

11226  
2ej  
101



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General de Zona No. 24 "Insurgentes"

## CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

### "Errores en el Diagnóstico y Tratamiento de Padecimientos Oftalmológicos a Nivel de Medicina Familiar"

#### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :  
DRA. MA. DEL ROSARIO GARCIA  
GONZALEZ

GENERACION 82-84



México, D. F.

1984





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.

## I N D I C E

	PAG.
CAPITULO I.- INTRODUCCION.	
1.1 Objeto General del Estudio que da origen a la hipótesis.....	1
1.2 Justificación del Estudio y Planteamiento del problema.....	2
1.3 Hipótesis del Trabajo.....	3
CAPITULO II.- GENERALIDADES.	
2.1 Antecedentes Científicos.....	4
CAPITULO III.- MATERIAL Y METODOS.....	13
CAPITULO IV.- RESULTADOS.....	23
CAPITULO V.- DISCUSION Y COMENTARIOS.....	44
CAPITULO VI.- CONCLUSIONES.....	48
CAPITULO VII.- RESUMEN.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51

## CAPITULO I INTRODUCCION

### 1.1 OBJETIVO.

Determinar la certeza diagnóstica y terapéutica de los padecimientos oculares que deben ser identificados por el médico familiar.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

Para el desarrollo del presente estudio hemos tomado como antecedente importante la detección en la consulta de Ofatalmología del H.G.Z. 24 del I.M.S.S., de pacientes canalizados de las U.M.F. No. 20 y 41, muchos de los cuales podrían haber sido tratados a nivel de la consulta de medicina familiar, y que en base a conocimientos básicos de oftalmología y con un interrogatorio adecuado y una exploración oftalmológica básica hubieran podido detectarse padecimientos que implicaban peligro de integridad del órgano de la visión y/o secuelas importantes, por lo que este estudio propone estudiar dichas variables independientes, utilizando como marco de referencia lo expuesto en antecedentes.

### 1.3 HIPOTESIS:

Hi.- "EL MEDICO FAMILIAR TIENE LOS CONOCIMIENTOS TEORICOS SUFICIENTES PARA MANEJAR LOS PADECIMIENTOS OFTALMOLOGICOS, EFECTUANDO UNA EXPLORACION OFTALMOLOGICA BASICA Y HACIENDO UN INTERROGATORIO ADECUADO.

Ho.- "EL MEDICO FAMILIAR NO TIENE LOS CONOCIMIENTOS TEORICOS SUFICIENTES PARA MANEJAR LOS PADECIMIENTOS OFTALMOLOGICOS, NO EFECTUANDO UNA EXPLORACION OFTALMOLOGICA BASICA, NI HACIENDO UN INTERROGATORIO ADECUADO.

## CAPITULO II GENERALIDADES

### 1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El perfil profesional de un especialista cualquier que sea la disciplina que practique, generalmente se estructura respondiendo a tres preguntas que son: ¿qué debe saber?, ¿qué debe saber hacer? y ¿qué actitudes debe tener? dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, tomando como referencia las tres preguntas antes formuladas y ubicándolo en el contexto real de su práctica médica.

Al médico familiar se le define en los siguientes términos:

"Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación específicas, y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales."

De lo anterior se desprende que dentro de las funciones de atención médica, el Médico Familiar brinda atención médica integral y continua, tanto al individuo como a su familia, contribuyendo con ello a la salud comunitaria. Siendo capaz de ofrecer una atención médica eficiente, debiendo reconocer los límites de su competencia y responsabilidad para lo cual es capaz de consultar a otros especialistas, y deriva a otros niveles de atención médica a los pacientes cuando así lo ameritan.

Dentro de la atención que otorga el Médico Familiar relacionada con situaciones clínicas, un alto porcentaje es debido a problemas que quedan comprendidos en el campo de la Medicina Interna, así lo demuestran las tasas de morbilidad y las estadísticas que se refieren a motivos de consulta al Médico Familiar dentro del Instituto.

Por lo anterior, la Medicina Interna es tal vez el campo más vasto dentro de las disciplinas clínicas que el Médico Familiar debe dominar, es por ello que en el presente plan de estudios del Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar, el módulo de Medicina Interna es el que posee el mayor número de unidades didácticas. Dentro de cada académica existen una serie de entidades nosológicas

cas que pudieran ser consideradas como no necesarias ni del dominio del Médico Familiar. La razón por las que dichas entidades se incluyen, es debido a que, si bien es cierto que el Médico Familiar no tiene la responsabilidad primaria, ni del diagnóstico de certeza, ni del tratamiento en ese tipo de padecimientos, sí tiene la responsabilidad de sospecharlos y derivarlos oportunamente al especialista correspondiente.

En cada una de las Unidades que componen el módulo de Medicina Interna, la organización del contenido programático se hace utilizando los criterios de Hiss y Vanselow, y que se mencionan a continuación:

#### CATEGORIA I

##### CONCEPTO

(Objetivo Cognoscitivo Operativo)

Es capaz de realizar todos los pasos médicos del diagnóstico y la atención del enfermo sin consultar en el 90% de los casos.

Puede hacer consultas sobre procedimientos técnicos.

##### DESTREZAS

Es capaz de reconocer la necesidad de aplicar el procedimiento, o de ejecutarlo o interpretarlo, sin consultarlo en el 90% de los casos.

#### CATEGORIA II

##### CONCEPTO

(Objetivo Cognoscitivo Operativo)

Usualmente necesita consultar (por razones inherentes de los procedimientos técnicos) en algún momento de la atención del paciente con esa enfermedad, pero es capaz de aceptar la responsabilidad primaria del caso en el 90% de las ocasiones.

##### DESTREZAS

En el 90% de los casos reconoce la indicación del procedimiento y es capaz de realizarlo, de ordenarlo, pero debe consultar para su ejecución y/o interpretación.

CATEGORIA IIICONCEPTO

(Objetivo Cognoscitivo Operativo)

En el 90% de los casos reconoce - la posible existencia de la enfermedad, pero no puede asumir la -- responsabilidad primaria del caso y lo refiere tanto para diag<sup>n</sup>óstico como para su atención.

DESTREZAS

Conoce la existencia del procedimiento y sus características generales, pero tiene que consultar para determinar su indicación o para ejecutarlo, o para - interpretarlo.

Dentro de las unidades didácticas del Módulo de Medicina Interna, dentro del --- Plan de Estudios del Curso de Especialización en Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra la Unidad didáctica de Oftalmología, en el cual de acuerdo a las categorías propuestas por Hiss y Vanselow en la Categoría I, se incluyen aquellos padecimientos o síndromes que son del dominio completo del Médico Familiar, y que en el 90% de los casos puede manejarlos sin consultar a otro profesional médico, por ejemplo: exploración oftalmológica, conjuntivitis, blefaritis, orzuelo, cuerpos extraños en córnea y conjuntiva.

En la categoría II se incluyen aquellos padecimientos o síndromes oftalmológicos en los que el Médico Familiar está capacitado para el manejo integral del 90% de los casos, pero que dada la evolución de los mismos, requiere consultar al oftalmólogo, por ejemplo: Dacriocistitis, Iridociclitis.

En la categoría III se incluyen aquellos padecimientos cuyo diagnóstico el Médico Familiar deberá sospechar, pero en los que no tiene la responsabilidad primaria ni del diagnóstico de certeza ni del tratamiento, en consecuencia los refiere al oftalmólogo, por ejemplo: Defectos de refracción, cataratas, Glaucoma, Estrabismo, Traumatismos Oculares, Neoplasias.

Según se refiere en la Unidad Didáctica de Oftalmología del Programa del Curso - de Especialización en Medicina Familiar las destrezas del Médico Familiar deberán limitarse a:

- Interrogatorio y exploración física.
- Uso de instrumental para extraer cuerpos extraños.
- Manejo de fármacos específicos.

En la definición que el Dr. José Laguna, Director de la Facultad de Medicina de la UNAM, dió en el Primer Congreso Nacional de Medicina Familiar-Medicina General - acerca de los conceptos de Médico Familiar, Médico General, dijo lo siguiente:

"El nivel de contacto primario es el primero y más importante sector, -- constituyendo el único sitio de entrada natural al sistema de salud, en él se aplican medidas y conocimientos de tipo general en relación con la salud o enfermedad, se atienden problemas de salud comunes y frecuentes del tipo que cualquier persona puede sufrir una o más veces en su vida, como afecciones respiratorias, gastrointestinales, trastornos visuales, etc. Cuando estos problemas rebasan la capacidad de ser manejados por el individuo a través de autocuidado, la atención médica formal de contacto primario se responsabiliza de los mismos."

"El médico general proporciona atención médica personal, primaria y continua a individuos... hace las decisiones iniciales... y consulta con especialistas cuando lo cree pertinente. Trabaja habitualmente con otros colegas en equipo y con personal paramédico y administrativo... Compárese esta definición con la del MEDICO FAMILIAR de McFarlane: El Médico Familiar está entrenado para dar atención médica primaria, continua e integral a uno o todos los miembros de la familia, a través del empleo de los recursos disponibles y los de consulta, con el objeto de proporcionar la mejor atención médica para la salud de la familia."

En un artículo titulado "La Medicina Familiar como Especialidad" el Dr. Carlos Varela Rueda menciona lo siguiente: "La Medicina Familiar debe ser considerada como una especialidad "horizontal", lo que la diferencia de otras especialidades consideradas "verticales" en términos de su contenido. Esto quiere decir que su amplitud es vasta y cubre con poca profundidad áreas de otras especialidades. A su vez se ocupa de aspectos que no son abordados por ninguna especialidad y es responsable de todos los acontecimientos que constituyen la Historia Natural de las Enfermedades del Hombre.

Desafortunadamente, muy pocos médicos considerados también los médicos generales, han tenido algún tipo de entrenamiento específico para actuar como médicos familiares. Han aprendido a hacer las cosas a través del difícil e ineficiente método de la pura experiencia, generalmente sin supervisión, según van atendiendo a sus pa--

cientes. No han podido proporcionar atención médica integral y continua porque los médicos generales han sido formados a base del conocimiento fragmentado que da la práctica especializada de sus maestros, misma que se refleja en los programas de las escuelas y facultades de medicina, y que por eso se manifiesta en una atención médica fraccionada. Por otra parte tampoco lo logran los médicos que -- han seguido estudios de otra especialidad, quienes al haber definido sus áreas de trabajo por exclusión, usualmente en bases anatómicas, o en función de órganos, o de sistemas, o de grupos de edad, no están formados para practicar adecuadamente la Medicina Familiar.

