



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**



## **TITULO**

**CONCORDANCIA DIAGNOSTICA DE LA REFERENCIA Y  
CONTRARREFERENCIA ENTRE LOS MEDICOS  
ESPECIALISTAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE  
ATENCION EN ESPECIALIDADES QUIRURGICAS**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A:  
DRA. MAYRA VIOLETA BECERRIL PEREZ**

**ASESOR DE TESIS:  
DR. ALBERTO ORDAZ MARTINEZ**

**MEXICO, D.F.**

**FEBRERO 2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AUTORIZACIONES**

---

**DR JOSÉ ANTONIO MARTINEZ MATA**  
EASPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
DIRECTOR DE U.M.F. 21 IMSS

---

**DR, FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
JEFE DE DE EDUCACION MEDICA UMF 21 IMSS

---

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 21 IMSS

---

**DRA. MAYRA VIOLETA BECERRIL PEREZ**  
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A MIS HIJAS:**

QUE SON LA MAXIMA BENDICION QUE DIOS ME PUDO HABER DADO YA QUE CON SU AMOR Y CARIÑO ME HAN MOTIVADO CONTINUAR SUPERANDOME, Y QUE CUANDO LA INCERTIDUMBRE LLEGA A MI VIDA CON SUS SONRISAS ME HACEN VER QUE TODO TIENE SOLUCION.

### **A MIS PADRES Y HERMANO:**

QUIENES CON SU EJEMPLO, APOYO, COMPRESION Y AMOR ME HAN IMPULSADO Y MOSTRADO QUE EL ESTUDIO ES LA MEJOR HERRAMIENTA PARA TRIUNFAR EN LA VIDA.

### **A MI ESPOSO:**

QUIEN ME HA BRINDADO TODA SU PACIENCIA, AMOR Y APOYO CONTRIBUYENDO CON ELLO A MI FORMACION COMO PROFESIONAL.

### **A MIS AMIGOS:**

QUIENES AL BRINDARME SU AMISTAD INCONDICIONAL ASI COMO SU CONFIANZA REFUERZAN MIS CONOCIMIENTOS Y ME IMPULSAN A MEJORAR DIA CON DIA.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
DISEÑO ESTADISTICO.....	14
RESULTADOS.....	18
CONCLUSIONES.....	25
SUGERENCIAS.....	28
ANEXOS.....	29

## INTRODUCCION

La referencia y contrarreferencia, es un procedimiento administrativo de coordinación, que emana del Modelo de Atención a la Salud para población abierta, que se realiza dentro del Marco de los Lineamientos Institucionales, involucra unidades de 1º, 2do y 3er nivel de atención quienes asumen los derechos y obligaciones correspondientes, y conforman una Red de Servicios, con acciones dirigidas a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención medica involucradas, con el propósito de elevar la calidad del servicio que se brinda mediante una atención integral, basado en un conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestarle al usuario de manera adecuada, el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud, con la debida oportunidad y eficiencia. Así mismo, este régimen facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnostica entre aquellos y las unidades familiares. Entendiéndose por referencia el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las unidades prestadoras de servicios de salud, a otras instituciones de salud para su atención o complementación diagnostica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud. Se entiende por contrarreferencia la respuesta que unidades prestarías de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad familiar la respuesta, puede ser la contrarremisión del usuario con las indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario con las indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnostica. (1)(2)

Para referir pacientes se considera la capacidad resolutive de la unidad efectora, es decir, que cuente con el personal médico, de apoyo y los insumos apropiados, mientras que la aceptación de un paciente depende de la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutive de la unidad que le atenderá. (3)

Aunque normalmente los médicos de atención primaria proporcionan una atención de salud mas integral que otros especialistas, existen disparidades persistentes en la integralidad observada entre los distintos especialistas de atención primaria e incluso dentro de los de una misma especialidad. (4)

Las demandas crecientes de atención medica de la población, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar la calidad de la atención medica ofrecida al usuario, han hecho del envío de pacientes un procedimiento cada vez mas utilizado. (5)

Mediante el sistema de referencia y contrarreferencia se pretende mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios participantes vinculados y la calidad en en la prestación de los servicios que reciben, sin embargo, el rebase de indicadores de envíos de pacientes a segundo nivel podrían desequilibrar este sistema produciendo una sobresaturación de la consulta externa en el segundo nivel de atención, prolongando las citas programadas, el tiempo de espera, el tiempo promedio de consulta y por lo tanto la calidad en la atención de los pacientes. (6)(7)

Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) la idea de que existe un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser muy accesible. En el lenguaje habitual, este punto de primer contacto se conoce como la \*puerta\* o el \*filtro. (8)

Los niveles de atención de la salud fueron creados y estandarizados para interactuar uno con otro de manera armónica con el fin de otorgar atención integral en beneficio de la población. Y debido a que los niveles de atención conforman un sistema, este deberá siempre tener un equilibrio entre los componentes integrantes para que se pueda mantener el buen funcionamiento del mismo. De allí la importancia de un adecuado uso del sistema referencia-contrarreferencia. (9)(10)

La Norma que Establece las Disposiciones para Otorgar Atención Médica en las Unidades de Medicina Familiar define como:

Atención médica de primer nivel: Conjunto de acciones coordinadas que se desarrollan mediante la interacción del personal profesional y técnico de las unidades médicas con el individuo, su familia y la comunidad, para otorgar servicios de estomatología, médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de rehabilitación a la población asegurada.

Atención médica continua: Proceso que se caracteriza por realizar intervenciones de atención episódica a la agudización de un problema de salud, que puede calificarse como urgencia real o sentida. Contribuye a proporcionar en Medicina familiar atención médica integral, oportuna, equitativa y accesible a las demandas y necesidades de la población derechohabiente y no derechohabiente; cuya referencia puede darse a la consulta externa con su médico familiar, a su domicilio, o al hospital de apoyo correspondiente.

