

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 47, SAN LUIS POTOSI

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN
MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN EN PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE JUNIO 2005 A MAYO 2011 UMF. No. 45. DELEGACIÓN 25
IMSS**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MIGUEL ANGEL RENEDO MARTINEZ.

DR RAFAEL NIEVA DE JESUS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EM MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS, SEDE UMF 45, SLP



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE JUNIO 2005 A MAYO 2011 UMF NO. 45
DELEGACIÓN 25 IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIGUEL ANGEL RENEDO MARTINEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE JUNIO 2005
A MAYO 2011 UMF. NO. 45, DELEGACIÓN 25 IMSS**

AUTORIDADES LOCALES:

DR. MIGUEL ANGEL MENDOZA ROMO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ SÁNCHEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF
NO 47 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSI

DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALISACION E MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS, SEDE UMF 47 S.L.P

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ
PROFESOR ADJUNTO CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE UMF NO 45

SAN LUIS POTOSI, SLP 2013

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE JUNIO 2005
A MAYO 2011 UMF. NO. 45. DELEGACIÓN 25 IMSS**

ASESORES:

DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS

ASESOR DE METODOLOGIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN E MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, SEDE UMF 47 S.L.P.

DR. HÉCTOR DE JESUS ANDRADE RODRÍGUEZ

ASESOR ESTADÍSTICO
MÉDICO FAMILIAR, MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA, DIPLOMADO EN
PROFESIONALIZACIÓN DOCENTE NIVELES I Y II

DRA. MAGALLY CAMPOS ABARCA

ASESOR CLÍNICO
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y DE
REHABILITACIÓN HGZ NO. 50 IMSS SLP.

SAN LUIS POTOSÍ, SLP 2013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 31/08/2012

DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESUS

P R E S E N T E

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

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE JUNIO 2005 A MAYO 2011 EN UNF NO 45 DELEGACION 25 DEL IMSS

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

Núm. de Registro
R-2012-2402-30

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIA GUADALUPE SALINAS CANDELARIA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

31/08/2012

CONTENIDO	PAGINA
Índice.....	6
Introducción.....	9
Marco teórico.....	11
Planteamiento del problema.....	19
Justificación.....	20
Objetivos.....	21
Materiales y métodos.....	22
Universo de estudio.....	22
Diseño del investigación.....	22
Unidad de investigación.....	22
Límite de tiempo.....	22
Espacio.....	22
Técnica de muestreo.....	22
Criterios de selección.....	22
Consideraciones éticas.....	23
Definición de variables.....	25
Procedimiento.....	27
Recursos.....	28
Resultados	29
Discusión.....	37
Conclusiones.....	39
Sugerencias.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	44

RESUMEN:

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE JUNIO 2005 A MAYO 2011 EN UMF NO 45 DELEGACION 25 DEL IMSS.

¹Renedo Martínez Miguel Ángel, ²Andrade Rodríguez HJ, ³Rafael De Jesús Nieva, ⁴Magally Campos Abarca.

1.- Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, UMF No 47.

2.- Medico Familiar, Maestría en Investigación Clínica, Diplomado en Profesionalización Docente niveles I y II, UMF 45. I.M.S.S

3.- Medico Familiar, diplomado en bioética

Diplomado en profesionalización docente nivel 1

Profesor titular de la especialización en medicina familiar No. 45 I.M.S.S

4.- Dra. Especialista en medicina física y rehabilitación jefa del departamento de medicina física y rehabilitación UMAE no.50 I.M.S.S.

Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento y cohesión, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno.

Sin embargo, como sistema social, la familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar.

Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar.

La discapacidad toma cada vez mayor importancia debido al aumento en su esperanza de vida por los adelantos médicos, las personas se salvan y quedan con alguna discapacidad, se ha observado que predomina en la población económicamente activa. En el IMSS la atención integral a la salud es: Preventiva, Curativa y de Rehabilitación, y se le entiende como la atención oportuna y la satisfacción de las necesidades y expectativas de salud de la población derechohabiente. El incremento progresivo de la población derechohabiente y los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico entre otros han contribuido a la existencia de más enfermedades crónico-degenerativas y más necesidades y demandas de atención en rehabilitación. Esta situación tiene un impacto financiero importante para el IMSS, razón por la cual se han implementado servicios de rehabilitación en primer nivel de atención para hacerlos seguros e iniciar el tratamiento de rehabilitación en forma temprana para así reincorporar al paciente a su ambiente biopsicosocial y laboral en el menor tiempo posible logrando así reducir las incapacidades.

Objetivo General: identificar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación en la unidad de medicina familiar número 45.

Material y métodos: estudio observacional, transversal y analítico. Las variables en estudio son: Categoría, Número de Terapias, Accidente de Trabajo, Enfermedad General, Número de Terapias, Alta por Mejoría, Derivación a otro Nivel, Abandono, Días de Incapacidad, Género, Edad. Se utilizó Estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica para manejo de variables.

