos de modo razonado.

Se consideran las siguientes líneas de acción:

- Supervisión de la calidad del envío
- Asistencia de otras especialidades en la unidad

Resultados esperados:

- Abatimiento de los envíos no procedentes
- Mejoría en la oportunidad de atención en unidades receptoras
- En su caso, reducción de costos por traslado de pacientes en grupo
- Disminución de traslados por ampliación en la capacidad resolutive.

El instituto mexicano del seguro social, a través de la normatividad realizada en el año de 1998, por la subdirección médica, edita el instructivo del expediente clínico, en donde el envío a especialistas de otra unidad hospitalaria, se debe realizar en la forma 4-30-8/83, y donde se ha observado que el envío realizado por el médico familiar, se efectúa en discordancia a lo ya establecido (4).

En base a todo lo anterior y cumpliendo con la normatividad de los programas básicos de atención médica, y en forma especial, los padecimientos crónico-degenerativos que implican el envío a unidades de segundo nivel de atención cuando menos una vez al año, aun cuando el paciente se encuentre bien controlado por el médico familiar. El IMSS ha considerado la atención a la Diabetes Mellitus como una prioridad institucional en la que es necesario llevar a cabo acciones específicas anticipatorias a la manifestación de la enfermedad. Para estos propósitos se ha considerado importante resaltar las entidades clínicas, diagnósticas y terapéuticas en una evaluación adecuada del padecimiento.

Estudios sobre la evaluación de la calidad en nuestro país, los encontramos en la revisión que hace Aguirre gas (1). Así, con esas bases surgió la necesidad de verificación, es decir, la necesidad de constatar el cumplimiento de estándares que aseguran niveles adecuados de calidad. No obstante, se hizo cada vez más evidente que ni la evaluación por sí sola, ni la acreditación como elemento central para asegurar la calidad, conducían necesaria y automáticamente hacia la corrección de problemas que disminuyeran los beneficios esperados, sobre todo porque estos elementos se transformaron en fines por sí mismos, así la transición de la evaluación de la garantía se hizo necesaria.



Así mismo, la dirección de las diferentes unidades de medicina familiar, sobre la base de los lineamientos institucionales establecidos determina que cada una de las jefaturas con que cuentan sus unidades, se emprendan al desarrollo de estrategias específicas y líneas de acción que no sean limitativas, para que su aplicación sea en concordancia con la desconcentración y autonomía de gestión, para la mejor observancia de las finalidades que cada proceso de la operación persigue, siguiendo las grandes premisas de calidad y calidez.

Para tal fin se realizó el programa estratégico de referencia y contrareferencia. En el seguimiento de esta estrategia se considera de manera directa la evaluación del cambio sistematizado hacia el enfoque participativo, la capacitación propiciatoria de modificación de la cultura, organizaciones, el análisis de sus procesos basados en la objetividad y los cambios en los pasos de la operación, que favorezcan el mejor cumplimiento de la finalidad del proceso (4).

Los objetivos del presente estudio son en primer lugar determinar con que frecuencia son referidos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, a un segundo nivel de atención para valoración por otras especialidades, determinar la frecuencia de congruencia clínica de las referencias a segundo nivel con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 realizadas por especialistas en medicina familiar, determinar la frecuencia de congruencia diagnóstica de las referencias a un segundo nivel con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 realizadas por especialistas en medicina familiar, determinar la frecuencia de congruencia terapéutica de las referencias a segundo nivel con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 realizadas por especialistas en medicina familiar, identificar las causas de referencia de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 a un segundo nivel de atención.

La finalidad del presente trabajo es determinar la frecuencia de congruencia clínica, diagnóstica, terapéutica, en las referencias de pacientes diabéticos tipo 2, de un primer a un segundo nivel de atención médica.

## ***B. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS:***

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar no. 33 “ El Rosario”, Delegación no. 1 Noroeste, del Distrito Federal; se revisaron expedientes de pacientes diabéticos que contaran con notas de referencia a segundo nivel, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de Noviembre de 2000 a Enero de 2001. Con el objeto de evaluar la congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica existente en dichas referencias. El tipo de estudio realizado es de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal.

Se evaluó la calidad de la referencia (4-30/8), mediante el cuadro número 1, basado en las guías diagnóstico terapéuticas para el médico familiar, realizadas por la comisión de atención y educación médica de la delegación 2 noreste del Distrito Federal.

Se incluyeron al estudio las notas de referencia de pacientes a segundo nivel con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, las notas de referencia realizadas a consecuencia de complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, las realizadas por médicos familiares como única especialidad, y las realizadas por médicos generales adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 33.

