



11222
29. 10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE REHABILITACION
SECRETARIA DE SALUD

MUESTREO ESTADISTICO DE
DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA
DE REHABILITACION DE 1969 A 1982.

266

Trabajo de Investigación

QUE PRESENTA EL
DR. JOSE EMIGDIO ALBERTO PEREZ ROJAS
PARA OBTENER EL TITULO DE:
Especialista en Medicina de Rehabilitación

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



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.

CONTENIDO

- 1.- Agradecimientos
- 2.- Introducción
- 3.- Antecedentes
- 4.- Objetivos
- 5.- Material y métodos
- 6.- Resultados
- 7.- Discusión
- 8.- Referencias

CONTENIDO

- 1.- Agradecimientos
- 2.- Introducción
- 3.- Antecedentes
- 4.- Objetivos
- 5.- Material y métodos
- 6.- Resultados
- 7.- Discusión
- 8.- Referencias

INTRODUCCION

Desde su creación en 1952 como Centro de Rehabilitación del Sistema Neuromúsculo-esquelético y su transformación actual a partir de 1976, la atención e investigación sobre los aspectos relacionados con los procesos patológicos con secuelas de deficiencia, incapacidad e invalidez de mayor incidencia y prevalencia en México ha sido la política principal del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación (INMR), organismo descentralizado de la Secretaría de Salud. (1)

A diferencia de otras instituciones del Sector Salud, las secuelas invalidantes y las enfermedades crónicas son los principales motivos de atención en el INMR, lo que da características especiales al tipo de atención médica proporcionada, incluyendo de manera principal un diagnóstico de tipo integral que proporcione información médica básica y que considere también los requerimientos de un diagnóstico de la especialidad de Rehabilitación. (12)

La clasificación de los diagnósticos por los diversos motivos de atención, debe estar diseñada de manera tal que se tomen en cuenta las condiciones de deficiencias, invalideces e incapacidades residuales, características de cada país. (8)

Actualmente, en la institución no existe una metodología que permita la sistematización de los diagnósticos efectuados, ni siquiera un criterio uniforme en la emisión de estos.

En el presente trabajo se realizó una investigación retrospectiva de los diagnósticos registrados en los expedientes clínicos del INMR de 1969 a 1982, captando además parámetros que reflejen el tipo de atención que recibieron los pacientes, para generar indicadores de la calidad de los servicios médicos proporcionados.

Por otra parte, el estudio podría utilizarse como referencia para que, posteriormente, se diseñe un método de clasificación diagnóstica basado en la experiencia del propio INMR, además de servir como un indicador de la situación epidemiológica del Área de rehabilitación en México.

La información registrada en los expedientes clínicos del INMR refleja la experiencia en el manejo de las condiciones de discapacidad, que hasta ahora no se ha aprovechado para la investigación clínica, epidemiológica, y de planeación de la atención médica, además de su utilidad como índice de auto-valoración.

ANTECEDENTES

Hay sólidas razones para evaluar la calidad de la atención médica. Para verificar la calidad de la atención médica, es necesario evaluarla en forma periódica, para mejorar su desempeño.

Los médicos y personal paramédico a nivel individual y institucional, no deben ser la excepción en prácticas que son aceptadas en otros entornos profesionales.

La labor de organizaciones e individuos se examina retrospectivamente con respecto a la calidad.

En los países latinoamericanos, en los que los dos fuentes principales del financiamiento de la atención médica son los impuestos fiscales y las cotizaciones a la seguridad social, el gobierno y el patrón-trabajador exigen cada día mayor responsabilidad a los médicos y personal paramédico, lo cual se hace evidente en el creciente número de leyes, normas y reglamentos en razón de la preocupación del público ante el aumento constante del costo de la atención médica, que se asocia a una aparente disminución de la calidad.

El proceso para evaluar la calidad puede satisfacer ciertos objetivos específicos:

1).- La mejoría de la atención al paciente, que se procura como un compromiso para prolongar la vida, aliviar la tensión emocional, restaurar las funciones bio-psico-sociales, evitar la incapacidad funcional y las muertes innecesarias.

2).- Contención de la espiral de costos a través del:
a) un mejor uso de los recursos existentes,
b) una disminución en variaciones individuales entre médicos, en el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos,
c) y la introducción y el uso apropiado de la nueva tecnología.

3).- Propósito educativo: forma las bases de la investigación, proporciona materiales de enseñanza para la educación continua de los profesionales de la atención médica y define la función y responsabilidad del paciente en el proceso de atención.

A menos que la profesión médica tome la iniciativa de lograr los 3 primeros objetivos por medio de la evaluación de la calidad, todo el sector salud corre el riesgo de que una burocracia u otro organismo externo, que no sabrá mucho sobre el sistema médico, el hospital local y sus extraordinarias características potenciales, le imponga normas y criterios de dudosa utilidad.

La medición de la calidad siempre ha luchado con la cuestión de la validez.

INTRODUCCION

Desde su creación en 1952 como Centro de Rehabilitación del Sistema Neuromúsculo-esquelético y su transformación actual a partir de 1976, la atención e investigación sobre los aspectos relacionados con los procesos patológicos con secuelas de deficiencia, incapacidad e invalidez de mayor incidencia y prevalencia en México ha sido la política principal del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación (INMR), organismo descentralizado de la Secretaría de Salud. (1)

A diferencia de otras instituciones del Sector Salud, las secuelas invalidantes y las enfermedades crónicas son los principales motivos de atención en el INMR, lo que da características especiales al tipo de atención médica proporcionada, incluyendo de manera principal un diagnóstico de tipo integral que proporcione información médica básica y que considere también los requerimientos de un diagnóstico de la especialidad de Rehabilitación. (12)

La clasificación de los diagnósticos por los diversos motivos de atención, debe estar diseñada de manera tal que se tomen en cuenta las condiciones de deficiencias, invalideces e incapacidades residuales, características de cada país. (8)

Actualmente, en la institución no existe una metodología que permita la sistematización de los diagnósticos efectuados, ni siquiera un criterio uniforme en la emisión de estos.

En el presente trabajo se realiza una investigación retrospectiva de los diagnósticos registrados en los expedientes clínicos del INMR de 1969 a 1982, captando además parámetros que reflejen el tipo de atención que recibieron los pacientes, para generar indicadores de la calidad de los servicios médicos proporcionados.

Por otra parte, el estudio podría utilizarse como referencia para que, posteriormente, se diseñe un método de clasificación diagnóstica basado en la experiencia del propio INMR, además de servir como un indicador de la situación epidemiológica del Área de rehabilitación en México.

La información registrada en los expedientes clínicos del INMR refleja la experiencia en el manejo de las condiciones de discapacidad, que hasta ahora no se ha aprovechado para la investigación clínica, epidemiológica, y de planeación de la atención médica, además de su utilidad como índice de auto-valoración.