Resultados: Se estudió una muestra de 5705 expedientes clínicos con género de 60.20% hombres y 39.80% mujeres, rangos de edad entre los 26 a 29 años de edad que acudieron al servicio de Medicina Física y de Rehabilitación de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí. Durante el periodo de junio 2005 a mayo 2011.

Durante nuestro estudio se ha revisado que los principales motivos de consulta coinciden con los 10 principales motivos informados a nivel nacional, siendo esguince cervical el principal con un frecuencia 1281 y representa el 22.5%, lumbalgia 821 y el 14.4%, esguince de tobillo con 571 casos 10% y heridas de mano con 0.9% para mano derecha y 0.7% mano izquierda.^{3, 4,6}. El número de terapias con más frecuencia es de 10 a 14 sesiones. En cuanto al número de días de incapacidad fluctuaron entre 16 a 20 días con el 43%, con más de 21 días fueron el 31.8%, de 1 a 4 con el 9.3% y de 10 a 15 días represento el 9%.

CONCLUSIONES. El perfil epidemiológico de los pacientes del servicio de medicina física y rehabilitación es mayormente utilizado por trabajadora femenina, los diagnósticos más frecuentes fueron, esguince cervical, lumbalgia, esguince de tobillo, predominando la incapacidad general.

SUGERENCIAS. En futuras investigaciones se sugiere la inclusión del costo por incapacidad y lesión del trabajador, para establecer un mejor parámetro y poder demostrar la tendencia en relación entre costo por incapacidad del trabajador; así como realizar la evaluación sobre el costo de la atención médica derivada de los accidentes de trabajo y la erogación de la implantación de los programas preventivos y su calidad, lo que permitirá dimensionar con mayor precisión el costo-beneficio de los mismos.

INTRODUCCIÓN.

Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno.

Sin embargo, como sistema social, la familia se enfrenta a nuevos y difíciles

retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar.

Los servicios de medicina física y rehabilitación dentro de las unidades de medicina familiar están dirigidos a la atención integral y oportuna de padecimientos de baja complejidad que pueden ser resueltos en periodos cortos, facilitando la incorporación temprana del paciente a su entorno social y laboral siendo sus principales funciones la de prevención de discapacidad, limitación del daño y la prevención de secuelas. ⁽¹⁾

Antes del 2005 el IMSS disponía de 105 servicios de rehabilitación distribuidos en unidades de segundo y tercer nivel de atención, en los cuales se identificaron problemas como largos tiempos de espera. Secundario a esto se instauró el servicio de rehabilitación en unidades de medicina familiar. Llevándose a cabo la implantación de éste servicio en 21 delegaciones del país y 31 unidades de primer nivel de atención entre las que se incluyó a la Unidad de Medicina Familiar No 45 en San Luis Potosí. Los servicios de medicina física y rehabilitación dentro de las unidades de medicina familiar están dirigidos a la atención integral y oportuna de padecimientos de baja complejidad. ⁽²⁾

Sus principales funciones son la prevención de la discapacidad, la limitación del daño y la prevención de secuelas. El incremento progresivo de la población derechohabiente y los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico entre otros han contribuido a la existencia de más enfermedades crónico-degenerativas y más necesidades y demandas de atención en rehabilitación. Esta situación tiene un impacto financiero importante para el IMSS, se han implantado servicios de rehabilitación en primer nivel de atención para hacerlos seguros e iniciar el tratamiento de rehabilitación en forma temprana para así reingresar al paciente a su ambiente biopsicosocial y laboral en el menor tiempo posible logrando así reducir las incapacidades. Según el IMSS de los años 2002 a 2008 se otorgó 90,596 pensiones por invalidez, la mayoría por enfermedades crónico-degenerativas. Actualmente las tasas de discapacidad se encuentran al alza debido a los cambios demográficos y a la mayor prevalencia de discapacidad en la población adulta mayor los cuales son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social. ⁽³⁾

MARCO TEÓRICO

En la problemática que enfrenta la familia como sistema social cobra importancia el concepto funcionalidad familiar del Marco Teórico de Organización Sistémica (MATOS).

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. Dentro del MATOS, la familia se define como "un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente. ⁽¹⁾

Entre sus supuestos se encuentra que el sistema familiar ejerce influencia sobre sus miembros, actuando en ellos de una manera compleja, las estrategias del sistema familiar en la búsqueda de la congruencia y estabilidad de la familia y de sus integrantes caen entre cuatro dimensiones del proceso de vida de la funcionalidad familiar.

El mantenimiento del sistema comprende todas aquellas acciones que le permiten al sistema familiar protegerlo de los cambios amenazantes; el cambio del sistema es constituido por las acciones conscientes de las personas, que llevan a la toma de decisiones para aceptar, integrar, o no, nueva información, y cambiar, modificar o reemplazar viejos valores, actitudes y conductas; la individuación, envuelve todas aquellas Actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte de los individuos Integrantes del sistema familiar, les enseñan acerca de sí mismos y de otros y los llevan a tener un propósito en la vida; y la coherencia, se enfoca a la unión de los integrantes en un todo unificado y a todas las conductas necesarias para mantener la unidad familiar.

