

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21

*CORRELACION ENTRE LOS DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA
DERMATOLOGICA EN LA UMF 21 Y EL HGZ 30 DEL IMSS DE
ABRIL-NOVIEMBRE 2008*

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. ABRAHAM RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

ASESOR: DR. JORGE MENESES GARDUÑO

MÉXICO DF 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

**A MI FAMILIA POR BRINDARME TODO EL AMOR Y HERRAMIENTAS
PARA ESTAR AQUÍ**

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO POR
PERMITIRME PORTAR CON ORGULLO SU IDENTIDAD**

**A MI PAIS POR DARME TODA SU GRANDEZA REFLEJADA EN SU
PUEBLO**

**A TODAS LAS PERSONAS QUE CON SU CAMINAR POR LA VIDA ME
EDUCARON**

**A TODAS LAS PERSONAS QUE CON SU CARIÑO Y AFECTO ME
HICIERON COMPRENDER LA AMISTAD**

A ESA PERSONA ESPECIAL QUE SIEMPRE ESTUVO AHÍ

RESUMEN	3
MARCO TEORICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
PREGUNTA	22
HIPOTESIS	23
OBJETIVOS	24
MATERIAL Y MÉTODO	25
DEFINICION DE VARIABLES	26
METODOLOGIA	28
RESULTADOS	29
ANALISIS DE RESULTADOS	29
DISCUSION	38
CONCLUSIONES	40
SUGERENCIAS	42
ANEXOS	44
BIBLIOGRAFIA	46

CORRELACION ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA DERMATOLÓGICA EN LA UMF 21 Y EL HGZ 30 DEL IMSS DE ABRIL-NOVIEMBRE 2008. DR. MENESES GARDUÑO JORGE, DR. RODRIGUEZ GONZALEZ ABRAHAM. DRA VAZQUEZ ROMAN RUTH. IMSS UMF 21. V. CARRANZA. MÉXICO DF. 2008.

Introducción: Los sistemas sanitarios desde sus orígenes se han planteado como objetivo salvaguardar la salud, la atención primaria como estrategia es mundialmente aceptada. El médico familiar funge como una pieza central en este ámbito. La dermatología es una de las especialidades médicas que ocupa un lugar importante en las causas de consulta general y del médico familiar en el mundo. Las consultas dermatológicas figuran dentro de los 20 primeros motivos de consulta dentro de la consulta de primer nivel de atención en México. Existen pocos estudios de correlación diagnóstica dermatológica en nuestro medio. **Objetivos:** Determinar el grado de correlación de los diagnósticos de envío con los diagnósticos contrarreferidos a la especialidad de dermatología en el HGZ 30, así mismo determinar las 10 patologías de referencia al 2do nivel de atención más frecuentes de la UMF 21 al servicio de dermatología del HGZ 30, y determinar los diagnósticos de contrarreferencia a la UMF 21 de esos mismos pacientes. **Material y método:** El diseño del estudio es descriptivo, observacional, retrospectivo, y transversal. La población estudio fueron pacientes con padecimientos dermatológicos en la UMF 21 que ameritaron envío a segundo nivel, el tamaño de la muestra estuvo constituido por 565 pacientes, las variables fueron el diagnóstico de envío y el diagnóstico emitido por dermatología. Se analizó la correlación de estos diagnósticos. Se excluyeron aquellos pacientes que fueron enviados a la Consulta de dermatología y que no acudieron. Se utilizó el índice Kappa para determinar el nivel de correlación entre diagnósticos. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 565 notas a Dermatología. Los padecimientos más frecuentes de envío fueron las verrugas vulgares, dermatitis y dermatosis entre otras, los diagnósticos emitidos por dermatología los más frecuentes fueron queratosis seborréica en 14%, fibromas blandos en 13%, nevos en 13% y verrugas vulgares en 11%. Se obtuvo un índice Kappa de 0.63 lo cual sitúa la correlación como buena. **Conclusiones:** Existe buena correlación entre los diagnósticos emitidos entre los médicos familiares y dermatología de forma global, a pesar de esto hubo diferencias grandes en diagnósticos frecuentes como las verrugas vulgares. La dermatología como motivo de consulta frecuente para el médico familiar, exige actualización y preparación constante, así mismo poner en práctica estrategias para el autoanálisis sobre su actuar diario.

El concepto de sistemas de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Así mismo se entiende por actividad o acción de salud todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo objetivo sea mejorar la salud. Esta mejora en la salud es el principal objetivo de un sistema de salud pero no es el único. Este mismo objetivo tiene 2 aspectos: por un lado se debe alcanzar el mejor nivel posible (es decir; el sistema debe ser bueno): por otro lado se debe procurar que haya las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (el sistema debe ser equitativo). En este sentido un sistema de salud es bueno si responde a lo que la gente espera de él y es equitativo si responde igualmente bien a todos sin discriminación. Todos los sistemas cumplen ciertas funciones; prestar servicios de salud personales y no personales, generar los recursos humanos y físicos necesarios para que eso sea posible, recaudar y mancomunar los ingresos empleados para adquirir servicios y actuar como rectores en cuanto a los recursos, los poderes y las expectativas que se les confían. Los sistemas de salud de algún tipo han existido desde que las personas intentaron deliberadamente proteger su salud y tratar las enfermedades. Desde hace miles de años, en todo el mundo han existido prácticas tradicionales basadas en la curación con hierbas que a menudo se integran con orientación espiritual y prestan tanto atención curativa como preventiva y suelen coexistir con la medicina moderna. Muchas de esas prácticas todavía son el tratamiento preferido para alguna enfermedad o se recurre a ellas por que las opciones modernas no se comprenden, no inspiran confianza, fallan o son muy caras. La medicina china tradicional se remonta a más de 3000 años y todavía desempeña una función primordial en el sistema de salud chino al igual que sus equivalentes antiguos en la India, África y América. Antes del crecimiento moderno de los conocimientos acerca de la enfermedad, había pocas curaciones para las dolencias y poca curación de las enfermedades.

Con raras excepciones hasta en los países industrializados los sistemas de salud en el sentido moderno, destinados a beneficiar a la población general, existen apenas hace un siglo. Aunque los hospitales tienen una historia mucho más antigua que los sistemas complejos en muchos países, pocas de las personas que vivían hace 100 años visitaban jamás un hospital. Y esto sigue ocurriendo para muchos millones de pobres en la actualidad. Hasta el siglo XIX la mayoría de los hospitales eran instituciones de beneficencia y muchas veces eran poco más que refugios para los huérfanos, discapacitados, o enfermos mentales. Además no había nada parecido a la práctica moderna de enviar a las pacientes de un nivel del sistema a otros y se tenía poca protección contra el riesgo financiero excepto la que ofrecía la caridad o la acción mancomunada en pequeña escala de las contribuciones entre trabajadores que tenían la misma ocupación.

Hacia finales del siglo XIX la revolución industrial estaba transformando la vida de las personas en todo el mundo. Al mismo tiempo las sociedades empezaban a reconocer el costo enorme de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre la fuerza laboral, ya sea debido a las enfermedades infecciosas que por ejemplo costaron la vida a muchos miles de personas durante la construcción del Canal de Panamá, o a los accidentes y la exposición a riesgos en las industrias. Una vez que se supo que los mosquitos transmitían la malaria y la fiebre amarilla, el control de los criaderos de esos insectos paso a formar parte de las actividades de prevención que también se ayudaban a las comunidades aledañas. Además de los costos humanos, el costo de la enfermedad y la muerte representaba grandes pérdidas en la productividad. Como consecuencia los dueños del capital empezaron a proporcionar servicios médicos para tratar a sus trabajadores. A medida que se comprendió mejor la importancia del agua limpia y del saneamiento básico también mejoraron las condiciones de vida de los trabajadores. Las guerras también influenciaron los cambios: la guerra de secesión en EUA demostró que los soldados de ambos bandos tenían mejor probabilidad de morir por enfermedad que a manos del enemigo.

Aproximadamente por esa misma época, la salud de los trabajadores se estaba convirtiendo en un tema político en algunos países europeos, pero por razones muy diversas. Bismarck, canciller de Alemania, pensó que si el gobierno se hacía cargo de los fondos de enfermedad de los sindicatos se eliminaría una fuente del apoyo de estos en un momento en que los movimientos de los trabajadores socialistas estaban cobrando fuerza y por el otro lado aumentaría la seguridad económica de los trabajadores. Por lo tanto en 1883 Alemania sancionó una ley que exigía contribuciones de los empleadores para la cobertura de salud de los trabajadores que percibían menos salarios a los que se agregarían otras clases de trabajadores años más tarde. Este fue el primer ejemplo de un modelo de seguridad social ordenado por el Estado. La popularidad de esta medida entre los trabajadores condujo a la adopción de leyes similares en Bélgica en 1894 y en Noruega en 1909. Hasta que Gran Bretaña siguió el ejemplo en 1911, la atención médica para los asalariados británicos tendían a pegarse por sus cuotas a los sindicatos o mutualidades, que a su vez pagaban proveedores. Pero solamente el trabajador y no su familia, gozaban de esa cobertura¹.

A finales del siglo XIX, Rusia había empezado a establecer una red enorme de estaciones médicas y hospitales provinciales donde el tratamiento era gratuito y financiado con ingresos tributarios. Después de la revolución bolchevique de 1917 se decretó que debía de prestarse atención médica gratuita a toda la población y el sistema resultante se mantuvo en gran medida durante casi 80 años. Este fue el primer modelo completamente centralizado y controlado por el estado. La influencia del modelo alemán empezó a difundirse fuera de Europa después de la Primera Guerra Mundial. En 1922, Japón agregó los servicios médicos a las otras prestaciones que tenían derecho los trabajadores basándose en su tradición de paternalismo empresarial. En 1924 Chile agrupó a todos los trabajadores cubiertos por el seguro de salud bajo un esquema del Ministerio del trabajo. Para 1935, 90% de la población de Dinamarca estaba cubierta por el seguro de salud relacionado con el trabajo. El seguro social se introdujo en Holanda durante su ocupación en la Segunda Guerra Mundial.

En lo que fue una de sus peores repercusiones, la Segunda Guerra Mundial causó el deterioro o prácticamente destruyó la infraestructura sanitaria en muchos países y retardó los planes del sistema de salud. Paradójicamente, también preparó las condiciones para la introducción de algunos otros planes. El servicio nacional de urgencias de la Gran Bretaña en guerra, fundado para tratar a las víctimas, fue útil en la construcción de lo que en 1948 se convertiría en el Servicio Nacional de Salud, quizás el modelo de sistema de salud más influyente. El informe Beveridge de 1942 había identificado la atención sanitaria como uno de los 3 requisitos básicos para un sistema viable de seguridad social. El informe oficial del gobierno en 1944 estipula lo siguiente; “Todas las personas, independientemente de sus medios, la edad, el sexo o la ocupación, tendrá las mismas oportunidades de beneficiarse de los servicios médicos y conexos mejores y más actualizados que se puedan obtener” agregando que dichos servicios debían ser integrales y gratuitos y debían promover la buena salud, además de tratar enfermedades. Para entonces, Nueva Zelanda ya había pasado a ser el primer país en introducir en 1938 un servicio nacional de salud. Casi simultáneamente Costa Rica sentó las bases para el seguro de salud para toda la población en 1941. En México tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como la Secretaria de Salud se fundaron en 1943. En Sudáfrica en 1944 se propuso la creación de un servicio de salud muy parecido al modelo británico que abarcaba la atención sanitaria gratuita y una red de centros comunitarios y de médicos generales como parte de un sistema de referencia pero nunca se llevo a la práctica.