Se eliminaron del estudio aquellos expedientes en los que no se encontró la nota de referencia a segundo nivel de atención.

Las variables estudiadas en esta investigación son: Congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica, Sistema de referencia de pacientes, primer nivel de atención, segundo nivel de atención, diabetes mellitus, médico familiar y médico general.

El muestreo realizado fue de tipo No probabilístico de casos consecutivos.

Por otro lado para complementar esta información se elaboró un documento ex profeso para la recopilación de la información el cual se incluye como cuadro número 2 (anexo).

El análisis estadístico de la información recopilada se realizó a través de estadística descriptiva, obteniéndose porcentajes, medias y frecuencias, seguido de la presentación de los resultados en tablas y gráficas.

Los textos, cuadros y gráficas fueron procesados en una microcomputadora PC a través de los siguientes programas: Word, Excel. Finalmente la información recabada fue comparada con la bibliografía existente y se establecieron conclusiones y alternativas de solución.

### ***C. RESULTADOS:***

En la revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y/o sus complicaciones de Noviembre de 2000, a Enero de 2001, se encontraron 98 notas de referencia de un total de 1350 envíos (Gráfica 1).

Los diagnósticos principales fueron: Retinopatía diabética en 27 notas de referencia, lo cual equivale a un 27.55%; el segundo lugar lo ocupan la Diabetes Mellitus descontrolada con 23 casos y un 23.46%, en tercer lugar “valoración anual” como diagnóstico en 15 casos con un 15.30%; en cuarto lugar las hiperlipidemias con 9 casos y un 9.18%, el diagnóstico de catarata ocupa el quinto lugar con 8 casos, con 8.16%, al igual que la Insuficiencia venosa periférica y la insuficiencia renal crónica (Gráfica 2).

### ***CONGRUENCIA CLINICA:***

En cuanto a congruencia clínica, es decir al registro adecuado de antecedentes y factores de riesgo, semiología completa, y exploración física, se encontró principalmente deficiencia en este primer rubro que es el registro de antecedentes y factores de riesgo, no se señala en los cuadros correspondientes, lo pertinente a antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y patológicos, ignorándose estos apartados en 68 casos (69.38%), en la semiología realizada se observa principalmente la falta de mención en la patología agregada al padecimiento, en 20 de las referencias (20.40%), se mencionó en 68 casos (69.38%) la evolución del padecimiento y su estado actual; en cuanto a la exploración física se enuncia en forma poco detallada en relación al padecimiento actual y menos detallada en la exploración física en general en 55 casos, es decir en el 56.12%; también se observó que 68 de las

notas de referencia contaban con somatometría básica (Talla y peso) así como signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, y temperatura), no así el resto que son 30 casos (30.6%) en los cuales no se menciona ninguno de estos parámetros o se hace en forma incompleta (Gráfica 3).

### ***CONGRUENCIA DIAGNOSTICA:***

En cuanto a la Congruencia Diagnóstica se encontró que 68 de las notas de referencia contaban con estudios de laboratorio que sustentaban el diagnóstico, y se observó que las cifras de glucosa reportadas oscilaron entre 118 y 480 mg/dl, con una media de 299; y en otros casos en los que resultó pertinente, se encontraron otros estudios complementarios, como por ejemplo en el caso de las dislipidemias (8.16%), se incluyeron cifras de colesterol y triglicéridos, además de los estudios básicos de laboratorio (glucosa, urea, creatinina, hemoglobina y cuenta leucocitaria); en el caso de pacientes con insuficiencia renal crónica se incluyeron las cifras de urea y creatinina a los estudios básicos.

La alteración más frecuente en esta variable, con 38 casos (38.77%), fue ausencia de mención en el control o descontrol, de la Diabetes Mellitus y/o la complicación evaluadas, el tiempo de evolución del padecimiento y las complicaciones en caso de existir (Gráfica 4).

### ***CONGRUENCIA TERAPEUTICA:***

En cuanto a esta última variable se encontró que en 71 (72.44%) de las notas de referencia menciona el tratamiento farmacológico empleado, el tipo de medicamento, la dosis y el tiempo por el que se administra; en 59% de las notas no se comenta el tratamiento no farmacológico empleado (dieta, actividad física, no adicciones, cuidados higiénicos); en el caso de los pacientes con Insuficiencia Venosa Periférica (8.16%), se comenta el tipo de tratamiento no farmacológico empleado, el cual correspondió a las medidas de higiene vascular como es el uso de medias elásticas, elevación de las piernas a 40 grados, agregadas a las medidas generales del padecimiento (Gráfica 5).