Las cuatro dimensiones de proceso se enfocan al logro de las metas universales de la familia; estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad.

La estabilidad se refiere a la tendencia del sistema familiar por mantener sus rasgos básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta Arraigados en los valores y las creencias culturales, se transmitan de generación en generación. El crecimiento tiende a reorganizar los valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social.

El control regula las fuerzas externas e internas del sistema familiar con el fin De reducir la vulnerabilidad y protegerlo de las amenazas.

La espiritualidad es el esfuerzo por lograr la identidad familiar, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad. ⁽²⁾

Desde la perspectiva del MATOS una familia es saludable y mantiene el bienestar de sus miembros en la medida en que como sistema logre la congruencia, estabilidad familiar y personal y responda a las demandas del

entorno, como sucede en las diferentes patologías, entre ellas las lesiones que tienen que ser manejadas de manera integral, principalmente las musculoesqueléticas y su rehabilitación. ⁽³⁾

Las evidencias de enfermedades del sistema musculoesquelético han estado presentes desde la antigüedad como en los restos encontrados del homo habilis, al este de África que datan de casi 2 millones de años, y presentan lesiones óseas cicatrizadas; así como en el hombre de Neanderthal en Europa y en el cual se encontró la evidencia más antigua de una tumoración ósea, del año 35,000 a. C. lo que manifiesta que desde la aparición de la humanidad, siempre ha estado en estrecha interacción con su ecosistema, mostrando mediante la paleontología, que al ser nómadas el patrón y magnitud de las lesiones era de una forma y que al adquirir hábitos sedentarios hace apenas 12,000 años, dichas lesiones y patologías se han modificado, como resultado de su adaptación al medio ambiente, ya fuera por caídas, ataques de depredadores, o incluso por violencia bajo condiciones de enfrentamientos o guerra. Ciertamente la esperanza de vida asociada al nomadismo en los inicios de la humanidad era mucho menor a la actual, encontrándose entre los 30-35 años de edad. En Egipto se encontraron restos de un asentamiento humano grande con aproximadamente 30 000 habitantes, siendo en su mayoría personas jóvenes, alrededor de los 20 años de edad. Según los escritos, los ancianos eran personas que lograban vivir más allá de los 40 años; ahora, estos datos no cambiaron hace mucho, ya que acorde a los datos provistos por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística, en México alrededor del año 1930, la esperanza de vida era cercana a los 34 años; logrando pasar la barrera de los 60 años apenas en 1970; siendo la esperanza de vida actual en nuestro país de 77 años para las mujeres y de 72 años para los hombres. ⁽⁴⁾

Tales condiciones de vida en la actualidad cobran relevancia cuando uno observa al sistema musculoesquelético bajo la óptica de su función (sistema locomotor). Por lo tanto si es el encargado de permitir la movilidad del individuo y un individuo que no fuera capaz de moverse adecuadamente para conseguir su alimento, así como su protección, quedaría en franca desventaja con una morbi-mortalidad elevada, por lo cual desde entonces se han buscado los medios para la reparación oportuna y adecuada de dichas lesiones, siendo este el origen de la Ortopedia (Traumatología Y Ortopedia) pero también desde entonces quedó claro que la sola reparación de la lesión o enfermedad era insuficiente para lograr que el sistema loco motor retornara a cumplir con sus funciones de movimiento para protección. ⁽⁵⁾

Si consideramos lo anterior, es de esperarse que la afectación del sistema musculoesquelético puede generar un alto impacto económico y social; como se demostró en el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de 1997 a 2008, donde ocurrieron más de 2.5 millones de riesgos de trabajo que produjeron más de 100 000 pensiones por incapacidad permanente, siendo las amputaciones traumáticas, fracturas y heridas de la muñeca y la mano los diagnósticos más frecuentes por los que se otorgaron las prestaciones por incapacidad permanente por accidente de trabajo.⁽⁶⁾

El incremento progresivo de la población derechohabiente y los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico entre otros han contribuido a la existencia de más enfermedades crónico-degenerativas y más necesidades y demandas de atención en rehabilitación. Esta situación tiene un impacto financiero importante para el IMSS, razón por la cual se han implementado servicios de rehabilitación en primer nivel de atención para hacerlos seguros e iniciar el tratamiento de rehabilitación en forma temprana para así reincorporar al paciente a su ambiente biopsicosocial y laboral en el menor tiempo posible logrando así reducir las incapacidades.