Referencia-contrarreferencia: Procedimiento médico-administrativo que vincula los servicios institucionales para favorecer la continuidad de la atención médica y la atención integral. Constituye el instrumento que permite satisfacer las necesidades de diagnóstico o tratamiento del derechohabiente. (18)

En la actualidad la medicina familiar dentro de los niveles de atención se ubica en el primer nivel, es decir atiende cerca del 80% de la población en un sistema médico de pago anticipado como lo es el IMSS (Instituto Mexicanos del Seguro Social), siendo una de las funciones más importantes del Médico Familiar el ofrecer a sus pacientes todos los recursos de la medicina y la sociedad, coordinando la atención prestada por otros niveles del sistema de salud institucional.

En el Primer nivel de atención, los principales motivos de envío al hospital del segundo nivel son:

- a) asesoría para el manejo de la patología específica del paciente, complementación diagnóstica.
- b) Acceso a estudios de complemento diagnóstico a través del médico de segundo nivel.
- c) Citas programadas y protocolizadas de revisión de pacientes en padecimientos crónicos por especialistas relacionados (cardiología, endocrinología, oftalmología entre otros):
- d) Acceso a recursos terapéuticos (fármacos) a través del médico de segundo nivel.
- e) Indicaciones normativas por jefaturas (salud en el trabajo)
- f) Solicitud de referencia por el propio paciente.

Los diferentes niveles de atención médica se han organizado de acuerdo con la complejidad de las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación con la mejor especialización de los servicios. Que implícitamente plantea el logro de una comunicación eficaz entre las diferentes unidades del sistema, y al que se suma el hecho de que el "concepto de medicina familiar no establece una relación de subordinación entre las partes o niveles sino, por el

contrario, una matriz de interrelaciones de apoyo y fortalecimiento” Para relacionar los niveles de atención, los sistemas de salud acuden a la referencia y la contrarreferencia. (17)

Es imprescindible consignar en un expediente la evolución del enfermo así como en caso necesario describir detalladamente las causas de no referir con el fin de no incurrir en negligencia médica. Cuando un paciente tiene un problema de salud, que por su complejidad no puede ser resuelto en una unidad de Primer Nivel y requiere de atención en un Hospital de Segundo Nivel que dispone de mayores recursos humanos y materiales, este paciente debe ser enviado a dicha unidad, con la información necesaria en el formato de Referencia, en la cual debe constar de forma clara y legible el nombre completo, edad, filiación y vigencia del paciente, datos clínicos o sospecha diagnóstica y nombre y apellidos del médico que hace la petición. Así mismo en la respuesta debe constar, también de forma clara y legible, los resultados de la ínter consulta, la fecha y la identificación del especialista que emite el informe. Por las características de estas ínter consultas que en ocasiones hacen necesario la comunicación directa entre ambos niveles y en general para todas las especialidades, es esencial que los especialistas estén bien identificados (un nombre y no un servicio). Existen trabajos que demuestran que más de la mitad de los especialistas no se identifican en los informes de respuesta de las inter-consultas.(11)(12)

Sin embargo antes de ser referido y de igual forma al recibirlo debe ser evaluado e incluirlo dentro de uno o varios sistemas de calificación, según sea la patología que le aqueje, y tomando en cuenta diversos aspectos clínicos para determinar el nivel de estabilidad o inestabilidad física, riesgo de muerte de que el paciente puede presentar si no es referido para iniciar o continuar con las medidas terapéuticas óptimas. No hay que olvidar que la enfermedad inicial puede agudizarse, el sujeto puede mejorar o presentar complicaciones si la referencia no se lleva a cabo, o si esta requiere de un largo tiempo de espera. La ausencia de paraclínicos no es un impedimento para que el paciente pueda ser valorado en una unidad de segundo nivel. Esto únicamente cuando el envío sea con carácter de urgente.(13)

El especialista receptor agilizará lo más pronto posible el tratamiento requerido por el paciente. Es necesario realizar el seguimiento de los pacientes que han sido referidos a fin de determinar las conductas a seguir para perfeccionar los protocolos de manejo y tratamiento dándole a estas revisiones el carácter ético y de retroalimentación que les corresponde. El medio de transporte de esta comunicación puede variar, desde solicitar la cita por correo interno, o sencillamente por medio del paciente que debe acudir al hospital a solicitar cita con su formato correspondiente. En el regreso de la información en sentido contrario, es decir médico especialista de segundo nivel- médico especialista de primer nivel, es quizás, donde más se aprecia la descoordinación entre estos dos niveles ya que estudios realizados sobre este tema, apenas se llega a un 50% de respuestas (cumplimiento de un informe) por parte del especialista.(14)(15)

Una vez que se ha resuelto el problema, el paciente debe, ser enviado a su Unidad de Primer Nivel con información dirigida al médico que realiza la referencia, con datos sobre la atención brindada y las instrucciones requeridas para el seguimiento del caso, en la contrarreferencia. El buen funcionamiento de la Referencia y Contrarreferencia debe contar con un mecanismo ágil, eficiente y de costo razonable para la comunidad y las instituciones.(16)

Ya que se calcula que de 66341694 atenciones prestadas en consulta externa de medicina familiar del año 2005, se expidieron 3394618 pases a segundo nivel de un total nacional.

Mientras que en el D.F. 1 Noroeste de un total de 1815039 se envían 144643, de la 2 Noroeste 1962714 se envían 124104, de la 3 Suroeste 2170251 se envían 152986 y de la 4 Sureste 2226802 se envían 140407, en un % de 3.7, 5.0, 3.1 y 4.0 respectivamente. (6)

Según el diagnóstico de salud del año 2005 de la población adscrita en la UMF21 calculada en 121.255 derechohabientes, el 54.86% son mujeres y 45.14% son hombres, por grupo de edad, la población menor de 9 años constituye el 14.91% del total, de 10 a 19 años el 12.21%, mujeres de 20-59 años 31.72%, hombres de 20-59 años de edad 24.02%, mayores de 60 años representan el 17.3% del total (20775), porcentaje muy alto similar al de los países desarrollados. Esto implica un envejecimiento de la población y también implica mayor incidencia, prevalencia y complicaciones de las enfermedades inherentes a esta etapa de la vida, por mencionar algunas: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedades isquémicas del corazón, Enfermedades cerebro-vasculares, padecimientos reumatológicos, oftalmológicos, etc, situación que podría demandar más uso del sistema de referencia y contrarreferencia por el aumento de derivaciones de pacientes a segundo nivel. (19)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 3 Y 4 SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21**