En el periodo que siguió inmediatamente a la guerra, Japón y la URSS también ampliaron sus sistemas nacionales limitados para cubrir a la mayoría de la población o a toda como Hungría y otros estados comunistas de Europa así como de Chile, noruega y Suecia. A medida que las antiguas colonias se independizaban, también trataban de adoptar sistemas modernos e integrales con una gran participación estatal. La india elaboro ambiciosos planes quinquenales para el desarrollo de un sistema de salud basados en el Informe Bhole de 1946. Entre los factores que hicieron posible este periodo de creación y ampliación de los sistemas se encontraban el reconocimiento del poder del Estado moderno, los movimientos de posguerra encaminados a la

reconciliación, la estabilidad y la reconstrucción; así como el sentimiento de solidaridad surgido de la guerra. La ciudadanía recién adquirida y la creencia en un estado relativamente eficaz y benefactor que podía promover todo tipo de desarrollo propiciaron la formación de un entorno social y político en el que podía echar raíces el concepto clásico del “acceso para toda la población” es decir, el acceso gratuito a toda clase de atención sanitaria para todos.

Los sistemas de salud de hoy se crearon tomando como modelo, en mayor o menor grado, uno o varios diseños básicos que surgieron y se han venido mejorando desde finales del siglo XIX. Uno de estos se propone cubrir a todos o a la mayoría de los ciudadanos por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad, mientras que los servicios los prestan proveedores tanto públicos como privados. Los primeros sistemas de seguro social de este tipo por lo general habían comenzado como asociaciones pequeñas, inicialmente de carácter público. Otro modelo, un poco más reciente, centraliza la planificación y el financiamiento, y depende sobre todo de ingresos tributarios y de la prestación de servicios por el sector público. Los recursos se distribuyen tradicionalmente por medio de presupuestos, a veces sobre la base de razones fijas entre el número de habitantes y el de trabajadores o establecimientos de salud. En un tercer modelo la participación estatal es más limitada pero sigue siendo sustancial, de acuerdo con este modelo la cobertura se da a ciertos grupos de población, con lo cual el resto de la gente depende del sector privado que aporta fondos, presta servicios, y es propietario de establecimientos. Los ejemplos relativamente puros, en los que uno u otro modelo aportan el grueso de recursos o de servicios, se encuentran principalmente en los países ricos. Los países de ingresos medianos como en América latina tienden a ser una mezcla de 2 o hasta 3 modelos. Gran parte del debate se ha centrado en decidir si una manera de organizar un sistema de salud es mejor que otra, pero lo que importa a cerca de la estructura general de un sistema es en qué grado facilita el desempeño de funciones claves.

A lo largo del siglo XX, han existido 3 generaciones superpuestas de reformas del sistema de salud. Estas surgieron no solo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino también porque se buscaba mayor eficiencia,

justicia y capacidad de respuesta a las expectativas de las personas a quienes estaban dirigidos estos sistemas. La primera generación se caracterizó por la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de seguro social, principalmente en los años 40 y 50 en los países más ricos y un poco después en los más pobres. Para finales de los 60`s, muchos sistemas fundados 10 o 20 años antes estaban sometidos a fuertes presiones. Los costos se incrementaban, especialmente a medida que el volumen y la intensidad de la atención hospitalaria aumentaba por igual para toda la población, quienes más utilizaban los servicios de salud seguían siendo los que tenían mejor situación económica, y los intentos para llegar a los pobres solían ser incompletos. Demasiadas personas seguían dependiendo de sus propios recursos para pagar los servicios de salud y a menudo solo podían obtener atención de poca calidad².

Estos problemas eran evidentes y cada vez más agudos, en los países más pobres. Las potencias coloniales en África y Asia y los gobiernos de América latina, habían establecido servicios de salud que en su mayoría excluían a las poblaciones indígenas. Por ejemplo si un modelo europeo de atención sanitaria se implantaba en los países de África administrados por Gran Bretaña, estaba principalmente concebido para los funcionarios coloniales y los expatriados, con los servicios separados o de segunda categoría, si es que los había, para los africanos. Se confiaba a las misiones caritativas y a los programas de salud pública la prestación de algún tipo de asistencia para la mayoría como ocurría en partes de Europa. En estas antiguas colonias y países de bajos ingresos, el sistema de salud nunca había podido prestar ni siquiera los servicios más básicos a las personas de las zonas rurales. Se habían construido establecimientos de salud y consultorios pero principalmente en las zonas urbanas. En la mayoría de los países en desarrollo, los principales hospitales urbanos recibían a las dos terceras partes del presupuesto del gobierno en salud, a pesar de que atendía solo al 10 o 20% de la población. Los estudios sobre lo que en realidad hacían estos hospitales revela que la mitad o más del gasto se destinaba a tratar afecciones que a podían haberse

resuelto mediante la atención ambulatoria, como las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis, y las infecciones respiratorias altas³.

Por consiguiente existía la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera a los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles. De esta manera, la segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud una ruta para alcanzar la cobertura asequible de toda la población. Este enfoque reflejaba la experiencia adquirida con los proyectos de control de enfermedades de los años cuarenta en países como Sudáfrica, la República Islámica de Irán y Yugoslavia. También se basaba en los éxitos y los experimentos de China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, Tanzania e India. Algunos de estos países y otros como Costa Rica y Sri Lanka lograron resultados de salud muy buenos a un costo relativamente pequeño y en tan solo 20 años se agregaron de 15 a 20 años a la esperanza de vida al nacer. En cada caso había un compromiso muy fuerte de velar por que todos los habitantes recibieran un mínimo de servicios de salud, alimentación y educación junto con un suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico. Estos eran los elementos claves, junto con la insistencia en medidas de salud pública relativas a la atención clínica, la prevención en relación con la curación, los medicamentos esenciales y la educación de la gente por los trabajadores comunitarios de salud. Al adoptar la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de “salud para todos” en la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de Salud de la OMS/UNICEF celebrada en 1978 en Alma-Ata, URSS (actualmente llamada Almaty, Kazajstán), la OMS dio nuevo impulso a las iniciativas para llevar atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo⁴.

El término “primario” pronto adquirió una variedad de connotaciones, algunas de ellas de carácter técnico (relacionadas ya sea con el primer contacto con el sistema de salud, el primer nivel de atención, los tratamientos sencillos que podían ser suministrados por proveedores con poco adiestramiento, o las intervenciones para atacar las causas primarias de las enfermedades) y otras de índole política (dependiendo de la acción multisectorial o de la participación comunitaria). La multiplicidad de significados y sus consecuencias a menudo contradictorias para la política, explican por qué

no hay un solo modelo de atención primaria y por qué ha sido difícil imitar los ejemplos exitosos de los países o estados que aportaron las primeras pruebas de que podía lograrse un mejoramiento sustancial de la salud a un costo factible. En muchos países se hicieron considerables esfuerzos por adiestrar a trabajadores comunitarios de salud para que prestaran servicios básicos eficaces en función del costo, en establecimientos rurales sencillos, a la población que hasta ese momento tenía poco o ningún acceso a la moderna atención de salud. En la India, por ejemplo, esos trabajadores recibieron adiestramiento y se repartieron en más de 100 000 puestos de salud, según lo cual nominalmente atendían a casi 2/3 partes de la población.

A pesar de estas iniciativas, muchos de esos programas con el tiempo se consolidaron cuando menos fracasos parciales. El financiamiento era inadecuado; los trabajadores tenían poco tiempo para dedicarlo a la prevención y a la extensión hacia la comunidad; su adiestramiento y equipo eran insuficientes para los problemas que afrontaban, y la calidad de la atención era tan deficiente que se caracterizaba como “primitiva” en lugar de “primaria”, en particular cuando la atención primaria se limitaba a los pobres y solo a los servicios más sencillos. Se ha demostrado que resulta difícil hacer que los sistemas de envío, propios de los servicios de salud e indispensables para su desempeño adecuado, funcionen adecuadamente. Los servicios de los niveles inferiores del sistema a menudo se utilizaban mal, de manera que quienes podían evitaban por lo común esos niveles e iban directamente a los hospitales. Una consecuencia de ello fue que los países siguieron invirtiendo en centros de tercer nivel, ubicados en ciudades.

En los países desarrollados, la atención primaria se ha integrado mejor en la totalidad del sistema, quizás porque se ha asociado más con el ejercicio de la medicina general y familiar y con proveedores de un nivel más bajo como las enfermeras de atención directa y los asistentes médicos. Una mayor dependencia de este tipo de personal forma el núcleo de los programas actuales de reforma de muchos países desarrollados. La llamada atención regulada (managed care), por ejemplo procura sobre todo fortalecer la atención primaria y evitar los tratamientos innecesarios, especialmente la hospitalización⁵.

Cabe formular críticas al enfoque principal del movimiento de atención primaria por que presta muy poca atención a la demanda de asistencia sanitaria por parte de la gente, la cual recibe una gran influencia de la calidad y la capacidad de respuesta percibidas y se concentra casi exclusivamente en sus necesidades presuntas. Los sistemas no cumplen su cometido cuando estos 2 conceptos no son congruentes, porque entonces los servicios ofrecidos no pueden coincidir con ambos. La atención insuficiente a la demanda se refleja en el hecho de que la Declaración de Alma-Ata hace caso omiso del financiamiento y la prestación de servicios por el sector privado, a menos que se interprete que la participación comprende financiamiento privado en pequeña escala.

El primer nivel de atención médica es el eje sustantivo de la atención médica organizada, se caracteriza por atender la salud y enfermedad de la población en un área de influencia y a una población específica mediante un enfoque multidisciplinario, integral y continuo al individuo. La atención primaria a la salud es definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Dentro de los componentes estratégicos de la atención primaria de salud están:

1. Extensión de la cobertura de los servicios de salud y mejoramiento del ambiente
2. Desarrollo de la articulación intersectorial
3. Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas

4. Disponibilidad de insumos y equipos críticos
5. Formación y utilización de recursos humanos
6. Financiamiento del sector
7. Cooperación internacional

El médico familiar representa el primer contacto del paciente (individuo), la familia y la comunidad con el sistema de salud y busca actuar lo más cerca del lugar donde trabajan y residen los pacientes⁶. El médico familiar funge como el principal actor del primer nivel de atención, como coordinador de la atención y del equipo multidisciplinario. Interviene de forma preponderante en la evaluación de la atención médica primaria. Tal valuación puede ser considerada dentro de varios indicadores divididos en las características del proceso, los resultados de la atención médica y las perspectivas de la población atendida⁷.