La congruencia clínica encontrada fue de 27% (30 casos), la congruencia diagnóstica fue del 47% (60 casos), la congruencia terapéutica fue de 30% (39 casos) (Gráfica 6).

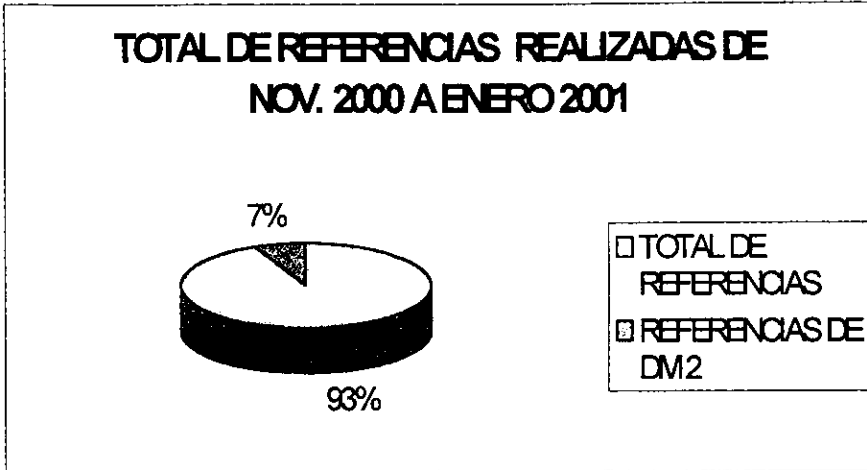
Ninguna de las notas de referencia comenta el envío a otros servicios como trabajo social, medicina preventiva, estomatología o planificación familiar.

**CUADRO 1**

**\* TOTAL DE PACIENTES REFERIDOS A SEGUNDO NIVEL CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.**

TOTAL DE REFERENCIAS	REFERENCIAS POR DM 2
1350	98

**GRAFICA 1**



**FUENTE: SERVICIO DE ARIMAC.**



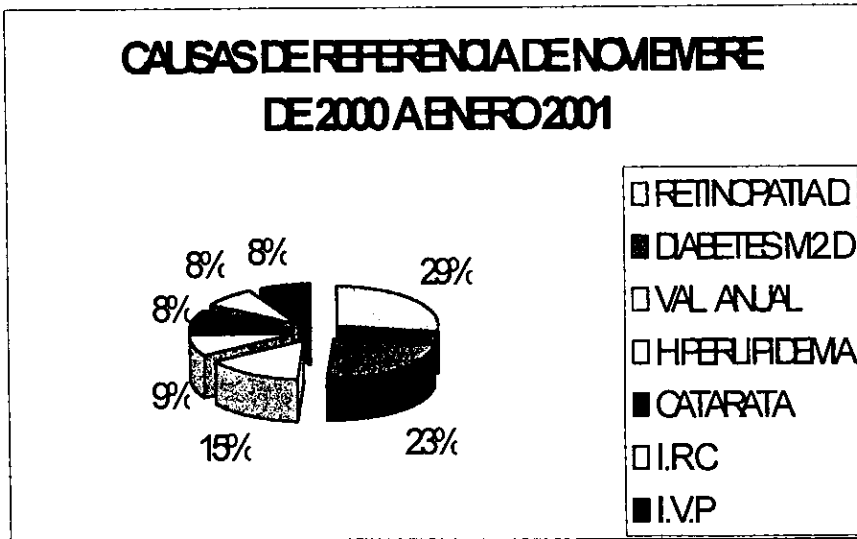
**CUADRO 2**

**\* CAUSAS DE REFERENCIA DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2, DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2000 A ENERO DE 2001.**

CAUSAS DE REF.	CASOS	PORCENTAJE
RETINOPATIA D.	27	29
DIABETES M.2.D	23	23
VAL. ANUAL	15	15
HIPERLIPIDEMIA	9	9
CATARATA	8	8
INS.RENAL CRONICA	8	8
INS.VENOSA PERIF.	8	8
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fuente: Servicio de Arimac.