ANTECEDENTES

Hay sólidas razones para evaluar la calidad de la atención médica. Para verificar la calidad de la atención médica, es necesario evaluarla en forma periódica, para mejorar su desempeño.

Los médicos y personal paramédico a nivel individual e institucional, no deben ser la excepción en prácticas que son aceptadas en otros entornos profesionales.

La labor de organizaciones e individuos se examina retrospectivamente con respecto a la calidad.

En los países latinoamericanos, en los que las dos fuentes principales del financiamiento de la atención médica son los impuestos fiscales y las cotizaciones a la seguridad social, el gobierno y el binomio patrón-trabajador exigen cada día mayor responsabilidad a los médicos y personal paramédico, lo cual se hace evidente por el creciente número de leyes, normas y reglamentos en razón de la preocupación del público ante el aumento constante del costo de la atención médica, que se asocia a una aparente disminución de la calidad.

El proceso para evaluar la calidad puede satisfacer otros objetivos específicos:

1).- La mayoría de la atención al paciente, que se expresa como un compromiso para prolongar la vida, aliviar la tensión emocional, restaurar las funciones bio-psico-sociales, evitar la incapacidad funcional y las muertes innecesarias.

2).- Contención de la espiral de costos a través de:
a) un mejor uso de los recursos existentes,
b) una disminución en variaciones individuales entre médicos, en el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos,
c) y la introducción y el uso apropiado de la nueva tecnología.

3).- Propósito educativo: forma las bases de la investigación, proporciona materiales de enseñanza para la educación continua de los profesionales de la atención médica y define la función y responsabilidad del paciente en el proceso de atención.

A menos que la profesión médica tome la iniciativa de lograr los 3 primeros objetivos por medio de la evaluación de la calidad, todo el sector salud corre el riesgo de que una burocracia o un organismo externo, que no sabrá mucho sobre el sistema médico, el hospital local y sus extraordinarias características potenciales, le imponga normas y criterios de dudosa utilidad.

La medición de la calidad siempre ha luchado con la cuestión de la validez.

No existe una sola forma de evaluar la calidad de la atención porque, en el fondo, la evaluación se convierte en juicio y, por lo tanto, el proceso de establecer prioridades y definir criterios determina en gran medida el resultado del proceso evaluatorio.

Es decir, aquel que tiene la autoridad para establecer prioridades, definir criterios tiene el poder para imponer su juicio y, en consecuencia, determinar los criterios relativos a la estructura, el proceso y el resultado para llevar a cabo la evaluación.

En la calidad de atención, los logros deseables son enunciados en términos de efectividad (mejoramiento de la atención al paciente), eficiencia (contención del costo), capacitación y educación, y autogobierno.

Los servicios médicos personales están estrechamente identificados con los actos del médico y del sistema de atención, y tienen una correlación con la ciencia y el costo de la medicina.

Algunos aspectos de la ciencia de la medicina son medibles directa o indirectamente, v.g., la eficiencia y efectividad de tecnología específica o la decisión de emplear un procedimiento específico, pero cuando se trata de medir el "arte" de la medicina existen graves problemas metodológicos.

En los últimos años la valoración de la calidad ha progresado, sobre todo con la aplicación de nuevos enfoques conceptuales, sobre todo a partir de 1955 con el documento de Hindol Sheps sobre la atención hospitalaria. (5)

Los cuatro enfoques operacionales más representativos son: los comités de personal médico hospitalario, la metodología de los trazadores, el procedimiento de evaluación del rendimiento (performance evaluation, procedure PEP), y el método de responsabilidad del personal de servicios de salud (Health accounting).

Este último método fue desarrollado por Williamson (1971, 1978 a 1979), y se caracteriza por los siguientes pasos: a) los médicos de la unidad de atención médica o un grupo externo de expertos definen los estándares aceptables a ser utilizados en sus pacientes, los cuales serán utilizados por un grupo distinto para juzgar los resultados; b) también se especifican los resultados en caso de óptima atención para un número de pacientes específicos, en términos de resultados esperados; c) los resultados se miden por personal auxiliar, en una muestra de los pacientes atendidos y d) los resultados se comparan con los óptimos previstos. (5)

La interacción médico-paciente da por consecuencia un proceso para elaborar un diagnóstico, a partir del cual se inicia un proceso terapéutico, el cual, finalmente, da un resultado en la salud o rehabilitación del paciente.

Los resultados diagnósticos se especifican como el porciento de casos correctamente identificados, en tanto que los diagnósticos errados se consideran falsos-positivos, por contra, los diagnósticos ausentes son falsos-negativos.

Para medir los resultados terapéuticos, Williamson desarrolló un índice de salud pública global y estado funcional, que clasifica a determinada población o grupos de pacientes en cinco categorías mutuamente excluyentes, que van desde el "asintomático, riesgo normal" en que no existen impedimentos o incapacidades, con morbilidad promedio por su edad y sexo, hasta el "dependiente" en que existe incapacidad severa y se puede establecer evidencia de muerte.

En resumen, el método incluye 3 etapas básicas: 1) desarrollo de estándares y resultados pronosticados, 2) medición de los resultados reales, 3) comparación de los resultados pronosticados y reales.

Los resultados se dividen en resultados de diagnósticos y terapéuticos.

Este método reconoce la importancia del consenso y en comparación con los otros tres enfoques, se esfuerza más en lograr la participación y aplicación por el grupo médico.

En relación a los otros métodos se puede decir lo siguiente: el enfoque PEP amplía y sistematiza el concepto de auditoría médica que, por lo general, impone normas derivadas externamente. La selección de trazadores son llevados a cabo por grupos externos de expertos.

Los comités de personal médico son parte de una estructura formal y con frecuencia son percibidos por el personal médico como un mal burocrático necesario.

Es fácil identificar las deficiencias obvias en los sistemas de atención médica, por lo que el reto más importante consiste en motivar a las organizaciones e individuos para que corrijan sus deficiencias. (3)

Los sistemas de atención médica, son un producto reciente del desarrollo social, su inicio coincide con inniaciones inmediatas a la terminación de la Primera Guerra Mundial, cuando se generalizó el concepto de la paz universal a través de la justicia social. (3)

Los sistemas de atención médica integran en forma compleja un conjunto de elementos variados; entre ellos se pueden identificar elementos políticos, económicos, tecnológicos, administrativos y socioculturales y entre estos últimos, los valores de la población, de los prestadores de servicios médicos y de las autoridades quedan un papel primordial, quizá por eso algunos autores los han definido como "un sistema de valores que interacción con otros elementos para prevenir, curar o controlar la enfermedad".