**% DE VARIACION ANUAL  
DE LA POBLACION  
USUARIA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS**

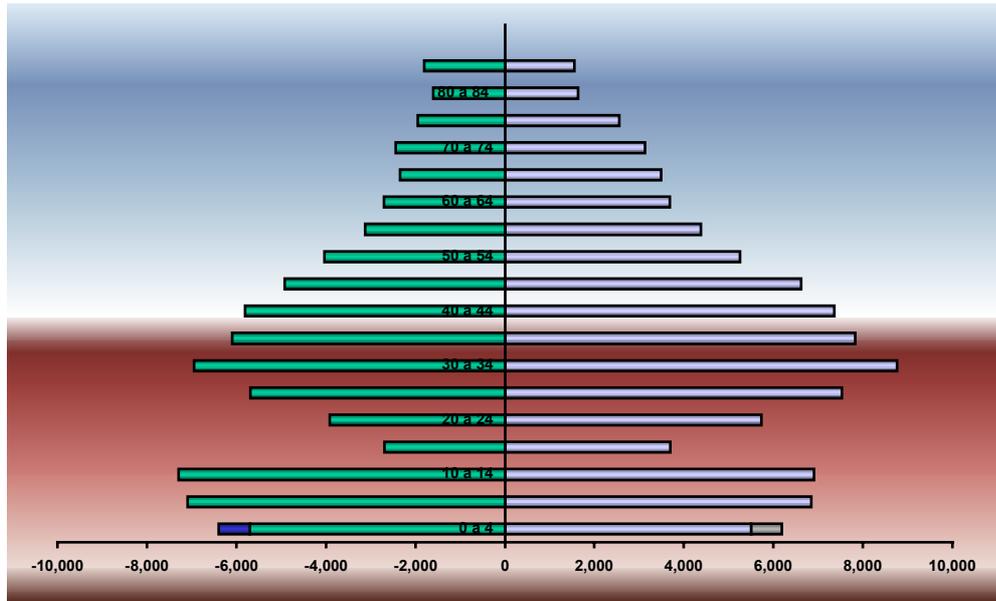
POBLACIÓN ADSCRITA	2000	2001	2002	2003	2004
A LA UNIDAD	154,629	166,173 <b>7.46</b>	171,809 <b>11.11</b>	170,807 <b>10.46</b>	168,647 <b>9.06</b>
A MÉDICO FAMILIAR	120,699	126,471 <b>4.78</b>	128,874 <b>6.77</b>	127,094 <b>5.29</b>	121,255 <b>0.46</b>
USUARIA	127,359	126,480 <b>-0.69</b>	128,874 <b>1.18</b>	127,111 <b>-0.19</b>	101,088 <b>-20.62</b>

FUENTE: CODEIM

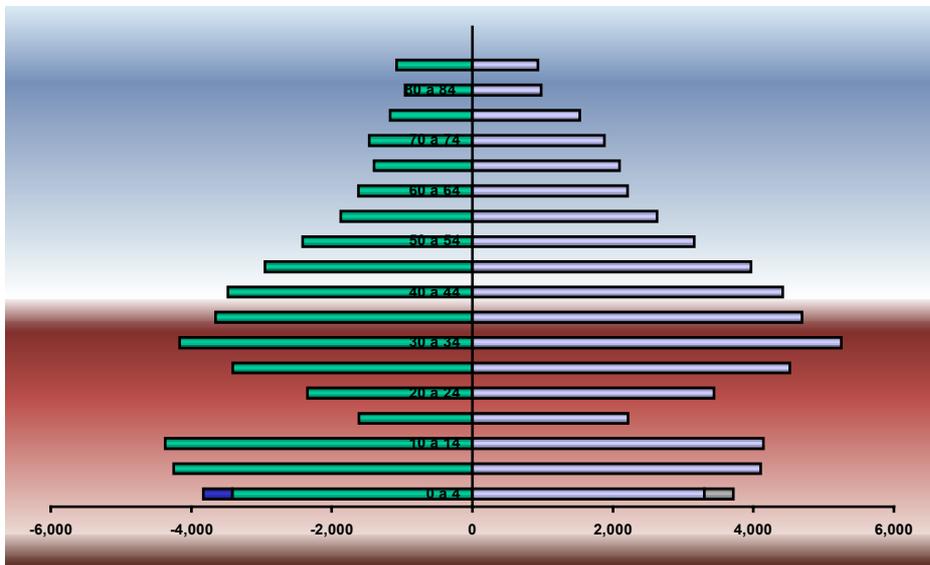
**DATOS DE POBLACION 2004**

PROMEDIO DE POBLACION POR MEDICO FAMILIAR	<b>1,895</b>
PROMEDIO DE BENEFICIARIOS POR ASEGURADO	<b>1.47</b>

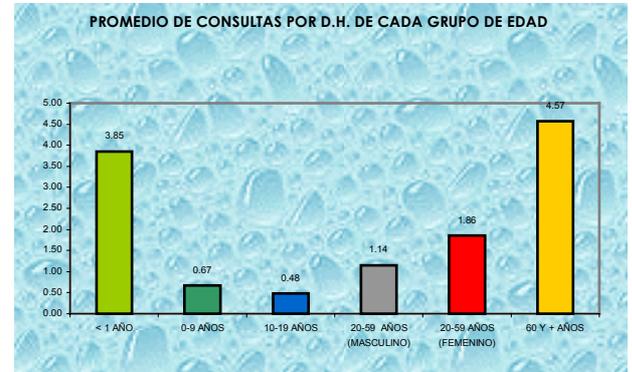
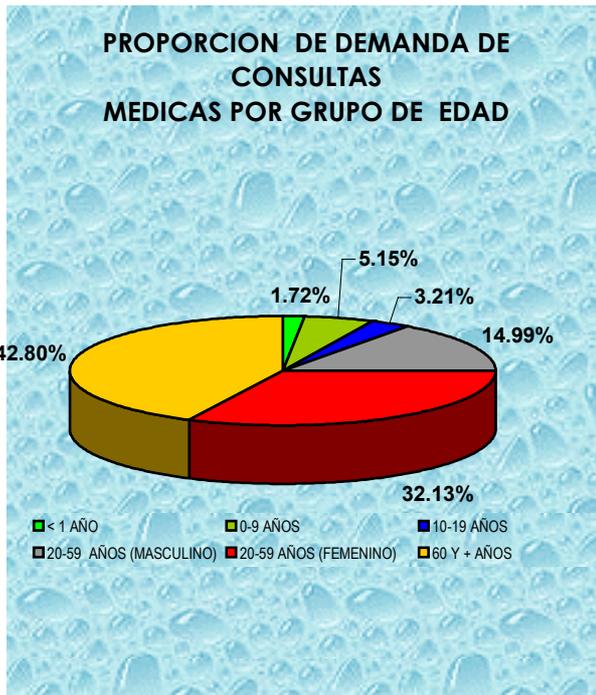
FUENTE: SUI 10 2003



