



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**CALIDAD DE LAS REFERENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR AL SERVICIO DE
OFTALMOLOGÍA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS

Que para obtener el título de posgrado en la
Especialidad de:

Medicina Familiar

PRESENTA:

Chavira Palma Angélica Cemaninalli

ASESORES:

Dra. Ivonne Analí Roy García

Dr. Vitalio Montuy Vidal

MCB. Geovani López Ortiz

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, Ciudad de México., 2018



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"
CIUDAD DE MÉXICO.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**CALIDAD DE LAS REFERENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR AL SERVICIO DE
OFTALMOLOGÍA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

Dra. Susana Trejo Ruiz
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"

Dra. Elena Lizeth Ayala Cordero
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28 y
Directora de la Tesis.

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

ASESORES DE TESIS

Dra. Ivonne Analí Roy García
Profesor de la Residencia de Medicina Familiar de la UMF No. 28 y
Asesor metodológico

Dr. Vitalio Montuy Vidal
Profesor de la Residencia de Medicina Familiar de la UMF No. 28 y
Asesor metodológico

MCB. Geovani López Ortiz
Coordinador de Investigación. Subdivisión de Medicina Familiar División de
Estudios de Posgrado Universidad Nacional Autónoma de México y Asesor
metodológico

DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA
DIRECCIÓN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Título:

Calidad de las referencias del médico familiar al servicio de oftalmología en el segundo nivel de atención.

Propuesta de anteproyecto que con motivo de tesis para obtener la especialidad en Medicina Familiar.

PRESENTA:

Chavira Palma Angélica Cemaninalli

Médico Residente de 3° año de la especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 98378301

Lugar de trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”

Tel: 55 40815978 **Fax:** sin fax

e-mail: cemaninalli21@gmail.com

ASESORES:

Dra. Ivonne Analí Roy García

Matrícula: 99377372

Lugar de trabajo: Profesora de la Residencia de Medicina Familiar

Adscripción: Coordinación de Investigación UMF 28, CMN SXXI

Tel: 5522704760, Ext. 21722 **Fax:** sin fax

e-mail: ivonne.roy@imss.gob.mx

Dr. Vitalio Montuy Vidal

Matricula: 11181931

Lugar de trabajo: Profesor de la Residencia de Medicina Familiar de la UMF No. 28

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”

Tel: 55596011 Fax: sin fax

e-mail: montuyvv@gmail.com

MCB. Geovani López Ortiz

Lugar de trabajo: Coordinador de Investigación

Adscripción: Subdivisión de Medicina Familiar División de Estudios de Posgrado

Universidad Nacional Autónoma de México

Tel: 5551550255

e-mail: geovani.lorz@fmposgrado.unam.mx

ENERO 2018

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3609** con número de registro **13 CI 09 014 189** ante
COFEPRIS

H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR, D.F. SUR

FECHA **14/09/2017**

DR. VITALIO MONTUY VIDAL

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**CALIDAD DE LAS REFERENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR AL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3609-45

ATENTAMENTE

DR.(A). FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTO

A ti mi Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante transcurso de mi formación médica. Por haberme dejado llegar hasta este punto para lograr mis objetivos, además de tu infinita bondad y amor. Por toda la paciencia que me das y no morir en el intento.

Gracias a mi familia, a mis papás Juan Carlos Chavira Ramírez y Rosa Arcelia Palma Becerril, mis hermanos Juan Carlos Chavira Palma y Allan Antonio Chavira Palma, por su compañía, apoyo, por no dejarme caer cuando no podía más, por confiar en mí y haber llegado a la meta juntos.

Gracias a mis amigos que pasaron conmigo desvelos, llantos, caídas, risas abrazos que siempre me alentaron, que sembraron en mi la semilla de confianza y me dieron un pedacito de su corazón, Cecilia Méndez Rodríguez, Carla Castro Hernández, Yara Mirella Valencia Chavolla, Kattia Shantai Lerma Narváez y Fernando Martínez Gutiérrez.

Gracias a mis profesores que me dieron toda la motivación, me orientaron y me inspiraron a seguir para alcanzar mi meta, por demostrarme que no era en vano cada esfuerzo y que cada situación me llenaría de maravillosas experiencias que cambiaría mi vida.

Agradezco a mis asesores por confiar en mí para realizar este trabajo, apoyarme y guiarme, Dra. Ivonne Roy García, toda mi admiración y cariño para usted; Gracias por apoyarme, por no dejarme sola cuando más lo necesite y haber sido mi inspiración, mi corazón y cada paso de mi vida irá con usted.

RESUMEN

“CALIDAD DE LAS REFERENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR AL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”

Dra. Chavira Palma Angélica Cemaninalli (1). Dra. Ivonne Analí Roy García (2).

Dr. Vitalio Montuy Vidal (3). MCB. Geovani López Ortiz (4).

¹ Consulta Externa, UMF N° 28 “Gabriel Mancera”, ² Médico Familiar Profesora de la Residencia de Medicina Familiar UMF N° 28 “Gabriel Mancera”, ³ Médico Internista Profesor de la Residencia de Medicina Familiar UMF N° 28 “Gabriel Mancera”, ⁴ Coordinador de Investigación Subdivisión de Medicina Familiar División de Estudios de Posgrado Universidad Nacional Autónoma de México

Antecedentes: En diferentes manuales así como en Programas Institucionales del Seguro social se plantean mejoras en los servicios de la atención primaria, se plantean estrategias para la mejora de las referencias de primer a segundo nivel, la alta saturación del Servicio en la consulta externa de la Especialidad de Oftalmología repercute en la atención que se le brinda al derechohabiente aumentando los costos y quejas hacia el Instituto Mexicano de Seguro Social.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de calidad de las referencias del médico familiar al servicio de oftalmología en el segundo nivel de atención?

Objetivo: Evaluar la calidad de las referencias del médico familiar al servicio de oftalmología en el segundo nivel de atención.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”. Se obtuvieron los formatos de referencia 4.30.8 al Servicio de Oftalmología. Se llevó a cabo un análisis de las variables clínico-diagnósticas para evaluar su congruencia. Un análisis estadístico uni-bivariado se realizó para conocer el comportamiento de dichas variables.

Resultados: La muestra final fue de 234 formatos de referencia 4.30.8 al Servicio de Oftalmología, de las cuales 150, correspondieron a mujeres (64.1%) y 84 a hombres (35.9%). En 123 referencias no hay semiología (52.6%), en 111 si hay semiología (47.4%); en 176 referencias no hay exploración física (75.2%), en 58 si hay exploración física (24.8%); en 6 referencias no hay diagnóstico (2.6%), en 228

referencias si hay diagnóstico (97.4%); en 168 referencias no hay congruencia clínico diagnóstica (71.8%), en 66 referencias si hay congruencia clínico diagnóstica (28.2%). Las referencias médicas al servicio de oftalmología que obtuvieron nivel de baja calidad fue 165 (70.5%), nivel de mediana calidad 42 (17.9%), nivel de alta calidad 27 (11.5%).

Conclusiones: Se identificó que las referencias realizadas por la UMF No 28 “Gabriel Mancera” tienen un Nivel de Baja Calidad, basado en el indicador de congruencia clínico diagnóstica que no se encontró sustentada en el formato médico legal de referencia 4.30.8. Concluimos con este estudio que es un factor importante la calidad en la atención médica y su referencia para el beneficio de los derechohabientes en su atención en segundo nivel de salud.