Los modelos de atención, como expresión gráfica de dichas relaciones, permiten comprender, explicar y predecir un fenómeno y, por tanto, las posibilidades de aplicación que se abren son múltiples. (3)

Existen 3 diferentes tipos de sistemas de atención médica en el mundo. El llamado "comercial-competitivo" se rige por las leyes de la oferta y la demanda; el de tipo "administrativo-profesional" agrupa profesionistas diversos, cuya función esencial es definir las necesidades sociales de la población, y a partir de ellas, organizar los servicios para satisfacer o neutralizar sus necesidades socio-médicas, una tercera categoría se da en aquellos sistemas llamados "democráticos-consultativos", que se caracterizan porque los usuarios y los proveedores del servicios médicos juegan papeles intercambiables.

Los sistemas de atención médica, para actuar positivamente, tienen necesidad de conocer su realidad social, económica, demográfica, administrativa, etc., para poder identificar sus problemas reales y desarrollar programas orientados a su solución. El diagnóstico periódico de la situación es un elemento esencial para modificar la realidad y lograr una mejor salud de la población. (4)

OBJETIVOS

La emisión de un diagnóstico en rehabilitación debe fundamentarse en criterios uniformes y bien definidos, que incluyan la información necesaria sobre el pronóstico rehabilitatorio, tipo de manejo y objetivos a realizar.

Siendo el INMR una institución descentralizada, con funciones de atención, investigación y enseñanza dentro del Sector Salud en el Área de rehabilitación, importante la existencia de un método de sistematización que cumpla con los requerimientos para cumplir con esta función.

La experiencia clínica acumulada y registrada en los expedientes clínicos del INMR deben servir de fuente para la elaboración de esta clasificación en base a la frecuencia y tipo de manejo de los padecimientos más frecuentes atendidos en un periodo de tiempo determinado.

Los objetivos específicos son:

- 1.- Conocer los diagnósticos más frecuentes realizados en la consulta externa del INMR de 1969 a 1972.
- 2.- Determinar las causas de atención en rehabilitación en el INMR en el mismo periodo
- 3.- Evaluar en base a los registros clínicos el tipo de manejo proporcionado, como índice de la calidad de atención.
- 4.- Obtener la información para fundamentar la elaboración de una clasificación de diagnósticos con criterios propios del INMR, que cumplan con las funciones de atención, investigación clínica y planeación.

MATERIAL Y METODOS

La información registrada en los expedientes clínicos almacenados en el archivo clínico del INMR, elaborados desde 1969 hasta 1982, que forman el llamado archivo muerto y que consta de 30, 365 expedientes, será la fuente de datos.

Se tomó una muestra representativa mediante la selección al azar de una parte de los expedientes en estudio. Esta corresponde al 1% del total de expedientes, estos se clasificaron por año, tomándose la misma proporción para cada año. La selección de expedientes se realizó mediante un método aleatorio sistematizado, y con un margen de error menor al 10% de acuerdo a la fórmula $n = \frac{N}{1 + Nq^2}$, donde N = tamaño de la población, n = tamaño de la muestra y q = error de

estimación en condiciones de aceptar. (2)

Las variables registradas fueron:

- 1.- Número de expediente (identificación y registro)
- 2.- Sexo (masculino ó femenino)
- 3.- Edad (años, meses, días)
- 4.- Ocupación (última referida)
- 5.- Lugar de origen (entidad federativa)
- 6.- Escolaridad (grado escolar alcanzado)
- 7.- Motivo de consulta (referido por el paciente)
- 8.- Diagnóstico principal (a su ingreso)
- 9.- Diagnósticos secundarios (a su ingreso)
- 10.- Diagnóstico etiológico (causa del diagnóstico principal)
- 11.- Tiempo de evolución del padecimiento actual (a su ingreso)
- 12.- Número de consultas médicas (registradas en el expediente)
- 13.- Tiempo de atención institucional registrada (Tiempo de la primera a la última consulta)
- 14.- Tratamiento farmacológico (sí ó no)
- 15.- Valoración psicológica o psiquiátrica (sí ó no)
- 16.- Interconsultas (especialidad)
- 17.- Tipo de evolución registrada
- 18.- Terapia ocupacional (sí ó no)
- 19.- Terapia del lenguaje (sí ó no)
- 20.- Terapia física (tipo)
- 21.- Estudios de laboratorio y gabinete realizados
- 22.- Motivo de egreso registrado
- 21.- Ortesis indicadas (m. sup., m. inf., tronco)
- 22.- Prótesis indicadas (m. sup., m. inf.)

La información la obtuvo la misma persona de los expedientes seleccionados, realizando un registro escrito inicial. Posteriormente se llevó la información a una computadora Pinecom XI modelo 1-BB con impresora ATI 1550 donde quedó grabada en el disco duro marcado con la letra C, para su análisis posterior. Se utilizaron los programas D-BASE III-PLUS, LOTUS y EXECUTIVE MEMOMAKER.

RESULTADOS

Los defectos de postura fueron la causa más frecuente de consulta en el INMR de 1969 a 1982, seguida de la parálisis cerebral, las secuelas de poliomielitis y las secuelas de traumatismos. (Tabla 1)

Esta misma impresión diagnóstica es la que predomina como diagnóstico secundario, situando a las crisis convulsivas, la diabetes, y las alteraciones del lenguaje en segundo término. (Tabla 2)

El diagnóstico etiológico no se estableció en 44.8% de los casos, siendo el origen traumático el más frecuente. (Tabla 3)

El registro de la evolución falta en casi la mitad de los expedientes, utilizándose el término de "sejoría" con mayor frecuencia, y el de rehabilitado solo en el 1.65% del total de pacientes. (Tabla 4)

Un tercio de los pacientes recibieron atención institucional por lo menos 6 meses (36.7%), y solo el 4.2% lo recibió más de 3 años, en otra tercera parte no fue posible delimitar esta variable. (Tabla 5)

El número promedio de consultas fué de 4 por paciente. (Tabla 7)

Solo una tercera parte de los pacientes recibieron tratamiento farmacológico. (Tabla 6)

Solo una cuarta parte de los pacientes atendidos acudieron en los primeros 6 meses de evolución de su padecimiento. (Tabla 8)

Las interconsultas más frecuentes se hicieron a los servicios de neurología, ortopedia y pediatría, en ese orden, manifestándose la estrecha relación de estas especialidades con la rehabilitación. (Tabla 9).

El tratamiento fisiátrico más empleado fue la terapia por el ejercicio, la modalidad de programa de casa en segundo lugar, y la hidroterapia en tercero. El 25.42% de los pacientes no recibieron terapia física. Los tratamientos con equipo multidisciplinario apenas alcanzaron el 1.98% del total. (Tabla 10 y Gráfica 3)

Los pacientes de 1 a 4 años formaron el grupo más numeroso y es notable la mayor proporción de casos en los extremos de la vida. (Tabla 11 y Gráfica 6 y 7)

La prescripción de órtesis benefició a una tercera parte de la población atendida, predominando su uso en miembros inferiores. (Tabla 12) (Tabla 12).