**GRAFICA 2**



**FUENTE: SERVICIO DE ARIMAC.**

\*I.R.C = Insuficiencia Renal crónica

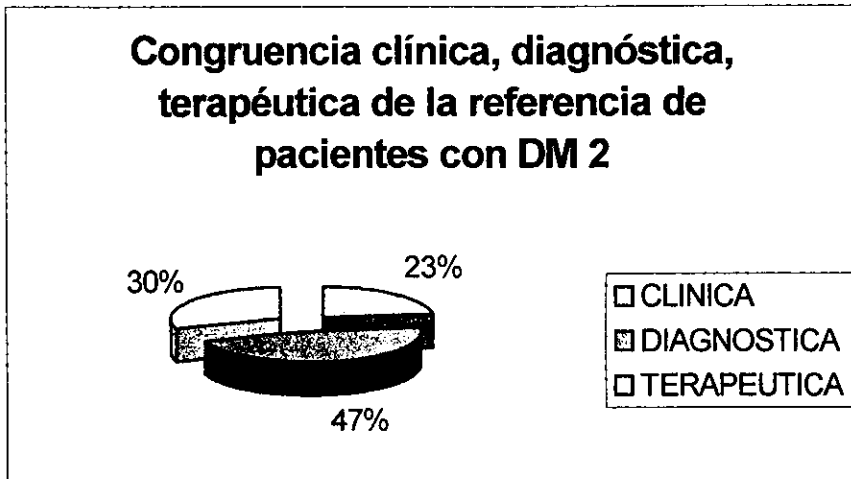
\*I.V.P= Insuficiencia Vascular Periférica

**CUADRO 3**

**\* CONGRUENCIA CLINICO, DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA DE LA REFERENCIA DE PACIENTES CON D.M 2**

CONGRUENCIA CLX, DX, TX	CASOS	PORCENTAJE
CLINICA	30	23
DIAGNOSTICA	60	47
TERAPEUTICA	39	30
TOTAL	129	100

**GRAFICA 3**



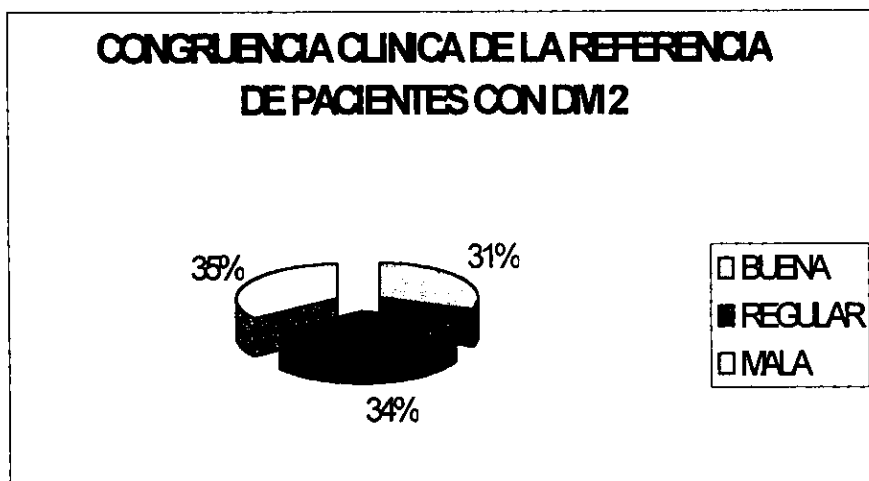
**FUENTE: NOTA DE REFERENCIA OBTENIDA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS.**

**CUADRO 4**

**\* CONGRUENCIA CLINICA DE LA REFERENCIA DE PACIENTES A SEGUNDO NIVEL CON DIAGNOSTICO DE D.M 2**

CONGRUENCIA CLINICA	CASOS	PORCENTAJE
BUENA	30	31
REGULAR	34	34
MALA	34	35
TOTAL	98	100

**GRAFICA 4**



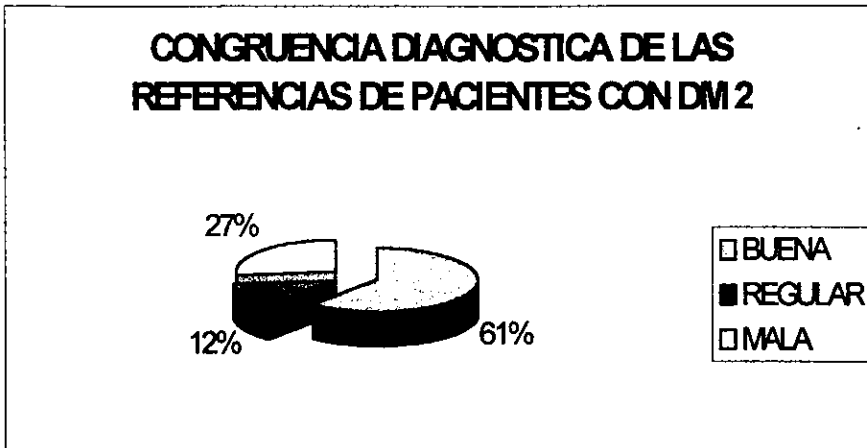
**FUENTE: NOTA DE REFERENCIA OBTENIDA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS.**