PALABRAS CLAVE: Calidad; Congruencia Clínico Diagnóstica.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GENERAL:	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	25
5. HIPÓTESIS DE TRABAJO	25
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
6.1 TIPO DE ESTUDIO:	25
6.2 DISEÑO DEL ESTUDIO:	25
6.3 LUGAR DEL ESTUDIO:	25
6.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN:	26
6.5 DISEÑO DEL ESTUDIO	26
6.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	27
6.7 MUESTRA.....	28
6.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN	29
6.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
6.8.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	30
6.9 VARIABLES DEL ESTUDIO Y DEFINICIONES CONCEPTUALES	30
6.10 DISEÑO ESTADÍSTICO	32
6.11 PLAN DEL ESTUDIO	33
6.12 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
6.13 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y MATERIALES.....	34
7. RESULTADOS	35
8. DISCUSIÓN	38
9. CONCLUSIONES	40
10. BIBLIOGRAFÍA.....	41
11. ANEXOS	44
11.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
11.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	45
11.3 CARTA DE AUTORIZACIÓN	48

1. MARCO TEÓRICO

La atención a la salud está encaminada hacia la creación de estrategias que reduzcan los índices de pobreza y a su vez el mejorar las condiciones de salud de cada una de las comunidades, esto se hace implementando servicios de atención médica sanitaria adecuados y de gran calidad. Con esto dicho nos preguntamos: ¿Qué papel desempeña la atención primaria de salud? ¿Cómo se pueden superar obstáculos tan importantes como lo son los sistemas de salud deficientes, la escasez de personal de salud y el problema de la financiación de la atención a los grupos empobrecidos de nuestras poblaciones?

Y una respuesta a estas preguntas nos muestra la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para fortalecer los sistemas sanitarios a nivel mundial.¹

De acuerdo al documento de Declaración de Alma-Ata, define la atención primaria de salud como clave para alcanzar un nivel aceptable de salud para todos los habitantes del planeta. Eso fue con su movimiento que membretaba: “Salud para Todos”.¹

Este documento desencadenó una lucha política en tres ideales: en primer lugar, se propuso incorporar la salud en el programa político de desarrollo, segundo lugar, se procuró ampliar el enfoque de la salud y distanciar éste del modelo puramente médico terapéutico; se reconoció el poder de la prevención y en el tercero sostenía que el mejoramiento de la salud de la población y el aumento de la productividad económica y social debían ir acompañados uno del otro y fortalecerse recíprocamente.^{1,2}

Atención primaria

De acuerdo a la OMS citando su definición del año 2009, se conoce como una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario en beneficio de la comunidad. Identificado como el nivel básico y considerado como principal integrante de cualquier sistema de salud en el mundo.²

Se describen como atributos básicos de la atención primaria la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad que son los que marcan su calidad y eficiencia como servicio de primer contacto. Mismas que describen brevemente a continuación ³

- La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales ³
- La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%), con las debidas acciones preventivas y curativas tanto individuales como colectivas. ³
- La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero. ³

Hablando de historia en nuestro país, en palabras e Rivera Canto, en atención en salud, se consideró como base la evolución de la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social siendo la institución pionera, en proponer y desarrollar nuevos modelos de atención medica de primer nivel dentro de su sistema con programas y objetivos. ⁴

Se describe que durante el periodo de Ávila Camacho se da un apoyo federal hacia las necesidades de la población es bien cuando surge Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 1944. En esos años predominaba la atención de médicos particulares con orientación biologicista, individualista y únicamente curativa, se menospreciaba la labor de aquellos médicos que su lugar de trabajo era en las nuevas instituciones de salud.

En el año 1940 hasta 1982 las tendencias generales de los servicios de salud en nuestro país fueron de crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social; una extensión de la red hospitalaria de la SSA; se incrementó y priorizó en las campañas de inmunización sobre otras medidas preventivas. ⁴

En palabras de Rivera Canto et.al relatan que durante estos años no había continuidad a los padecimientos de los pacientes ni atención médica integral, la curación era deficiente, no se observaban programas preventivos y la familia solo se mencionaba en la Ley del IMSS. En el año de 1953 da el inicio un nuevo sistema de atención llamado Sistema Médico Familiar que logro minimizar las quejas y demandas de los derechohabientes; dos años después se extendió a toda la República Mexicana. ^{4, 5}

En 1954 se construyeron una gran cantidad de hospitales y clínicas del IMSS y se replantearon los sistemas de atención, con la propuesta del Sistema Médico Familiar donde los pilares enmarcaban: la adscripción de una población fija a cada médico; el médico sería el médico de cabecera o de la familia; se aplicaría de una mejor manera la medicina preventiva, la dignificación profesional del médico; mejorar su trabajo clínico en ingresos económicos el manejo de cita previa entre otros. ^{5, 6}

E. Irigoyen (2014) Describe los programas prioritarios de salud mismos que en la actualidad continúan y que forman parte de los grandes pilares de la atención primaria en el sector salud; estos son: Programa materno-infantil; atención prenatal; riesgo reproductivo; atención del niño sano de 0 a 4 años.

Así como Programas de padecimientos crónico-degenerativos como: Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus

En los años 80' s se proponen las siguientes instrucciones generales para el Médico a través de un Instructivo de Actividades del Médico Familiar en el IMSS: ⁷

- Proporcionar a su derecho-habiente atención médica oportuna, eficiente y con cortesía.
- Satisfacer todas las solicitudes de atención médica.

- Realizar todos los envíos que se requieran a las unidades médicas de apoyo.
- Prescribir los medicamentos indicados en los esquemas terapéuticos vigentes; en cantidad apropiada a las necesidades médicas de los pacientes.
- Certificar los períodos de incapacidad necesarios desde el punto de vista médico, procurando la reintegración temprana al trabajo.
- Placerse acompañar por la asistente médica, la auxiliar de enfermería, personal de confianza o algún familiar adulto de la paciente, cuando efectúe exploraciones físicas en personas del sexo femenino.
- Efectuar de acuerdo a las disposiciones correspondientes, los registros de las actividades desarrolladas en la nota médica.

De acuerdo al Programa Institucional del IMSS (2014-2018) se describe que a sus 70 años de su creación el Instituto Mexicano del Seguro Social es responsable de la salud y seguridad social de 58 millones de derechohabientes y de 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades. Estadísticamente que en un día típico, el IMSS atiende cerca de 500 mil consultas; 200 mil niños en sus guarderías; 50 mil urgencias; y cuatro mil intervenciones quirúrgicas diarias. En gran medida esto se consigue por el esfuerzo y compromiso de los 428 mil trabajadores: médicos, enfermeras y personal administrativo, que día a día operan las casi seis mil unidades médicas del Instituto; siendo en México la institución con el mayor número de población atendida, seguido por el Seguro Popular, con una población derechohabiente de 57.5 millones de personas.

En un día típico del Instituto se otorgan más de 491 mil consultas médicas, de las cuales 49,800 son atenciones por urgencias; se registran alrededor de 5,500 egresos hospitalarios y 4,100 intervenciones quirúrgicas; además, se elaboran más de 762 mil análisis clínicos. ⁸

La longitudinalidad de acuerdo a R.L Anzures (2008) le da el peso al médico familiar para el manejo de del paciente con una atención entrañada con responsabilidad, integrar la salud, coordinación con los otros niveles de atención.⁹

Para cumplir con las funciones se recalca sobre la precisión, la congruencia, la integración, la continuidad, la calidad y la calidez de los servicios que acompañan al médico siempre con enfoque bio-psico-social, aplicando los conocimientos médicos actualizados y la tecnología apropiada, y desarrollando esta atención integral en los tres niveles de atención.⁹

En el sistema de primer nivel de atención se diseñan una serie de indicadores a cumplir por cada médico, enfermera, trabajadora social, nutrióloga, unidad de medicina familiar, área de gestión desconcertada, delegación y el propio IMSS.