En relación con lo expuesto anteriormente, ha llegado a ser imperativa la realización de cursos específicos para proporcionar de una manera eficiente el entrenamiento especial que se necesita para funcionar como Médico Familiar experto, con la concepción integral del hombre y de los problemas de salud a niveles individual, familiar y de la comunidad. La necesidad de Médicos Familiares bien preparados es muy grande, y cada día lo será más. Con el desarrollo de residencias de medicina familiar se ofrecen posibilidades de llenar el gran vacío que existe en los aspectos primario y continuos de la atención médica.

La participación del Médico Familiar en la prestación médica y social en el IMSS, ha sido significativa, pero no ha sido del todo satisfactoria para procurar la Medicina Integral. Los Médicos Familiares en la actualidad, con la ayuda de los -- programas básicos de salud, pueden fácilmente ubicarse en sus roles y funciones -- creando ellos mismos la medida de su desarrollo.

El Médico Familiar en la destacada posición de máxima responsabilidad que ocupa, es lógico y justo que se preocupe cada vez más por elevar continuamente su nivel de conocimientos para aplicarlos y hacerlos llegar a la población a su cuidado, -- en 1971, y ya con el nombre de "Evaluación Médica" se incorporó al médico a la -- evaluación de sus propios expedientes, en donde las deficiencias captadas forman la base fundamental que debe orientar la programación de la enseñanza. Ante todo el Médico debe saber a conciencia cómo resolver los problemas que enfrenta a diario y cuándo a través de la evaluación se ponen de manifiesto deficiencias comunes a varios médicos, se pueden organizar sesiones bibliográficas, conferencias, mesas redondas, seminarios, etc., sobre los aspectos en que se encontró la deficiencia. De los resultados de la evaluación puede determinarse qué médicos necesitan asistir a cursos de capacitación que organiza el Instituto.

la base administrativa para dar una buena conducción de la consulta externa.

En la tercera parte de este estudio mencionan lo relativamente frecuente que, en contra de lo dispuesto en el Manual del Sistema Médico Familiar, los enfermos -- son enviados por los Médicos Familiares sin llevar el requisito del estudio general que, salvo los casos de urgencia, deben preceder al de la especialidad que se consulta.

De acuerdo con todo lo anterior estamos de acuerdo en que "El Programa de Educación Continua" es indispensable dirigirlo para el Médico Familiar-Médico General, quien debe mantener su competencia para resolver los problemas individuales, familiares y comunitarios, necesita estar constantemente actualizado en el manejo de los padecimientos que se ven más comúnmente en la práctica, y siempre enterado de la metodología especializada que es propia de la atención médica en continuidad que debe proporcionar al Médico Familiar y tener información renovada que le permita aconsejar y actuar adecuadamente sobre problemas de salud, no de manera simplemente teórica, sino integrada al servicio médico que dispensa.

En el presente protocolo se ha enfocado hacia los conocimientos de Oftalmología a nivel de Medicina Familiar, como pudiera haberse hecho con cualquier otra unidad didáctica de Medicina Interna, o Pediatría o cualquier conocimiento que necesariamente se encuentre dentro de la práctica de la Medicina Familiar, por lo cual a continuación mencionaremos algunos aspectos de la Oftalmología como parte de la teoría y práctica de la Medicina Familiar.

Según menciona Conn en su libro "Medicina Familiar, Teoría y Práctica" en el capítulo 37, dedicado a Oftalmología: En nuestra práctica general tan atareada, -- las enfermedades locales que afectan al ojo, constituyen hasta el 10% de los problemas que el Médico Familiar observa. Por esta razón el Médico general debe tener una dotación representativa del equipo básico del consultorio para hacer exploración y tratamiento del ojo. Recomendamos el siguiente equipo para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares:

1. Cuadro de agudeza visual distante con letras de Snellen (cuadro de letra E para niños).
2. Cuadro de visión de los colores (Pruebas de Ishihara o H\_R\_R).
3. Cuadro de agudeza visual de cerca con el tipo de prueba de Jaeger.

4. Luz de destello.
5. Lupa o lente de aumento.
6. Limpiaojos para iluminación de cuerpos extraños.
7. Oftalmoscopio.
8. Apósitos oculares estériles empacados de manera individual.
9. Aplicadores estériles de algodón.
10. Cinta adhesiva.

Es útil que los que practican la Medicina General conozcan diagnóstico físico, exploración y tratamiento de los problemas oculares, no sólo para tratar las enfermedades de los ojos sino también para relacionar la patología ocular con las enfermedades generales. El diagnóstico de las enfermedades oculares, del mismo modo que en medicina general, depende de los síntomas del paciente y de los datos físicos que encontremos. Asimismo es indispensable conocer la anatomía gruesa, así como las funciones de cada uno de los componentes del ojo.

La exploración ocular debe seguir una sistemática regular. Una descripción esquemática del procedimiento incluye:

1. Agudeza visual.
2. Exploración externa del ojo.
3. Reflejos pupilares.
4. Visión de los colores.
5. Motilidad extraocular.
6. Fondo de ojo.
7. Campos visuales de confrontación.

Según menciona Coulter Llewellyn en su libro titulado "The Practice of Family Medicine" en el Cap. "The Eye", lo siguiente:

Las manifestaciones tempranas de las alteraciones graves de los ojos son frecuentemente subestimadas por los pacientes, pero debería realizarse algún esfuerzo para asegurar que tales errores no sean cometidos por el médico general, quien verdaderamente debería estar preparado para detectar y manejar en forma temprana los padecimientos del ojo. Aunque su lugar en el diagnóstico de las enfermedades oculares es más difícil de definir, su intervención tardía en dicho diagnóstico puede ser causa de serias complicaciones, alrededor de 15,000 de los padecimientos -

registrados de glaucoma, es reportado que 40% no han tenido tratamiento. Un alto nivel de conocimientos ante la posibilidad de ciertas lesiones oculares muy serias presentes en un paciente, tiene su origen por medio de la disminución de la visión, la cual puede hasta estar perdida, condiciones tales como trombosis de los vasos de la retina, desprendimiento de retina, glaucoma y ulceraciones corneales son unos cuantos ejemplos. Como en muchos otros aspectos de la Medicina Familiar, el diagnóstico temprano es un propósito primario y su realización es de gran ayuda para la posesión de un conocimiento sólido del patrón de trastornos comunes del ojo, los cuales son encontrados en la práctica general.

El examen es llevado a cabo sobre las bases de la enfermedad presente, para señalar la severidad de la condición y decidir sobre su tratamiento. Un simple orzuelo o chalazión no requieren un examen extenso, en los distintos casos con el antecedente de deterioro visual, edad, sexo, ocupación y una historia cuidadosamente hecha son más que suficientes. Hay muchas técnicas para un examen refinado las cuales requieren los recursos de los departamentos del hospital, pero un establecimiento básico de exámenes puede ser originado dentro de la competencia de cada Médico Familiar y estos incluyen la valoración de agudeza visual, un examen de los campos visuales de confrontación, la valoración de la motilidad ocular y la sensación táctil sobre la distribución cutánea del quinto nervio, inspección de los párpados, conjuntiva, córnea, cámara anterior, iris, cristalino y fondo de ojo. Algunas investigaciones como perímetro, tonometría, examen biomicroscópico y muchas otras pruebas subjetivas y objetivas a la vez pueden estar dentro de la competencia de aquellos doctores que posean un interés especial y tengan experiencia en oftalmología. La valoración de la visión de los colores, sin embargo está hecho para ser una parte razonable del trabajo del Médico Familiar, pero tal vez no en gran profundidad, pero sí lo suficientemente para que el Médico Familiar sea capaz de aconsejar a personas jóvenes respecto a alguna carrera prospectiva en la cual ellos muestra interés.

El examen del ojo se hace por medio de una lámpara de mano (preferentemente enfocamiento) y lupa oftálmica, algunas veces auxiliados por medio fluorescente, el cual es invaluable en el diagnóstico de cuerpos extraños y abrasiones en conjuntiva y córnea, y tener los medios para la evaluación de los reflejos pupilares y de la profundidad y contenido de la cámara anterior. El oftalmoscopio con o sin mi-driasis revela la claridad de o de otra manera los reflejos del fondo de ojo o el estado del fondo de ojo. El doctor al igual que el paciente puede no conseguir una visión clara cuando los medios no son claros. En aquellos casos en los cua--

les la cámara anterior y la tensión intraocular aparecen normales la homatropina al 1% puede ser instilada para los propósitos de un mejor examen, posterior al examen es obtenida la miosis por la instilación de pilocarpina al 1%. Sin embargo en la mayoría de los casos el examen es hecho a través de la pupila sin dilatar y la idea de lo normal puede ser solamente obtenida por examen repetido, cada oportunidad siendo llevada a inspeccionar el fondo de ojo como parte de una rutina del examen clínico.

Dentro del Manual de Guías de Diagnóstico Terapéuticas están comprendidos los siguientes padecimientos oftalmológicos como los más frecuentemente vistos por los médicos familiares dentro de la consulta externa de primer nivel, por lo cual deberán ser del dominio de éste, ya que cada médico familiar cuenta en su consultorio con dicho manual:

1. Blefaritis.
2. Conjuntivitis.
  - a) Alérgica.
  - b) Catarral.
  - c) Flictenular (Queratoconjuntivitis).
3. Desprendimiento de retina.
4. Glaucoma.
5. Inflamación de Conductos lagrimales (Dacriocistitis).
6. Orzuelo.
7. Pterigión.
8. Quemaduras Oculares.

CAPITULO III  
MATERIAL Y METODOS

El presente estudio pretende determinar por qué pacientes con padecimientos oftalmológicos que podrían ser manejados a nivel de medicina familiar son canalizados al segundo nivel, para lo cual se recolectaron 200 diagnósticos de pacientes con padecimientos oftalmológicos de primera vez enviados al consultorio vez por médicos familiares de las Unidades de Medicina Familiar # 20 y 41 del IMSS, las cuales están comprendidas dentro de la Delegación No. 3 del Valle de México, durante un lapso aproximado de 3 meses comprendido entre los meses de agosto-octubre.

3.1 DESCRIPCION DEL AREA GEOGRAFICA.

Información básica del Hospital General de Zona No. 24.

1. Localización:

La unidad se encuentra localizada en la Delegación Política Gustavo A. Madero del Distrito Federal, sobre la calle de Insurgentes Norte #1322, haciendo esquina con Colector 15, y a un costado de la Preparatoria - No. 9 de la U.N.A.M. de acuerdo al plano anexo.

2. Límites:

Al Norte.- con el municipio de Tlalnepantla; la Colonia Montañista - ubicada en la falda de los cerros Petlecatl y Chiquihuite, Av. de los Remedios y Av. Eva Sámano de López Mateos, en la Col. Gabriel Hernández.