En la tabla 13 se demuestra la frecuencia de indicación del auxiliar diagnóstico más indicado que fue el estudio radiológico.

Es notable la falta de registro del motivo de egreso (88.77% de los casos), y cuando éste se encontró en las notas clínicas se consideró en dos categorías: Alta por diversas causas y referencia para su tratamiento en otra institución. (Tabla 14)

El porcentaje de pacientes con antecedentes de tratamiento en otra institución fue prácticamente igual al de pacientes derechohabientes de otras instituciones. (Tabla 15)

La procedencia de la mayor parte de los pacientes se distribuye entre el Distrito Federal y el Estado de México, seguidos de algunos estados vecinos a la capital. (Tabla 16)

El grado de escolaridad predominante es el de nivel de primaria. (Tabla 17)

La distribución por sexos fue prácticamente simétrica con un 51.2% para el sexo masculino y 48.8% para el sexo femenino. Solo el 8.6% de los pacientes recibieron terapia del lenguaje, mientras que solo el 21.8% recibieron terapia ocupacional. El examen clínico muscular se registró en el 13.5% de los pacientes.

TABLA I
 LOS 15 DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES
 1969-1982

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1.- DEFECTOS DE POSTURA	57	18.81%
2.- PARALISIS CEREBRAL	42	13.86%
3.- SECUELAS DE POLIO	27	8.91%
4.- SECUELAS DE TRAUMATISMOS	26	8.58%
5.- HEMIPLEJIA	22	7.26%
6.- AMPUTADOS	15	5.94%
7.- ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA	13	4.29%
8.- PARALISIS FACIAL	12	3.96%
9.- LUMBALGIA	11	3.63%
10.- LESION DE NEURONA MOTORA PERIF.	7	2.31%
11.- RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOT.	7	2.31%
12.- ARTRITIS REUMATOIDE	6	1.98%
13.- NIEFOPATIAS	6	1.98%
14.- GEMOFATIAS	6	1.98%
15.- ESCOLIOSIS	4	1.32%
OTROS	42	13.86%
TOTAL	303	100.00%

FUENTE: Archivo clínico INMR

TABLA 2
PRINCIPALES DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS
1969-1982

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1.- DEFECTOS DE POSTURA	24	18.32%
2.- CRISIS CONVULSIVAS	16	12.21%
3.- DIABETES	15	11.45%
4.- ALTERACIONES DEL LENGUAJE	13	9.92%
5.- DESNUTRICION	7	5.34%
6.- R.D.P.M.	7	5.34%
7.- HIPERTENSION ARTERIAL	6	4.58%
8.- LUMBALGIA	6	4.58%
9.- DADO CEREBRAL	5	3.81%
10.- PROBLEMAS DE CONDUCTA	5	3.81%
11.- OBESIDAD	3	2.29%
12.- ESCOLIOSIS	3	2.29%
13.- OTROS	21	16.03%
SIN REGISTRO	172	56.76%
	303	100.00%

FUENTE: Archivo clinico INMR

TABLA 3
DIAGNOSTICOS ETIOLOGICOS 1969-1982

ORIGEN	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1.- TRAUMATICO	66	21.78%
2.- INFECCIOSO	41	13.53%
3.- E.V.C.	19	6.27%
4.- HIPOXIA	18	5.94%
5.- CONGENITO	11	3.63%
6.- METABOLICO	6	1.98%
7.- DEGENERATIVO	2	0.66%
8.- MECANICO	2	0.66%
9.- IATROGENIA	1	0.33%
10.- PREMATUREZ	1	0.33%
SIN REGISTRO	136	44.88%
TOTAL	303	100.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 4
TIPO DE EVOLUCION 1969-1982

	MEJORIA	ESTADIONARIA	REHABILITADO	REFERIDO	S/R
No. DE CASOS	109	26	5	1	162
PORCENTAJE	35.97%	8.58%	1.63%	0.33%	53.46%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 5
TIEMPO DE ATENCION INSTITUCIONAL 1969-1982

TIEMPO DE ATENCION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE	% ACUMULADO
MENOS DE 1 MES	34	11.22%	11.22
DE 1 A 6 MESES	78	25.74%	36.96
DE 6 MESES A 1 AÑO	29	9.57%	46.53
DE 1 AÑO A 3 AÑOS	39	12.87%	59.40
MAS DE 3 AÑOS	13	4.29%	63.69
SIN REGISTRO	110	36.30%	99.99
TOTALES	303	100.00%	100.00

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 6
TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS 1969-1982

	No. DE CASOS	PORCENTAJE
INDICADO	103	33.99%
NO INDICADO	200	66.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 7
 PROMEDIO DE CONSULTAS POR PACIENTE 1969-1982

ANO	CONSULTAS	No. DE PACIENTES	PROMEDIO
1982	122	29	4.2
1981	102	28	3.6
1980	53	9	5.8
1979	221	30	7.3
1978	65	29	2.2
1977	102	30	3.4
1976	98	25	3.9
1975	91	27	3.3
1974	81	23	3.5
1973	139	19	7.3
1972	71	19	3.7
1971	96	17	5.6
1970	38	9	4.2
1969	74	9	8.2
TOTAL	1353	303	4.4

FUENTE: Archivo Clínico INHRM

TABLA B
TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL AL INGRESO 1969-1982

TIEMPO TRANSCURRIDO	No. DE CASOS	PORCENTAJE	%ACUMULADO
0 A 3 SEMANAS	18	5.94%	5.94
3 SEMANAS A 3 MESES	34	11.22%	17.16
3 MESES A 6 MESES	27	8.91%	26.07
6 MESES A 1 AÑO	31	10.23%	36.30
1 AÑO A 3 AÑOS	56	18.48%	54.78
3 AÑOS A 5 AÑOS	31	10.23%	65.01
MAS DE 5 AÑOS	54	17.82%	82.83
SIN REGISTRO	52	17.16%	99.99
TOTALES	303	100.00%	99.99%

FUENTE: Archivo Clínico INHR

TABLA 9
 INTERCONSULTAS 1969-1982

ESPECIALIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
NEUROLOGIA	32	34.04%
ORTOPEDIA	31	32.97%
PEDIATRIA	28	29.78%
CARDIOLOGIA	11	11.70%
GENETICA	4	4.25%
MEDICINA GENERAL	4	4.25%
UROLOGIA	4	4.25%
CIRUGIA PLASTICA	1	1.06%
MEDICINA INTERNA	1	1.06%
NEUMOLOGIA	1	1.06%
TOTAL	117	100.00%
PACIENTES SIN INTERCONSULTA	209	68.97%
PACIENTES CON INTERCONSULTA	94	31.02%
TOTAL	303	100.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 10
TRATAMIENTOS DE TERAPIA FISICA 1969-1982

MODALIDAD DE TRATAMIENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
TERAPEUTICA POR EJERCICIO	59	17.45%
PROGRAMA DE CASA	58	19.40%
HIDROTERAPIA	50	16.50%
DIATERMIA	15	4.95%
ELECTROTERAPIA	14	4.62%
CALOR SUPERFICIAL*	8	2.64%
ULTRASONIDO	6	1.98%
PLASTICIDAD CEREBRAL	4	1.32%
ESTIMULACION MULTIPLE	2	0.66%
NO RECIBIO	77	25.42%
NO REGISTRADO	10	3.30%
TOTALES	303	100.00%

* C.H.C, INFRARROJOS .