La evolución de la Medicina Familiar (MF) en el IMSS desde el punto de vista de su práctica la hemos dividido en siete períodos:

1944 - 1955 Orígenes

1956 - 1960 Organización de la Atención Médica Primaria.

Sistema Médico Familiar (SMF)

1961 - 1976 S.M.F. y Seudoespecialidad.

1977 - 1982 S.M.F. y Modelo de Medicina Familiar.

1983 - 1990 MF y Atención Médica por Objetivos.

1991 - 1994 MF y el Modelo de Atención a la Salud

1995 - 2008 MF y la atención integrada

La Ley del IMSS de 1943 establece una protección amplia e innovadora a la familia necesidad de un servicio amplio y efectivo de salud para mitigar la efervescencia de una clase obrera creciente. Predominaba la atención de médicos particulares con orientación primordialmente biologista, individualista y curativa. Coincide con el florecimiento de las especialidades. Consulta externa se otorgaba sin control efectivo: a libre demanda del paciente, independiente de horario y de médico, sin expediente único, indiscriminada y con exceso de visitas domiciliarias. No había continuidad en la atención, ni atención médica integral, la curación era deficiente, nulos criterios preventivos y la familia solo se mencionaba en la Ley del IMSS. En octubre de 1953 la Caja de Registro de

Monterrey, inspirada en una propuesta de médicos de Nuevo Laredo, Tamaulipas, inició un nuevo sistema de atención llamado Sistema Médico Familiar para 1955 éste Sistema se extendió por toda la República

De 1955 a 1972, la creciente industrialización, requiere que los servicios de salud para los obreros (cada vez más numerosos) deberían ser más eficientes, eficaces y productivos. Se construyen gran cantidad de hospitales y clínicas del IMSS y se replantean los sistemas de atención entre ellos el cuidado médico primario y exige basarlo en el Sistema Médico Familiar.

Persistió el crecimiento del número de Unidades hospitalarias y se elevó la demanda de médicos; a finales de los cincuentas los servicios de seguridad social absorbieron a una mayoría de egresados de las escuelas y facultades de medicina del país; creando un médico cada vez más orientado a la práctica hospitalaria y de especialidades y cada vez más asimilado al trabajo asalariado. Este prototipo sigue vigente en la actualidad en los currículos de la mayoría de las escuelas y facultades de medicina de nuestro país. Se inician cambios en el Sistema Médico Familiar del IMSS, considerando las necesidades de eficiencia del sistema y de “especialización” de los médicos, los médicos familiares se clasificarán de adultos y de menores, ante la necesidad de una profundización de los conocimientos médicos y mejorar la calidad de atención. Para 1964 este sistema es vigente en toda la nación. En 1967 se presenta un informe oficial del IMSS donde es “devaluado” el sistema médico familiar vigente, por lo que en 1969 se considera que el médico familiar es el más conveniente para el IMSS y se adecuan sus actividades en 1972 debiendo:

- ⇒ Ser el eje de la atención médica y debe coordinar un equipo de salud.
- ⇒ Ser el profesional que el país necesita.
- ⇒ Ser un verdadero médico de primer contacto.
- ⇒ Derivar de casos cuando sea necesario.
- ⇒ Proporcionar atención médica integral.
- ⇒ Reemplazar a los médicos de los adultos y de los menores.
- ⇒ Proyectar los servicios médicos a la comunidad y promover la superación socio-económica de la población.

- ⇒ Ser consejero familiar y educador permanente.
- ⇒ Lograr la participación activa de la población en la solución de los problemas de salud.
- ⇒ Resolver el 85% de los problemas de salud que se le presenten.
- ⇒ Estudioso constante e investigador cotidiano.

Por lo que se organizan los niveles de atención y el médico familiar con su equipo de salud se ubica en el primer nivel, las especialidades básicas o troncales (pediatría, medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia) en un segundo nivel y en el tercer nivel están las subespecialidades médicas y los elementos de diagnóstico y tratamiento fundamentalmente tecnificados.

Se descentralizan el Archivo y asistencia social por médico.

Y se establece adscripción de 2,400 Derechohabientes por médico mixto en horario discontinuo. Además, en la ciudad de México, D.F. en 1971 se inicia la Residencia de Medicina familiar. Siendo estos lineamientos los fundamentos del nuevo modelo de atención que se desarrolló de 1976 a 1982.

Ante ciertas circunstancias económicas y políticas de los 70se extendieron los servicios de salud al campo y a los cinturones de miseria sub-urbanos. Con un servicio barato y diferente al del medio urbano, y surge el programa IMSS-COPLAMAR (IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS-OPORTUNIDADES). Ya para entonces era imperioso abatir los costos de la atención hospitalaria, y también se contaba ya con una teoría ecologista de la salud. El modelo propone:

- Desaparición de los médicos de adultos, menores y mixtos.
- Atención integral por especialistas en Medicina Familiar.
- Atención del grupo Familiar por un solo médico con criterio ecologista que:
 - Integra y aplica los conocimientos sobre aspectos biológicos psicológicos y sociales.
- Conoce la relación médico-paciente y médico-familia.
- Identifica los límites de su competencia y responsabilidad.
- Utiliza los recursos del IMSS, la familia y la comunidad.
- Conoce suficientemente la estructura y dinámica familiares.
- Sus acciones se orientan a conservar la salud.

- Planifica, supervisa, organiza y dirige las acciones del equipo de salud en atención primaria donde se incluye al derecho-habiente y su familia.
- Educador e investigador en el primer nivel de atención médica.
- Médico de primer contacto.

Se le ofrece como facilitadores para su práctica:

- Población de 2,400 habitantes en zona geográfica precisa y limitada (aproximadamente 500 familias).
- Archivo descentralizado.
- Asistencia de consultorio.
- Una trabajadora social, una enfermera en salud pública, dos auxiliares de enfermería y un odontólogo por cada 10 médicos familiares. Y un jefe de consulta Especialista en M.F.
- Tarjeta de Registro Familiar TRF-1 que se llenará por el equipo de salud.
- Expediente único viajero por paciente.
- Concentración de los expedientes en carpetas familiares.
- Otras formas de concentración para evaluar las acciones de cada médico y el equipo, así como el control de la morbimortalidad de su sector.

Los objetivos y propósitos de éste Modelo de Medicina Familiar fueron:

- Proporcionar uniformidad, óptima calidad y humanitarismo en la atención.
- Disminuir la prevalencia de todas las enfermedades prevenibles por inmunización.
- Incrementar la detección oportuna de cáncer cérvicouterino, diabetes, fiebre reumática, tuberculosis, desnutrición infantil, y otras enfermedades frecuentes y trascendentes en el nivel primario.
- Capacitar a las familias en el manejo de sus miembros enfermos y en evitar que enfermen más.
- Mejorar la imagen institucional.
- Que los equipos de Medicina Familiar programen actividades en base a diagnósticos de salud individual, familiar y de su población.
- Que los equipos de Medicina Familiar evalúen resultados de las actividades realizadas.

Y se convierte en la base del Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar del IMSS.

De 1982 a 1990 hubo restricciones económicas y políticas que afectaron desfavorablemente al Primer nivel de atención médica. Y más que pensar en el desarrollo del Modelo de Medicina Familiar se orientó la política a producir resultados, cifras, tazas con un sistema administrativo por objetivos.

De 1990 a 1995 fue recomendada la atención basada en el “equidad” en salud y se inicia la aplicación de los conceptos administrativos de calidad en la atención médica y de la mejora continua.

De 1996 a 2000, la globalización económica, el aumento de la pobreza en todo el mundo condujo a los gobiernos a optimizar (racionar) los gastos sociales a la población resultando un estancamiento real del aporte federal a los servicios de salud, manteniéndose alrededor del 2% del PIB desde entonces. En 1997 se incrementó el aporte federal de 4 a 39%, disminuyendo el aporte de los obreros y patrones a 61%. Y la atención en medicina familiar volvió al modelo de atención a prioridades sanitarias, iniciando la aplicación del programa PREVENIMSS. Este modelo de atención integrada aunque contempla un enfoque preventivo profundo de los problemas prioritarios de salud de cada uno de los 5 grupos de edad, es aún insuficiente para resolverlos, además de que predomina la atención al aspecto biológico. Además en el primer nivel se implantaron una evaluación a través de indicadores para registro en un sistema en red de computadoras implantado desde el 2002, además de capacitación a los médicos familiares en los 16 principales motivos de atención y guías clínicas actualizadas según la medicina basada en la evidencia, que desafortunadamente no abordan los aspectos psicológico ni familiares^{6, 8}.

El médico familiar durante el proceso de la atención médica, a nivel institucional, debe conocer el sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, así como vincular de forma medico-administrativa los servicios interinstitucionales con el fin de dar continuidad e integralidad a la atención misma, para satisfacer las necesidades de diagnóstico o tratamiento del derechohabiente^{9, 10, 11}. La búsqueda de integralidad en la atención puede verse afectada en el aspecto financiero, pues las necesidades han aumentado de forma desigual respecto a los ingresos¹⁹.

Se estima que el Médico Familiar puede resolver entre el 70 y 80% de los problemas de salud que enfrenta a diario. Durante su formación, recibe capacitación para coordinar y administrar los recursos existentes, reconocer y aplicar los criterios de interconsulta a otras especialidades para valoración o tratamientos específicos¹³. Dentro de los motivos de consulta general figuran los padecimientos dermatológicos. De la estadística existente en cuanto a estos padecimientos, en los países como Chile, hay un alza en las consultas del médico general por psoriasis y otras de tipo autoinmune como el lupus¹¹. En España los diagnósticos más frecuentes son: Dermatitis de contacto, acné, dermatitis seborreica, verrugas comunes, enfermedades de glándulas sudoríparas, urticaria, prurito y estados afines, neoplasias benignas, psoriasis, verrugas seniles, neoplasias malignas, quiste sebáceo, herpes simple, nevo sebáceo; en la consulta externa de 4 nosocomios de atención primaria¹².

La frecuencia de consulta dermatológica a la que se enfrenta el médico familiar en México, figura en los primeros 20 lugares en cuanto a motivos de atención de primer contacto dentro del Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS) entre 1991 y 2002⁵. A pesar de ello no contamos con una casuística sólida sobre padecimientos dermatológicos. Lo anteriormente expuesto indica la importancia de que los médicos de primer contacto deban poseer conocimiento sólido sobre patología dermatológica. Una de las formas de evaluar este conocimiento puede ser mediante la correlación respecto a lo que es referido a Dermatología. De estudios existentes sobre dermatología y primer contacto, podemos citar dos, que evaluaron la efectividad y la habilidad para

reconocer dermatosis en médicos internistas en Inglaterra pero estos no fueron propiamente correlativos y solo muestran una casuística regional ^{24, 25}.