Al Sur.- Por la Av. Cuitláhuac, Mayorga, Sangradero, Av. Central, Metalúrgica, Aguilera y la Calle Guadalupe Victoria.

Al Este.- Se limita con la Col. Caracoles, en las faldas del Cerro Petlecatl, la Av. Ferrocarril Hidalgo, a partir de la calle Cerrada hasta la Av. Guadalupe Victoria.

Al Oeste.- Con las calles Libertad, Azcapotzalco la Villa, FF.CC. Nacionales, la Av. Luis Echeverría, Rosas, Huicholes, Amoranto, Arriaga y Matamoros.

## 3. Colonias:

Colonias adscritas al H.G.Z. No. 24

## SECTOR 1

Benito Juárez Azcapotzalco  
 Cultongo  
 Euzkadi  
 Huatla de las Salinas  
 Industrial Vallejo  
 Jardín Azpeitia  
 Monte Alto  
 Prohogar  
 San Andrés de las Salinas  
 Santa Cruz de las Salinas  
 San Sebastián  
 Trabajadores del Hierro  
 Unidad Cuiclahuac  
 Unidad Pantaco

## SECTOR 2

Churubusco Tepeyac  
 Defensores de la Rep.  
 Guadalupe Victoria  
 Lindavista  
 Lindavista Vallejo  
 Magdalena de las Salinas  
 Maximino Avila Camacho  
 Nva. Industrial Vallejo  
 Nva. Vallejo  
 Panamericana  
 Planetario Lindavista  
 Residencial La Escalera  
 San Bartolo Atepehuacan  
 Siete Maravillas  
 Ticomán  
 Unidad Lindavista Vallejo  
 Valle de Tepeyac  
 Capultitlán  
 Tlamacan

## SECTOR 3

Acueducto de Guadalupe  
 Coylán del Rosario  
 Ferrería  
 Guadalupe Proletaria  
 Hacienda de Enmedio  
 La Patera  
 Prado Vallejo  
 Prensa Nacional  
 Progreso Nacional y Amp.  
 Santa Bárbara  
 Santiago Atepetlac  
 Unidad Lindavista Vallejo  
 Venustiano Carranza

## SECTOR 4

Ampliación Benito Juárez  
 Arboledas de Cuauhtepc  
 Arbolillo  
 Carmen  
 Castillo Chico  
 Castillo Grande  
 Cocoyotes  
 Compositores Mexicanos  
 Cuauhtepc  
 Cuauhtepc de Madero  
 Escolar Oriente  
 Guadalupe Victoria  
 Gral. Felipe Berriozabal  
 Jorge Negrete  
 La Casilda  
 La Forestal  
 La Ponderosa  
 Lomas de Cuauhtepc  
 Palmatilla  
 Petatal  
 Pueblo de Cuauhtepc  
 Tablas Santa Teresa  
 Zona Escolar

Cerro del Chiquihuite  
 Santa Ma. Ticomán  
 Aragón "La Villa"  
 Copal  
 Estrella  
 Amp. Gabriel Hernández  
 La Presa  
 San José de la Pradera  
 Tepeyac Insurgentes  
 Juan de Dios Batiz  
 Villa G. Madero  
 Martín Carrera  
 Gabriel Hernández  
 San José de la Montaña  
 Triunfo de la República  
 Zacatenco Residencial  
 Capultitlán  
 La Cruz  
 Guadalupe Ticomán  
 Indios Verdes  
 15 de Agosto  
 San Pedro Zacatenco  
 Tlacamaca  
 Unidad Hab. Revolución  
 Zacatenco  
 Estanzuela  
 Lindavista  
 Santa Isabel Tola  
 Villa Guadalupe

#### Información básica de la U.M.F. No. 41

##### 1. Localización:

La Unidad de Medicina Familiar No. 41 se encuentra localizada en la Delegación Política Gustavo A. Madero, D.F., y pertenece a la Delegación No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social; en la calle de Colector 15 s/n, esquina con la Calle de Prolongación Río Bamba; a una distancia de una cuadra de la Av. Instituto Politécnico Nacional y a una cuadra de la Av. Insurgentes Norte, tomando parte del área de complejas instalaciones del I.M.S.S. (Centro Deportivo, Delegación No. 3, -- Hospital General de Zona #24, H.G.O. #3 "A", Hospital de Traumatología y Ortopedia, Centros de Jubilados, Medicina Física y Rehabilitación, - Velatorios, Agencia Admva.)

##### 2. Límites de la U.M.F. #41

Al Norte.- Limita con la Col. Montañista, ubicada en las faldas de los Cerros Petlécatl, y Cerro del Chiquihuite, Av. Río de los Remedios y -

Av. Eva Sámano de López Mateos en la Col. Gabriel Hernández.

Al Sur.- Con la calle Guadalupe Victoria, acera norte desde la Av. Insurgentes Norte, acera oeste hasta la Av. Ferrocarril Hidalgo, como -- acera oeste las colonias Calputitlán, Industrial y Estrella.

Al Este.- Límita la parte norta con la colonia los Caracoles, en las - faldas del Cerro Petlécatl y la Av. de los Insurgentes Norte comprendi da entre el Río de los Remedios y Eva Sámano de López Mateos. La Av. Ferrocarril Hidalgo a partir de la calle Cerrito acera sur hasta la Av. Guadalupe Victoria, acera norte en la Col. Estrella. Incluye las colo nias Ampliación Gabriel Hernández, Barric La Cruz, Martín Carrera, 15 de Agosto, Aragón La Villa y la Col. Estrella.

Al Oeste.- En la parte norte se encuentran las colonias Montañistas y Lázaro Cárdenas, sirve de límite el Distrito Federal, Av. Instituto Po litécnico a partir de la Av. Acueducto hasta la Av. Cuiciláhuac, inclu ye las colonias Montañistas, Lázaro Cárdenas, Barrio Guadalupe Ticomán, Unidad Juan de Dios Batiz, Lindavista, Unidad Revolución, Capultitlán y Tlamacas.

### 3. Colonias:

Colonias que corresponden a la adscripción de la U.M.F. No. 41:

Aragón La Villa	Calputitlán	Martín Carrera
Copal	La Cruz	Estanzuela
Estrella	Guadalupe Ticomán	Gabriel Hernández
Amp. Gabriel Hernández	Indios Yerdes	Lindavista
La Presa	15 de Agosto	San José de la Montaña
San Jose de la Pradera	San Pedro Zacatenco	Sta. Isabel Tola
Tepeyac Insurgentes	Tlacamaca	Triunfo de la República
J. de Dios Batiz	U. Hab. Revolución	Villa Guadalupe
Villa G. Madero	Zacatenco	Zacatenco Residencial

Información básica de la U.M.F. No. 20

#### 1. Límites de la Zona de Influencia.

De la Glorieta de Cuiciláhuac, 100 mts. y San Juan de Letrán Norte, ha cia el norte, sobre la Av. San Juan de Letrán Norte que se continúa -- con Politécnico Nacional, la acera Poniente, cruzando las calles Po - niente 112 (del 306 en adelante); Poniente 118 (del 352 en adelante);

Otavaló s/n, Prolongación Buenavista o Poniente 152 del 292 en adelante, Calles que cruzan con dirección de Oriente a Poniente. Se continúa hacia el norte Instituto Politécnico Nacional en la periferia de San Pedro Zacatenco hasta alcanzar en Río de los Remedios.

Hacia el Poniente, sobre el Río de los Remedios hacia Calz. Avila Camacho (Dominguez) o Río de San Javier, la cual rodea el conjunto habitacional "Acueducto de Guadalupe" hasta cruzar las vías del ferrocarril y Río de Tlalnepantla.

Hacia el Sur, por la calle Emiliano Zapata, en sus aceras abarcando sobre su acera poniente la primera cerrada en su totalidad. Se continúa al sur sobre Emiliano Zapata hasta entronque al camino Santiaguito del entronque al poniente hasta Calz. Vallejo la acera norte de esta calle pertenece a la Clínica Hospital No. 60 y la acera sur a la Clínica No. 20, se cruzan hasta su entronque con la Calz. Vallejo, las calles cuatro (el 98 y 99, descendentes en dirección sur); dos (el 58 y 63; descendentes en dirección sur); uno (el 32 y 41 descendentes en dirección sur).

En dirección Sureste y sobre Calz. Vallejo, acera Oriente números no--nes hasta entroncar con el Río de los Remedios hasta Av. Ferrocarril Nacional, acera sur, para la Clínica No. 20 acera Norte la Clínica Hospital No. 60, hacia el sur por Ferrocarril Nacional hasta entronque con Av. Granjas. En Av. Granjas la acera poniente pertenece a la Clínica No. 13, la acera orienta a la Clínica 20 y cruz las siguientes calles en dirección Poniente a Oriente y que pertenecen todas a la clínica -- No. 20 : Hidalgo s/n, Calz. Guadalupe Privada, San José, Cerra de Almacenes, Cerrada de Sto. Tomás a partir del 218 y 223; cerrada de San Esteban prolongación de Calz. Acalotenco del 215 y 222 cerrada de -- San Sebastián, prolongación Tepancos; Rabául del 402 y 403; de la Rosa el 370 y 371; Salónica o Av. de las Torres hasta la Glorieta de Camarones y Av. Cuitláhuac.

Hacia el Oriente, sobre Av. Cuitláhuac hasta la calle de Córcega, correspondiendo la acera Norte, números pares, a la Clínica No. 20 y la acera sur, números no--nes a la Clínica No. 2.

Por la Av. Córcega hacia el Norte hasta alcanzar Boulevard de los Ferrocarriles hacia el Oriente hasta entroncar con Av. Central, perteneciendo la acera norte a la Clínica 20 y la acera sur a la Clínica-Hospital No. 27, continuando hasta el Poniente hasta Norte 35 correspondientes la acera Norte a la Clínica No. 20 y la acera sur a la Clínica-Hospital No. 27.

Sobre la Av. Norte 35, una cuadra hacia el Norte hasta encontrar la calle 21 acera poniente, a la Clínica No. 20, acera oriente, a la Clínica-Hospital No. 27, hacia el Oriente por la calle 21 hasta Calz. Vallejo correspondiendo la acera norte a la Clínica No. 20. Hacia el Oriente, sobre Av. Cuitláhuac desde Vallejo hasta la Glorieta de Cuitláhuac y Av. San Juan de Letrán Norte, correspondiendo la acera norte, números pares, a la Clínica No. 20, y la acera sur a la Clínica-Hospital No. 27.

Los límites mencionados fueron vigentes hasta el año de 1979, fecha en que la Clínica No. 24 cambió a Hospital General de Zona y su población fue enviada a la Unidad de Medicina Familiar No. 20. (Se anexa mapa de zona de influencia rural).