Por otra parte los padecimientos crónico-degenerativos como las artropatías, dorsopatías y diabetes mellitus ocasionaron que los trabajadores se les otorgara pensión por invalidez, encontrándose entre los 30 y los 59 años de edad la mayoría de los trabajadores a los cuales se otorgaron dictámenes de invalidez, siendo este su periodo de vida mayormente productivo.⁽⁷⁾

Acorde a datos de proyecciones realizadas por el consejo nacional de población (CONAPO) la población de adultos mayores es la que crece de manera más rápida en los últimos 15 años. Este grupo representa hoy día 8 por ciento de la población, lo que en números absolutos asciende a 8.5 millones de habitantes, monto que se duplicara en el 2030 (con 17.1% con más de 22 millones) y se cuadruplicara en el 2050; momento en que el grupo de 60 años y más ascenderá a 43 millones representando 28 por ciento de la población total. Siendo la actual en nuestro país de 77 años para mujeres y de 72 años para hombres. A medida que se generen y apliquen los conocimientos para la prevención primaria y secundaria de los accidentes, la osteoartrosis y la osteoporosis, se lograra la mejor reintegración de los mexicanos económicamente productivos, impactando en su calidad de vida.⁽⁸⁾

La medicina física y rehabilitación, también llamada fisiatría, es un cuerpo doctrinal complejo, constituido por la agrupación de conocimientos y experiencias relativas a la naturaleza de los agentes físicos no ionizantes, a los fenómenos derivados de su interacción con el organismo y su aplicación diagnóstica, terapéutica y preventiva.⁽⁹⁾

Comprende el estudio, detección y diagnóstico clínico, prevención y tratamiento clínico de los enfermos con procesos incapacitantes. ⁽¹¹⁾

La Fisioterapia como parte integrante de una terapia física, la actividad propia del enfermo para fines curativos, los objetivos profilácticos, terapéuticos y rehabilitadores son apoyos para el desarrollo, el mantenimiento y la recuperación de todas las funciones en el ámbito somático y psíquico o para el aprendizaje de funcionamientos alternativos para las disfunciones que no sean recuperables. Un requisito obligatorio previo para el tratamiento es el diagnóstico en fisioterapia, que depende tanto de enfermedad como del paciente. Los procedimientos propuestos son técnicas fisioterapéuticas especiales para los enfermos, formas dosificadas de los ejercicios deportivos y gimnásticos para personas sanas, y series de movimientos que se desarrollan en un día normal. Se han tomado los principios de aprendizaje, ejercicio y entrenamiento del desarrollo corporal, deporte y medicina deportiva buscando un incremento progresivo del rendimiento sin perjuicio físico, de manera circunstancial, y siempre que sea necesario, se combinan otros procedimientos de la terapia física para ampliar el tratamiento, entre los que se incluyen los masajes, la electroterapia y la hidroterapia, entre otros. De tal forma que el primer departamento de medicina física de que se tiene registró por la Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación, fue creado por el Dr. Frank H Krusen en 1936 en la Universidad Temple en Philadelphia EUA. Siendo el propósito de la medicina física y rehabilitación ayudar a mejorar la fuerza muscular, movilidad articular, la realización de las actividades de la vida diaria y control del dolor. Debido a lo anterior es de esperarse que la afectación del sistema musculo esquelético puede generar un alto impacto económico y social; como ejemplo se tiene que en el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de 1997 a 2002 ocurrieron más de 2.5 millones de riesgos de trabajo que produjeron más de 100 000 pensiones por incapacidad permanente, siendo las amputaciones traumáticas, fracturas y heridas de la muñeca y la mano los diagnósticos más frecuentes por los que se otorgaron las prestaciones por incapacidad permanente por accidente de trabajo. ⁽⁹⁾

La atención integral en la rehabilitación de las personas con discapacidad, requiere un proceso continuo, cuyo objetivo se orienta hacia la limitación del daño y la operación funcional del individuo, a través de acciones diagnósticas y terapéuticas del equipo multidisciplinario; asimismo, la rehabilitación contribuye a la reintegración de los pacientes a su entorno familiar, laboral y social. ⁽¹⁰⁾

En las unidades de medicina familiar es pertinente realizar acciones de detección, prevención y manejo de la discapacidad en las diez principales causas de demanda de atención que requieren rehabilitación, lo que

incrementa la capacidad de respuesta institucional y la mejoría en la calidad de la atención. Por consiguiente se han puesto en marcha los servicios de rehabilitación en algunas unidades de medicina familiar, dirigidos a la atención oportuna de padecimientos de baja complejidad que pueden ser resueltos en periodos cortos utilizando la tecnología disponible en éstas unidades. Como parte de este proyecto se elaboraron diez Guías de Práctica Clínica (síndrome doloroso lumbar, lesiones traumáticas de mano, osteoartritis de cadera, osteoartrosis de rodilla, parálisis facial, esguince cervical, esguince de tobillo, secuelas de fractura de tercio distal de radio, prevención de caídas en el adulto mayor y detección de daño neurológico en niños menores de 2 años) seleccionadas con base en la demanda de atención y diagnósticos susceptibles de ser resueltos en el primer nivel de atención, con la metodología de medicina basada en evidencias. Con base en la metodología didáctica actual, se realizaron videos de cada una de las guías que sirven para la capacitación sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a los médicos familiares, personal del Servicio de Rehabilitación y a los derechohabientes, realizadas por personal especializado en el tema. Más un sistema de información específico para los servicios de rehabilitación, único en el mundo por los contenidos del mismo donde la fuente primaria es el expediente electrónico. ⁽¹¹⁾

REHABILITACION SOCIAL

La rehabilitación social es un campo del conocimiento de esta especialidad que a menudo es olvidado, debido probablemente a la mayor preocupación en la resolución del problema médico o psicológico del paciente omitiéndose a la culminación del proceso rehabilitatorio que es la integración social.