Para mejorar la calidad de los servicios de primer nivel se implantó un proceso de mejora, que es una estrategia de capacitación en los 16 principales motivos de atención a los médicos familiares.¹⁰

De acuerdo a estándares de calidad en la atención a sus derechohabientes el Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con El Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) es la herramienta técnico – normativa que concentra los criterios y estándares para la construcción homogénea de los indicadores que las Coordinaciones Normativas de la DPM que se establecen, para la evaluación y monitoreo de las prestaciones médicas otorgadas. Es un documento que se actualiza cada año de forma colegiada, y en apego a lo establecen las disposiciones normativas vigentes. El objetivo de la medición, la precisión para el cálculo o fórmula, las fuentes de información o medios de verificación, la frecuencia de medición, la unidad de medida, las metas a lograr o estándares de comparación, la dimensión que evalúa y el tipo de indicador de que se trata.¹¹

El diseño del enfoque de evaluación basada en Procesos de Salud-Enfermedad, tomó como base el modelo (secuencia de eventos o etapas) descrito en las

Normas Oficiales Mexicanas, así como en las Guías de Práctica Clínica Institucionales y del Sector Salud.

El servicio médico que se otorga a la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social parte de la premisa que “Toda persona tenga derecho a la protección de la salud” con acceso a servicios de calidad y calidez.¹¹

De acuerdo al Manual Metodológico de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel se reporta cual es el Porcentaje de derechohabientes referidos al Segundo Nivel de Atención por Medicina Familiar, éste tiene indicadores especificaciones individuales dentro de los que encontramos: Objetivo del indicador que mide el porcentaje de derechohabientes que requieren atención en un nivel con mayor grado de especialización y recursos, para conocer la capacidad resolutoria de las Unidades de Medicina Familiar; con el cálculo mediante la fórmula de Número de derechohabientes referidos a segundo nivel de atención, por Medicina Familiar / Número de consultas otorgadas en Medicina Familiar X 100; las fuentes oficiales para el cálculo serán del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) / Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS). El resultado dentro del desempeño esperado representa una adecuada congruencia clínico diagnóstico-terapéutica del Médico Familiar. El valor de referencia se estableció de acuerdo con el comportamiento histórico de los servicios médicos de Primer Nivel en el proceso de referencia a Segundo Nivel. El Valor de referencia o meta: $\leq 7.0\%$; con rangos desempeño: desempeño esperado (≤ 7.0); desempeño medio (7.1 – 8.0); desempeño bajo (≥ 8.1)¹²

El Dr. Héctor Aguirre Director en atención médica en CMN Siglo XXI (2002) comenta que la crisis económica mundial va involucrada progresivamente a la prestación de los servicios médicos en todo el mundo con un alto impacto en nuestro país, tanto por la disponibilidad e insuficiencia de instalaciones; tal situación ha dado vigencia y mayor relevancia a la necesidad de una administración eficiente y efectiva de los recursos disponibles, y a nuevas formas de provisión de recursos para estar en condiciones de otorgar servicios con calidad y efectividad.¹³

Los esfuerzos de la institución de salud IMSS para mejorar la calidad y la efectividad ha recurrido a la evaluación de la atención médica, mediante la aplicación de diferentes indicadores en cada una de sus unidades médicas. Esto mediante el Sistema de Evaluación de la Calidad de la Operación, programa que ha permitido alcanzar grados variables de efectividad en instancias administrativas, médicas y financieras.¹³

Se documentan numerosos esfuerzos para conceptualizar el término calidad de la atención médica, como paso inicial al desarrollo de acciones para la evaluación sistemática y mejora continua de la atención; en tal contexto se propone la siguiente definición:

Otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.¹³

Se mencionan factores que afectan la atención médica y la manera en cómo se evalúan es mediante indicadores como lo son la congruencia clínico-diagnóstica y la congruencia diagnóstico-terapéutica. Lo que nos trae como consecuencias la Sobresaturación de la consulta en el segundo y tercer nivel de atención, la disponibilidad insuficiente de servicios (oferta), se refleja en los tiempos de espera prolongados para recibir la atención, diferimientos de los pacientes atendidos, incremento en los consumos y los costos con sobrecarga de trabajo para el personal que a la vez genera quejas de la atención médica que se presta al derechohabiente.¹³

Los Criterios de Referencia a Segundo Nivel. Unidad de Atención primaria a la Salud, Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel División de Medicina Familiar (2015) tienen como objetivo general el favorecer la continuidad de la atención médica a nuestros derechohabientes de forma integral, oportuna y de calidad entre el primero y segundo nivel de atención médica.¹⁴

Mencionan que en los procesos de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la referencia-contrareferencia es un procedimiento médico-administrativo, que vincula a todos los servicios institucionales para favorecer la integración, oportunidad y continuidad de la atención a la salud. a través de este sistema, el primer nivel de atención médica al agotar su capacidad resolutoria "refiere" a un paciente al segundo nivel de atención para realizar, de acuerdo al diagnóstico, las acciones correspondientes de la especialidad solicitada: posterior a su atención, se realizara una "contrareferencia" para seguimiento y atención por el médico familiar. ¹⁴

Este procedimiento de referencia busca: garantizar la continuidad de la atención médica brindar una solución a su padecimiento de forma oportuna el funcionamiento articulado entre el primer y segundo nivel de atención agilizar y facilitar las acciones del personal involucrado en la prestación de servicios de salud, a través del uso eficiente y racional de recursos, en la atención del derechohabiente. Se deben reforzar los procesos para lograr una adecuada integración y coordinación entre el primero y segundo nivel de atención. ¹⁴

Criterios generales para envío a segundo nivel del IMSS (2015) para las áreas médicas son contar con reporte de biometría hemática completa, química sanguínea, EGO, radiografía de tórax (EKG cuando el envío corresponda a cardiología); la autorización del jefe de departamento clínico; no enviar para surtimiento de medicamentos ya que corresponde al área de abasto de su unidad; proporcionar incapacidad inicial cuando así proceda; a menos que el paciente lo requiera no enviar en forma inmediata sin antes haber prescrito un régimen terapéutico. ¹⁵

Se menciona que el Procedimiento para realizar referencias a segundo nivel es mediante la elaboración de hoja de formato oficial (4.30.8) o nota medica si fuese necesario con vigencia, este formato llenado con letra legible (en caso de

elaborarse de manera manual), debe considerarse que el Hospital general regional número 1 no cuenta con las especialidades de ginecología, neurocirugía, oncología (pediatría y adultos); enviar con original y copia. El resumen clínico del formato 4.30.8 debe contener primeramente interrogatorio de antecedentes patológico y uso de terapéutica previa; en la exploración física signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, exploración concluyente del aparato y sistema de la especialidad correspondiente; la interpretación de los para clínicos básicos; sobre todo se comenta no se debe no emplear la misma exploración para enviar a otra especialidad. ^{15, 16}

La Hipótesis diagnóstica que debe ser congruente con el conjunto de los datos clínicos, exploración física en el caso del presente trabajo de la especialidad de oftalmológica que integra y guía a la atención especializada, así como el del planteamiento terapéutico. ^{16, 17,}

A continuación se mencionan especificaciones de criterios para las referencias al servicio de oftalmología de acuerdo a Criterios de 2017.¹⁸