**POBLACION ADSCRITA A LA UNIDAD**



**POBLACION USUARIA DE LA UNIDAD**



**MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR  
20 PRINCIPALES PADECIMIENTOS DE 1ª. VEZ 2004**

PADECIMIENTO	TASA*
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	470.1
INFECCIONES INTESTINALES	45.8
INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	37.9
CARIES DENTAL	28.6
OTRAS DORSOPATIAS	21.5
PARASITOSIS INTESTINAL	18.4
GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	15.7
TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	14.1
ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICAL	12.7
GASTRITIS, DUDODENITIS Y ULCERAS	10.5
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LOS ORGANOS PELVICOS	8.7
OTRAS ENFERMEDADES DE ESTOMAGO Y DUODENO	7.9
DERMATOFITOSIS	7.4
OTRAS ARTROSIS	5.6
LUXACION, ESQUINCE, TORCEDURA DE MIEMBROS PELVICOS	4.8
LUXACION, ESQUINCE, TORCEDURA DE ARTICULACION VERTEBRAL	3.7
OTROS CUIDADOS DE POST-CIRUGIA	3.6
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ARTERIAL	2.4
TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DE LA ERUPCION DENTAL	2.3
DIABETES MELLITUS	1.0
Total de diagnosticos	722.7

\* POR 1000 D.H. FUENTE SUI 10

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social el sistema de Referencia y Contrarreferencia ha sido destinado para la mejor la atención a los pacientes que así lo ameriten y por tanto ha recibido alta prioridad, la cual se ha traducido en estrategias de actividades permanentes destinadas a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de este servicio para la población derechohabiente, por lo que resulta de vital importancia dentro del sistema operacional del instituto, además de que el porcentaje de referencias va en aumento.

En la unidad de Medicina Familiar No. 21, el indicador de referencias de pacientes a segundo nivel establecido, no debe pasar del 2 a 4% del total de consultas tanto por mes como por año, y por tanto el médico familiar debe ser resolutivo en más del 90%. El indicador de envíos en el año 2002 fue de 4.5% y en el año 2003 de 3.2. En comparación con el año 2004 que se otorgaron un total de 156 000 consultas en el turno matutino y se refirieron 13 686 pacientes a segundo nivel, el indicador fue de 8.77% anual es decir, se duplico. Mientras que en el 2005 fue de 5.2. También existió diferencia en el porcentaje mensual, presentándose el porcentaje mas alto en agosto del 2004 con 10.6%

Entra las especialidades con mayor demanda de referencias son Ortopedia, Oftalmología, Cardiología, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía general.

Debido a que dentro del porcentaje más alto de referencias a segundo nivel se encuentran las especialidades quirúrgicas, se decide investigar la concordancia diagnóstica de las referencias y contrarreferencias correspondientes a dichas especialidades, específicamente Ortopedia, Ginecología y Cirugía General., con el fin de establecer la relación con la frecuencia de envíos de pacientes a los servicios ínter consultantes.

El rebase de los indicadores establecidos, podría deberse a la falta de congruencia clínica-diagnóstica por parte del medico familiar en la referencia de pacientes, por lo que evaluar los diagnósticos de referencia y contrarreferencia nos permitirá conocer la concordancia diagnóstica entre el primero y segundo nivel de atención.

Se realiza el siguiente estudio de forma concreta para exponer objetivamente, si existe relación entre la frecuencia de envíos y la concordancia diagnóstica entre los médicos de primer nivel y segundo nivel de atención, específicamente en las especialidades quirúrgicas de Ortopedia, Ginecología y cirugía general.

La carencia de información o de estudios realizados sobre dicho tema, limitan conocer, identificar y atender los problemas derivados de la misma. por lo que se realiza el presente trabajo de investigación.

En base a lo anterior surge la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la concordancia diagnóstica entre los médicos especialistas del primer y segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la concordancia diagnóstica entre la referencia y contrarreferencia entre los especialistas de primer y segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas.

### **OBJETIVO ESPECIFICOS**

- Evaluar la relación entre la frecuencia de referencias y la concordancia diagnóstica entre primer y segundo nivel de atención en la especialidad quirúrgica de ortopedia.
- Evaluar la relación entre la frecuencia de referencias y la concordancia diagnóstica entre primer y segundo nivel de atención en la especialidad quirúrgica de ginecología.
- Evaluar la relación entre la frecuencia de referencias y la concordancia diagnóstica entre primer y segundo nivel de atención en la especialidad quirúrgica de cirugía general.

## MATERIAL Y METODOS

El tipo de estudio que se realizó fue:

Observacional: Ya que no existió manipulación de las variables por parte del investigador.

Transversal: Puesto que las mediciones se realizaron en una sola ocasión.

Retrospectivo: Por que fue del presente hacia el pasado

Descriptivo: Sólo se describieron las variables observadas.

La población en estudio fueron los pacientes referidos a Ortopedia, ginecología y cirugía general de enero a junio del 2005 del turno matutino.

El lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 21 ( Francisco del Paso y Troncoso No. 281) del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur, México, D.F. Localizada dentro del área de la delegación Venustiano Carranza, aun costado del edificio delegacional.

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de un cuestionario basado en el formato de referencia y contrarreferencia donde se anotaron cada una de las variables estudiadas, posteriormente se vaciaron en una sabana de datos en hojas electrónicas ( programa Exce l) y se analizaron mediante estadística descriptiva.  
( ver anexos )

### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Criterios de INCLUSIÓN	Criterios de no inclusión	criterios EXCLUSIÓN
Pacientes derechohabientes de la Unidad e Medicina Familiar No. 21 que hallan sido referidos a segundo nivel de atención (HGZ No.30) con diagnostico de envío a Ortopedia, Ginecología y Cirugía General, durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de junio del año 2005, se incluirán las referencias de médicos familiares y no familiares.	No necesario	Pacientes referidos a segundo nivel en cuyo expediente no se encuentre la contrarreferencia.  Letra ilegible en el documento de referencia-contrarreferencia.

### ESPECIFICACION DE VARIABLES

Pacientes referidos a segundo nivel de atención

Referencia.

Contrarreferencia

Concordancia Diagnostica

Especialidades de segundo nivel ínter consultadas.

( ver anexos )

## DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se selecciona la siguiente formula, considerando que nuestra población es finita, es decir; conocemos el total de la población. La muestra se terminara con base a lo siguiente: (20)(21)

$$n = \frac{(N)(Z)^2(p)(q)}{(d)^2(N-1) + (Z)^2(p)(q)}$$

N=Población Total

Z=Nivel de Confianza para una Seguridad que va del 90 al 99% la cual se obtendrá su valor de acuerdo a la tabla de valor y probabilidad bajo la curva según el % deseado.

p=0.05%

q=Su valor se obtiene 1- p . En este caso como p=0.05 esto es q=1-0.05=0.95.

d=Es el % de error.

### SUSTITUYENDO

N=2996

Z=El nivel de confianza 95%.

p=0.05%.

q=1-0.05=0.95.

d=3%=0.3%.

$$N = \frac{(2996)(1.96)^2(0.05)(0.95)}{(0.03)^2(2996-1) + (1.96)^2(0.05)(0.95)}$$

$$N = \frac{2296(3.8416)(0.05)(0.95)}{(0.009)(2295) + (3.8416)(0.05)(0.95)}$$

$$N = \frac{418.964}{2.247}$$

$$N = 186$$

## **DISEÑO ESTADISTICO**

Para las variables cualitativas fueron aplicadas las medidas de resumen, razón, tasa y proporción y los resultados fueron procesados a través de gráficas de barras separadas y o segmentadas, en las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de resumen la moda, media y mediana y fueron graficadas con polígono de frecuencia o histograma. (22)

El análisis estadísticos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 11 para Windows, determinando tablas de frecuencia y tablas cruzadas para variables específicas, calculadora estadística (stadis 1.05 b) (Semn) y los softwares Word, Excel para cuadros y graficas de los datos capturados. Posteriormente se estableció el numero de referencias y contrarreferencias, su concordancia diagnostica e indicadores porcentuales de concordancia entre las especialidades estudiadas, para establecer conclusiones y propuestas.

## **CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO**

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el trabajo, tiene conforme al Título segundo capítulo I el artículo 17 categoría "1", "que dice" Investigación sin riesgo debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente, aportarán datos a través de su expediente, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación no viola, y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación médica Mundial de Edimburgo, Escocia, octubre 2000, respetándose la confidencialidad.(23)

## **CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Este estudio se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo que se realizará hasta que haya sido aprobado por el comité de investigación local.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>PACIENTES REFERIDOS A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA</b>	ACTO DE ENVIAR A UN PACIENTE A UN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA	DOCUMENTO ENVIADO POR EL ESPECIALISTA DEL PRIMER NIVEL AL ESPECIALISTA DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION ESTABLECIENDO UN ENLACE DE ATENCION	CUANTITATIVA	TOTAL DE REFERENCIAS ENVIADAS A SEGUNDO NIVEL DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2005 EN EL TURNO MATUTINO A ORTOPEdia, GIINECOLOGIA Y CIRUGIA GENERAL
<b>REFERENCIA</b>	ACTO DE ENVIAR A UN PACIENTE A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA	DOCUMENTO EXPEDIDO POR EL MEDICO DE PRIMER NIVEL AL MEDICO DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA	CUALITATIVA	1. CUANDO CUENTA CON ENVIO A ORTOPEdia 2. CUANDO CUENTA CON ENVIO A GINECOLOGIA. 3. CUANDO CUENTA CON ENVIO A CIRUGIA GENERAL
<b>CONTRA-REFERENCIA</b>	ACTO DE DAR UNA RESPUESTA A UNA REFERENCIA	DOCUMENTO QUE EXPIDE EL MEDICO DE SEGUNDO NIVEL EN RESPUESTA A UNA REFERENCIA	CUALITATIVA	1. CUANDO CUENTA CON RESPUESTA DE ORTOPEdia, 2 CUANDO CUENTA CON RESPUESTA DE GINECOLOGIA. 3. CUANDO CUENTA CON RESPUESTA DE ORTOPEdia