En nuestro medio existen pocos estudios o estadísticas sobre la frecuencia de la consulta dermatológica y, por ende, la correlación con los diagnósticos de envío emitidos por los médicos de primer nivel de atención. En una revisión efectuada en el área metropolitana del sur del Distrito Federal (México), analizó la consulta en una área suburbana, donde se revisaron los principales motivos de consulta dermatológica que representaron un 38% del total de consultas por especialidades, los 10 principales diagnósticos fueron: dermatitis atópica (15%), verrugas vulgares (9%), acné vulgar (7%), dermatitis solar (7%), con un 3% de cada una de las dermatitis por contacto, dermatofitosis, melasma, prurigo por insectos y vitíligo, el liquen simple (2%). En este estudio se reitera la importancia de la educación continua del médico general para lograr la resolución de la mayor parte de estos padecimientos en el mismo primer nivel de atención ¹⁵.

En cuanto a la correlación diagnóstica y su análisis en México, está el realizado en el Hospital General de Zona No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (DF) entre la consulta de reumatología y los envíos de primer nivel donde una de las conclusiones menciona la necesidad de determinar el grado de correlación entre ambos servicios con el fin de medir la efectividad de dichos diagnósticos y mejorar la calidad de la atención, entendida como el resultado final: el diagnóstico ¹⁶.

Para conocer lo relativo a la práctica de la Dermatología hay una Guía Clínica en Dermatología para el primer nivel de atención de los Servicios de Salud del Estado de México; la cual refiere que las enfermedades dermatológicas se han incrementado considerablemente por múltiples factores entre los que destacan los factores ambientales externos, variables geográficas y la exposición prolongada a los rayos solares, que influyen directamente en la presentación de la mayoría de las patologías siendo las más frecuentes: Acné vulgar, dermatitis por contacto, de la zona del pañal, seborreica, atópica, queratosis pilar, prurigo por insectos, dermatitis solar hipocromiante, pitiriasis alba, urticaria, cloasma, melanosis por fricción, impétigo vulgar, dermatofitosis;

tiñas, onicomicosis, Herpes simple, verrugas víricas, fibromas péndulos, psoriasis, lesiones cutáneas de lupus, rosácea y cáncer de piel¹⁷.

De forma global, las necesidades de atención médica en enfermedades dermatológicas han ido aumentando día con día y la salud así como la dermatología son influenciadas en gran medida por la economía, entre otros factores ¹⁹. La dermatología como parte del cuerpo de conocimientos del médico general y al igual que los del médico familiar, son fundamentales para el desarrollo de su práctica diaria ²⁰. A pesar de este análisis, la educación de la dermatología, en las escuelas de medicina, es un gran reto pues pone a prueba todos los conocimientos adquiridos ya que involucra patología multiorgánica y que algunas veces, la única expresión se encuentra en la piel ²¹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El primer nivel de atención médica se define como el eje sustantivo de la atención médica que se caracteriza por atender la salud y enfermedad de la población. La atención primaria a la salud como estrategia para la atención continua e integral de la salud es el fin de la medicina institucional. Dentro de la pléyade de padecimientos, la dermatología, figura dentro de los principales motivos de consulta en el mundo y en México. De tal manera que la frecuencia de consulta dermatológica que enfrenta el médico familiar, en México, figura en los primeros 20 lugares de atención dentro del IMSS, a pesar de esto, existen pocos estudios sobre la frecuencia de la consulta por estas enfermedades. La correlación diagnóstica puede ayudar a evaluar varios aspectos de la atención médica. En México no hay una casuística bien definida de los padecimientos dermatológicos más frecuentes por lo que su análisis es primordial. Una vez establecidos estos motivos de consulta podremos analizar su curso, tratamiento o envío a otros niveles de atención médica. A nivel local, los envíos de la Unidad de Medicina Familiar no 21 a Dermatología figuran del 12 al 15% del total de envíos a una Unidad de segundo nivel.

Para analizar esta situación debemos conocer los primeros motivos de consulta a nivel local y posteriormente correlacionar los emitidos en Dermatología de esos mismos pacientes. Lo cual es una forma de conocer la resolución de parte del Médico Familiar.

Por lo que resulta de gran interés conocer la correlación diagnóstica entre estos 2 niveles de atención, así como conocer las patologías más frecuentes de referencia y contrarreferencia de padecimientos dermatológicos, con la finalidad de buscar una atención más efectiva, rápida y de calidad, así como invitar al autoanálisis y conocer la capacidad diagnóstica del primer nivel de atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la correlación diagnóstica entre los padecimientos de referencia y contrarreferencia de patología dermatológica de la UMF 21 del IMSS?

No se requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

General

1. Determinar la correlación de los diagnósticos de referencia dermatológicos de la UMF 21 del IMSS

Específicos:

1. Determinar las 10 patologías dermatológicas de envío más frecuentes de la UMF 21 al segundo nivel de atención.
2. Determinar los diagnósticos de envío de la UMF 21 de esos mismos pacientes.
3. Determinar la correlación de los diagnósticos de envío con los diagnósticos contrarreferidos a la especialidad de dermatología en el HGZ 30.

Tipo de estudio.

- Se realizó un estudio descriptivo pues solo se da una mirada al problema de investigación, observacional pues no se manipularon las variables experimentales, retrospectivo pues se analizaron diagnósticos ya emitidos con antelación y transversal pues las variables solo se midieron en una ocasión. .

Población:

- Pacientes referidos por padecimientos dermatológicos adscritos a la UMF 21 enviados al 2do nivel de atención, sin importar edad y sexo.

Selección del tamaño de la muestra:

- Se seleccionó al total de pacientes que fueron referidos de abril a noviembre del 2008 al servicio de dermatología del HGZ 30

Tamaño de la muestra:

- El tamaño de la muestra quedó conformado por todos los pacientes referidos con diagnóstico dermatológico

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - Todos los pacientes referidos a la consulta de dermatología del HGZ 30 y contrarreferidos del 01 de abril al 30 de noviembre de 2008.
- Criterios de eliminación:
 - Todos los pacientes que no acudieron a la Consulta de dermatología a pesar de contar con hoja de envío de la UMF 21.
- Criterios de exclusión:
 - No se proponen por la naturaleza del estudio.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables

Variable	Definición	Tipo	Indicador
Diagnostico de referencia	Diagnostico determinado por los antecedentes, la sintomatología y la exploración física descrito en el formato de referencia y contrarreferencia de la UMF 21.	Cualitativa nominal	Cada una de los diagnósticos de referencia.
Diagnóstico dermatológico de contrarreferencia.	Diagnostico final determinado por los antecedentes, la sintomatología y la exploración física en la consulta de dermatología del HGZ 30	Cualitativa nominal	Cada uno de los diagnósticos emitidos por Dermatología

Otras variables.

Variable	Definición	Tipo	Calificación
Sexo	Condición fenotípicas y genotípica de los individuos	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la fecha actual.	Cuantitativa continua	Años

Límite geográfico:

- El presente estudio se realizó en la UMF 21 ubicada en la calle Francisco del Paso y Troncoso # 281 Col. Jardín Balbuena. Del Venustiano Carranza, México Distrito Federal y Hospital General de Zona 30 ubicado en Plutarco Elías Calles # 271 Col. Santa Anita Del. Iztacalco México Distrito Federal.

Límite de tiempo:

- Se efectuó del 1 de abril al 30 de noviembre del 2008.

Recursos materiales:

- Computadora personal, hojas de papel bond, calculadora, impresora láser, acceso a Internet, base de datos de referencias de la UMF 21, pluma, lápices.

Recursos humanos:

- El propio investigador

Financiamiento:

- Financiado por el investigador.

Aspectos éticos

La Declaración de Helsinki en su apartado sobre Principios básicos inciso 2, 6 y 8 así como en las Investigaciones clínicas inciso 5 y 6 serán respetados en todo momento. Así mismo se tomara en cuenta La declaración internacional de los derechos humanos los cuales no serán infringidos en ningún momento. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia para la Investigación en Salud en su Título Segundo, Capítulo I, Art 13, 14, 15, 16, 21 y 22, esta investigación es clasificada como sin riesgo de acuerdo al art 17 antes mencionado. Los resultados arrojados no serán divulgados en perjuicio a los Médicos ni Pacientes del presente estudio. El fin será la mejora continua de la calidad de atención médica y no otro. En ningún momento se atentará de manera alguna contra los pacientes o los médicos durante la realización del estudio, ni se afectará la integridad física ni moral de los participantes.

Se acudió a los registros del Área de Información Médica y Archivo Clínico de la unidad (ARIMAC), al Diagnóstico de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No 21 del 2008 y la base de datos de los motivos de envío al HGZ 30 registrados por los Jefes de Departamento clínico de la UMF 21 de ambos turnos, y se seleccionaron los correspondientes a diagnósticos dermatológicos entre abril y septiembre de 2008.