FUENTE: Archivo Clinico INMR

TABLA 11
PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD 1969-1982

GRUPO DE EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MENORES DE 1 AÑO	10	3.30%
DE 1 A 4 AÑOS	89	29.37%
DE 5 A 14 AÑOS	65	21.45%
DE 15 A 24 AÑOS	38	12.54%
DE 25 A 34 AÑOS	12	3.96%
DE 35 A 44 AÑOS	22	7.26%
DE 45 A 64 AÑOS	50	16.50%
65 AÑOS Y MAS	17	5.61%
TOTAL	303	100.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 12
 PORCENTAJE DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS 1969-1982

	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
EFECTUADO	121	39.93%
NO EFECTUADO	182	60.06%
	303	100.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 13
 ORTESIS INDICADAS 1969-1982

ORTESIS		
	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
MIEMBRO SUPERIOR	87	28.71%
MIEMBRO INFERIOR	7	2.31%
TRONCO	7	2.31%
	101	33.33%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 14
MOTIVOS DE EGRESO 1967-1982

ALTA	16	5.28%
REFERENCIA	18	5.74%
SIN REGISTRO	269	88.77%
TOTAL	303	100.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 15
ANTECEDENTES DE ATENCION RECIBIDA 1969-1982

DERECHOHABIENTE DE OTRA INSTITUCION (IMSS, ISSSTE)	59	19.47%
TRATAMIENTO PREVIO EN OTRA INSTITUCION	55	18.15%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 16
 ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ATENDIDA 1969-1982

NIVEL	No. DE CASOS	PORCENTAJE
PRIMARIA	97	32.01%
SECUNDARIA	20	6.60%
MEDIA SUPERIOR	15	4.95%
SUPERIOR	11	3.63%
TECNICA	8	2.64%
EDUCACION ESPECIAL	2	0.66%
SIN ESCOLARIDAD	110	36.30%
SIN REGISTRO	40	13.20%
TOTAL	303	100.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 17
 LUGAR DE RESIDENCIA AL MOMENTO DEL TIROREO 1969-1982

ENTIDAD FEDERATIVA	No. DE CASOS	Porcentaje
DISTRITO FEDERAL	226	74.28%
ESTADO DE MEXICO	56	18.48%
PUEBLA	2	0.66%
HIDALGO	2	0.66%
CHIAPAS	1	0.33%
COLIMA	1	0.33%
MICHOACAN	1	0.33%
OAXACA	1	0.33%
QUERETARO	1	0.33%
SAN LUIS POTOSI	1	0.33%
SINALOA	1	0.33%
VERACRUZ	1	0.33%
	303	100.00%

FUENTE: Archivo Clínico INMR

TABLA 18
DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN DIFERENTES ESTUDIOS

ENI 1975 (11)

- 1.- SECUELAS TARDIAS DE POLIO
- 2.- HIPOACUBIA BILATERAL
- 3.- DEFICIENCIA MENTAL
- 4.- AMPUTACION EXTR. INF.
- 5.- SORDERA TOTAL BILATERAL
- 6.- CEGUERA TOTAL BILATERAL
- 7.- HEMIPLEJIA
- 8.- PCI ESFASICA
- 9.- PCI SIN ESPECIFICAR
- 10.- S. DE DOWN
- 11.- PARAPLEJIA MEDULAR
- 12.- AMPUTACION EXTR. SUP.

ENI 1982 (9)

- 1.- SECUELAS DE ALCOHOLISMO
- 2.- PERSONAS CON 2 O MAS SEC.
- 3.- SECUELAS DE TRAUMATISMOS
- 4.- SEC. DE ENF. ARTICULARES
- 5.- SORDERA
- 6.- CEGUERA
- 7.- TARTAMUDEZ
- 8.- SECUELAS DE POLIO
- 9.- MALFORMACIONES CONGENITAS
- 10.- DEFICIENCIA MENTAL
- 11.- AMPUTADOS
- 12.- HEMIPLEJIAS

CLASIFICACION INTERNACIONAL RENT 1975-1982 (10)

- 1.- ENFERMEDADES DEL S.N.C. Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS
- 2.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJ. CONJUNTIVO
- 3.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
- 4.- ANOMALIAS CONGENITAS
- 5.- TRASTORNOS MENTALES
- 6.- ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS.

INMR 1987 (8)

- 1.- TRAUMATISMOS
- 2.- E.A.D.
- 3.- LUMBALGIA
- 4.- P.C.I.
- 5.- DEFECTOS DE POSTURA
- 6.- R.D.P.M.
- 7.- E.V.C.
- 8.- AMPUTADOS
- 9.- ESCOLIOSIS
- 10.- EN ESTUDIO
- 11.- ARTRITIS REUMATOIDE
- 12.- RADICULOPATIA

INMR 1969-1982

- 1.- DEFECTOS DE POSTURA
- 2.- PARALISIS CEREBRAL
- 3.- SEC. DE POLIO
- 4.- HEMIPLEJIA
- 5.- SEC. DE FRACTURAS
- 6.- AMPUTADOS
- 7.- E.A.D.
- 8.- PARALISIS FACIAL
- 9.- LUMBALGIA
- 10.- SEC. TRAUMATICOS
- 11.- LESION N. MOT. PERIF.
- 12.- R.D.P.M.

DISCUSION

Las diferencias en los enfoques con que se realizan las clasificaciones de diagnósticos en rehabilitación dificultan su sistematización. (Tabla 1B) (8).

Frecuentemente se confunde rehabilitación con curación. La realización de un diagnóstico clínico exacto, de un pronóstico de rehabilitación basado en la determinación de las secuelas de deficiencia, incapacidad e invalidez, así como la alteración en la realización de las actividades de la vida diaria; y la planeación de un programa de metas a lograr en un tiempo determinado, son los fundamentos de la atención en rehabilitación (7).

El proceso de rehabilitación requiere de tiempo, y el registro clínico es la constancia gráfica de su desarrollo, esto lo hace importante e indispensable (6).