<b>CONCORDANCIA CON EL DIAGNOSTICO</b>	RELACION O PROPORCION QUE GUADAN ENTRE SI LOS DIAGNOSTICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	COMPARACION ENTRE LOS DIAGNOSTICOS QUE SE OBTENDRA DEL DOCUMENTO DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA	BINOMINAL	1. SI 2. NO  CONCORDANCIA OBTENIDA POR EL INDICE KAPPA
<b>ESPECIALIDAD INTERCONSULTADA</b>	SERVICIO ESPECIALIZADO EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA	EXPRESADO EN DOCUMENTO DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA	CUALITATIVA NOMINAL	1. ORTOPEdia 2. GINECOLOGIA 3. CIRUGIA GENERAL.
<b>CIRUGIA GENERAL</b>	ESPECIALIDAD DE LA MEDICINA QUE TIENE POR OBJETO TRATAR A LAS ENFERMEDADES POR MEDIO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS	IDENTIFICACION DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA EN EXPEDIENTE CLINICO O ELECTRONICO A CIRUGIA GENERAL	CUALITATIVA	1. EXISTE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA 2.-NO EXISTE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA
<b>ORTOPEdia</b>	ARTE DE CORREGIR O EVITAR LAS DEFORMIDADES OSEAS	IDENTIFICACIÓN DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA EN EXPEDIENTE CLINICO O ELECTRONICO A OROTPEIDA	CUALITATIVA	1.-SI EXISTE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA 2.-NO EXISTE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA
<b>GINECOLOGIA</b>	ESPECIALIDAD DE LA MEDICINA QUE ESTUDIA LOS PADECIMIENTOS PROPIOS DE LA MUJER	IDENTIFICACION DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA EN EXPEDIENTE CLINICO O ELECTRONICO A GINECOLOGIA	CUALITATIVA	1. SI EXISTE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA 2. NO EXISTE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA

## RESULTADOS

La finalidad del estudio fue el identificar si existió concordancia diagnóstica de la referencia y contrarreferencia entre los médicos especialistas de primer y segundo nivel de atención, en las especialidades quirúrgicas de ortopedia, ginecología y cirugía general así como su relación con la frecuencia de envíos, para tal motivo se elaboró una encuesta basada en el formato de referencia-contrarreferencia en donde se consignaron todas las variables del estudio, se obtuvo una muestra aleatoria homogénea de los pacientes que fueron referidos a las especialidades mencionadas. Se incluyeron un total de 186 casos de los cuales se estudiaron 158 casos (85%) debido a que el resto presentó algún criterio de exclusión (no se encontró el documento de referencia-contrarreferencia o bien la letra fue ilegible), la información se recolectó del expediente clínico, de los diferentes consultorios de la unidad de medicina familiar No. 21 del IMSS del turno matutino, durante el periodo comprendido de enero a junio del 2005, obteniéndose los siguientes resultados.

En relación a las referencias otorgadas durante el periodo comprendido de enero a junio del 2005, la especialidad que registró mayor frecuencia de ínter consulta fue el servicio de Ortopedia con un total de 75 envíos, con una proporción correspondiente al 47%, seguida de Ginecología con 45 envíos (29%) y Cirugía General con 38 envíos (24%).

En lo que respecta a la concordancia en el diagnóstico se observó lo siguiente:

### ORTOPEDIA

De los 75 envíos en 87%(65) de los diagnósticos existió concordancia, mientras que en el 13%(10) el diagnóstico no fue concordante.

### GINECOLOGIA

De los 45 envíos en el 81%(36) de los diagnósticos existió concordancia diagnóstica, mientras que en el 19%(9) el diagnóstico no fue concordante.

### CIRUGIA GENERAL

De los 38 envíos en el 92%(35) de los diagnósticos existió concordancia diagnóstica, mientras que en el 8%(3) el diagnóstico no fue concordante.

Por lo tanto, de los 158 casos estudiados se encontró que en 136 de ellos hubo concordancia y en 50 no la hubo, esto significa el 86% de concordancia diagnóstica entre el primer y segundo nivel de atención en el periodo y lugar establecido en las especialidades estudiadas.

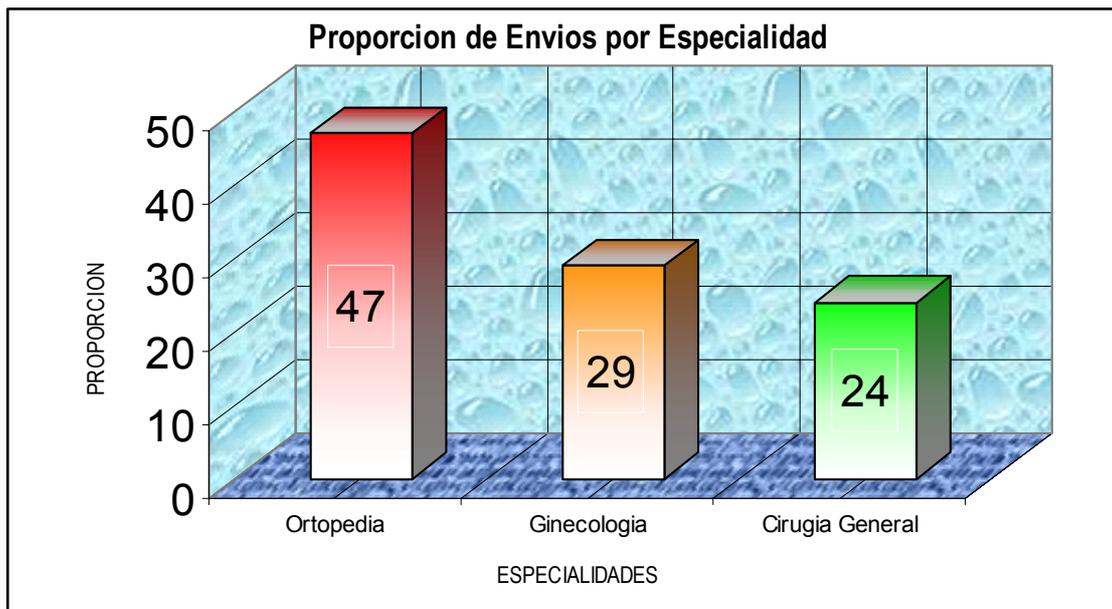
1. Numero de envíos por especialidad (UMF21 ENE-JUN 2005).

ESPECIALIDAD	NUMERO DE ENVIOS	PROPORCION
<b>ORTOPEDIA</b>	75	47%
<b>GINECOLOGIA</b>	45	29%
<b>CIRUGIA GENERAL</b>	38	24%
<b>TOTAL</b>	158	100%

**¡Error! Vínculo no válido.**

Fuente: Estudio de concordancia diagnostica de la referencia y contra-referencia entre Primer y Segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas UMF 21 Enero-Junio 2005 No. 158

2. Proporción de envíos por especialidad (UMF21 enero-junio 2005)



Fuente: Estudio de la concordancia diagnostica de la referencia y contra-referencia entre Primer y Segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas. UMF-21 Enero-Junio 2005 No. 158

3. Proporción de concordancia diagnostica entre el primer y segundo nivel de atención (UMF21 enero-junio 2005) por especialidad

Concordancia diagnostica entre el primer y segundo nivel de atención (UMF enero-junio 2005) en Ortopedia

ESPECIALIDAD	SI	NO	TOTAL	CONCORDANCIA %
ORTOPEDIA	65	10	75	87

¡Error! Vínculo no válido.