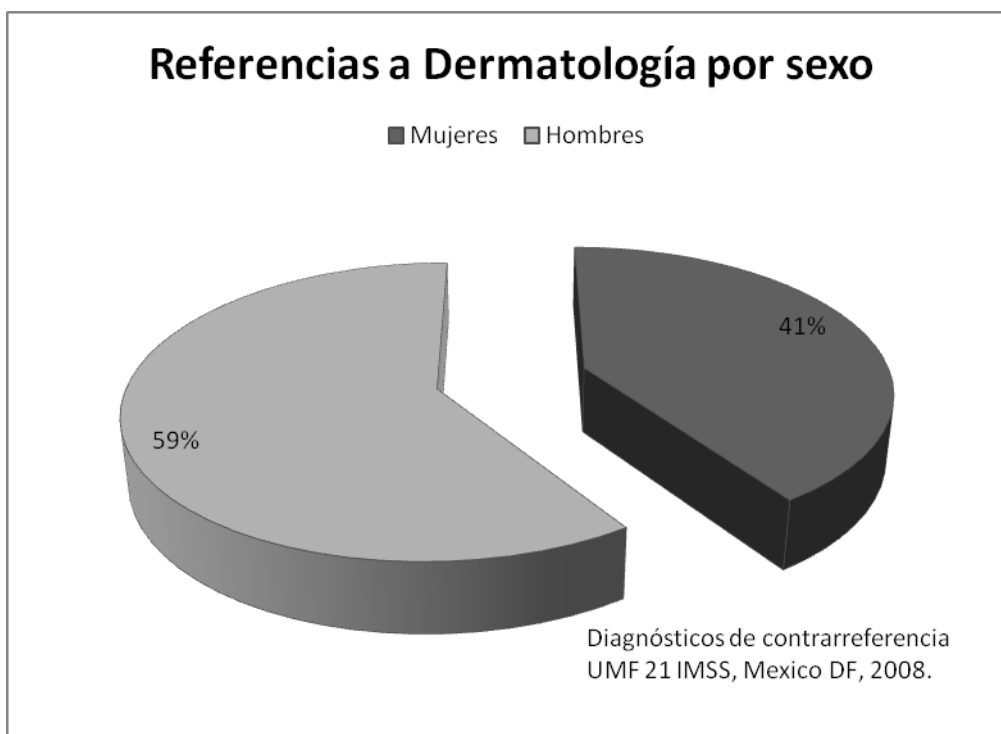
Se localizaron y correlacionaron los diagnósticos de referencia y contrarreferencia del expediente tanto manual como electrónico de la Unidad de Medicina Familiar paciente por paciente y se anotaron en el instrumento de captura (anexo 2) el cual contiene también datos demográficos sobre edad, sexo. Se excluyeron los pacientes a los que no se anotó el diagnóstico de contrarreferencia en este expediente. Una vez obtenidos los datos se procedió al análisis del total de consultas, los 10 motivos más frecuentes, así mismo, a la concordancia sobre cada diagnóstico de envío y cuál fue el diagnóstico final de cada paciente. Posteriormente se efectuó el análisis por medio de estadística descriptiva con medidas de tendencia central. Se analizaron cada uno de los diagnósticos de referencia y contrarreferencia de cada paciente con el Índice Kappa realizando gráficos del total de referencias y de cada uno de los 10 padecimientos de envío con su respectivo resultado final, es decir, como se envió y que diagnóstico fue el emitido por el servicio de Dermatología.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis se realizó con estadística descriptiva con medidas de tendencia central y análisis de frecuencias, así mismo se utilizó el índice de Kappa para concordancia entre variables. El índice Kappa se ha utilizado en algunos estudios cuando se quiere conocer la concordancia de 2 o más observadores hacia un diagnóstico o proceso diagnóstico, este índice muestra el grado de correlación en una escala que va del 0 al 1 donde 1 es una correlación perfecta el resto son: < 0.20 Pobre, 0.21 – 0.40 Débil, 0.41 – 0.60 Moderada, 0.61 – 0.80 Buena, 0.81 – 1.00 Muy buena ¹³

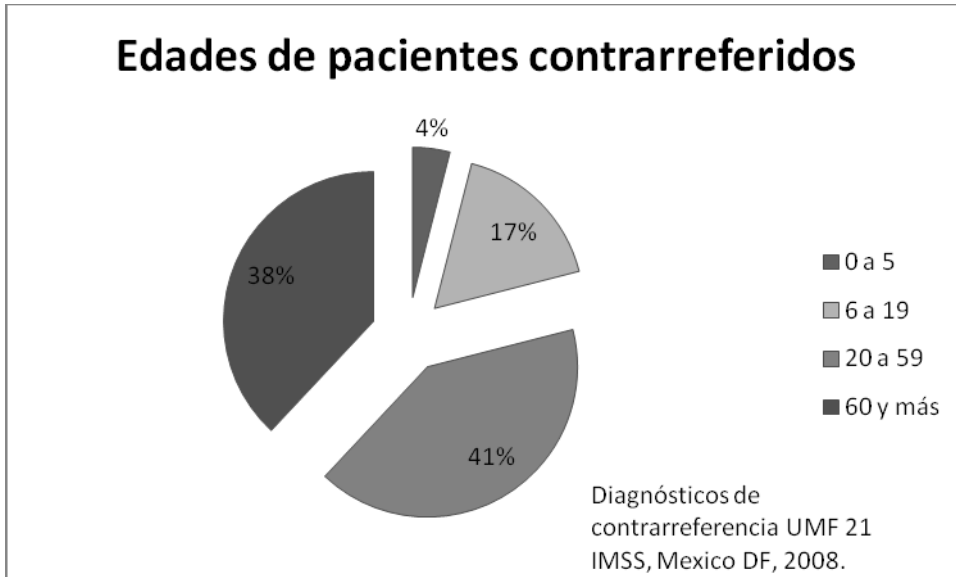
RESULTADOS

La población en estudio que quedó conformada por 565 referencias de la base de datos de envío a Dermatología en el periodo de abril a septiembre de 2008, predominó el sexo masculino con un 59% y el femenino con 41%.



El grafico 2 nos muestra las edades de los pacientes referidos y contrarreferidos, siendo el más alto el grupo de 20 a 59 años seguido del grupo de 60 y más años.

Gráfico 2



El diagnóstico de envío más frecuente fue el de verruga vulgar en un 25%, seguida de diagnósticos poco específicos como Dermatitis y dermatitis el resto de los diagnósticos se pueden observar en sus respectivos porcentajes en el Grafico 3.

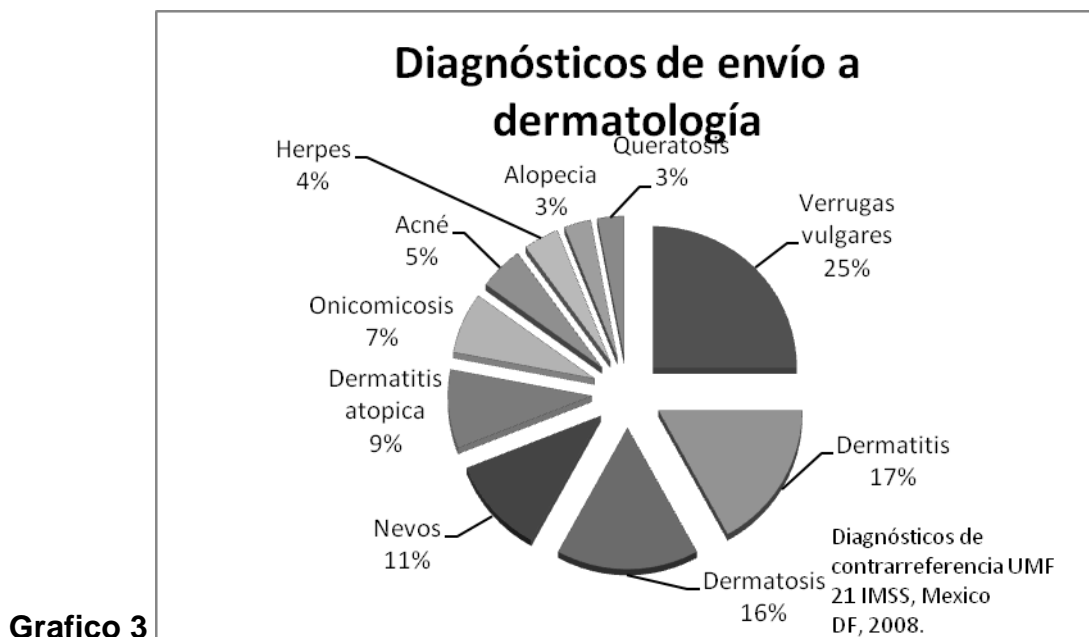
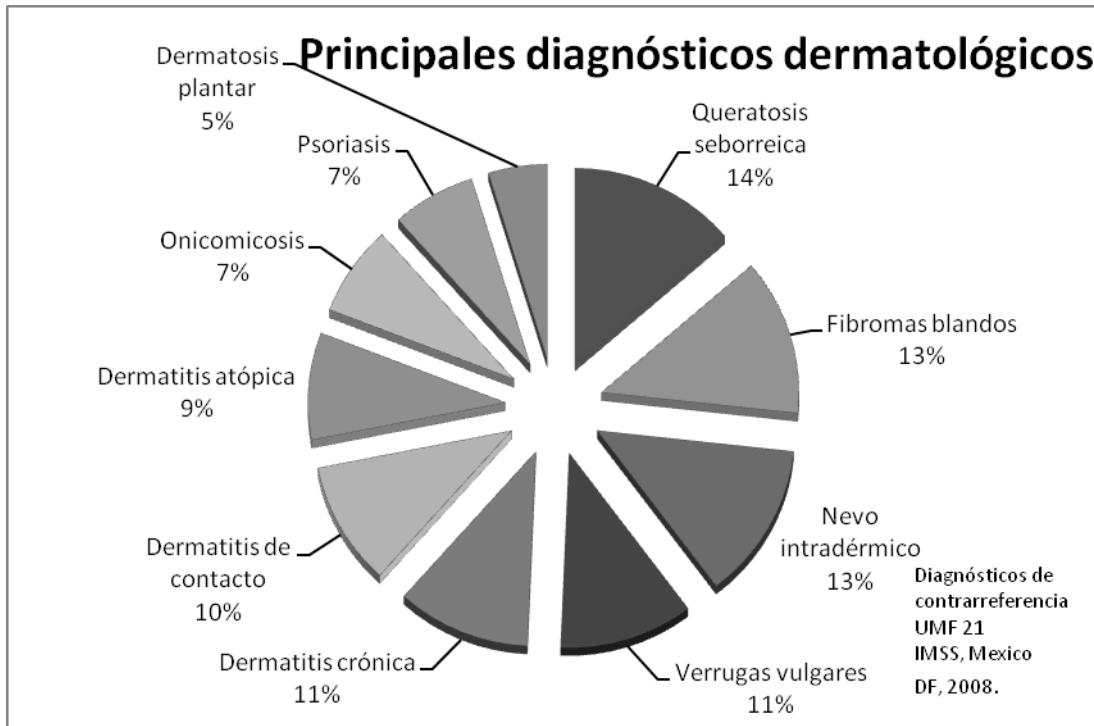


Gráfico 3

Dentro de los diagnósticos de contrarreferencia emitidos por Dermatología los más frecuentes fueron patologías no infecciosas como queratosis seborréica en 14%, fibromas blandos en 13%, nevos en 13% y verrugas vulgares en 11% relacionados con la herencia y la exposición crónica a la luz solar. (Gráfico 4)

Gráfico 4.



Los gráficos 5 y 6 muestran del total de envíos cuales fueron los diagnósticos emitidos por dermatología. Se muestra el diagnóstico dermatológico de verrugas vulgares y dermatitis inespecífica. Del total de verrugas vulgares hubo una concordancia de 36%, fibromas blandos 18%, queratosis seborreica en 9%. Respecto a Dermatitis se observa una concordancia del 50%, dermatitis crónica 7% entre otras.