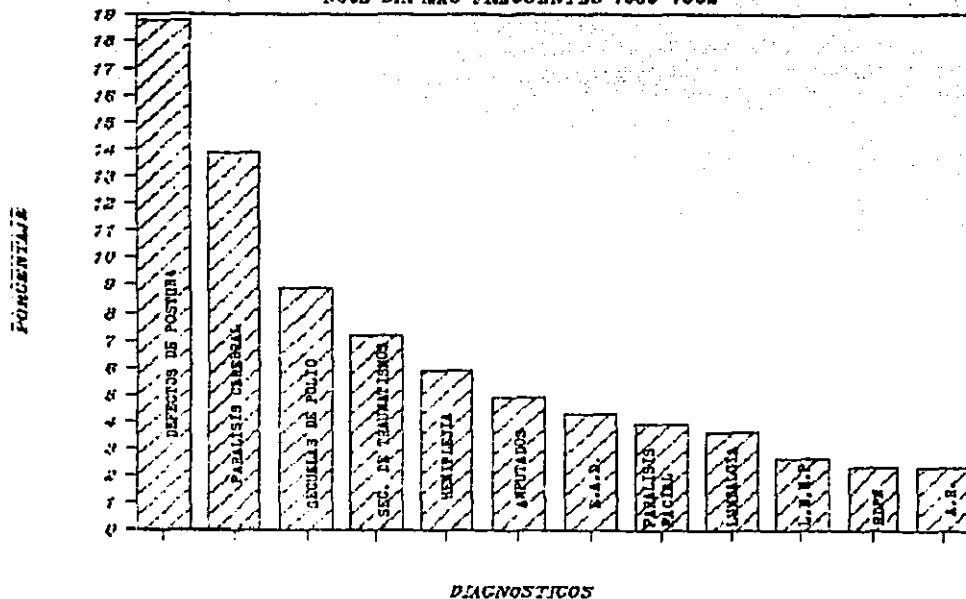
El presente estudio muestra parte de la evolución en la estructuración de una área del sector salud dedicada a la rehabilitación, en la que, a pesar de su fuerte tendencia "curativa" inicial, reflejada en las variables examinadas muestra una superación hacia un enfoque rehabilitatorio integral sobre todo a partir de su reestructuración en Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación en 1976.

La evolución en los sistemas de salud está determinada necesariamente por su entorno; pero el registro clínico de la actividad médica, base de su evaluación, está en manos del personal médico.