**CUADRO 5**

**\* CONGRUENCIA DIAGNOSTICA DE LA REFERENCIA DE  
PACIENTES CON D.M 2**

CONGRUENCIA DIAGNOS.	CASOS	PORCENTAJE
BUENA	60	61
REGULAR	12	12
MALA	26	27
TOTAL	98	100

**GRAFICA 5**



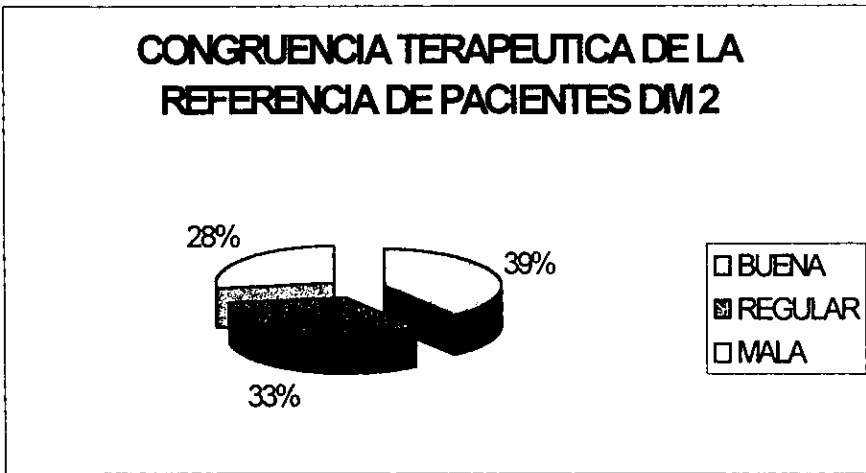
**FUENTE: NOTA DE REFERENCIA OBTENIDA DE LOS  
EXPEDIENTES CLINICOS.**

**CUADRO 6**

**\* CONGRUENCIA TERAPEUTICA DE LA REFERENCIA DE  
PACIENTES CON D.M 2**

CONGRUENCIA TX	CASOS	PORCENTAJE
BUENA	39	39
REGULAR	32	33
MALA	27	28
TOTAL	98	100

**GRAFICA 6**



**FUENTE: NOTA DE REFERENCIA OBTENIDA DE LOS  
EXPEDIENTES CLINICOS.**

## ***D) DISCUSION:***

En la valoración de los expedientes clínicos y sus referencias, se valoró la Congruencia Clínica, Diagnóstica y Terapéutica, se encontró cierta dificultad en la lectura de las notas de referencia elaboradas por el médico familiar, las cuales se realizaron con letra manuscrita poco legible y utilizando en forma frecuente abreviaturas; se encontró también que el “Diagnóstico” enunciado en la parte superior derecha de la nota de referencia en 15 (15.30%) de los casos fue “Valoración anual”, sin precisarse realmente un Diagnóstico, y menos de Diabetes Mellitus tipo 2 en forma principal y/o diagnóstico secundario en caso de existir, o la complicación motivo de referencia.

Este estudio nos ofrece un panorama de la calidad de las notas de referencia a segundo nivel de atención, en este caso particular de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, se aprecia en sus resultados una deficiencia en la calidad de la nota de referencia principalmente en cuanto a congruencia clínica, la cual es parte medular de la misma, ya que en ella se encuentran el registro de antecedentes y factores de riesgo así como la semiología, elementos que son base fundamental e insustituibles del diagnóstico, y que nos ofrecen la posibilidad de un diagnóstico certero y por lo tanto de un tratamiento eficaz.

Se observa además una exploración física poco detallada y en ocasiones sin relación específica con el diagnóstico motivo de referencia a un segundo nivel de atención, en cuanto a congruencia diagnóstica y terapéutica son pocas las alteraciones encontradas, quizá por la forma rutinaria de establecer el tipo de estudios de laboratorio que va a requerir cada uno de los pacientes de

acuerdo con el diagnóstico y el tipo de tratamiento requerido en su caso particular.