Los candidatos a recibir rehabilitación social son aquellas personas que presentan cualquier tipo de discapacidad (física, mental, o social) y que tienen reducidas sus posibilidades de integración social y profesional en cualquier sentido y no solo al persistir problemas como el laboral o escolar por lo que se requiere de algún tipo de intervención para lograr la integración social de las personas con algún requerimiento especial En México subsiste una gran tradición de rehabilitación social. Desde los tiempos de Don Benito Juárez existe la preocupación de lograr la incorporación laboral de las personas que presentan ceguera o trastornos de en la comunicación, existiendo organización civiles y oficiales que se preocupan en abordar este campo, basta mencionar algunos como el APAC (Asociación Pro Parálítico Cerebral AC). ⁽¹²⁾

La culminación del proceso rehabilitatorio se alcanza una vez que las personas con discapacidad se integran a la vida social, con incorporación y participación activa en el desarrollo económico de la comunidad. Por lo que

es necesario asegurar que estos ciudadanos participen a través de un empleo seguro, en lo posible, en la vida económica y social de nuestro país. Los especialistas en medicina de rehabilitación tienden a tener un enfoque medicalizado de la discapacidad, olvidando ocasionalmente los beneficios de la rehabilitación social. Es importante tener siempre presente en los objetivos finales de los programas rehabilitatorios procurar que los niños y los jóvenes asistan a la escuela, los adultos participen de alguna actividad laboral en la economía formal, y que los ancianos tengan una plena vida independiente.⁽¹³⁾

En los últimos años se han alcanzado grandes aunque insuficientes, avances en la rehabilitación social, basta mencionar algunos ejemplos como la integración escolar de los niños con discapacidad a grupos regulares o quizás lo más visible para la población en general como los triunfos logrados de los atletas participantes en los juegos paralímpicos y en otras competencias que han representado para nuestro país numerosas medallas y la admiración de propios y extraños.

Es quizás en estos campos donde se han logrado los mayores adelantos, sin embargo persisten aún graves problemas como la marginación y la discriminación de las personas con discapacidad, la falta de empleo adecuadamente remunerado en la economía formal, la desigualdad de oportunidades y la presencia de barrera arquitectónicas que obstaculizan la libre circulación, entre otros muchos problemas.⁽¹⁴⁾

LA DISCAPACIDAD

En nuestro país se proporciona a personas que tienen alguna discapacidad, diversos seguros como los de enfermedad, invalidez y de riesgo de trabajo en el seguro social o las pensiones por discapacidad en la Ciudad de México,

sin embargo, el enfoque de la atención se continúa más a la atención médica del padecimiento que en asegurar un ingreso seguro y remunerativo a través del trabajo formal. Existen diversas estrategias para mejorar el enfoque de integración social entre los que se encuentran el no emplear el término de discapacidad como sinónimo de incapacidad para trabajar, aumentar la conciencia de la población sobre la necesidad de lograr la integración social, motivar a los empleadores para la integración a empleos regulares, modificar la legislación para favorecer la integración social, incrementar los servicios de rehabilitación para el trabajo que incluyan entrenamiento vocacional y bolsa de trabajo, así como propiciar la participación activa de las personas con discapacidad en la resolución de su problemática, involucrándolos en sus medidas de integración laboral.⁽¹⁵⁾ Aún existen incongruencias cuando se privilegia el otorgamiento de pensiones sobre las oportunidades de empleo para las personas con discapacidad. Entre el gran número de pensionados existen personas que sin merecerlo reciben los beneficios del sistema, mientras que otras que si lo merecen no lo reciben.⁽¹⁶⁾ Sin duda alguna se han alcanzado grandes avances en la rehabilitación social de las personas con discapacidad, sin embargo se debe continuar trabajando para lograr que este importante grupo se encuentre con una sociedad libre de todo tipo de barreras y prejuicios, que abra sus puertas totalmente a la integración social, así como a una vida totalmente independiente y equitativa de las personas con discapacidad. La atención integral se define como la atención oportuna y la satisfacción de las necesidades y expectativas de la salud de la población derechohabiente, con la participación activa de las familias.⁽¹⁷⁾ La atención integral en la rehabilitación de las personas con discapacidad requiere de un proceso continuo, cuyo objetivo se orienta hacia la limitación del daño y la recuperación funcional del individuo, a través de acciones diagnósticas y terapéuticas del equipo multidisciplinario, así mismo, la rehabilitación contribuye a la reintegración de los pacientes a su entorno familiar laboral y social. ⁽¹⁸⁾