Gráfico 5

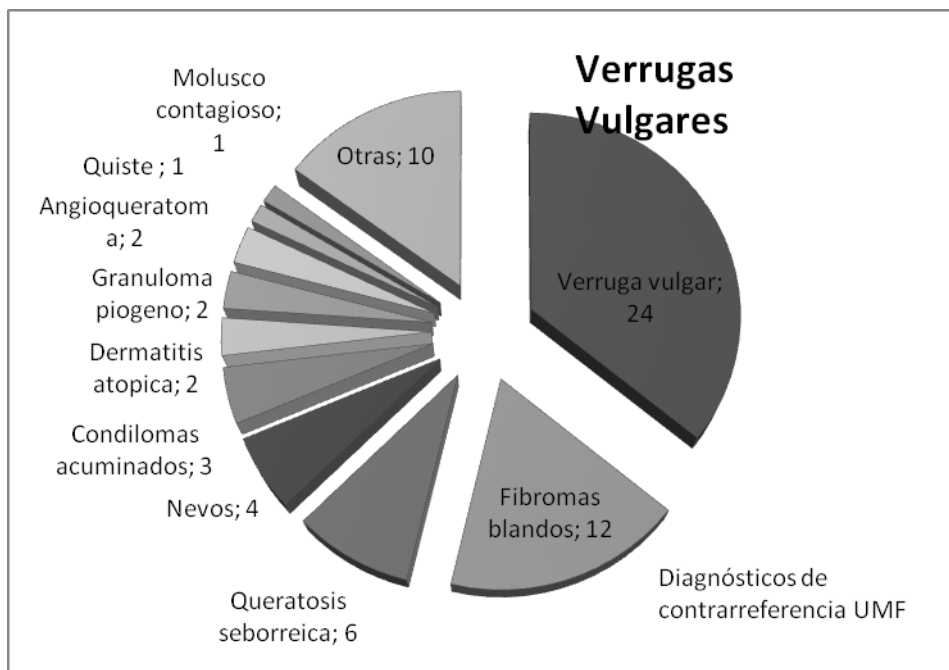
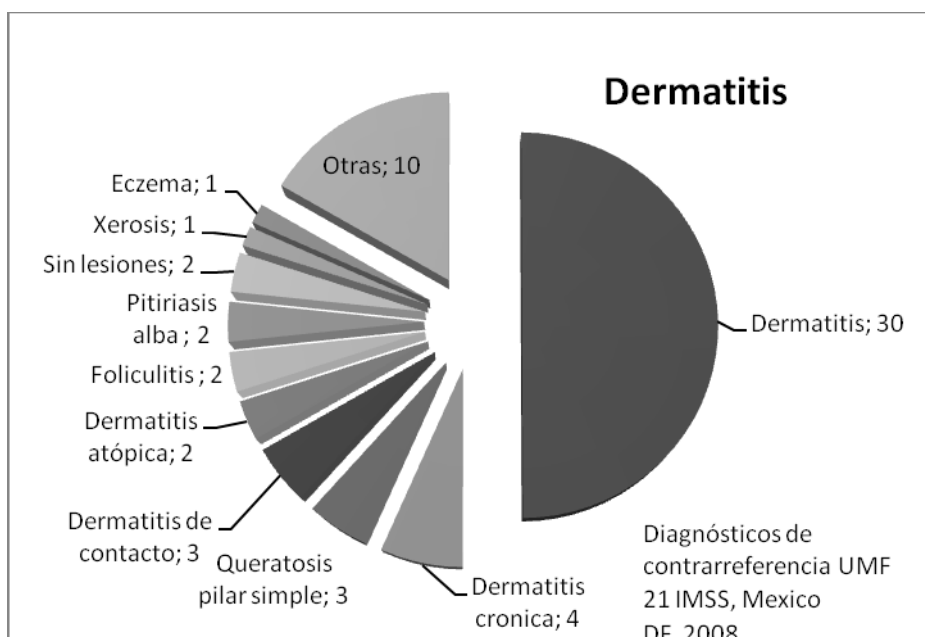


Gráfico 6



Diagnósticos de contrarreferencia UMF 21 IMSS, Mexico DF, 2008.

Las dermatosis tienen una concordancia de 25% seguida de la queratosis seborreica en 15% y púrpura en 9% (Gráfico 7). Los nevos tienen una concordancia de 67%, hemangioma en 6% al igual que Carcinoma baso celular (Gráfico 8).

Gráfico 7

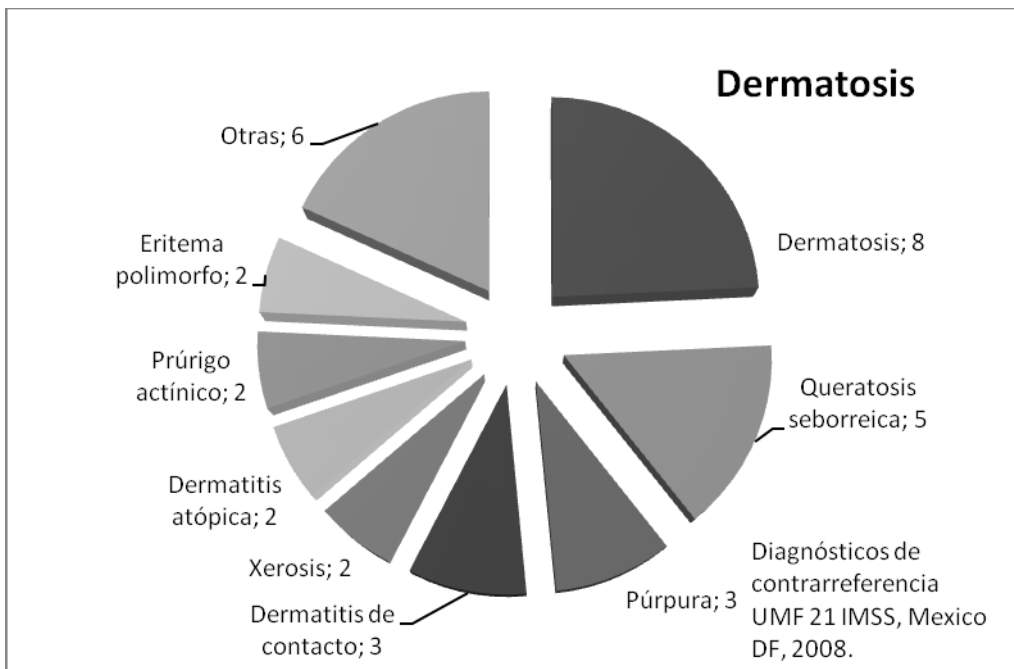
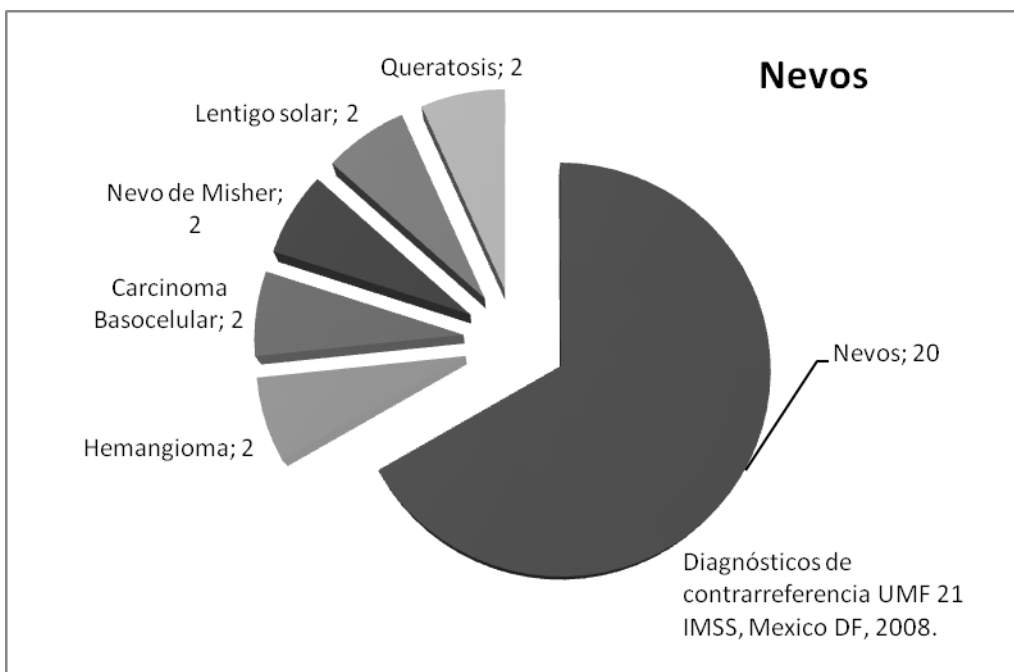


Gráfico 8



La dermatitis atópica tiene una concordancia de 61%, dermatitis crónica 13%, Dermatitis de contacto en 9% (Grafico 9). Onicomiosis tiene una concordancia del 78%, seguida de dermatitis seborreica en 5% y dermatosis plantar en 5% (Grafico 10).

Gráfico 9

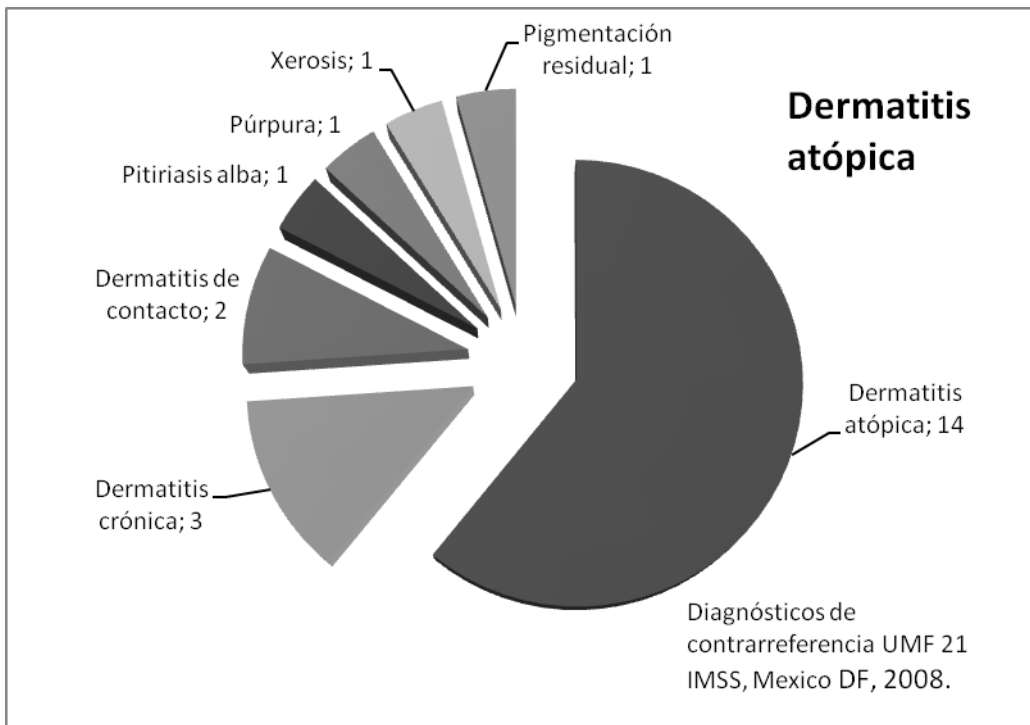
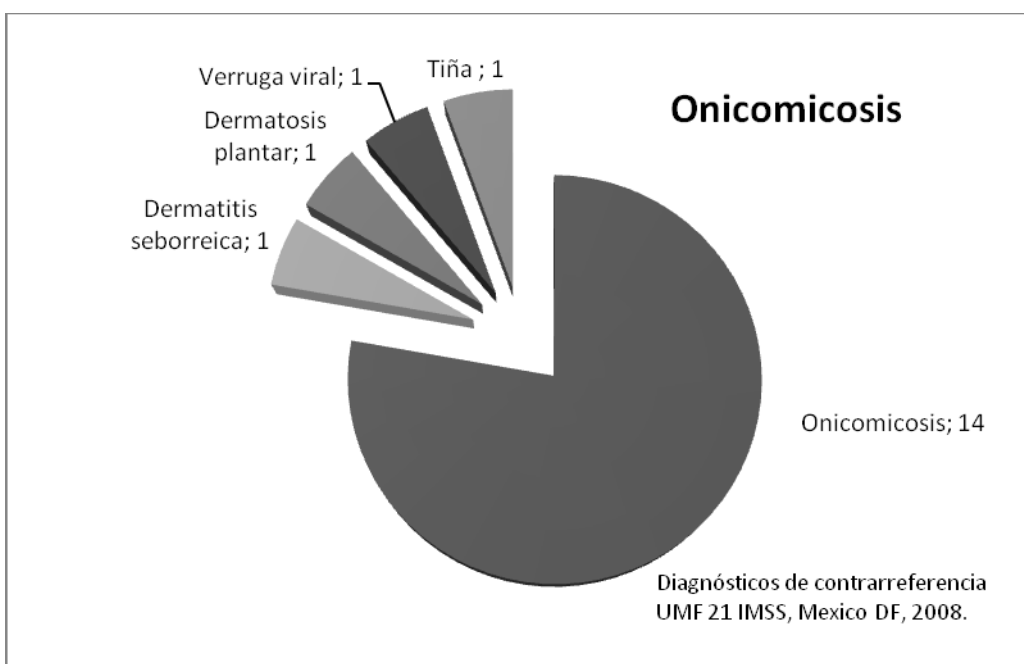