GRAPICA No. 1

I. N. M. R.

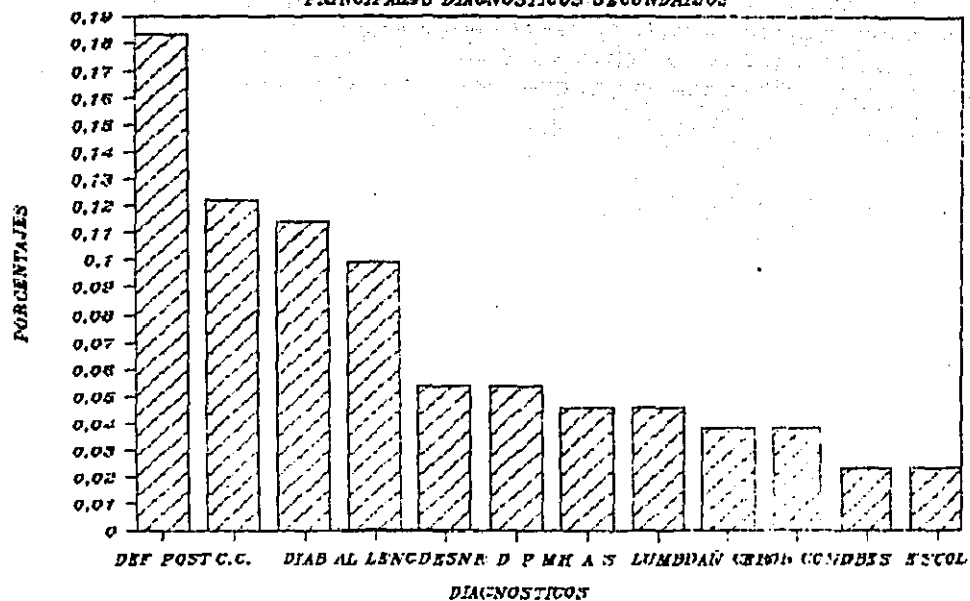
DOCE DX. MAS FRECUENTES 1969-1982



GRAFICA No. 2

I. N. M. R.

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS

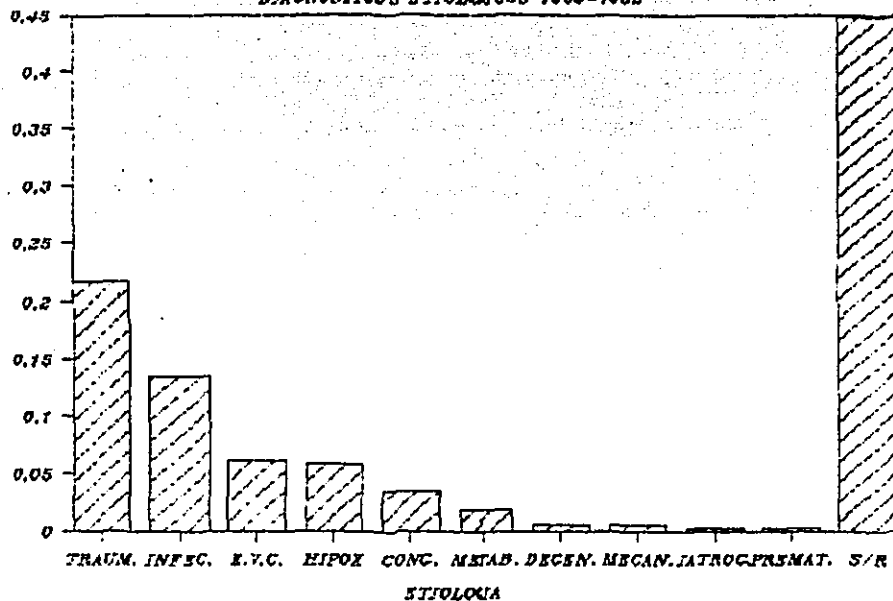


GRAFICA No. 3

I. N. M. R.

DIAGNOSTICOS ETIOLOGICOS 1969-1982

PORCENTAJE



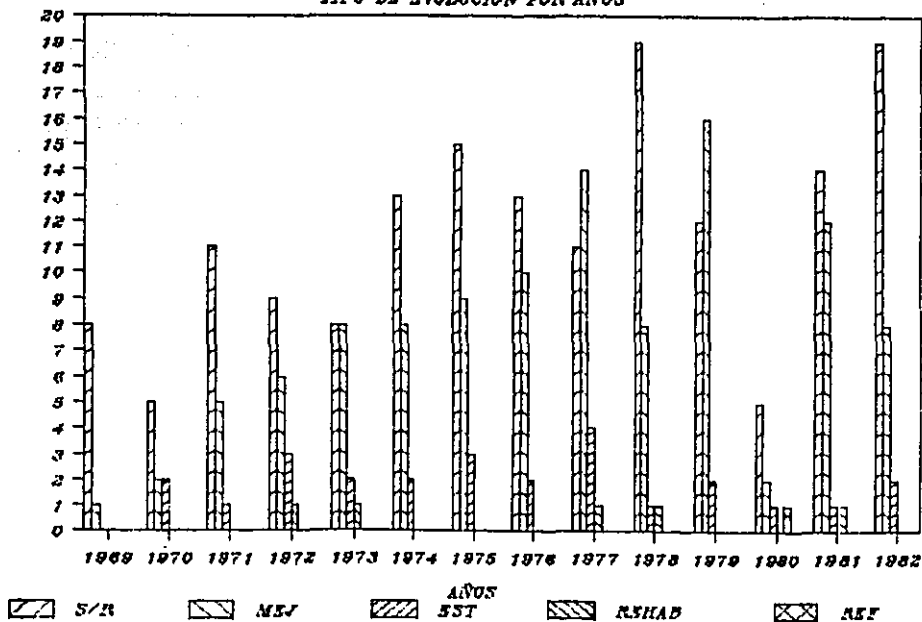
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA No. 4