ENFERMEDADES COMUNES EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

En varios estudios epidemiológicos y por supuesto en varias bibliografías, los diagnósticos más frecuentes en el servicio de medicina física y rehabilitación son esguince cervical, de estas, las lesiones por latigazo son las más

comúnmente asociadas a trauma cervical generando un incremento de las tasas incapacitantes y con consecuencias económicas importantes, respecto al esguince de tobillo y ^{1,3, 8} lumbalgia es importante señalar que es un problema que se caracteriza por su alta prevalencia en la población, de hecho hasta el 80% de la población lo padece al menos una vez en la vida. La lumbalgia tiene una gran trascendencia debido a sus grandes repercusiones económicas y sociales asociadas, ya que se ha convertido en una de las primeras causas de ausentismo laboral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones del aparato osteomuscular constituyen dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, en las unidades de medicina familiar, una de las primeras causas de invalidez y altos costos en la atención

médica, días de incapacidad, alteraciones de la dinámica familiar y hasta separación de algunas familias secundario a estos problemas.

El perfil epidemiológico de los pacientes en medicina física y rehabilitación ha mostrado gran variabilidad; Dicha circunstancia deriva de los diversos criterios utilizados para su diagnóstico. Con una prevalencia que va desde 4 a 20%, dependiendo de las características de la población estudio. ⁽¹⁴⁾

En San Luis Potosí se ha encontrado una prevalencia de accidentes del 16%, y del 28% a nivel nacional, siendo éste componente el más importante para la presentación de incapacidades en el IMSS durante el 2008 se reportó una tasa nacional de 2.9 riesgos de trabajo por cada 100 trabajadores. En los riesgos de trabajo que requirieron incapacidad permanente la tasa fue de 1.6 por cada 1000 trabajadores asegurados tanto en el país como en San Luis potosí.

Destacan afecciones del aparato osteomuscular principalmente heridas, traumatismos y fracturas en muñecas y mano, luxaciones y esguinces del tobillo y pie, del cuello y de columna lumbar, además de otros sitios corporales: durante ese año se calificaron por el servicio de salud en el trabajo 1398 riesgos de trabajo que generaron 38073 días de incapacidad temporal y 52 de incapacidad permanente ⁽⁶⁾

Las medidas de prevención o cuidado impedirían las complicaciones, sobre todo en la atención primaria, por lo que la importancia de estas enfermedades radica en la atención y rehabilitación temprana para reincorporación del paciente a su área laboral y dinámica familiar. ⁽²⁾

Con base a la problemática expuesta así como en el esfuerzo institucional de mejorar la calidad del servicio, otorgar con mayor oportunidad la atención y obtener mejores resultados en la salud de la población derechohabiente a menor costo, surge nuestra pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil epidemiológico de pacientes derechohabientes atendidos en medicina física y rehabilitación de la UMF Núm. 45, SLP en el periodo de junio 2005 a mayo 2011?

JUSTIFICACIÓN

El incremento de la población adulta mayor en el país, plantea retos de gran magnitud, para el sector salud. Esto incluye al sistema familiar y las relaciones intergeneracionales, debido a que el perfil de salud de los adultos mayores muestra una tendencia a padecer enfermedades

crónico/degenerativas, aunado a problemas de dependencia física propios de esa etapa de la vida, situación que requiere de mayor atención por parte de los familiares.⁽¹⁾

En el IMSS los servicios de atención a la salud están regionalizados y estructurados por niveles. La atención se otorga por su mayor o menor frecuencia y por su menor a mayor complejidad del primer nivel al tercer nivel de atención. Los tres niveles tienen un sistema de referencia y contra referencia entre sí, para la atención coordinada y continua de los pacientes.⁽²⁾

Los servicios de rehabilitación en medicina familiar están dirigidos a la atención integral y oportuna de padecimientos de baja complejidad que pueden ser resueltos en periodos cortos, facilitando la reincorporación temprana del paciente a su entorno familiar, social y laboral.

Sus principales funciones son la prevención de la discapacidad, la limitación del daño y la prevención de secuelas irreversibles.

Con base a la problemática expuesta así como en el esfuerzo institucional de mejorar la calidad del servicio ⁽¹¹⁾.

Se justifica el estudio con el propósito de evaluar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación en la UMF No 45 de junio 2005 a mayo 2011 y derivado de esta investigación determinar el perfil epidemiológico de dicha unidad en el servicio de medicina física y rehabilitación con fines de implementar si fuera necesario estrategias específicas de acuerdo a los padecimientos más frecuentes; desde actualización en temas específicos al personal de salud y administrativos.

Existen evidencias sustanciales acerca los riesgos de trabajo cuya identificación temprana de los factores de riesgo disminuyen los accidentes laborales en sus etapas preventivas justifican la intervención precoz para la prevención de su progresión y la aparición de secuelas, de igual manera disminuir los probables disfunciones y crisis familiares que pudieran surgir como efecto de estos padecimientos. Debido a la importancia de conocer el perfil epidemiológico de la población laboral y prevenir posteriormente sus complicaciones; y su impacto social y económico y consecuencias. Debemos conocer el comportamiento epidemiológico de la población, para iniciar programas de prevención efectivos en esta población de estudio, y así poder disminuir el tiempo de recuperación y complicaciones de los padecimientos musculo esqueléticos en la medicina familiar.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en medicina Física y Rehabilitación.