Fuente: Estudio de concordancia diagnostica de la referencia y contra-referencia entre Primer y Segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas UMF 21 Enero-Junio 2005 No. 158

4.-Concordancia diagnostica entre primer y segundo nivel de atención (UMF No.21 enero –junio 2005) en ginecología

ESPECIALIDAD	SI	NO	TOTAL	CONCORDANCIA %
GINECOLOGIA	36	9	45	81

**¡Error! Vínculo no válido.**

Fuente: Estudio de concordancia diagnóstica de la referencia y contra-referencia entre Primer y Segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas UMF 21 Enero-Junio 2005 No. 158

5.- Concordancia diagnóstica entre primer y segundo nivel de atención(UMF No. 21 enero-junio 2005) en Cirugía General.

ESPECIALIDAD	SI	NO	TOTAL	CONCORDANCIA %
CIRUGIA GENERAL	35	3	38	92

**¡Error! Vínculo no válido.**

Fuente: Estudio de concordancia diagnóstica de la referencia y contra-referencia entre Primer y Segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas UMF 21 Enero-Junio 2005 No. 158

6.- Proporción de concordancia diagnóstica entre el primer y segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas (concordancia enero-junio 2005).

SI	NO	TOTAL	CONCORDANCIA %
136	50	158	86

**¡Error! Vínculo no válido.**

Fuente: Estudio de concordancia diagnóstica de la referencia y contra-referencia entre Primer y Segundo nivel de atención en especialidades quirúrgicas UMF 21 Enero-Junio 2005 No. 158

## CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación se identificó la concordancia diagnóstica entre los médicos especialistas de primer y segundo nivel en las especialidades quirúrgicas de ortopedia, cirugía general y ginecología, así como su relación con la frecuencia de envíos, la especialidad con más concordancia diagnóstica fue cirugía general y la que más frecuencia de interconsultas tiene es Ortopedia. Por lo que en términos generales de acuerdo a los valores del índice Kappa los resultados que se obtuvieron corresponden a una concordancia muy buena (.86). Lo que significa que de cada 100 pacientes enviados por el médico familiar a ginecología, cirugía y ortopedia en 86 existe concordancia diagnóstica. Por lo tanto podemos concluir que la concordancia que existe entre los médicos de primer y segundo nivel en especialidades quirúrgicas es muy buena por lo que habrá que tomar en cuenta otros factores que estén influyendo en la frecuencia de envíos.

## SUGERENCIAS

Se observó que en relación a la población total de 158 pacientes referidos, se encontró que la mayor frecuencia fue a ortopedia con 75 envíos(47%), le siguió Ginecología con 45 envíos(29%), y a cirugía general 38(24%).

En lo que respecta a la concordancia diagnóstica en Ortopedia encontramos que esta fue de un 87%, lo que nos lleva a pensar que existe una deficiencia en la forma en que se concluye o se integran los diagnósticos, probablemente en la interpretación de estudios de laboratorio y de gabinete, además de una exploración física probablemente deficiente.

En tanto que en Ginecología la concordancia diagnóstica fue de un 81%, en este caso la prevención es de vital importancia sobre todo hacer énfasis en la información otorgada a la paciente, para poder diagnosticar en forma oportuna tumores mamarios y (DOCMA Y DOCACU) sangrados disfuncionales, recordando que es imprescindible los envíos de forma anual en aquellas pacientes que cuentan con factores de riesgo. Aquí cabe mencionar la importancia que tienen los auxiliares de diagnóstico ya que son de vital importancia sobre todo para la realización de mastografías. Y que quizá por esta razón se vea aumentada la frecuencia de envíos a ginecología.

Mientras que para Cirugía General se observó una concordancia diagnóstica de un 92%, lo que posiblemente significa que existe mayor capacitación de parte de los médicos familiares encaminados a diagnosticar con mayor facilidad patologías quirúrgicas.

Posiblemente el aumento de la frecuencia de envíos podría deberse al desabasto de medicamentos en primer nivel y que únicamente el médico de segundo nivel puede prescribir, (implementando dichos medicamentos al cuadro básico se disminuirán los envíos). Así uso de auxiliares de diagnóstico (mastografías y densitometrías), entre otros factores que estén relacionados con el aumento en la frecuencia de envíos.

Por otra parte el estudio realizado arrojó otros datos de forma secundaria, los cuales no se encontraban dentro de los objetivos de dicha investigación, pero que resultan interesantes.

Los diagnósticos más frecuentes enviados a Ortopedia son los de gonartrosis y lumbalgia, lo que hace necesario conocer más a fondo estas patologías para su prevención y diagnóstico oportuno y que si tomamos en cuenta que la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas están en aumento debido a la transición epidemiológica e inversión de la pirámide poblacional, entonces el uso de referencia y contrarreferencia aumentará.

Se observó que la mastopatía fibroquística y los ovarios poliquísticos predominaron en los diagnósticos más frecuentemente enviados a Ginecología, lo que nos obliga a realizar mayores acciones preventivas como es la auto-exploración de glándulas mamarias, así como dar a conocer a los pacientes cuales son los factores de riesgo para poder incidir en ellos para la prevención de CA de mama y CA cervicouterino.

Las hernias, los lipomas y las colelitiasis fueron los diagnósticos más frecuentes en Cirugía General, por lo que cabe mencionar que aquí la exploración del paciente recobra suma importancia para el diagnóstico oportuno de estas patologías para poder evitar sus complicaciones y secuelas.