Los límites de la zona que se incrementó son los siguientes:

Al Norte con el Municipio de Tlanepantla siguiendo los límites que -- marca el Reclusorio Norte por la Calle de Instituto Técnico hasta -- llegar al Estado de México en su parte superior; al Este colinda con la cara Este del Cerro del Chiquihuite hasta llegar a los límites anteriormente mencionados del Instituto Politécnico Nacional; en su parte Sur quedó unida a la zona que anteriormente se tenía por la calle de Río de San Javier. (Se anexa mapa actual).

Se hizo una reducción del área geográfica de influencia que pasó a -- formar parte de la U.M.F. No. 41, que comprende las siguientes colonias:

- |                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| - Ampliación Churubusco           | San Bartolo Atepehuacan |
| - Churubusco Tepeyac              | Valle del Tepeyac       |
| - Maximino o Manuel Avila Camacho | Lindavista              |
| - Planetario Lindavista           |                         |

El estudio que nos ocupa es de tipo prospectivo en cuanto al manejo del paciente oftálmico a partir del primer contacto que es el médico familiar.

Por lo cual para su realización se recopilaron 200 diagnósticos de pacientes con padecimientos oftalmológicos de primera vez que fueron enviados a 2o. nivel (consultorio de Oftalmología No. 33-bis, turno matutino, H.G.Z No. 24) para valoración y tratamiento especializado con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos alcanzado hasta la actualidad sobre padecimientos oftalmológicos a nivel de medicina familiar, lo cual se complementó con un examen con preguntas básicas y fundamentales de Oftalmología a nivel de Medicina Familiar basándonos para ello en el Manual de Guías de Diagnóstico Terapéuticas del I.M.S.S., dichos exámenes fueron aplicados por igual número a dos grupos de médicos integrantes de las Unidades de Medicina Familiar: 15 médicos egresados de la residencia de Medicina Familiar y 15 médicos no egresados de la residencia de Medicina Familiar, en las Clínicas 20 y 41; en los cuales se intentó estudiar 3 variables: - conocimientos, interrogatorio adecuado y exploración completa. Siete preguntas de dicho cuestionario fueron de opción múltiple con una sola respuesta verdadera, comprendían área de conocimientos básicos de Oftalmología a nivel de Medicina Familiar; las siguientes 3 preguntas fueron para investigar el área de exploración física oftalmológica, una sola pregunta se destinó a conocer el tiempo ocupado en ver a un paciente con padecimiento Oftalmológico, y también se usó una sola pregunta para conocer interrogatorio adecuado.

Inicialmente se elaboró un cuestionario de conocimientos con 12 reactivos de opción múltiple, con una opción única verdadera, basado tanto en temas incluidos dentro de las guías diagnóstico terapéuticas como en el Módulo de Medicina Interna dentro del cual se encuentra la Unidad Didáctica de Oftalmología y donde se aplican los criterios de Hiss y Vanselow y en los mismos diagnósticos de envío elaborados por los propios médicos familiares, ya que inicialmente se pensó en aplicar los criterios de Hiss y Vanselow, los cuales definen que el Médico Familiar será capaz de realizar todos los pasos médicos del diagnóstico y la atención del enfermo sin consultar en el 90% de los casos, necesitando usualmente consultar en algún momento de la atención del paciente (por razones inherentes de los procedimientos técnicos); reconociendo en el 90% de los casos la posible existencia de la enfermedad, pero no pudiendo asumir la responsabilidad primaria del caso, refiriendo al paciente tanto para su diagnóstico como para su atención y los cua

les están comprendidos dentro de los módulos del Plan de Estudios del Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar, sin embargo se vió que dichos criterios no son aplicables a todos los médicos que laboran dentro de las Unidades de Medicina Familiar, ya que no todos son egresados de la Residencia de Medicina Familiar, por lo cual se optó por cambiar las preguntas de conocimientos oftalmológicos por aquellas que incluyeran temas comprendidos dentro del Manual de Guías de Diagnóstico Terapéuticas, el cual comprende un estudio de los diagnósticos más frecuentemente elaborados y vistos por los médicos adscritos a las Unidades de Medicina Familiar (tanto generales como familiares).

Por lo tanto el nuevo cuestionario y que fué el que se aplicó a los Médicos Familiares constó de las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es un pterigión?:
  - a) Es la invasión de la córnea por una neoformación conjuntival vascularizada.
  - b) Dilataciones localizadas, tortuosas y transparentes de los vasos linfáticos de la conjuntiva.
  - c) Un nódulo amarillento a cada lado de la córnea.
  - d) Es un padecimiento raro, caracterizado por edema rosado y carnoso de la conjuntiva el cual es congénito.
  - e) Es la presencia en conjuntiva de pequeños nódulos grisáceos.
  
2. El Orzuelo, tiene las siguientes características, EXCEPTO:
  - a) Es una inflamación estafilocócica frecuente de glándulas palpebrales.
  - b) Es una inflamación granulomatosa estéril de las glándulas palpebrales.
  - c) Puede ser interno y externo.
  - d) Su tratamiento se hace a base de compresas húmedas y calientes. Tres veces al día y antibióticos locales.
  - e) Se diferencia del calacio por la presencia de signos inflamatorios.
  
3. Lactante de 9 meses de edad, el cual es llevado por su madre a la consulta externa por tener los ojos siempre rebosantes de lágrimas.
 

¿Cuál sería el diagnóstico en este caso, y la conducta a seguir?

  - a) Dacriostenosis, el tratamiento sería dar masaje del saco lagrimal e instilación de antibiótico en saco conjuntival 4-5 veces al día.
  - b) Canaliculitis, el tratamiento indicado sería raspado en el canaliculo -- afectado.

- c) Dacrioadenitis, el tratamiento sería administración de antibióticos en forma general y debridación.
- d) Hipersecreción, No se le mandaría tratamiento.
- e) Pensaría que la mamá del niño exagera.

4. ¿Un Glaucoma es? :

- a) Un tumor maligno de las estructuras de sostén del ojo.
- b) Un aumento en la presión intraocular capaz de producir degeneración de la papila óptica.
- c) Aumento en la presión arterial por una tumoración benigna que va a -- producir defectos en el campo visual.
- d) Aumento en la presión intraocular determinado por el aumento de producción de humor vítreo.
- e) Un tumor benigno del ojo que va a producir aumento en la producción intraocular.

5. De la Conjuntivitis Flictenular es cierto lo siguiente, "EXCEPTO" :

- a) Es una reacción de hipersensibilidad retardada a las proteínas bacterianas endógenas.
- b) Son lesiones caracterizadas por nódulo blanco a nivel del limbo.
- c) Se asocia a la desnutrición, a la tuberculosis, o a ambas.
- d) Las recidivas son frecuentes, sino se eliminan las causas fundamentales.
- e) Desaparecen sin necesidad de ningún tratamiento, y no dejan secuelas.

6. De las Conjuntivitis cuya tríada característica sintomatológica es escozor, ardor y sensación de cuerpo extraño, ¿en cuál predomina el escozor? :

- a) Conjuntivitis bacteriana.
- b) Conjuntivitis alérgica.
- c) Conjuntivitis viral.
- d) Conjuntivitis química
- e) Conjuntivitis por hongos.

7. De las Blefaritis, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa? :

- a) Puede ser estafilocócica o ulcerativa y seborreica o no ulcerativa.
- b) La blefaritis seborreica está asociada frecuentemente a seborrea de la piel cabelluda y de las cejas.
- c) Los síntomas principales son la irritación, ardor y prurito de los bordes palpebrales.
- d) El tratamiento en ambos casos es tópico, con antibioterapia específica, previo aseo de los bordes palpebrales, con antiseborreicos no mejora el paciente.

A continuación conteste las siguientes preguntas de la manera que Ud. juzgue más pertinente:

8. ¿Cuáles considera Ud. que sean los instrumentos mínimos indispensables para realizar un adecuado diagnóstico oftalmológico?
9. En un paciente oftalmológico, ¿cuál es su rutina exploratoria?
10. Cuando ve fondo de ojo, ¿qué observa normalmente?
11. ¿Cuánto tiempo ocupa en su consulta en ver a un paciente con padecimiento oftalmológico?
12. ¿Cuáles son los síntomas que se deben interrogar ante un padecimiento oftalmológico?

CAPITULO IV  
RESULTADOS

Dentro de la Clínica No. 20, la cual cuenta con una población total de 320,966 derechohabientes, de 6,302 pases enviados únicamente a 2o. nivel en un lapso - de 3 meses, 483 (7.7%) correspondieron a pases de Oftalmología.

De 483 pases de Oftalmología enviados en un lapso de 3 meses, 121 correspondieron al consultorio de Oftalmología No. 33-bis, turno matutino.

De los 124 pacientes estudiados el diagnóstico incorrecto del Médico Familiar fue en un número de 53 equivalentes al 42.74%, y 71 correspondiente al 57.26% correspondieron a diagnósticos correctos.

Los primeros cinco lugares en cuanto a frecuencia de envío correspondieron a - los siguientes padecimientos oftalmológicos.

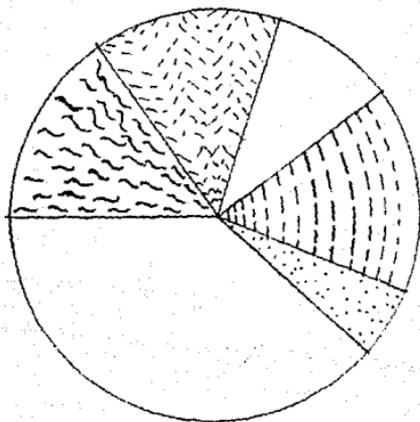
PADECIMIENTO	DX CORRECTO	%	DX INCORRECTO	%	TOTAL	%
1. Conjuntivitis	9	7.26	10	8.06	19	15.32
2. Catarata	7	5.65	11	8.88	18	14.53
3. Pterigión	2	1.61	10	8.06	12	9.67
4. Presbicia y Pinguécula	8	6.45	2	1.61	10	8.06
	10	8.06	0			8.06
5. Miopía	4	3.23	3	2.42	7	5.65
6. Otros	31	25.00	17	13.71	48	38.71
TOTAL	71	57.26	53	42.74	124	100.00

Los otros 48 diagnósticos de envío correspondientes en la Tabla anterior al No. 6 se presentaron con una frecuencia menor, perteneciendo la mayoría al 2o. nivel y algunos al 3er. nivel de atención, requiriendo para ello de aparatos y material especializado, así como de manejo a nivel de especialidad para su correcto diagnóstico y tratamiento, por lo que fue mayor el porcentaje de diagnóstico en envíos incorrectos, o que no se sospecharon, o si se llegaron a detectar no se contaba en los consultorios de Medicina Familiar con el material y aparatos especia

lizados para confirmar dicho diagnóstico. Entre dichos diagnósticos se encontraron los siguientes:

1. Degeneración macular senil.
2. Ametropía.
3. Uveítis.
4. Chalazión.
5. Paresía VI Par y III Par craneales.
6. Estrabismo.
7. Dacriocistitis.
8. Ptosis Palpebral.
9. Hipermetropía.
10. Traumatismos.
11. Blefaritis.
12. Pseudostrabismo.
13. Cuerpos extraños.
14. Orzuelo.
15. Nistagmus.
16. Retinopatía Diabética.
17. Trombosis de la Vena Central de la Retina.
18. Glaucoma.
19. Angiopatía Hipertensiva.
20. Migraña.
21. Coriorretinitis Toxoplásmica.
22. Nevo.
23. Dacriostenosis.
24. Absceso Corneal.
25. Retinopatía Hipertensiva.
26. Quiste Sebáceo.
27. Parálisis Facial.
28. Tumores del ojo.

PADECIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS MAS FRECUENTES ENVIADOS DE LA U.M.F. No. 20



 Conjuntivitis  
15.32%

 Catarata  
14.53%

 Pterigi6n  
9.67%

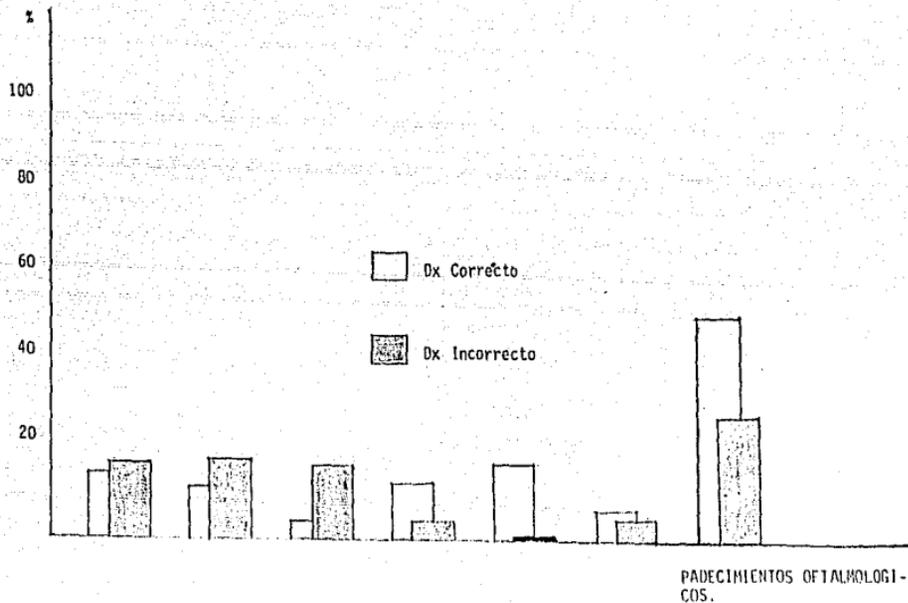
 Presbicia y Pingüecula  
8.06% c/u

 Miopía  
5.65%

 Otros  
30.71%

DIAGNOSTICOS OFTALMOLOGICOS CORRECTOS E INCORRECTOS DE MEDICOS DE LA U.M.F. No. 20 ENVIADOS AL H.G.Z. No. 24

1 9 8 3



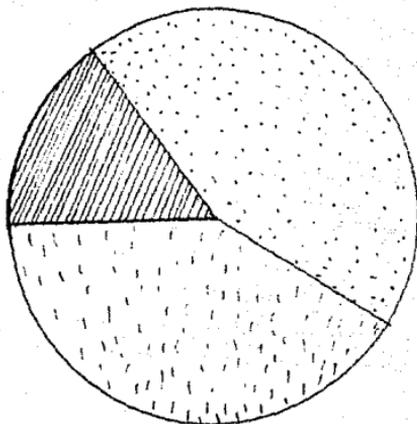
En cuanto a su manejo, de esos 124 pacientes con padecimientos oftalmológicos enviados a la U.M.F. No. 20 al H.G.Z No. 24 en un lapso aproximado de 3 meses, 15.33% (19 casos) requerían tratamiento quirúrgico, y 34.67% requerían tratamiento médico, de los cuales 55 casos equivalentes al 44.35% requerían de tratamiento médico especializado, y de éstos, 4 casos correspondientes al 3.22% - habían recibido tratamiento previo a su envío en forma correcta, y 4.83% (6 casos) habían recibido tratamiento previo a su envío en el cual fue proporcionado incorrectamente. Y, 40.32% (50 casos) requerían haber sido tratados a nivel primario, de éstos, 34.68% (43 casos) no recibieron ningún tratamiento previo a su envío, 4.84% (6 casos) habían recibido tratamiento previo a su envío en forma correcta, y, 1 (0.8%) habían recibido tratamiento previo a su envío - en forma incorrecta.

En total 59.68% correspondientes a 74 pacientes con padecimientos oftalmológicos canalizados requerían tratamiento médico y/o quirúrgico especializado.

Clasificación de Padecimientos Oftalmológicos por manejo requerido, de la - - U.M.F. No. 20, 1983, canalizados al H.G.Z. No. 24

MANEJO REQUERIDO	NUMERO DE ENVIOS	PORCENTAJES	GRADOS DEL CIRCULO
Tx. Quirúrgico especializado	19	15.33%	55°
Tx. Médico especializado	15	44.35%	160°
Tx. Médico primario	50	40.32%	145°
T O T A L	124	100.00%	360°

CLASIFICACION DE PADECIMIENTOS OFTALMOLOGICOS POR MANEJO REQUERIDO, DE LA  
U.M.F. No. 20 CANALIZADOS AL H.G.Z. No. 24, 1983.



Requerian Tx.  
Quirúrgico -  
especializado  
15.33%

Requerian Tx.  
Médico espepe  
cializado  
44.35%

Requerian Tx.  
Médico prima  
rio  
40.32%

Respecto a los resultados del examen practicado tanto a médicos egresados como a médico no egresados de la residencia de Medicina Familiar de la U.M.F. No. 26, los resultados fueron los siguientes:

### C u e s t i o n a r i o

1. ¿Que es un pterigión?:

36.7% (13) de los médicos egresados de la residencia de Medicina Familiar contestaron correctamente, y 13.3 (2) incorrectamente.

80.0% (12) de los médicos no egresados de la residencia de Medicina Familiar contestaron correctamente, y 20.0% (3) incorrectamente.

2. El Orzuelo tiene las siguientes características, "EXCEPTO":

71.4% (11) de los médicos egresados contestaron correctamente, y 28.6% (4) incorrectamente.

60% (9) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y 40.0% incorrectamente.

3. Lactante de 9/12 de edad, el cual es llevado a la consulta externa por su madre, por tener los ojos siempre rebosantes de lágrimas.

¿Cuál sería el diagnóstico en este caso y la conducta a seguir?:

78.6% (12) de los médicos egresados contestaron correctamente, y 21.4% (3) incorrectamente.

66.7% (10) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y 33.3% (5) incorrectamente.

4. ¿Un Glaucoma es?:

71.4% (11) de los médicos egresados contestaron correctamente, y 28.6% (4) incorrectamente.

66.7% (10) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y 33.3% (5) incorrectamente.

De la conjuntivitis Flictenular es cierto lo siguiente, "EXCEPTO":

28.6% (4) de los médicos egresados contestaron correctamente, y 71.4% (11) de los médicos egresados contestaron incorrectamente.

33.3% (5) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y 66.7% (10) incorrectamente.

6. De las Conjuntivitis, cuya tríada característica sintomatológica es escozor, ardor y sensación de cuerpo extraño. ¿En cuál predomina el escozor?:
- 71.4% (11) de los médicos egresados contestaron correctamente, y 28.6% (4) incorrectamente.
- 73.3% (12) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y 26.7% incorrectamente.
7. De las Blefaritis, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:
- 78.6% (11) de los médicos egresados contestaron correctamente, y 21.4% (4) incorrectamente.
- 60% (12) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y 20.0% (3) incorrectamente.
- 69.5% de los médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar contestaron correctamente, en relación al 65.72% de los médicos no egresados de la Residencia de Medicina Familiar que contestaron correctamente.

Y de acuerdo a los resultados anteriores en las preguntas sobre conocimientos de Oftalmología a nivel de Medicina Familiar el total de médicos tanto no egresados como egresados de la U.M.F. No. 20 tuvieron un 67.62% de aciertos, con un 32.38% de error.

Las preguntas para investigar el área de exploración física oftalmológica, las respuestas fueron las siguientes:

¿Cuáles considera Ud. instrumentos mínimos indispensables para realizar un adecuado diagnóstico Oftalmológico?:

- 33.3% (5) médicos no egresados consideraron únicamente el Oftalmoscopio.
- 20% (3) médicos no egresados consideraron que la lámpara y el Oftalmoscopio.
- 20% (3) médicos no egresados consideraron que la lámpara, Oftalmoscopio y Carta de Snellen.
- 13.3% (2) médicos no egresados consideró que el Oftalmoscopio, lente de aumento y lámpara.
- 6.7% (1) médico no egresado consideró que la lámpara de mano, Prueba de Jaeger y Carta de Snellen.
- 6.7% (1) Médico no egresado consideró que el Oftalmoscopio y Separador de Demarcas.

- 40% (5) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar consideraron como instrumento indispensable el Oftalmoscopio.
- 26.7% (4) médicos egresados consideraron como instrumentos indispensables la lám para de mano y el Oftalmoscopio.
- 13.3% (2) médicos egresados consideraron como instrumentos indispensables la lám para de mano, Oftalmoscopio y Carta de Snellen.
- 20% (3) médicos egresados consideraron como instrumentos mínimos indispensables la lámpara simple, con buena luz o local bien iluminado.