ESPECÍFICOS

- Conocer los diagnósticos más frecuentes
- Identificar numero de terapias
- Observar el Número de pacientes con Alta por mejoría
- Determinar la derivación a otro nivel
- Observar los días de incapacidad
- Identificar el Tipo de incapacidad

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de estudio: Pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de la UMF No 45 del IMSS en S.L.P. México.

Tipo se Estudió: Observacional, descriptivo.

Diseño: Transversal, Retrospectivo

Unidad de Investigación: Expedientes de pacientes que acuden a Medicina Física y Rehabilitación de la UMF No 45.

Límite de Tiempo: Periodo comprendido de junio 2005 a mayo 2011.

Espacio: Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la UMF No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación S.L.P.

Tamaño de la Muestra:

5705 Expedientes del servicio de medicina física y rehabilitación de la UMF No 45 delegación SLP. El total de pacientes atendidos.

Criterios de inclusión:

- Expedientes de pacientes atendidos de junio 2005 a mayo 2011
- Hombres y mujeres
- Derechohabientes del IMSS
- Usuarios del servicio de medicina física y rehabilitación de la UMF 45
- 16 a 79 años.

Criterios de no inclusión:

Que no sean el asegurado

Paciente no enviado por primer nivel al servicio de medicina Física y rehabilitación.

Criterios de exclusión:

Expedientes incompletos

Manejo estadístico de la información: Medidas de tendencia central, frecuencias proporcionales y totales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La declaración de Helsinki ha sido promulgada por la asociación médica mundial como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres

humanos, por mucho es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos, a pesar de que no es un instrumento legal que vincule internacionalmente, su autoridad emana del grado de codificación interna y de la influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional.

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas, incluyendo la participación en la investigación, el deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

EN BASE A LA LEY GENERAL DE SALUD, LA DECLARACIÓN DE HELSINKI Y EL COMITÉ LOCAL:

- Los sujetos participantes en esta investigación serán voluntarios informados, respetando la confidencialidad de la persona, los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y justicia.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la auto confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica en otras fuentes de información pertinentes.
- El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que han observado los principios enunciados en esta declaración.
- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente, la responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su participación

- La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados^{36, 37}.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables	Nombre	Definición	Escala	Categorización
En estudio	Riesgo de trabajo	Definición conceptual: toda lesión que una persona sufre a causa de o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte (ley 167)	nominal	1). si 2). no
		Definición operacional: dictaminado como riesgo de trabajo por salud en el trabajo	nominal	1)si 2)no
En estudio	Enfermedad general.	Definición conceptual: todo padecimiento que no sea generado por accidente o enfermedad de trabajo Definición operacional: clasificación de tipo de incapacidad	nominal	1)si 2)no
En estudio	Numero terapias por diagnostico	Definición conceptual: es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas cuando se ha llegado a un diagnóstico. definición operacional: numero de terapias por padecimiento.	ordinal	1). 1 a 4, 2) 5 a 9 3) 10 a 14, 4) 15 a 19 5) 20 o mas
En estudio	alta por mejoría	Definición conceptual: alta médica; recuperación tras la enfermedad y el conjunto de actividades que conllevan a su salida hospitalaria o de cualquier servicio. Definición operacional: alta por médico tratante al terminar tratamiento por mejoría.	nominal	1).si 2).no
control	genero	Definición conceptual: conjunto de cosas, plantas o animales. Definición operacional: condición orgánica; masculino o femenina.		1).masculino 2).femenina.
control	edad	Definición conceptual: tiempo que una persona ha vivido desde que nació Definición operacional: tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista expresado en años.	ordinal	1). 16 a 19, 2).20 a 23 3). 24 a 27, 4). 28 a 32 5).33 a 37, 6).38 a 47 7). 43 a 47, 8). 48 a 52 9).53 a 57, 10). 58 a 62
En estudio	diagnóstico	Definición conceptual: el diagnostico médico o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una entidad nosológica, síndrome o cualquier	nominal	nombre 1).esguince cervical 2).lumbalgia. 3). esguince de tobillo

		condición salud/enfermedad. Definición operacional: diagnostico registrado en expediente		4). herida de mano. 5). parálisis facial. 6). dorsalgia. 7). tendinitis. 8). fracturas. 9). gonartrosis de rodilla. 10). hombro doloroso. 11). radiculopatía 12). otro
En estudio	días de incapacidad	Definición conceptual y operacional: se define como la situación en la que se encuentra un trabajador a consecuencia de una alteración de salud la cual precisa asistencia sanitaria y que lo imposibilita para trabajar	ordinal	1). 1 a 4, 2). 5 a 9 3). 10 a 15, 4). 16 a 20 5) más de 21
En estudio	categoría	Definición conceptual: jerarquía de una persona o cosa en una clasificación según importancia o grado. Definición operacional: trabajador o beneficiario	nominal	1). 1f trabajador femenina 2). 1m trabajador masculino 3). 2f beneficiaria esposa 4). 2m beneficiario esposo 5). 3f hija 6). 3m hijo 7). 4f beneficiaria madre 8). 5m beneficiario esposo

PROCEDIMIENTO

Aceptado el protocolo de investigación por parte del Comité Local de Investigación y Ética con el número de registro R-2012- 2402-30 se notificó por medio de memorándum interno al director de la Unidad de Medicina Familiar No.45 de los objetivos y procedimientos, para obtener la información de los expedientes en estudio. A su vez se estipulo que no requiere consentimiento informado.