I. N. M. R.

TIPO DE EVOLUCION POR AÑOS

NÚMEROS DE CASOS

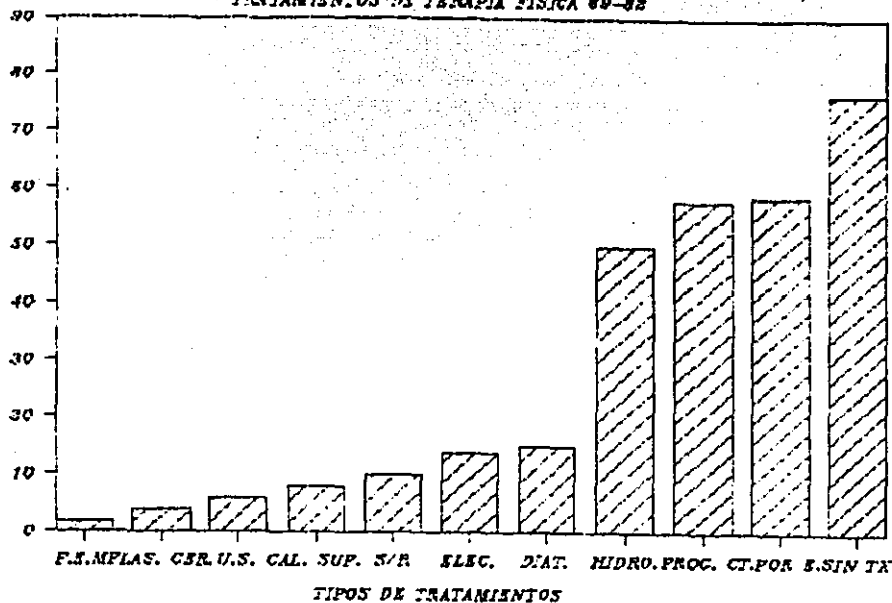


GRAFICA No. 5

I. N. M. R.

TRATAMIENTOS DE TERAPIA FISICA 68-82

NUMERO DE CASOS

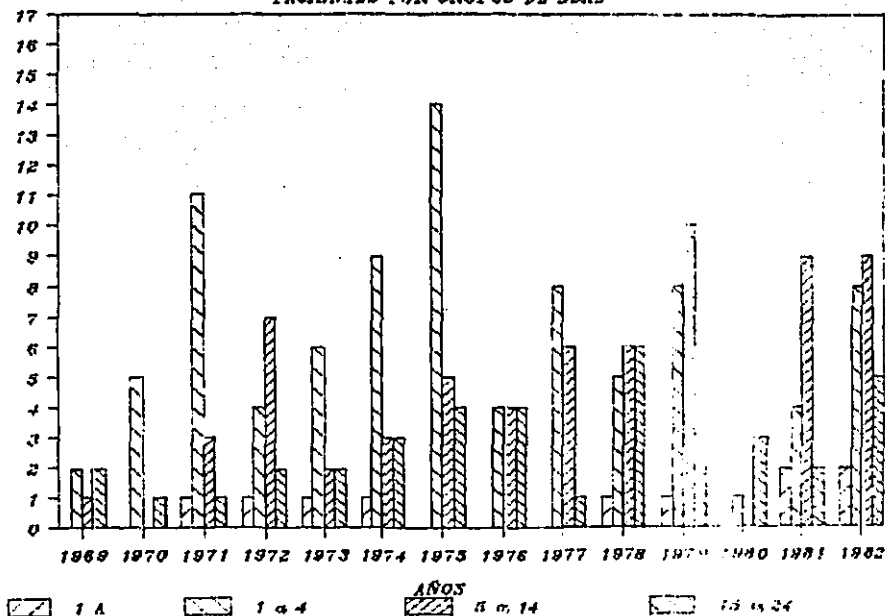


GRAFICA No. 6

I. N. M. R.

PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

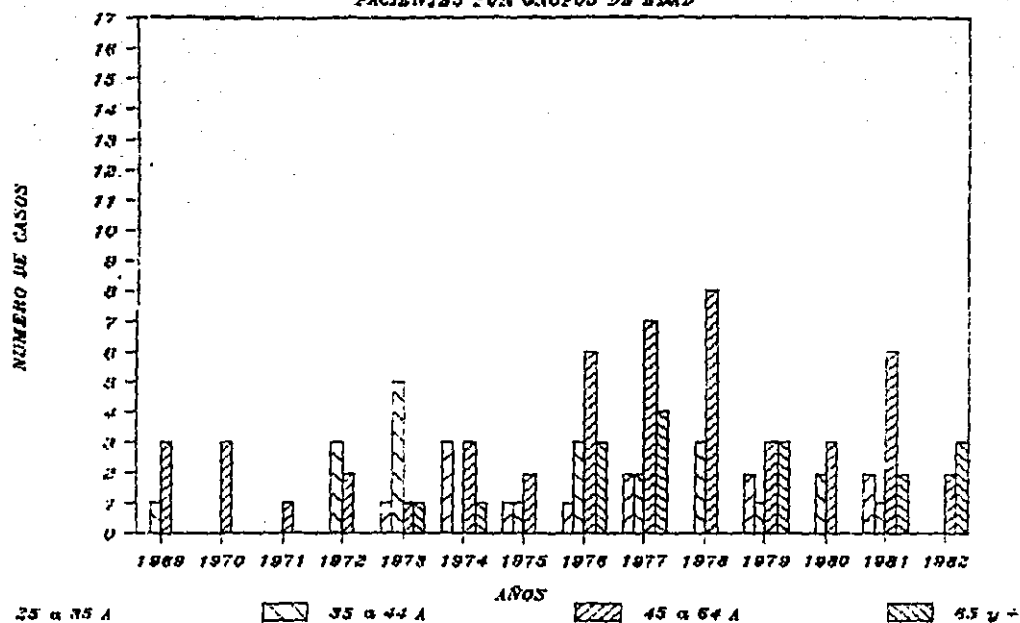
NÚMERO DE CASOS



GRÁFICA No. 7

I. N. M. R.

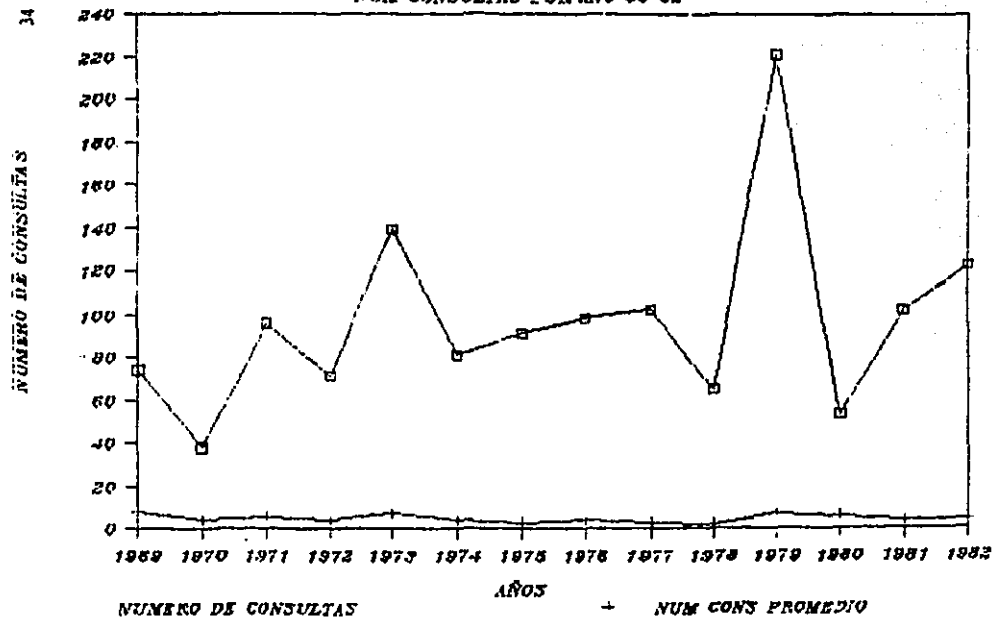
PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA No. 8

I. N. M. R.

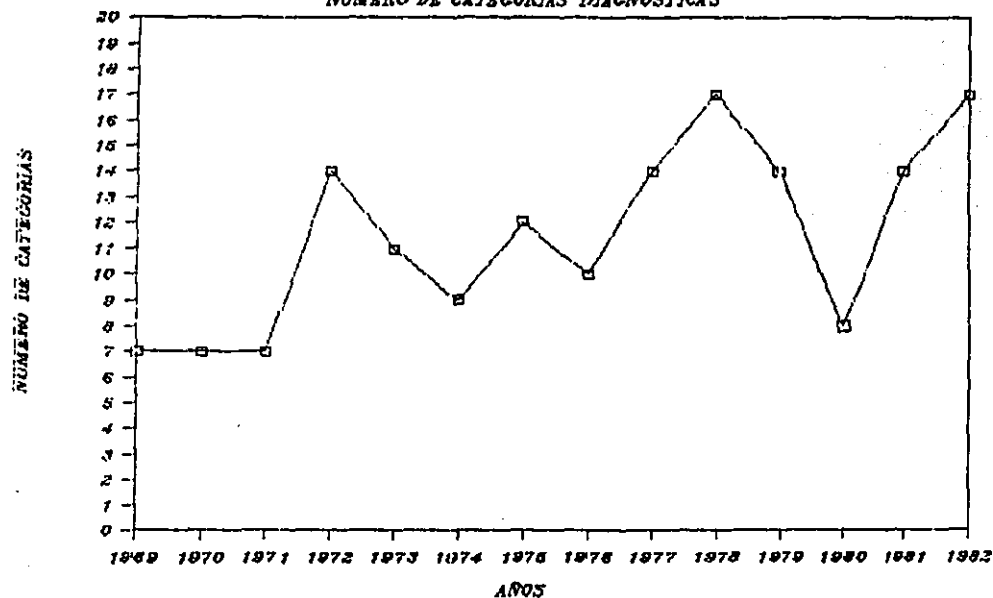
NUM CONSULTAS POR AÑO 69-82



GRAFICA No. 9

I. N. M. R.

NUMERO DE CATEGORIAS DIAGNOSTICAS



REFERENCIAS

- 1.- Barbosa VM : "Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación". Ecos de Medicina Física y Rehabilitación 1984;6(3):106-119.
- 2.- Cañedo DL: Investigación Clínica. Editorial Trillas, México 1987
- 3.- Cordera Pastor: Al Modelos de sistemas de atención médica. Salud Pública Méx., 1986;28:230-242
- 4.- Cordera A, Ruthy J, Sucilla H: Diagnóstico situacional en sistemas de atención médica. Salud Pública Méx., 1986;28:243-249
- 5.- De Geynd W: Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. Salud Pública Méx., 1986;28:221-229
- 6.- Ibarra LG, Montes de Oca DL: Enfermedad aguda, enfermedad crónica e invalidez en la infancia en el sector salud en el Área metropolitana. Salud Pública Méx., 1986;28:161-171
- 7.- Kottke JF; Kruzen-Medicina física y rehabilitación. Buenos Aires. Editorial médica panamericana 1988.
- 8.- DIF, Dirección general de rehabilitación y asistencia social. Clasificación de diagnósticos y motivos de atención en rehabilitación. 1986.
- 9.- SSA, Dirección general de rehabilitación. Encuesta nacional de inválidos. Informe preliminar 1982
- 10.- SSA, Dirección general de rehabilitación. Registro nacional de inválidos 1975-1982. Casos notificados según capítulos de clasificación de enfermedades, accidentes y causas de defunción (Bva. revisión).
- 11.- SSA, Dirección general de rehabilitación. Resultados de la encuesta nacional de inválidos. Primeros 5 mil casos. 1975
- 12.- SSA, INEGI: Información estadística. Sector salud y seguridad social. Cuaderno No. 5. Periodo 1980-1984.