Diagnóstico	Criterios de Exclusión	Requerimientos Especiales	Criterios de referencia
Chalazión		Quistes bien circunscritos, que no respondieron a terapia tópica o sistémica.	
Pterigión		Lesiones que invaden 2 mm o más de córnea, con tratamiento previo antiinflamatorio, lubricante y vasoconstrictor tres meses previo.	
Catarata	Necesidad de enucleación	Agudeza visual 20/60 o menor	4.30.8 correctamente requisitada con resumen de

	ocular, vitrectomía posterior trastornos de la capsula, lesión de la vía lagrimal		evolución y tratamiento, paciente de la zona, con autorización de directivo, nombre y firma de médico responsable. Siempre con letra legible. Es importante mencionar si el paciente ha estado en tratamiento oftalmológico anotararlo en la nota de envío.
Padecimientos benignos de párpados, cirugía menor de entropión y ectropión menores a 1/3 del párpado		Entropión y ectropión extenso con más de 2/3 del párpado +	
Retinopatía diabética	Glaucoma, ojo sano, leucoma trastorno de la capsula, quistes de inclusión, crioterapia, sinequias posteriores	Patología de base controlada	4.30.8 correctamente requisitada con resumen de evolución y tratamiento, paciente de la zona, con autorización de directivo, nombre y firma de médico responsable. Siempre con letra legible. Exámenes de laboratorio como Biometría

			hemática completa, química sanguínea, determinación de lípidos y EGO.
Glaucoma			Antecedentes de medicamentos que utiliza para el área de oftalmología. Importante comentar por escrito que medicamentos utiliza para el control del glaucoma.
Ojo seco			4.30.8 correctamente requisitada con resumen de evolución y tratamiento, paciente de la zona, con autorización de directivo, nombre y firma de médico responsable. Siempre con letra legible.
Conjuntivitis			
-Alérgica			
-Infecciosa			
-Viral			
Blefaritis			

El Dr. Oleg Chestnov en el Plan Mundial de Acción de la OMSS 2014-2019 comenta sobre la magnitud mundial y las causas de la discapacidad visual confirman que existe una excelente oportunidad de cambiar la vida de millones de personas: un 80% de las causas de discapacidad visual son prevenibles o

curables, lo que invita a las instituciones a la mejor de la atención medica primaria y secundaria oportuna.

Comenta que adoptar medidas multisectoriales para prevenir toda una serie de afecciones oculares crónicas es crucial, y cada vez revestirá mayor importancia, pues las enfermedades oculares crónicas, cuya incidencia crece con la edad, son la principal causa de discapacidad visual; dado el envejecimiento generalizado de la población mundial, se prevé que la importancia y magnitud de esas enfermedades irán en aumento. ¹⁹

Se han realizado estudios en cuanto a los motivos de consulta, la atención médica oftalmológica oportuna sobre la retinopatía diabética (RD) en pacientes referidos y no referidos. Se observó la asociación entre RD y el motivo de consulta oftalmológica.

Y esto fue posible mediante un estudio analítico, retrospectivo., con selección por muestreo aleatorio probabilístico: Se estudió 30% de expedientes de pacientes diabéticos que acudieron por primera vez al servicio de oftalmología. Los resultado fueron concluyentes encontrando un 65.8% de los pacientes no son referidos, el 83.3% de los no referidos acude por sintomatología y el 100% de los pacientes sin diagnóstico oftalmológico asociado presentó retinopatía proliferativa. En conclusión la mayoría de pacientes diabéticos acuden sin ser referidos por su médico tratante y llegan en fases avanzadas de la enfermedad con una inadecuada atención primaria. La detección y el tratamiento oportuno de la retinopatía diabética es un factor protector contra la ceguera en pacientes diabéticos., misma que podría ser maneja para llegar a ella de forma tardía. La falta de referencia oportuna al oftalmólogo aumenta el riesgo de ceguera irreversible en el paciente. ²⁰

Los Patrones de Práctica Preferidos fueron creados para servir como guías en el cuidado del paciente, enfatizando principalmente aspectos técnicos a manejar por el servicio médico de atención primaria, al aplicar estos conocimientos, el médico

debe reconocer que la excelencia en el cuidado de un paciente se alcanza cuando las destrezas clínicas son aplicadas de forma que cumplan con las necesidades del paciente. La Academia Americana de Oftalmología propone y está dispuesta a ayudar a sus miembros en aspectos relacionados con problemas éticos que surjan a raíz de la práctica de la profesión en sus diferentes artículos y guías a manera de evidencias.²¹

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las instituciones de segundo nivel de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social existe la saturación en la consulta externa de las diferentes especialidades mismo que se refleja en la larga espera para que los derechohabientes sean atendidos en las unidades, lo que nos hace analizar el consumo en el tiempo y de costos; el diagnóstico y manejo oportuno de las patologías más frecuentes, en éste estudio específicamente de la especialidad de Oftalmología.

Se ha observado que las diferentes patologías pueden ser manejadas por el médico familiar con una buena práctica clínica, de ser así se haría un mejor escrutinio de aquellas que ameritan un manejo por el segundo nivel de atención, administrativamente cada paciente es referido con formato 4.30.8 el cual contiene toda la información necesaria y útil para el médico especialista, en ella se encuentran los datos clínicos oftalmológicos, la exploración física del aparato y sistema, resultado de paraclínico que arroja una hipótesis diagnóstica emitida por el médico familiar.

Se ha identificado que esta información que debería estar contenida en este formato no está plasmada, lo que nos da una incongruencia clínico diagnóstico de las patologías oftalmológicas. Actualmente no se cuenta con estudios que evalúen la calidad de las referencias al servicio de oftalmología por lo que se propone

evaluación para sugerir actividades, sesiones médicas de temas oftalmológicos que enriquezcan la práctica clínica de los Médicos Familiares

En la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera se desconocen la congruencia clínico diagnóstica en las referencias a segundo nivel de la especialidad de Oftalmología, y la calidad de cada uno de los apartados de las referencias por lo que se genera la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de calidad de las referencias del médico familiar al servicio de oftalmología en el segundo nivel de atención?

3. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la incidencia de enfermedades oculares es multifactorial, La prevención ocular y la personalización de los factores de riesgo son fundamentales con el objetivo de brindar el tratamiento oportuno con una adecuada exploración física, interrogatorio para llegar al diagnóstico asertivo y realizar su referencia oportuna al servicio de oftalmología.

La prevención y el diagnóstico precoz permiten disponer de mejores indicadores económicos financieros en los presupuestos de sanidad, lo que reduce los gastos y favorece un mejor uso de los recursos.

La OMS calcula que en 2010 padecían discapacidad visual 285 millones de personas, de las cuales 39 millones serán ciegos. Si se concediera prioridad las referencias oportunas como prevención de secuelas graves, proporcionando servicios eficaces y oportunos ofrecen la posibilidad de someterse a operaciones de catarata a las personas necesitadas, retinopatía diabética, glaucoma, dos terceras partes de quienes sufren discapacidad visual podrían volver a tener una buena visión.

La salud ocular debe integrarse en los marcos más amplios sobre enfermedades no transmisibles y transmisibles, y puede aportar una gran contribución a las iniciativas mundiales relacionadas con el envejecimiento y los grupos marginados y vulnerables.

El creciente aumento de las referencias a segundo nivel de atención en la salud ha saturado las agendas anuales de cada una de la especialidad de oftalmología, lo que ha hecho que una primera consulta se obtenga después de una larga espera para poder ser atendido lo que nos lleva a evaluar e identificar dentro de la consulta de segundo nivel en la consulta externa aquellos pacientes que fueron referidos en forma inadecuada, clínicamente y administrativamente, siendo así lo que no permitirá brindar la atención a la salud de acuerdo a normas nacionales de salud ya establecidas.