Gráfico 10



Acné aparece con una concordancia de 75%, seguida de Acné leve en 9%, Foliculitis en 4% (Gráfico 11). Herpes se situó con una concordancia de 60%, herpes zoster con 20% y foliculitis 5% (Gráfico 12).

Gráfico 11

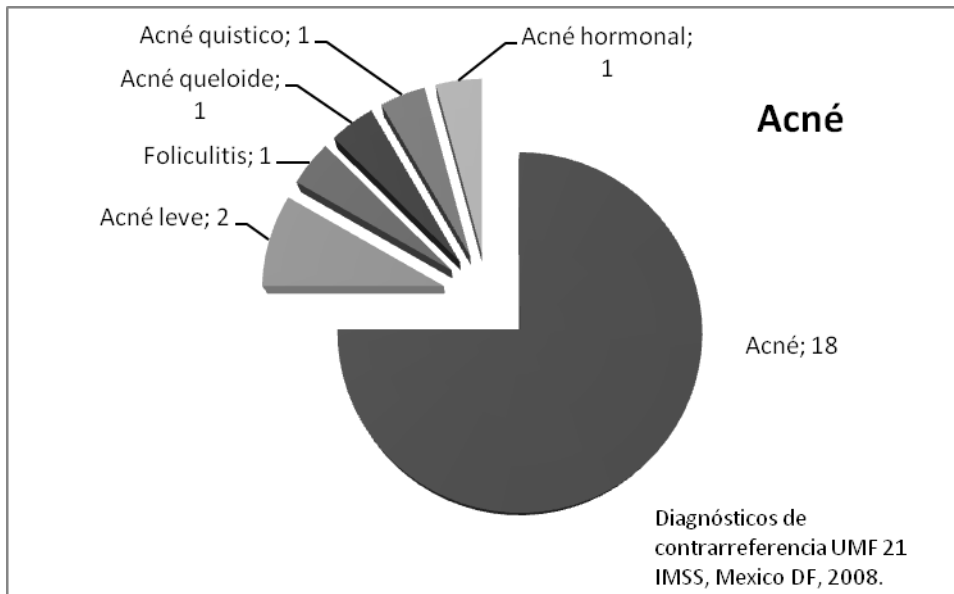
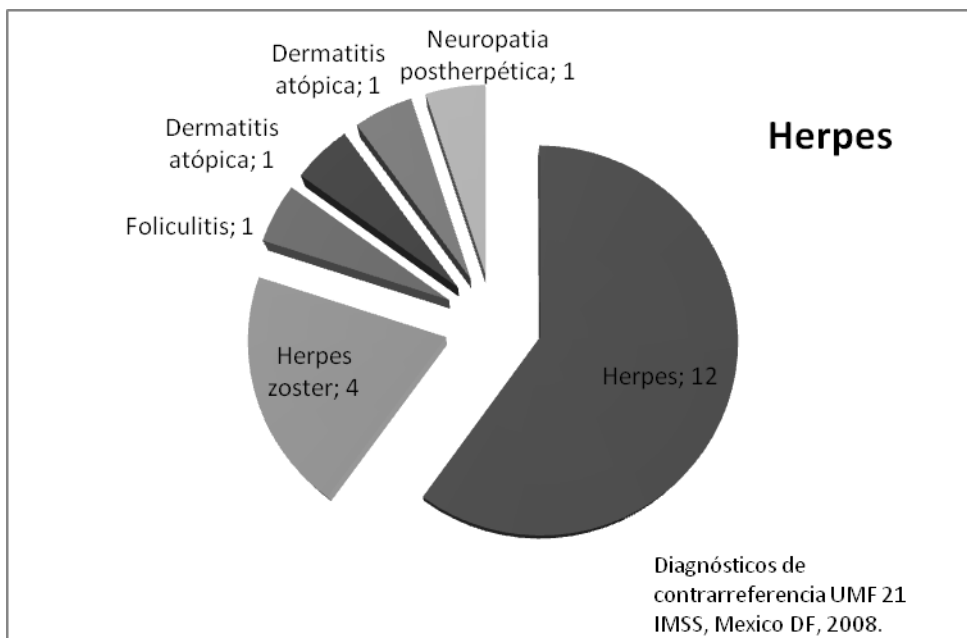


Gráfico 12



La alopecia tiene una concordancia de 80%, alopecia androgénica en 6% y Dermatitis de contacto en 7% (Gráfico 13). Queratosis tiene correlación en 40%, eritema pigmentado en 10%, quiste mucoide en 10% (Gráfico 14).

Gráfico 13

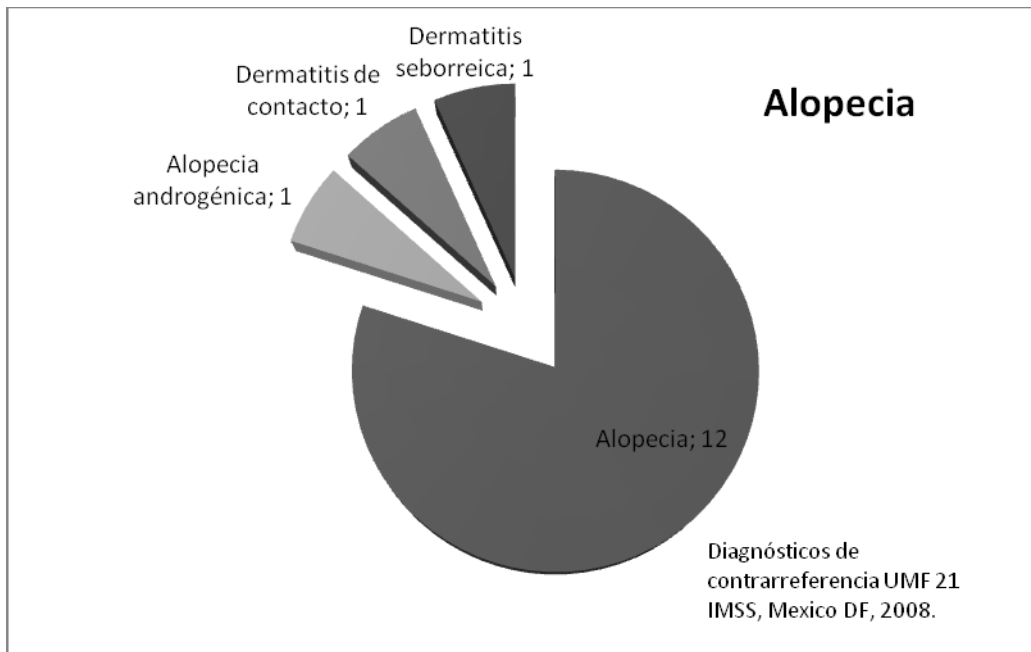
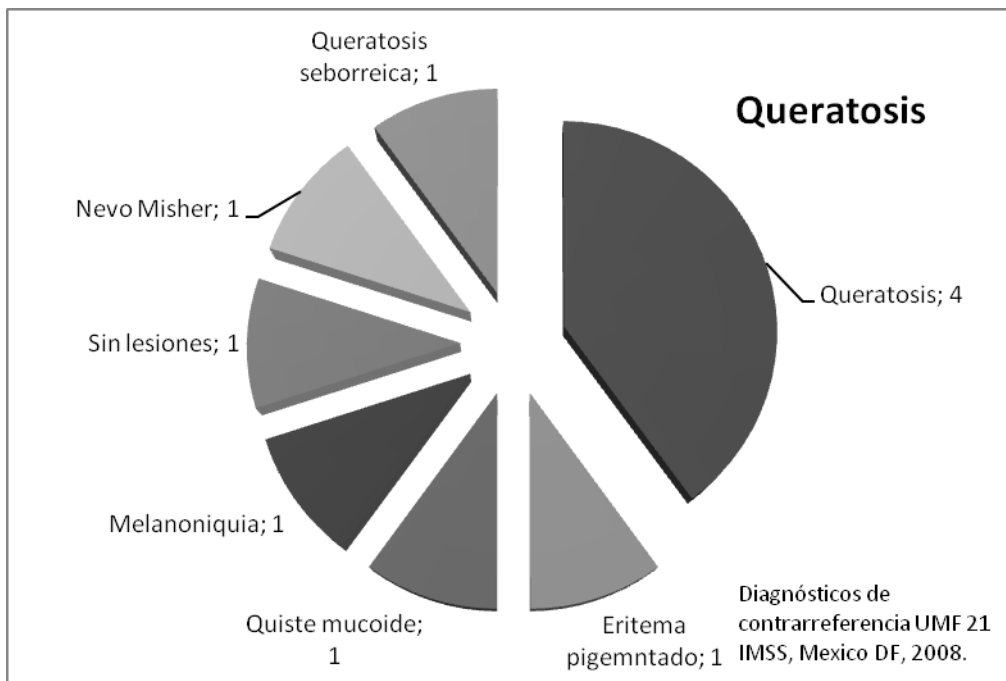


Gráfico14



En cuanto a la correlación total se utilizó el Índice Kappa para variables cualitativas nominales que compara correlación contra el azar. Se encontró una concordancia observada de 156 y debidas al azar de 27.74 con un Índice de 0.63 lo cual ubica la concordancia como Buena una escala del 0 al 1.