De acuerdo a la pirámide poblacional de la UMF No 21, esta información concuerda ya que en la morbilidad de consulta externa estos padecimientos se encuentran dentro de los 20 principales, como son las dorsopatias con una tasa de 21.5, artrosis 5.6, enfermedad inflamatoria de los órganos pélvicos 8.7 y cuidados de post-cirugía 3.6.

En lo que respecta al motivo de envío para Ortopedia encontramos que para Tratamiento Especializado fue de un 87%, por Complicación de un 4%, por Riesgo de secuela 3%, Sin respuesta favorable al tratamiento 3%, Complementación Diagnóstica 2% y por Auxiliar Diagnóstico 1%. Para Ginecología se encontró que el 86% correspondió a Tratamiento Especializado, el 6% sin respuesta favorable al tratamiento, el 4% riesgo de secuela, el 2% Complementación Diagnóstica, y 2% Complicación. Mientras que para Cirugía General quedo de la siguiente manera 92% Tratamiento Especializado, 5% complementación diagnóstica y 3% Riesgo de Secuela.

De manera global observamos que el motivo de envío más utilizado es el de Tratamiento especializado, lo que nos reafirma la idea de que el paciente debe ser atendido de una forma multidisciplinaria e integral a través de todo un equipo de salud, creando estrategias para garantizar el mejor tratamiento del paciente, por lo que es necesario concienciar al equipo de salud sobre la importancia del manejo integral para así evitar la aparición de patologías o bien de complicaciones además de llevar un buen control de su patología.

Resulta importante conocer además cual fue el destino de los pacientes, en lo que respecta a Ortopedia un 10% fue intervenido quirúrgicamente, para Ginecología un 11%, mientras que para Cirugía General un 53%- Con un promedio de 74% de pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Los pacientes que fueron controlados por ambos niveles encontramos que para Ortopedia fue de un 40%, para Ginecología un 35% y para Cirugía General un 21%. Con un promedio de 32% de pacientes controlados en ambos niveles.

Los pacientes que volvieron para ser controlados por su médico familiar quedo para Ortopedia en un 37%, para Ginecología 31%, y para Cirugía General un 17%. Con un promedio de 28% de pacientes controlados por su Médico Familiar

Ya que el 1er nivel de atención esta orientado primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento temprano de la enfermedades de mayor prevalencia en donde el medico familiar es el líder y que junto con el equipo multidisciplinario se puede brindar a cada uno de lo pacientes diferentes servicios de salud y lograr el bienestar de la comunidad. Ya que aunque la concordancia diagnostica es buena, el medico familiar tiene que crear estrategias para poder lograr una capacitación continua y ser mas resolutivos en el primer nivel de atención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez P. Referencia y contrarreferencia. Acta Pediátrica de México. Septiembre 2004;24(5)326-327
2. Donabedian A. La calidad de la atención medica. La prensa Medica Mexicana 1991:03-95
3. Herrera A. Expectativas de la Medicina Familiar en México. [www.geocites.Family1](http://www.geocites.Family1). P:1-5
4. Mecnógrama no publicado del hospital de Psiquiatría con U.M.F. numero 10, titulado comunicación entre niveles de atención.
5. ARIMAC U.M.F. numero 21.
6. Atenciones prestadas en consulta externa de Medicina Familiar. [www.imss.gob](http://www.imss.gob). P:1
7. Sanso F. Propuesta de modelo de referencia y contra-referencia en el sistema de salud cubano. Rev Cubana Med Gen Integr, enero 1999; 15(6):P:613,620.
8. Guerrero P, Castro S, Biotti M; control prenatal. Referencia y contra-referencia. Seguimiento post-parto. España-Guías de Atención Perinatal 2001.
9. Prieto A, Robles E, Salazar L. Indicadores de Estructura de Atención Primaria de la Provincia de Cáceres. Atención Primaria 2000. 28 Marzo. 28 (5):P:290.
10. Caballero M, Bermejo F, Nieto R. Normas de Atención al Paciente Ambulatorio en un Área de Salud. Atención Primaria. 17 Abril 20(2) P: 312 317
11. Atanse J. Aspecto de Sistema de Referencia y Contra-referencia. Rev Española Salud Publica. Mayo-junio 1997;70(2)P:290-294
12. Importancia del Medico del Primer Nivel de Atención. Septiembre 1999. [www.doyma.es](http://www.doyma.es). P:13
13. Lozano A, Montalbán P. Organización de un Sistema de Referencia y Contra-referencia. Gestión Hospitalaria julio 1999; 10(1) P:66-68
14. Martín A, Cano J. Atención Primaria Conceptos. Organización y Práctica Clínica. Ed. Harcout 1999 (1):P:5-6
15. Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, Editorial. Medica Panamericana. Buenos Aires Argentina 2001
16. Colegio Mexicano de Medicina Familiar, Programa de Actualización Continuo en Medicina Familiar. Editorial Ínter sistemas. Primera Edición 2000.
17. Pardo J, López F, Moriña M, Pérez M, Freyre P, Fernández R. Atención en un Sistema de Salud. Medicina de Familia noviembre 2001; 3(4)P:240-243
18. Muñoz O. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención medica en las unidades de medicina familiar. [www.imss.gob](http://www.imss.gob). P:1-9.2001
19. Campos a. Leonor. Diagnostico de salud 2004. IMSS, pag 19-27
20. Fernández P. ; Determinación del Tamaño Muestral. Atención Primaria Vol.9,2002 138-141. [www.Fisterra.con](http://www.Fisterra.con)
21. Gómez A, Clavelina P, Irigoyen A, Ponce O. Bases para la Investigación en las Especialidades Medicas. 2ª.Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. P:40-75
22. Lecturas básicas para el apoyo de las unidades de estadística descriptiva y analítica. Universidad Nacional Autónoma de México- Octubre 2000.
23. Ley General de Salud.

## ANEXOS



HOJA DE VACIADO DE DATOS PARA EVALUAR CONCORDANCIA DIAGNOSTICA DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE LOS MEDICOS ESPECIALISTA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION EN ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE ENVIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE LA CONTRA-REFERENCIA: \_\_\_\_\_

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE REFERENCIA Y CONTRA-

REFERENCIA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_