La información obtenida en este proyecto se utilizará se utilizará para planear estrategias educativas enfocadas en mejorar las debilidades encontradas de los médicos familiares sobre los principales motivos de consulta oftalmológicos que permitan una derivación oportuna y adecuada de los pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Se evalúo el nivel de calidad de las referencias del médico familiar al servicio de oftalmología en el segundo nivel de atención en la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Se identificaron las 5 principales padecimientos de referencias al Servicio de Oftalmología.
2. Se identificó la frecuencia de congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica en las referencias al servicio de oftalmología en el segundo nivel de atención.

5. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El 100% de las referencias del médico familiar emitidas por la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera al servicio de Oftalmología tienen un adecuado nivel de calidad.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo

6.2 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Transversal

6.3 LUGAR DEL ESTUDIO:

Servicio de Consulta Externa de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera; que proporciona atención de primer nivel de acuerdo a sus características; conformado por 31 consultorios en turno matutino y vespertino.

Formatos de referencia-contrarreferencia 4.30.8 al servicio de Oftalmología expedidos por la consulta de primer contacto de medicina familiar Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera.

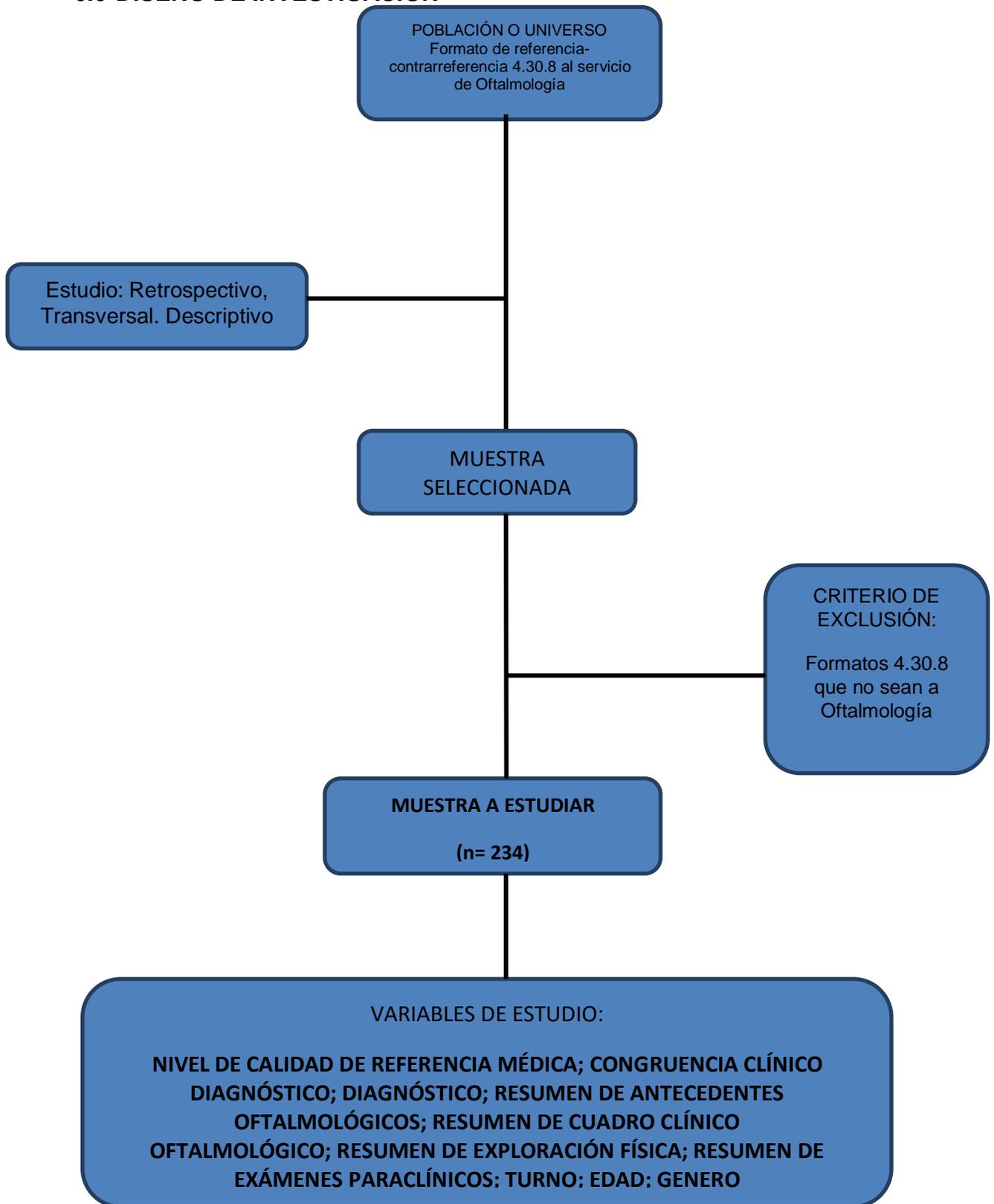
6.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: “RETROSPECTIVO”
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: “DESCRIPTIVO”
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.

6.5 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se incluyeron formatos de referencia-contrarreferencia 4.30.8 a la especialidad de Oftalmología, en HGZ No1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro, Se observaron y evaluaron la estructura y contenido del formato los resultados se analizaron estadísticamente, de acuerdo a cumplir con los requisitos del formato mediante el programa SPSS Versión 24.

6.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Angélica Cemaninalli Chavira Palma

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera, en la colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez en el Distrito Federal México.

6.7 MUESTRA

Se evaluó la calidad en las referencias al servicio de Oftalmología para poner en evidencia dicho evaluación, se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo; por lo cual la fórmula para calcular el tamaño de la muestra es para el contraste de hipótesis se utiliza para comparar una proporción infinita, con un nivel de confianza del 95%, con una frecuencia esperada del 5% y una precisión del 5%.

Con la formula siguiente:

$$N = \left(\frac{N z_{\alpha}^2 pq}{d^2 (N-1) + 2 \alpha^2 pq} \right)$$

En donde:

N = es el número de sujetos necesarios en cada una de las muestras.

z_{α} = es el valor z correspondiente al riesgo α (95%).

z_{β} = es el valor z correspondiente al riesgo β (80%).

p es la proporción esperada es del 2%

q es el valor que se obtiene de $1-p$

d es la precisión deseada en este caso es de 5%.

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$n = \frac{((600)(1.96)^2(0.5)(0.5))}{(.05)^2(600 - 1) + (1.96)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \left(\frac{(2304.96)(.25)}{(.025)(599) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} \right)$$

$$n = \left(\frac{576.24}{(1.49)(0.96)} \right)$$

$$n = 234$$

Tamaño de la muestra: Con los cálculos anteriores se requieren un total de 234 formatos 4.30.8 para obtener una precisión adecuada.

6.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Referencias médicas ordinarias emitidas por la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera al servicio de consulta externa de la especialidad de Oftalmología.

6.8.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Referencias médicas ordinarias emitidas por la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera a consulta externa de otras especialidades.