Podemos concluir por tanto, que la calidad de las notas de envío a segundo nivel en esta muestra de pacientes es inadecuada, y que las causas probables se encuentran desde el tiempo limitado en la atención que se otorga por paciente que es aproximadamente de 15 minutos, hasta malos hábitos, métodos y técnicas en la realización de interrogatorio en general, semiología y examen físico inadecuados, lo cual nos lleva invariablemente a un diagnóstico erróneo en ocasiones y a un tratamiento inadecuado, que se traduce en una deficiencia en la calidad de la atención médica, por tanto, las alternativas sugeridas son supervisión de la calidad de la nota de referencia por parte de los jefes de departamento clínico, los cuales deben contar con los conocimientos necesarios en cuanto a la elaboración de la misma, otorgándole la importancia que merece un interrogatorio y exploración física exhaustivos, los cuales sin duda llevaran a la realización de un diagnóstico correcto, la utilización adecuada de los recursos se observará principalmente en un estudio clínico cuidadoso que le permita solicitar estudios de laboratorio solo en apoyo a su diagnóstico clínico; una vez contando con estos puntos el tratamiento otorgado a los pacientes será el indicado para su enfermedad. Estudios realizados por otros investigadores han confirmado que muchas de las causas en errores diagnósticos no son atribuibles a cuestiones de ignorancia sino a una metodología inadecuada (5). En la atención a nuestros pacientes, dicha metodología incluye sin duda la elaboración de notas clínicas por los facultativos de calidad, es decir que contenga todos los datos acerca del análisis realizado posterior al estudio cuidadoso y exhaustivo de cada uno de sus pacientes, incluyendo estudios de laboratorio como herramientas de apoyo diagnóstico y no como elementos de primera elección. Por lo tanto la

calidad en la realización de las notas de referencia, es de primordial importancia ya que traduce la calidad de la atención médica otorgada por el médico familiar.

Otra alternativa es la educación médica continúa del médico familiar, la cual si bien se ha iniciado con la certificación y recertificación de los médicos familiares del instituto, es de primordial importancia que el facultativo se responsabilice de su aprendizaje el cual debe ser continuo, y sobre todo debe estar basado en el amor a la profesión y espíritu de superación constantes.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



## ***BIBLIOGRAFIA :***

1. Quijano NM. La certificación en la calidad de la atención médica. Los consejos de especialistas. Rev Fac Med UNAM. 1997; 40(4):125-126.
2. Rivero S0. La certificación del médico general. Rev Fac Med UNAM. 1996; 40 (4):127.
3. Melchor AS, Sotomayor GA. Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. Rev Med IMSS. 1998; 36(1): 3-5.
4. Martínez RA, Guzmán BB. Evaluación de la calidad de la atención a la salud mediante indicadores y su estándar. Rev Med IMSS. 1998; 36 (6): 487-496.
5. Álvarez CR. Etica en la asignación de recursos para los diferentes niveles de atención médica. Rev Fac Med UNAM. 1997; 29(3): 115-118.
6. González PJ. Sistema de evaluación médica: Progreso y perspectiva. Bol Med IMSS. 1998: 407-417.
7. Rubin RJ, Altman WM, Mendelson DN. Health Care expenditures for people with diabetes mellitus. J Clin Endocrinol Metab. 1998; 78:809 A-809F.
8. Barrera RR. Diabetes: Avances terapéuticos. Atención médica. iembre 1998; número especial: 11-36.
9. Jinich H. Algunas causas frecuentes y evitables de error diagnóstico. Rev Fac Med UNAM. 1997; 40(4) : 136-141.
10. Lifshitz A. La modernización de la clínica. Gac Med Mex. 1993; 129:207.
11. Jinich H. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. México. Masson-Salvat-Medicina. 1996.
12. Castañeda S, López M. Formación en razonamiento clínico. VII Seminario Interinstitucional de investigación en ciencias de salud. México. 1991.

13. National diabetes data group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes*. 1979; 28:1039.
14. Aguirre Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública Mex*. 1990; 32: 170-180.
15. Ruelas BE. Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Pública Mex*. 1990; 32:108-109.
16. Ruelas BE, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. Primera edición. México: Fundación mexicana para la salud. 1994; 54-56.
17. Treviño GMN. Modelo de atención a la salud. *Rev Med IMSS* 1994; 32 (1):1-61.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-015SSA2 1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria. *Diario oficial de la federación*, Viernes 3 de Junio de 1994.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-168SSA1 1998, del expediente clínico. *Diario oficial de la federación*, 7 de diciembre de 1998.