¿En un paciente Oftalmológico cuál es su rutina exploratoria?:

- 66.7% (10) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar consideraron como su rutina exploratoria en un paciente Oftalmológico la exploración de cejas, pestañas, párpados, conjuntivas, movimientos oculopalpebrales, reflejos pupilares, agudeza visual y fondo de ojo.
- 13.3% (2) médicos egresados contestaron que la misma exploración que para cualquier paciente.
- 13.3% (2) médicos egresados consideraron como su rutina exploratoria en pacientes Oftalmológicos revisar reflejos y campimetría.
- 6.7% (1) médico egresado consideró dentro de la rutina exploratoria de padecimientos Oftalmológicos una exploración adecuada: iluminación adecuada, y no molestar al paciente con exploración armada.
- 52.3% (6) médicos no egresados de la Residencia de Medicina Familiar consideraron dentro de su rutina exploratoria para padecimientos Oftalmológicos los siguientes parámetros: implantación de los ojos, conjuntivas; tamaño, forma, igualdad y respuesta a estímulos luminosos de las pupilas, reflejos oculares, movimientos oculares, fondo de ojo.
- 6.7% (1) médico no egresado consideró dentro de la rutina exploratoria para padecimientos Oftalmológicos "la observación directa, y con Oftalmoscopio cuando sea necesario".
- 6.7% (1) médico no egresado consideró dentro de su rutina exploratoria "la separación de párpados".
- 6.7% (1) médico no egresado consideró dentro de su rutina exploratoria "la exploración de reflejos, observación de cuerpos extraños o neoformaciones, y valoración del campo visual".
- 6.7% (1) médico no egresado consideró dentro de su rutina exploratoria "reflejos".
- 6.7% (1) médico no egresado consideró dentro de su rutina exploratoria para padecimientos Oftalmológicos: observar conjuntivas, regiones palpebrales internas, observar si hay o no lagrimeo o alguna secreción.

13.3% (2) médicos no egresados consideraron dentro de su rutina exploratoria: interrogatorio, exploración física y valoración.

¿Qué observa normalmente en el fondo de ojo?:

- 60% (9) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar contestaron los siguientes parámetros: papila, arteria-vena y la relación anatómica que guardan, mácula.
- 20% (3) médicos egresados contestaron que en la consulta externa no se realiza exploración de fondo de ojo rutinariamente.
- 13.3% (2) médicos egresados contestaron que no acostumbraban verlo.
- 6.7% (1) médico egresado no contestó.
- 60% (9) médicos no egresados contestaron los siguientes parámetros: vasos sanguíneos, papila, fovea, mácula, papila óptica.
- 6.7% (1) médico no egresado contestó con el siguiente parámetro: relación arteriovenosa, excavación fisiológica, observar si existen borrachos de los bordes papilares, hemorragias retinianas (búsqueda de detalles estructurales de la papila óptica).
- 13.3% (2) médicos no egresados contestaron como parámetro únicamente "papila".
- 6.7% (1) médico no egresado contestó como único parámetro "retina".
- 6.7% (1) médico no egresado contestó como único parámetro "paquete vascular".
- 6.7% (1) médico no egresado no tuvo respuesta.

¿Cuánto tiempo ocupa en su consulta en ver a un paciente con padecimiento Oftalmológico?.

Entre los médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar el tiempo ocupado para ver un padecimiento Oftalmológico se clasificó de la siguiente manera:

- Los que ocupan 5' fueron dos (13.3%)
- Los que ocupan 3-5' fue sólo uno (6.7%)
- Los que ocupan de 5 a 10' fueron 5 (33.3%)
- Los que ocupan 15' fueron 2 (13.3%)

Los médicos familiares contestaron que dependiendo del tipo de padecimiento. Los que ocupan de 15-30' en ver a un paciente con padecimiento Oftalmológico fueron 3 (20%) .

De los médicos no egresados de la Residencia de Medicina Familiar, se clasificaron las respuestas de la siguiente manera:

- 6.7% (1) médico general contestó que dependiendo del cuadro clínico.
- 20% (3) médicos generales contestaron que era variable.
- 13.3% (2) médicos generales contestaron que poco tiempo.
- 20% (3) médicos generales contestaron que de 10 a 15'
- 6.7% (1) médico general contestó que de 15 a 20'
- 13.3% (2) médicos generales contestaron que 15'
- 13.3% (2) médicos generales contestaron que de 20 a 30'

¿Cuáles son los síntomas que deben interrogarse ante un padecimiento Oftalmológico?

- 86.7% (13) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar estuvieron de acuerdo en señalar como respuesta adecuada los siguientes parámetros: ardor, prurito, sensación de cuerpo extraño, secreción, edema, dolor, hiperemia, trastornos de refracción, lagrimeo, fotofobia, escozor, - disminución de agudeza visual, visión borrosa, presencia de cuerpo extraño, movilidad ocular, visión de manchas o halos de colores.
- 13.3% (2) médicos egresados coincidieron en interrogar acerca de la fecha de -- iniciación del padecimiento, etiología, tiempo de evolución, signos y síntomas y manejo realizado empírico o médico.
- 93.3% (14) De los médicos no egresados coincidieron los siguientes parámetros: - agudeza visual, dolor, fotofobia, lagrimeo, escozor, sensación de - - cuerpo extraño, diplopia, secreción, ardor, etc.
- 6.7% (1) Médico no egresado consideró que los mismos que para cualquier otro padecimiento.

En la U.M.F. No. 41, cuya población de derechohabientes adscrita asciende a -- 131,899 de 3,926 pases enviados a 2o. y 3er. nivel en un lapso de 3 meses, 229 pases (5.9%) correspondieron al servicio de Oftalmología.

De 229 pases enviados al servicio de Oftalmología, 76 (33.1%) correspondieron a un solo consultorio de Oftalmología el 33-bis durante el turno matutino, y dichos envíos son los que se estudiaron.

De los 76 diagnósticos oftalmológicos de envío estudiados, el porcentaje de -- diagnóstico incorrectos fue del 44.8%, y el 55.2% correspondió a diagnósticos correctos.

Los primeros seis lugares en cuanto a frecuencia de envío correspondieron a -- los siguientes padecimientos:

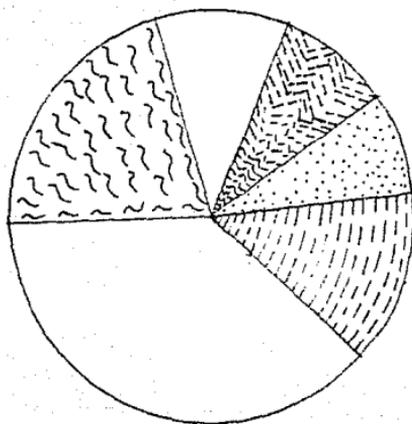
PADECIMIENTO	DX CORRECTO	%	DX INCORRECTO	%	TOTAL	%
1. Conjuntivitis	10	13.15	6	7.90	16	21.05
2. Pterigión	3	3.95	5	6.58	8	10.53
3. Estrabismo	2	2.63	5	6.58	7	9.21
4. Pinguécula	6	7.90	0	0	6	7.90
5. Uveítis y Catarata	4	5.27	1	1.31	5	6.58
	3	3.95	2	2.63	5	6.58
6. Otros	14	18.42	15	19.73	29	38.15
TOTAL	42	55.26	34	44.74	76	100.00

Entre los diagnósticos incluidos dentro del 6o. lugar estuvieron los siguientes:

Quiste conjuntival  
Cuerpo extraño  
Orzuelo  
Miopía  
Dacriostenosis  
Blefarokonjuntivitis  
Migraña  
Hiposfagma  
Atrofia del N. Óptico  
Retinopatía Diabética  
Queratitis

Chalazión  
Iridociclitis Traumática  
Dacriocistitis  
Paresia de III y IV par  
Retinocoroiditis  
Traumatismos  
Presbicia  
Ametropía  
Xantelasma  
Mistemia Gravis  
Glaucoma

PADECIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS MÁS FRECUENTES ENVIADOS DE LA U.M.F. No. 41



Conjuntivitis  
21.05%

Pterición  
10.53%

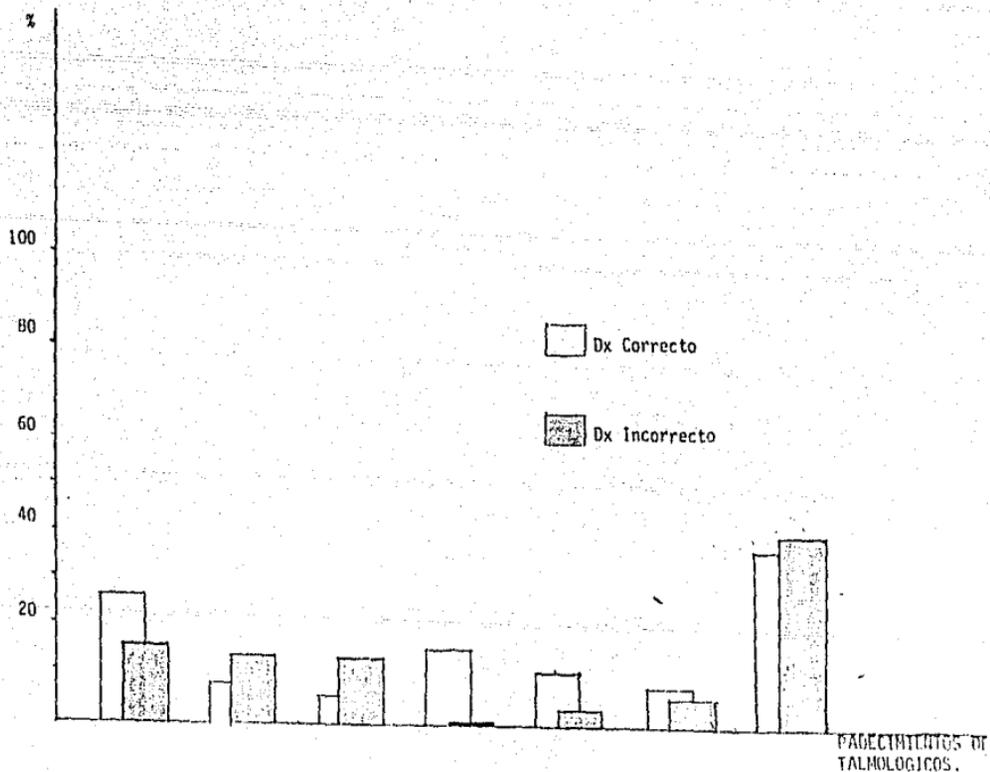
Estrabismo  
9.21%

Pinguécula  
7.90%

Catarata v Uveítis  
6.58% c/u

Otros  
38.14%

DIAGNOSTICOS OFTALMOLOGICOS CORRECTOS E INCORRECTOS DE MEDICOS DE LA U.M.F. No. 41 ENVIADOS AL H.G.Z. No. 24  
1 9 8 3



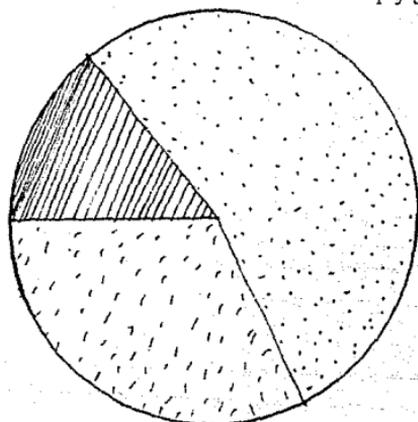
De dichos 76 pacientes con padecimientos oftalmológicos enviados de la U.M.F. No. 41 al H.G.Z. No. 24, 14.4% (11 casos) requerían tratamiento quirúrgico, y el 85.22% restante requerían de tratamiento médico, de los cuales, 41 casos - correspondientes al 53.95% requerían de tratamiento médico especializado, y - de éstos 1 correspondiente al 1.31% había recibido tratamiento previo a su envío el cual había sido proporcionado en forma correcta, y 3 correspondientes al 3.94% de éstos mismos, habían recibido tratamiento previo en forma incorrecta. Y los restantes 24 casos, correspondientes al 31.57% requerían manejo a nivel primario, de éstos 25 (19 casos) no recibieron ningún tratamiento previo a su envío; 3.94% (3 casos) habían recibido tratamiento previo a su envío el cual fue proporcionado correctamente, y 2.63% (2 casos) habían sido -- tratados previamente a su envío en forma incorrecta.