6.9 VARIABLES DEL ESTUDIO Y DEFINICIONES CONCEPTUALES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Nivel de Calidad de referencia médica	Cumplimiento de requisitos esperados para la integración de diagnóstico en la referencia al servicio de Oftalmología	Se obtuvo de la suma de puntuación asignada cada variable, con una calificación de 2 puntos SI cumple con la variable, 1 punto si solo cumple con un antecedente patológico, y cero puntos de NO cumplir con la variable; dando un total de 12 puntos	Cualitativa	-BAJA CALIDAD <6 puntos -MEDIANA CALIDAD 7-9 puntos -ALTA CALIDAD 10-12 puntos
Congruencia Clínico diagnóstico	Relación integral entre los datos clínicos, exploración física oftalmológica y	Se obtuvo al analizar formato 4.30.8	Cualitativa Nominal	SI NO

	el diagnóstico médico			
Diagnóstico	Hipótesis diagnóstica de acuerdo a la exploración física y cuadro clínico	Se obtuvo de formato 4.30.8	Cualitativa Nominal	SI NO
Resumen de Antecedentes Oftalmológicos	Antecedentes patológicos oftalmológicos de cirugías y tratamientos farmacológicos	Se obtuvo de apartado resumen clínico de formato 4.30.8	Cualitativa Nominal	SI NO
Resumen de Cuadro Clínico Oftalmológico	Sintomatología oftalmológica con semiología	Se obtuvo de apartado resumen clínico de formato 4.30.8	Cualitativa Nominal	SI NO
Resumen de Exploración Física Oftalmológica	Examen físico práctico oftalmológico, anexos, fondo de ojo, agudeza visual; campimetría.	Se obtuvo de apartado resumen clínico de formato 4.30.8	Cualitativa Nominal	SI NO
Resumen de Exámenes Paraclínicos	Resultado de pruebas de laboratorio de sangre y orina.	Se obtuvo de apartado resumen clínico de formato 4.30.8	Cualitativa Nominal	Si No
Genero	Conjunto de características	Se obtuvo de apartado	Cualitativa	Femenino

	biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombre y mujer	resumen clínico de formato 4.30.8	Nominal	Masculino
Edad	Tiempo de permanencia dentro del ciclo de vida de un individuo.	Edad registrada en apartado de resumen clínico de formato 4.30.8	Cuantitativa Discreta	Años de vida.
Turno	Horario de atención en la unidad médica	Se obtuvo del sistema del departamento clínico UMF 28 IMSS	Cualitativa Nominal	Matutino Vespertino

Elaboró: Dra. Angélica Cemaninalli Chavira Palma

6.10 DISEÑO ESTADÍSTICO

Se usó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas que son nivel de calidad de referencia médica; congruencia clínico diagnóstico; diagnóstico; resumen de antecedentes oftalmológicos; resumen de cuadro clínico oftalmológico; resumen de exploración física; resumen de exámenes paraclínicos; género y turno; para las cuantitativas que únicamente es la edad medidas de tendencia central como media, mediana según la distribución de los resultados y como medida de dispersión o rango intercuartilar de acuerdo al tipo de distribución. El análisis de datos y resultados se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS.

6.11 PLAN DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo, el cual se presentó al comité de Ética, en la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera, con número (R-2017-3609-45) del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el periodo comprendido del 01 de agosto 2016 al 1 de octubre del 2017 se realizó la recopilación bibliográfica por residente de medicina familiar Dra. Angélica Cemaninalli Chavira Palma, se elaboró el protocolo, así como la planeación operativa.

Una vez autorizado el protocolo de investigación, se acudió a la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera y se presentó la carta de autorización para obtener los formatos de referencia-contrarreferencia 4.30.8 a la directora Dra. Susana Trejo

Se procedió a la revisión de la base de datos del departamento clínico médico de la unidad durante el periodo comprendido del 01 de agosto 2017 al 01 de octubre del 2017 se seleccionaron formatos de referencia-contrarreferencia 4.30.8 que cumplieron con los criterios de inclusión; se imprimieron los formatos de referencia para su evaluación.

Se capturaron en el instrumento de recolección de datos y finalmente se conjuntaron en una base en Excel para su análisis, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows; se concluyó con la redacción.

La información que se obtuvo fue fundamentada para planear estrategias educativas enfocadas en mejorar las debilidades de los médicos familiares sobre las patologías oftalmológicas, su exploración física que se verá reflejada en la derivación oportuna y adecuada de los derechohabientes.

6.12 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se consideró como Investigación sin riesgo ya que es un estudio retrospectivo en el cual no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables en el estudio ya que se trabajó con formatos de referencia-contrarreferencia 4.30.8; no obstante, este protocolo fue sometido al Comité Local de Investigación y Educación en Salud para su revisión y análisis.

Los investigadores declararon que este protocolo cumple con las normas y reglamentaciones en materia de investigación en seres humanos, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro social y las declaraciones de Nüremberg, Helsinki y sus enmiendas realizadas en diversas fechas.

6.13 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y MATERIALES

Recursos humanos

Investigador principal:

Se encargó de dar el apoyo académico en la investigación realizada en el protocolo.

Tesista:

Residente de medicina familiar quien se encargó de la recolección de la información, así como participar de la interpretación de los mismos y dio formato digital e impreso de la investigación.

Asesor metodológico:

Investigador clínico, quien colaboro en el diseño, recolección, análisis, interpretación de resultados y escritura del informe final.

7. RESULTADOS

El presente estudio incluyó 234 referencias al servicio de oftalmología, de las cuales 150, correspondieron a mujeres (64.1%) y 84 a hombres (35.9%). Las edades de los pacientes referidos < 20 años fueron 7 personas (3.0%), de 21 a 40 años 12 personas (5.1%), de 41 a 60 años 54 personas (23.1%), de 61 a 80 años 122 personas (52.1%), de 81 a 100 años 39 personas (16.7%). Las referencias que fueron realizadas son del turno matutino 133 (56.8%), turno vespertino (43.2%) (Tabla 1.).

Tabla 1		Total = 234
Genero		
Hombre		84 (35.9)
Mujer		150 (64.1)
Años		
< 20 años		7 (3.0)
21-40 años		12 (5.1)
41-60 años		54 (23.1)
61-80 años		122 (52.1)
81-100 años		39 (16.7)
Turno		
Matutino		133 (56.8)
Vespertino		101 (43.2)

Del total de referencias médicas en 124 no se reportaron antecedentes (53.0%); en 54 referencias se identificaron antecedentes quirúrgicos o farmacológicos (23.1%), en 56 referencias se identificaron ambos antecedentes (23.9%). En 123 referencias no se encontró semiología (52.6%), en 111 si se encontró semiología (47.4%); en 176 referencias no se identificó exploración física (75.2%), en 58 si se encontró exploración física (24.8%); en 122 referencias no se identificó reporte de paraclínicos (52.1%), en 112 referencias si se identificó reporte de paraclínicos (47.9%); en 6 referencias no se identificó diagnóstico (2.6%), en 228 referencias si se identificó diagnóstico (97.4%); en 168 referencias no se identificó congruencia clínico diagnóstica (71.8%), en 66 referencias si se identificó congruencia clínico diagnóstica (28.2%). (Tabla 2.).