Se puede notar que la mayor parte de las patologías encontradas no coinciden de forma total con las reportadas por Galán¹⁴ donde el principal diagnóstico fue Dermatitis inespecífica con 18 casos, seguida de Verrugas, Psoriasis, Neurodermatitis, Dermatosis crónica, Nevos, Acné, Carcinoma basocelular y vitíligo. Estas variaciones pueden explicarse debido a que dicho análisis fue realizado en otro lugar y otra población a pesar de ser del Distrito Federal lo cual puede hablar de la diversidad de padecimientos dermatológicos en una misma zona geográfica. Los padecimientos más frecuentes emitidos por dermatología fueron no infecciosos lo cual no concuerda con lo reportado en series de países del 3er mundo, probablemente a la transición epidemiológica y demográfica que tiene lugar en México. En cuanto a la concordancia evaluada con el Índice Kappa esta fue descrita como Buena pesar de que patologías como las verrugas vulgares solo coinciden en un 36%.

Cabe resaltar que aunque estadísticamente existe concordancia entre las referencias y contrarreferencias en problemas de salud dermatológicos esto puede ser tomado como un acierto del médico familiar en cuanto a este aspecto de la evaluación de la atención otorgada pero se pudo observar en varios de los diagnósticos de referencia que no coincidieron con el diagnóstico de la contrarreferencia, tal es el caso de verrugas vulgares.

Así mismo se observa que diagnósticos como Dermatitis o dermatitis son frecuentemente usados para denominar patología dermatológica, muy inespecífica.

La mayor parte de los envíos fueron en pacientes en edad económicamente activa lo cual podría suponer una alta prevalencia de patología de índole laboral lo cual concuerda con lo reportado por Farías-Ancona¹⁵. Cabe señalar que patología atópica ocupa un lugar dentro de las primeras 10 causas con un alto nivel de concordancia y patología que se creía de primer mundo^{6, 7}. La psoriasis también está en estos primeros motivos de envío. El uso de Guías terapéuticas no fue documentado pero las patologías frecuentes concuerdan con algunos de los padecimientos de la guía utilizada en el ISSEMyM¹⁷.

Los diagnósticos frecuentes e inespecíficos podrían mostrar deficiencias en los programas actuales de formación de los médicos generales y Familiares como lo demuestra Campos²¹. A pesar de ello, la buena correlación tiene otras variables tales como la experiencia, el asistir a cursos de actualización, etc ²¹.

CONCLUSIONES

Hubo buena concordancia en cuanto a las primeras causas de envío a dermatología por parte de los médicos familiares. La onicomycosis, que también figura en las primeras causas, se envía para manejo con medicamentos que no dispone el médico familiar en nuestro medio como el Itraconazol, por lo que es más de tipo administrativo que por un motivo médico.

Los nevos fueron también motivo importante de contrarreferencia predominado el tipo intradérmico aunque algunos requirieron de biopsia para el diagnóstico final.

Dentro de las dermatitis crónicas la mayor parte fueron en las piernas y en hombres que tenían malos hábitos en el cuidado de la piel.

Algunos de estos padecimientos también son de tipo cosmético, como los fibromas blandos y las queratosis seborreicas, los cuales también podrían ser resueltos teniendo el instrumental adecuado en un primer nivel de atención, sin embargo debido a la escasez de recursos y personal no pueden llevarse a cabo aun.

En estos padecimientos influye mucho el paciente para su envío, pues considera en algunas ocasiones que requiere el envío, a pesar de que se le informa sobre la naturaleza de estas enfermedades y se otorgo un tratamiento inicial.

Otros padecimientos frecuentes son originados en amplio porcentaje, por tener malos o nulos cuidados de piel como son: la hidratación, el baño breve, no utilizar agua caliente etc. En nuestro medio es frecuente el uso de fibras sintéticas o naturales para tallar la piel a diario, por lo que la educación para la salud tiene un carácter fundamental en estas y otras patologías de mayor morbimortalidad.

El presente estudio no tiene como fin demeritar el quehacer del médico familiar, por el contrario, pretende puntualizar situaciones que pueden ser resueltas en su totalidad en un primer nivel de atención. Intenta también establecer una metodología que sirva para el envío por otros padecimientos o motivos de consulta.

El médico familiar como principal actor y administración de la salud en nuestro sistema de salud no requiere reconocer todas las patologías o manejos, aunque si las más frecuentes y con lo que está a su alcance.

Con este tipo de investigaciones se pretende incidir en el autoanálisis y la autocrítica del Médico Familiar, para planear estrategias a nivel local, que permitan ofrecer mejores servicios a los pacientes y por ende a sus familias. El análisis de otros problemas de salud, de otras especialidades podría beneficiar tanto a la institución como al médico pues potenciara su capacidad resolutive, característica básica del primer nivel de atención.

La educación continua de parte del personal médico, así como la autoevaluación son cualidades presentes en la Especialidad de Medicina Familiar.

El autoanálisis puede no llevarse a cabo por múltiples factores; como, tiempo de consulta, recursos estructurales y materiales, nivel de conocimientos, características propias del paciente etc.

Con el conocimiento sólido de la problemática en salud y la casuística en cada Unidad, podrían planearse acciones encaminadas a mejorar los factores antes citados. También plantearse sesiones educativas a los Médicos Familiares que así lo requieran o soliciten sobre las patologías dermatológicas más frecuentes en cada una de las áreas de influencia de los médicos de primer nivel.

El cuidado de la piel debe también ser visto como un tema importante en sesiones de educación para la salud, pues muchas de las enfermedades observadas en la población estudiada tuvieron su origen en malos cuidados dermatológicos.

Los estudiantes de medicina a cualquier nivel deben poseer un cuerpo de conocimiento sólido en disciplinas de los principales motivos de consulta en el Primer nivel de atención pues son la base del sistema de salud actual.

No debemos olvidar también los factores sociales que influyen en los cuidados de la piel en México. No existe una cultura de cuidado de la piel, esta es relegada hasta que ocasiona problemas graves a la imagen o a la autoestima del paciente. Incluso puede verse un patrón entre géneros y dentro del masculino verse como algo inusual o relacionado con la homosexualidad. Plantear estrategias informativas a los niños en edad escolar sobre cómo cuidar su piel así como sobre alimentación, ejercicio, y favorecer hábitos saludables son una necesidad dadas las estadísticas actuales y el incremento de la obesidad y otros problemas de salud en edades posteriores.

También el Médico Familiar debe empezar por modificar sus estilos de vida, donde el cuidado de la piel también es una tarjeta de presentación hacia sus pacientes.

ANEXO 1

Cronograma de actividades: 2008

Actividades	Cumplimiento	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic
Presentación al comité de Investigación local	Planeado	■	■	■	■					
	Realizado		■	■	■					
Recolección de los datos.	Planeado	■	■	■	■	■	■			
	Realizado	■	■	■	■	■	■			
Análisis de los datos	Planeado							■		
	Realizado							■		
Presentación de resultados.	Planeado								■	■
	Realizado								■	■

Planeado

Realizado

BIBLIOGRAFIA

1. Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. 1211 Ginebra Suiza. 2000.
2. Taylor AS. *Bismarck "The man and the statesman"*. Londres: Penguin, 1995. 204.
3. William Beveridge. *Social insurance and allied services*. Londres: HMSO: 1942.
4. Londoño JL, Frenk J. *Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America*. Health Policy 1997; 41 (1): 1-36.
5. Newell KN. *La salud por el pueblo*. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 1975.
6. Norma que establece las Disposiciones para Otorgar Atención Médica en las Unidades de Medicina Familiar 2000 001 007, Instituto Mexicano Del Seguro Social. México, DF: 11 de diciembre de 2007.
7. Cassel, John et al. *Medicina Familiar prácticas y principios de Medallie*. 3ra ed. México DF: Limusa, 1981. 309-323.
8. Villarreal-Ríos Enrique et al. *Costo en el primer nivel de atención*. Salud Pública Mex. (38): 332-340. 1996.
9. Jaume Puig- Junoy. *Eficiencia en la atención primaria de salud*. Rev Esp Salud Pública. (74): 483-495. 2008
10. Díaz-Novas José. *La interconsulta y la referencia*. Rev Cubana Med Gen Int. (21): 3-5. 2005.
11. *Consulta dermatológica en atención primaria*. Rev. Chil. Dermatol; 20(3):164-168, 2004.
12. A. Ortiz, T. Herrera, C. Pérez del Molino, F. *Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en atención primaria*. Rev San Hig Púb. (66): 71-82. 1992.
13. División Técnica de Información Estadística en Salud. *El IMSS en cifras, 1991-2002*. Rev Med IMSS. 41 (5): 441-448. 2003
14. Galán-Galán R. *Problemas dermatológicos en el primer nivel de atención. Práctica diaria de la dermatología en el 1o. y 2o. niveles de atención médica*. Rev Fac Med UNAM. 45 (4): Julio-Agosto, 2002.
15. Frías-Ancona G, Chavez-Burgeois C, et al. *La consulta de dermatología dentro de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle*. Dermatología Rev Mex. (48): 9-12. 2004
16. Cerbero-Castillo H. *Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del D.F.* Rev Fac Med UNAM. 47 (2). Marzo-Abril, 2004.

17. ISSEMyM [En línea]. *Guías Clínicas Terapéuticas Dermatológicas en el ISSEMyM*. México: 2006 – [Fecha de consulta 15 de agosto].
18. López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández, S. Índice kappa. *Cad Aten prim.* (6): 169-171. 1996. Disponible en: Internet [www.finisterra.com/mbe/investiga/kappa/kappa/asp.]
19. Frenk J, Lozano R, González-Block MA, Ruelas E, Bobadilla JL, Zurita B et al. *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
20. Arenas R. *Dermatología atlas diagnóstico y tratamiento*. 1a ed. México McGraw-Hill, 1978: 7.
21. Campos MP. *La dermatología en el primer nivel de atención médica y sus implicaciones sociales, ¿un reto no tomado? estudio de investigación educativa*. *Dermatología Rev Mex* 1997; 41 (3): 109-112.
22. Fajardo O G. *Bases para establecer los niveles de atención médica*. *Bol Med IMSS México* 1979; 21 (5): 175-178.
23. Saúl A. *Lecciones de dermatología*. 9a. ed. México: Fco. Méndez Cervantes editor, 1979: 21.
24. Ramsay DL, Fox AB. *The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses*. *Arch Dermatol* 1981; 117: 620-622.
25. Kirsner RS, Federman DG. *Lack of correlation between internists' ability in dermatology and their patterns of treating patients with skin disease*. *Arch dermatol* 1996; 132: 1043-1046.