En total, 68.43% (52 casos) de los pacientes con padecimientos oftalmológicos canalizados, requerían tratamiento especializado, médico y/o quirúrgico.

Clasificación de Padecimientos Oftalmológicos por Manejo Requerido, de la U.M.F. No. 41 canalizados al H.G.Z. No. 24  
1 9 8 3

MANEJO REQUERIDO	NUMERO ENVIOS	PORCENTAJES	GRADOS DEL CIRCULO
Tx. quirúrgico especializado	11	14.48%	52°
Tx. médico especializado	41	53.95%	194°
Tx. médico primario	24	31.57%	114°
T O T A L	76	100.00%	360°

CLASIFICACION DE PADECIMIENTOS OFTALMOLOGICOS POR MANEJO REQUERIDO, DE LA  
U.M.F. No. 41 CANALIZADOS AL H.G.Z. No. 24  
1 9 8 3



	Requerían Tx. quirúrgico especializado 14.46%
	Requerían Tx. médico especia lizado 53.95%
	Requerían Tx. médico primario 31.57%

Respecto a los resultados del examen practicado tanto a médicos egresados como a los no egresados de la Residencia de Medicina Familiar de la U.M.F. No. 41, los resultados fueron los siguientes:

### CUESTIONARIO

1. ¿Qué es un Pterigión?

Todos los médicos no egresados de la Residencia de Medicina Familiar contestaron, el número de aciertos fue de un 100% (15).

El 81.8% (12) de los médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar contestaron correctamente y el 18% (3) en forma incorrecta.

2. El Orzuelo tiene las siguientes características, "EXCEPTO":

El 36.3% (5) de los médicos egresados contestaron correctamente, y el -- 63.7% (19) incorrectamente.

El 54.5% (8) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y -- el 45.5% (7) incorrectamente.

3. Lactante de 9/12 de edad el cual es llevado por su madre a la consulta externa por tener los ojos siempre rebosantes de lágrimas. ¿Cuál sería el -- diagnóstico en este caso y la conducta a seguir?:

El 81.9% (12) de los médicos egresados contestaron correctamente, y el -- 18.1% (3) incorrectamente.

El 63.7% (10) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y -- el 36.3% (5) incorrectamente.

4. ¿Un Glaucoma es?:

El 81.9% (12) de los médicos egresados contestaron correctamente, y el -- 18.1% (3) incorrectamente.

El 72.8% (11) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y -- el 27.2% (4) incorrectamente.

5. De las Conjuntivitis cuya tríada característica sintomatológica es: escozor, ardor y sensación de cuerpo extraño. ¿En cuál predomina el escozor?:

El 72.8% (11) de los médicos egresados contestaron correctamente, y el - 27.2% (4) incorrectamente.

El 63.7% (10) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y - 36.3% (5) incorrectamente.

6. De las Conjuntivitis, flictenular, es cierto lo siguiente, "EXCEPTO":

El 33.3% (5) de los médicos egresados contestaron correctamente y 66.7% (10) incorrectamente.

21.4% (3) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y 78.6% (12) incorrectamente.

7. De las Blefaritis, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:

El 78.6% (11) de los médicos egresados contestaron correctamente y 21.4% (4) incorrectamente.

El 73.3% (12) de los médicos no egresados contestaron correctamente, y - 26.7% de médicos egresados incorrectamente.

El 52.9% de los médicos egresados contestaron correctamente, en relación al - 47.1% de los médicos no egresados de la Residencia de Médico Familiar que contestaron correctamente.

De acuerdo con los resultados anteriores tanto médicos no egresados como egresados de la U.M.F. No. 41 obtuvieron un 65.42% de aciertos, con un 34.58% de error en las preguntas del área de conocimientos de Oftalmología a nivel de Medicina Familiar.

En cuanto al área para investigar una buena explotación física los resultados fueron los siguientes:

¿Cuáles considera usted que sean los instrumentos mínimos indispensables para realizar un adecuado diagnóstico Oftalmológico?:

53.3% (8) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar consideraron únicamente el Oftalmoscopio.

13.3% (2) médicos egresados consideraron como indispensables el Oftalmoscopio, lámpara, isopos, solución fisiológica.

13.3% (2) médicos egresados no contestaron.

13.3% (2) médicos egresados consideraron como indispensables el Oftalmoscopio, lupa para ver cuerpos extraños, aguja para extraerlos, y Carta de - - Snellen.

6.7% (1) médico egresado consideró como indispensables interrogatorio y exploración física adecuados.

26.6% (4) médicos no egresados consideraron como indispensable "el contar con material adecuado para la revisión y mucho más importante saberlo usar y tener tiempo necesario para hacerlo".

13.3% (2) médicos no egresados consideraron como indispensables Oftalmoscopio, luz adecuada, dilatador de la pupila (pilocarpina).

40% (6) médicos no egresados consideraron como indispensable únicamente el Oftalmoscopio.

13.3% (2) médicos no egresados consideraron únicamente como indispensable una fuente luminosa.

6.7% (1) médico no egresado consideró como indispensable la historia clínica y una exploración correcta.

En cuanto a la segunda pregunta del área de exploración adecuada:

¿En un paciente Oftalmológico cuál es su rutina exploratoria?:

6.7% (1) médico egresado consideró que "la misma rutina que para cualquier otro padecimiento.

20% (3) médicos egresados consideraron dentro de su rutina exploratoria para un paciente Oftalmológico: interrogatorio, exploración física general y con Oftalmoscopio.

73.3% (11) médicos egresados consideraron como rutina exploratoria para un paciente Oftalmológico la exploración de los anexos, reflejos, exploración de agudeza visual y exploración de fondo de ojo.

66.7% (10) médicos no egresados consideraron dentro de la rutina exploratoria: observación de estructuras anatómicas externas, movimientos y reflejos oculares, tamaño y forma de las pupilas, agudeza visual.

20% (3) médicos no egresados consideraron dentro de la rutina exploratoria: inspección, examen de agudeza visual, reflejos oculares y fondo de ojo.

13.3% (2) médicos no egresados consideran la rutina exploratoria oftalmológica dependiendo de la causa de la consulta.

En cuanto a la siguiente pregunta:

Cuando logra ver con el Oftalmoscopio el fondo de ojo. ¿Qué observa normalmente?:

86.7% (13) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar contaron los siguientes parámetros: arterias, venas, papila (excavación, -- emergencia de los vasos), retina, fovea.

6.7% (1) médico egresado consideró como parámetro los vasos sanguíneos y su coloración.

6.7% (1) médico egresado no tuvo respuesta.

93.3% (14) médicos no egresados consideraron los siguientes parámetros: - venas, arterias, mácula, papila óptica y retina.

6.7% (1) médico no egresado no tuvo respuesta.

En cuanto a la pregunta para valorar área de tiempo, se obtuvieron las siguientes respuestas:

¿Cuánto tiempo ocupa en su consulta en ver a un paciente con un padecimiento oftalmológico?:

40% (6) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar consideran ocupar entre 10 y 20 minutos.

60% (9) médicos egresados consideraron que era variable.

20% (3) médicos no egresados consideraron ocupar como promedio 20 minutos.

40% (6) médicos no egresados consideraron el tiempo variable dependiendo del caso.

20% (3) médicos no egresados consideraron ocupar como promedio 5 minutos.

20% (3) médicos no egresados consideraron ocupar como promedio 15 minutos.

En cuanto al área para un interrogatorio adecuado, se obtuvieron las siguientes respuestas:

¿Cuáles son los síntomas que se deben interrogar ante un padecimiento oftalmológico?:

93.3% (14) médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar consideraron los siguientes parámetros: agudeza visual, dolor, fotofobia, la-

grimeo, escozor, visión en tunel, cefalea, sensación de cuerpo extraño, di  
plopia, secreción, trastornos visuales, ardor.

6.7% (1) médico egresado consideró los siguientes parámetros: in  
icio, ev  
lución, estado en el momento de la consulta.

100% (15) médicos no egresados consideraron los siguientes parámetros: do  
lor, escozor, prurito, agudeza visual, cefalea, lagrimeo, diplopia, fotofo  
bía, ardor.

CAPITULO V  
DISCUSION Y COMENTARIOS

De 124 pacientes con padecimientos oftalmológicos enviados de la U.M.F. No. 20 al H.G.Z. No. 24 en un lapso aproximado de 3 meses, en 53 pacientes correspondientes al 42.74% los diagnósticos fueron hechos en forma incorrecta, y en 71 correspondientes al 57.26% los diagnósticos fueron hechos en forma correcta.

De esos 124 pacientes con patología oftalmológica enviados de la U.M.F. No. 20 al H.G.Z. No. 24: 59.68% correspondientes a 74 pacientes con padecimientos oftalmológicos canalizados, requerían tratamiento especializado, y los restantes 40.32% requerían haber sido manejados a nivel primario.

De los 76 pacientes con padecimientos oftalmológicos enviados de la U.M.F. - - No. 41 al H.G.Z. No. 24, el porcentaje de diagnósticos incorrectos fue de 44.8% correspondiente a 34 casos, y el 55.2% (42 casos) correspondió a diagnósticos correctos. Asimismo el 68.43% correspondiente a 52 pacientes con padecimientos oftalmológicos canalizados, requerían de manejo especializado, y los restantes 24 pacientes canalizados correspondientes al 31.57% requerían manejo a nivel primario.