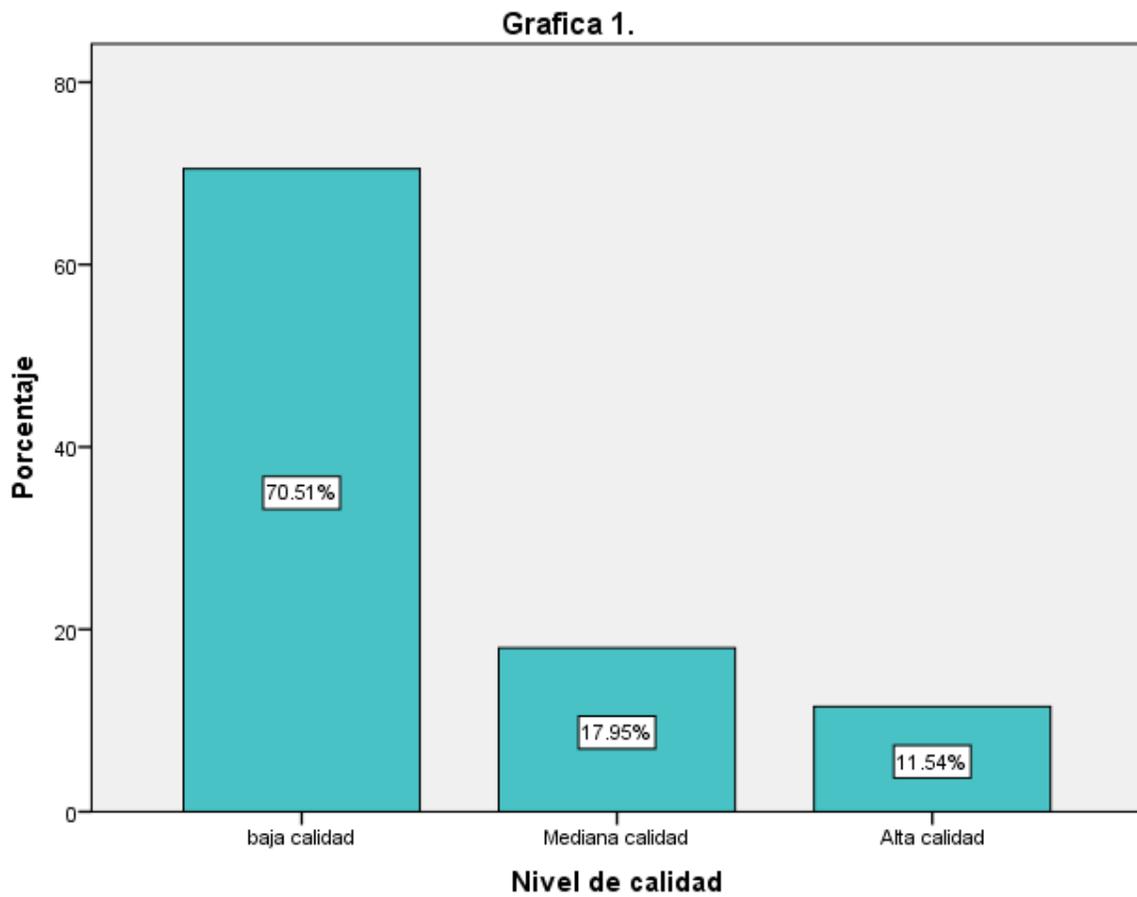
Talla 2	Total = 234
Antecedentes	
No se identifican	124 (53.0)
Se identifica antecedente quirúrgico o farmacológico	54 (23.1)
Se identifican ambos antecedentes	56 (23.9)
Semiología oftalmológica	
No hay semiología	123 (52.6)
Si hay semiología	111 (47.4)
Exploración Oftalmológica	
No hay exploración física	176 (75.2)
Si hay exploración física	58 (24.8)
Reporte de paraclínicos	
No hay reporte	122 (52.1)
Si hay reporte	112 (47.9)
Diagnostico	
No hay diagnóstico	6 (2.6)
Si hay diagnóstico	228 (97.4)
Congruencia clínico Diagnóstica	
No	168 (71.8)
Si	66 (28.2)

Las referencias médicas al servicio de oftalmología que obtuvieron nivel de baja calidad fue 165 (70.5%), nivel de mediana calidad 42 (17.9%), nivel de alta calidad 27 (11.5%). (Tabla 3), (Gráfica 1.).

Tabla 3		Total = 234
Nivel de calidad		
Baja calidad	165	(70.5)
Mediana calidad	42	(17.9)
Alta calidad	27	(11.5)

FUENTE: Evaluación de hoja de referencia médica.

Grafico 1. Nivel de calidad de las referencias médicas al servicio de oftalmología



FUENTE: Evaluación de hoja de referencia médica.

Grafico 1. Nivel de calidad de las referencias medicas al servicio de oftalmología

8. DISCUSIÓN

Las patologías oftalmológicas hoy en día abarcan un lugar importante en nuestra población, sobre todo por su aumento en su prevalencia y la discapacidad que éstas condicionan. Parte del impacto de estas patologías se deben a su asociación con las diferentes enfermedades crónico degenerativas; su detección, manejo y derivación en el primer nivel de atención es de suma importancia en el pronóstico de los pacientes.

Las hojas de referencia a evaluadas fueron del turno matutino y vespertino, de las que tuvimos resultado con un 70% de su total con un nivel de calidad bajo lo que nos llevó a identificar en las características generales que se analizaron en este estudio con una deficiencia, con base en la norma del expediente clínico NOM 004 toda información, dato clínico y procedimiento médico debe estar plasmado de forma correcta en todo documento emitido por los trabajadores de salud, en el estudio se encontró un 53% de ausencia en los antecedentes patológicos oftalmológicos de los pacientes que fueron referidos a la especialidad de oftalmología, mismos que son importantes y necesarios por tratarse de una especialidad de manejo médico-quirúrgico.

La semiología y la exploración física en las referencias médicas estuvieron ausentes con un 52% y 75% respectivamente, muy por debajo de una media lo que nos representó que no se cumplió con los requisitos de llenado para realizar la referencia médica, misma que puede ser herramienta para el clínico de segundo nivel en su atención integral de los pacientes referidos. En estudio y palabras de la Dra. Arianna Hernández donde se comentó en el aspecto ético del manejo y envió adecuado de las retinopatías se habló de la promoción en comunicación con el paciente, conocer su estado de salud o estadio de la enfermedad con sus signos y síntomas distintivos y signos, todo acompañado de la exploración física, general y específica de acuerdo a los aparatos y sistemas. Con el propósito de llegar a un diagnóstico y complementación de procedimientos con objetivo de la mejora visual de los pacientes.

La evaluación de la congruencia clínico diagnóstica de los formatos revisados no se encontró en un 71%, lo que es esperado al no identificar los indicadores que nos podrían arrojar la congruencia o la asertividad en el diagnóstico; con la ausencia de una exploración física, semiología y antecedentes patológico; como llegar a emitir un diagnóstico en ausencia de estos elementos; un ejemplo nos dice en el estudio de la Dra *Rosa E. Jiménez Paneque*. De los indicadores de calidad en la atención de la salud para algunos una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente.

Cervera H., y Torres V. realizaron estudio en IMSS unidades de la ciudad de México 2002 de concordancia en los diagnósticos emitidos de primer a segundo nivel en las referencias del servicio de reumatología, especialidad diferente a la de este trabajo; sin embargo, con el objetivo de identificar la mucha o poca frecuencia en que los pacientes son referidos de un nivel a otro con deficiencia en los diagnósticos; resultados muy similares a los encontrados en este estudio.

El estudio realizado en la UMF No 28 demostró la necesidad de fundamentos clínicos que sustenten una congruencia clínico diagnóstica en las referencias médicas a segundo nivel de la especialidad de Oftalmología, así como el llenado correcto de formatos médico-administrativos del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la capacitación administrativa y clínica, se piensa daría una mejora en la calidad de las referencias, mejora en el costo beneficio a los presupuestos de nuestra institución, a un flujo y desahogue de la consulta externa de las especialidades.

9. CONCLUSIONES

- Las patologías oftalmológicas representan ya en la actualidad un incremento en la demanda de la consulta externas de los hospitales de segundo nivel. Con alta demanda así como una larga espera para recibir la atención.
- El nivel de calidad de la referencias del médico familiar al servicio de oftalmología en el segundo nivel de atención es bajo en un 70.51%
- De las 234 referencias medicas revisadas 71.8% no tienen congruencia clínico diagnostica, se identifica que en los rubros de diagnósticos si están plasmados 97.4%, sin embargo no se observan la presencia de otros indicadores como semiología, exploración física ni exámenes paraclínicos.
- Los grupos etarios con mayores referencias al servicio de oftalmología son 41-60 años 23.1% y 61-80 años 52.1%

10.BIBLIOGRAFÍA

1. Dra. Margaret Chan. **Contribución de la atención primaria de salud a los objetivos de Desarrollo del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo. Buenos Aires, Argentina 2009 agosto.**
2. [OMS. Atención primaria de salud, incluida el fortalecimiento de los sistemas de salud. EB124/SR/11. 2009 enero 26](#)
3. Baeta Neves Alonso da Costa MF, Itsuko Ciosak S, Gejo Bartolomé A, Icart Isern MT. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. Atención Primaria. 2009. Pág. 402-404.
4. Odalys Rivero Canto, Ilsa Marty Jiménez, Maritza M Salgado Fonseca, Nancy Acosta Alonso. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. Art. Revisión. (Internet). 2012.
5. Una visión histórica sobre la Medicina Familiar en México. MPA e-Journal MF&AP art. (Internet). 2013
6. Ricardo León Anzúres Cano y cols. Medicina Familiar. 2008. Pág. 85-116.
7. Arnulfo E. Irigoyen Coria. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. Quinta edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2014. Pág. 125-133.
8. PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2014-2018. IMSS
9. Ricardo León Anzúres Cano, Víctor Chávez Aguilar. Medicina familiar. Editorial CORNTER. 2008. Pág. 135 – 137.
10. José Luis Huerta González. Medicina Familiar: La familia en el proceso Salud Enfermedad. Editorial Al.fil. Primera edición. 2005. Pag.165-169.
11. Dr. José de Jesús Arriaga, Dra. A. Carolina Sepúlveda, Dr. Víctor H. Borja, Dr. Luis R López, Dr. Jaime A Zaldívar. Manual Metodológico

- de Indicadores Médicos 2016. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas. 2016. Pág. 25-35, 47
12. Dr. José de Jesús Arriaga, Dra. A. Carolina Sepúlveda, Dr. Víctor H. Borja, Dr. Luis R López, Dr. Jaime A Zaldívar. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2016. Porcentaje de derechohabientes referidos al Segundo Nivel de Atención por Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas. IV. Indicadores de Desempeño de la Coordinación Normativa, 2016. Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel Ficha técnica. Pág. 283
 13. Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas. La informática al servicio de la calidad y la efectividad en la atención médica. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social. Medigraphic Artemenilsínea. (Internet) 8 de enero de 2002. Pág. 2-8
 14. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Criterios de Referencia a Segundo Nivel. Unidad de Atención primaria a la Salud, Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel División de Medicina Familiar, Área de Consulta 2015. 2015. Pág 12-14.
 15. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Criterios de referencia y contrarreferencia 2015. Hospital General Regional No 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro. 2015.
 16. Evaluación de la formación de especialistas médicos. Coordinación de educación en salud dirección de prestaciones médicas. IMSS. <http://edumed.imss.gob.mx/foresp05/sup.jpg>
 17. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 18. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Criterios de Referencia. Criterios 2017. Delegación Sur Del DF, Dirección de prestaciones Médicas. 2017
 19. Organización Mundial de la Salud. Salud ocular universal: Un plan de Acción mundial Para 2014-2019. Oftalmopatías (prevención y

control), Trastornos de la visión, Ceguera, Planificación en salud. I. Organización Mundial de la Salud. Catalogación biblioteca de la OMS. España.

20.Dr. Jairo Sánchez Uriegas. Relación entre motivo de consulta y estadios de retinopatía diabética. Revisión Mexicana Oftalmológica; Medigraphic Artemenilsínea. (Internet). 2007Marzo-Abril. 81(2):78-81

21.American Academy of Ophthalmology The Eye M. D. Association. Resumen de los puntos de referencia para las guías de patrones de práctica preferidos. American Academia de Oftalmología. Octubre 2012. Traducción al español 2013 Julio. Pág. 1-2.

11.ANEXOS

11.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera



“Calidad De Las Referencias Del Médico Familiar Al Servicio de Oftalmología en el Segundo Nivel de Atención”

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TURNO: MAT VESP	EDAD:	GENERO:	Folio: _____
1. ¿Se identifica resumen de antecedentes oftalmológicos? 1 punto. Tratamiento Quirúrgico 1 punto Tratamiento Farmacológico 2 puntos Ambos			Calif (____)
2. ¿Se identifica resumen de cuadro clínico con semiología oftalmológica? 2 puntos Si 0 puntos No			(____)
3. ¿Se identifica resumen de exploración física oftalmológica? 2 puntos Si 0 puntos No			(____)
4. ¿Se identifica resumen de reporte de exámenes paraclínicos? 2 puntos Si 0 puntos No			(____)
5. ¿Se identifica diagnóstico? 2 puntos Si 0 puntos No			(____)
6. ¿Se encontró congruencia clínico-diagnóstica 2 puntos Si 0 puntos No			(____)
TOTAL			_____

NIVEL DE CALIDAD DE REFERENCIA MÉDICA

BAJA CALIDAD < ó = 6 puntos

MEDIANA CALIDAD 7-9 puntos

ALTA CALIDAD 10-12 puntos

11.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	2017			2017			2017				20 18			
	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O T C	N O V	D I C	E N E	F E B
PARÁMETRO														
ELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	X													
MARCO TEÓRICO	X													
ANTECEDENTES	X													
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X												
JUSTIFICACIÓN		X												
OBJETIVOS		X												
HIPÓTESIS		X												
MATERIAL Y MÉTODOS			X											
TIPO DE ESTUDIO			X											
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO			X											
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN			X											
CRITERIOS DE SELECCIÓN				X										
VARIABLES, DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL				X										
CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				X	X									
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS					X									
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES					X	X								
ANEXOS. CONSIDERACIONES ÉTICAS. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO						X	X							
REGISTRO DE PROTOCOLO ANTE EL SIRELCIS								X	X					

REVISIÓN DE NOTAS DE REFERENCIA										X	X			
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN											X	X		
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS												X		
FORMULACIÓN DE CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS												X	X	
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL														X

Hago conocimiento que para la realización de este estudio no se requiere de consentimiento informado puesto que únicamente se trabajará con formatos de referencia-contrarreferencia 4.30.8 obtenidos del expediente clínico, mismo una vez aprobado el estudio se solicitara la autorización a la directora de la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera la Dra. Susana Trejo Ruíz para iniciar la recolección del tamaño de muestra.

ATENTAMENTE

Residente de Tercer Año de Medicina Familiar

Dra. Chavira Palma Angélica Cemaninalli

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
“UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 28 GABRIEL MANCERA”
CUIDAD DE MÉXICO

Ciudad De México a Julio del 2017

Dra. Susana Trejo Ruíz

Directora de Unidad de Medicina Familiar No 28

Gabriel Mancera

Presente:

Asunto: Carta de Autorización.

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para realizar la revisión de expedientes clínicos del área del archivo clínico con el fin de realizar el protocolo de estudio titulado: **“Calidad De Las Referencias Del Médico Familiar Al Servicio de Oftalmología en el Segundo Nivel de Atención”**; el cual se llevará a cabo en las instalaciones del mismo.

Sin más por el momento, me despido agradeciéndole de antemano su apoyo.

ADD: La revisión de expedientes se realizará a partir de haber obtenido el folio de autorización del protocolo.

Atentamente

Residente de tercer año de medicina Familiar

Dra. Chavira Palma Angélica Cemaninalli