El promedio general de Dx correctos de padecimientos oftalmológicos enviados de las U.M.F. No. 20 y 41 al H.G.Z. No. 24 fue del 56.26% .

El promedio general de pacientes con padecimientos oftalmológicos enviados de las U.M.F. No. 20 y 41 al H.G.Z. No. 24 que requerían de manejo especializado fue de 64.05% . Y el restante 35.95% requerían haber sido manejados a nivel primario.

En relación a los resultados del examen efectuado a médicos familiares de las U.M.F. No. 20 y 41, 60.21% de los médicos egresados de la Residencia de Medicina Familiar contestaron correctamente, en relación al 56.41% de los médicos no egresados de la Residencia de Medicina Familiar que contestaron correctamente.

El promedio total entre médicos egresados y no egresados de la Residencia de Medicina Familiar que contestaron correctamente fue de 58.31%.

En vista de los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados a los médicos familiares de las U.M.F. No. 20 y 41, para llevar a cabo la investigación de nuestras variables, y de acuerdo con los resultados anteriormente enunciados, constatamos que la mayoría cuentan con los elementos necesarios para hacer un buen diagnóstico dentro de los padecimientos oftalmológicos, pero es necesario que se implanten cursos de capacitación para que el derechohabiente en el primer nivel de atención sea manejado de una manera más correcta; ya que padecimientos aparentemente más sofisticados pero que debían ser del dominio del médico que labora en las Unidades de Medicina Familiar, según el Manual de Guías Diagnóstico Terapéuticas, son desconocidos por la mayoría (70.85%). Podríamos calificar como suficiente el hecho de clasificar las conjuntivitis en general, y cuando más intentar identificar mediante un interrogatorio adecuado la etiología probable. Hay diagnósticos que a pesar de ser exactos el médico familiar manifiesta ciertos conocimientos, únicamente habría que llegar a ciertos detalles para lograr mejores diagnósticos y manejos.

En cuanto al área de exploración, en el examen efectuado a los médicos familiares, la mayoría (70%) conocen los puntos básicos de la exploración. Algún grupo de médicos (3.35%) consideran exámenes más complejos como básicos para integrar un diagnóstico, y no tocan la exploración básica y de más utilidad, siendo que existen exámenes más sencillos para hacer un buen diagnóstico.

En cuanto al área de interrogatorio, dentro de examen efectuado según las respuestas, tienen conocimientos oftalmológicos suficientes, puesto que contemplan puntos básicos e importantes en cuanto a sintomatología, sin embargo esta cifra (93.3%) no es congruente con el porcentaje de casos bien manejados, lo que nos obliga a pensar que lo que sucede en realidad es que no se llevan a cabo en la práctica dichos conocimientos, por diversos factores, ajenos a las variables que se estudiaron.

Los datos de padecimientos oftalmológicos enviados de las U.M.F. No. 20 y 41 al H.G.Z. No. 24 se colocaron en la tabla siguiente con el fin de saber cuáles padecimientos ocurrieron en los dos grupos juntos, y conocer la significancia estadística en el total de pacientes con padecimientos oftalmológicos enviados.

PADECIMIENTO OFTALMOLOGICO	DX. CORRECTO	%	DX. INCORRECTO	%	RELACION ENTRE DX. CO. RR. E INC.	TOTAL
Conjuntivitis	19	9.5	16	8	0.84	35
Pterigión	5	2.5	15	7.5	3.0	20
Estrabismo	2	1.0	5	2.5	2.5	7
Pinguécula	16	8.0	0	0	0	16
Uveítis	4	2.0	1	0.5	0.25	5
Catarata	10	5.0	13	6.5	1.3	23
Presbicia	8	4.0	2	1.0	0.25	10
Miopia	4	2.0	3	1.5	0.75	7
Otras	45	22.5	32	16.0	0.71	77
TOTAL	113	56.5	87	43.5	0.77	200

Posteriormente se sometieron los resultados para buscar la significancia estadística de éstos mediante la determinación del error estandar:

$$\begin{aligned}
 (E.E.) P_1 - P_2 &= \sqrt{(E.E. P/N)_1^2 + (E.E. P/N)_2^2} \\
 &= \sqrt{\left(\frac{56.5}{113}\right)^2 + \left(\frac{43.5}{87}\right)^2} \\
 &= \sqrt{0.25 + 0.25} \\
 &= \sqrt{0.50} \\
 &= .70
 \end{aligned}$$

Los mismos procedimientos se siguieron para buscar la significancia estadística en el tratamiento requerido por los pacientes enviados de las U.M.F. No. 20 y 41 al H.G.Z. No. 24, para lo cual se colocaron en la siguiente tabla:

Manejo requerido por los pacientes con padecimientos oftalmológicos enviados de las U.M.F. No. 20 y 41 al H.G.Z. No. 24  
i 9 8 3

MANEJO	CASOS	C1. 20	%	C1. 41	%	RELACION
Tratamiento médico o quirúrgico especializado.	126	74	37	52	26	1.42
Tratamiento a nivel primario.	74	50	25	24	12	2.08
TOTAL	200	124	62	76	38	1.63

$$\begin{aligned}
 (E.E.) P_1 - P_2 &= \sqrt{\frac{(56.5)^2}{113} + \frac{(43.5)^2}{87}} \\
 &= \sqrt{0.25 + 0.25} \\
 &= \sqrt{0.50} = .70
 \end{aligned}$$

La diferencia observada tanto en los dos grupos de pacientes con diagnósticos oftalmológicos, como en el manejo requerido por éstos, no es significativa dado el tamaño de la muestra estudiada. Y la diferencia encontrada en los porcentajes y totales puede estar dada por el azar. Y tomando en cuenta que nuestro estudio es descriptivo aceptamos como factible la hipótesis alternativa,  $Z <$  tomando en cuenta los resultados de las valoraciones efectuadas, y en éste mismo estudio referidas.

## CAPITULO VI CONCLUSIONES

A través de nuestro estudio hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. El cuerpo de conocimientos del médico familiar es adecuado para el diagnóstico y tratamiento de las entidades oftalmológicas más frecuentes.
2. No son estadísticamente significativas las diferencias encontradas, pudiendo ser debidas al azar.
3. El elemento más importante para interrogar un diagnóstico, en este caso, de tipo oftalmológico, es el interrogatorio adecuado; y en forma secundaria una exploración macroscópica con una lámpara de mano u oftalmoscopio, y una carta de Snellen son suficientes para integrar un diagnóstico acertado a nivel de medicina familiar en la mayoría de los casos.
4. No se trata de que el médico familiar no canalice pacientes a segundo o tercer nivel, se trata de que justifique su envío con un interrogatorio, exploración, diagnóstico, y si es posible manejo, congruentes, únicamente para beneficio del paciente.
5. Se busca que el médico familiar realice un interrogatorio más completo para detectar problemas más serios y evitar complicaciones importantes relacionadas con el órgano de la función.
6. Un interrogatorio adecuado es el pilar de un buen diagnóstico, el cual debe estar basado en conocimientos básicos y debe complementarse con una exploración macroscópica somera.
7. Creemos necesario mencionar algo sobre el trabajo presentado por el Dr. Alfonso Alvarez Bravo en el Primer Congreso Nacional de Médico Familiar-Médico General en la Unidad de Congresos, C.M.N., 1976:

"EL Programa de Educación Médica continua es indispensable dirigirlo para el médico-familiar-médico general, quien debe mantener su competencia para resolver los problemas, necesita estar constantemente actualizado en el manejo de los padecimientos que se ven más comunmente en la práctica, y siempre enterado de la metodología especializada que es propia de la atención médica y tener información renovada que le permita aconsejar y actuar adecuadamente - sobre problemas de salud, no de manera simplemente teórica, sino integrada - al servicio médico que dispensa." (1)

6. La mayoría de los médicos familiares cuentan con los elementos necesarios para hacer un buen diagnóstico dentro de los padecimientos oftalmológicos, pero es necesario concientizar al médico sobre su responsabilidad al estar manejando vidas humanas, y estimularlos para elevar su nivel de conocimientos, aún más, para que el derechohabiente en el primer nivel de atención sea manejado de una manera más correcta.

## CAPITULO VII

### RESUMEN

En resumen el paciente con padecimientos oftalmológicos de nivel primario puede ser debidamente tratado por el médico familiar, ya que la mayoría cuentan con los elementos necesarios para hacer un buen diagnóstico dentro de los padecimientos oftalmológicos, sin embargo es necesario dirigir el Programa de Educación Médica Continua para el Médico Familiar-Médico General, quien debe ser competente para resolver los problemas que se le presenten y estar constantemente actualizado en el manejo de los padecimientos más frecuentes que se ven a nivel de CE.

B I B L I O G R A F I A

1. Alvarez Bravo, A.: La Educación Médica Continua para el Médico Familiar-Médico General. Bol. Méd. I.M.S.S. 18: 190-193, 1976.
2. Barba Ocampo, R.: La Participación del Médico Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol. Méd. I.M.S.S. - - 18: 231-234, 1976.
3. Conn F. H.: Medicina Familiar, Teoría y Práctica. Nueva - - Edit. Interamericana. Cap. 37: 703-707, 1974.
4. Coulter F. D. y Llewellyn J. D.: The Practice of Family Medicine. Edit. Livingstone, Edinburgh and London, Cap. 24: 335-349, 1971.
5. Subdirección General Médica I.M.S.S.: Guías Diagnóstico Terapéuticas. 2:255-301, 1976.
6. González Montesinos F.; Pérez Alvarez J.J.; y Lee Ramos, A.F.: Observaciones a través de la Evaluación del Expediente Clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol. Méd. - - I.M.S.S. 18: 60-65. 1976.
7. Hernández Rodríguez, F; Mogollán Cuevas, R; Elizalde Galicia, H.; Pérez Álvarez, J.J.; Lee Ramos, A.F.; y González Montesinos, F.: Observaciones a Través de la Evaluación del Expediente Clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social, - Bol. Méd. I.M.S.S. 18: 86-89, 1976.
8. Laguna José: Definición de los Conceptos del Médico Familiar, Médico General, Médico Integral, Médico Comunitario, Médico de Contacto Primario y Médico Especialista. Bol. Méd. I.M.S.S. 18: 221-225, 1976.
9. Pérez Alvarez, J.J.: Evaluación Médica. Bol. Méd. I.M.S.S. - 16: 281-284, 1974.
10. Subdirección General Médica I.M.S.S.: Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Manual. 1982.
11. Varela Rueda, C.E.: La Medicina Familiar como Especialidad. Bol. Méd. I.M.S.S. 16: 401-408, 1974.
12. Vaughn, D.; y Asbury, T.: Oftalmología General. Edit. El Manual Moderno. 1982.