- ▶ La cual consistió en analizar los expedientes de los pacientes que acudieron al servicio de medicina física y rehabilitación en el periodo de junio 2005 a mayo 2011; Utilizando una hoja de registro de datos (ver anexo) la cual consta inicialmente de una ficha de identificación que incluye: Edad en años cumplidos, género, tipo de accidente y anotación de algunas observaciones adicionales.
- ▶ Presentación de resultados, discusión, análisis, conclusiones y sugerencias.
- ▶ Presentación en foros, congresos y su manuscrito para publicación.
- ▶ Para el manejo de los datos se utilizó el programa SPSS versión 21.0 (Programa Estadístico para Investigaciones en Ciencias Sociales). Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

RECURSOS

HUMANOS

- a) Médico familiar
- b) Investigador
- c) Asesores
- d) Expertos
- e) Personal administrativo

MATERIALES

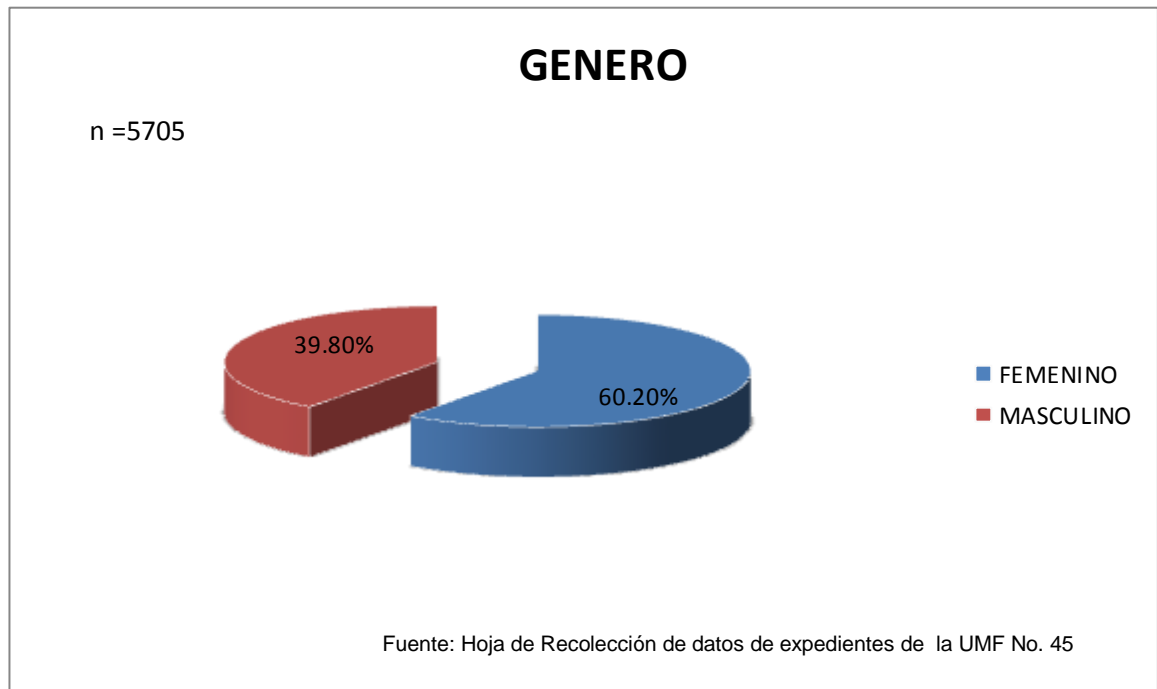
Material	Cantidad	Costo (pesos)
Hojas blancas bond tamaño carta	1000	500.00
Lápices	10	30.00
Fólderres	15	60.00
Computadora Portátil	1	10000.00
Impresora	1	1000.00
USB	1	150.00
Cartucho tinta negra y color para impresora	4	1000.00
Copias fotostáticas	250	125.00
Total		12,865.00

RESULTADOS

El total de los expedientes analizados fueron 5705, quienes acudieron al servicio de medicina física y rehabilitación en el periodo de junio 2005 a mayo2011.

En cuanto a la distribución de expedientes por sexo, quienes acudieron al servicio de medicina física y rehabilitación de junio 2005 a mayo2011, fueron el 60.2%(3432) mujeres y 39.8% (2271) hombres. (Grafica 1)

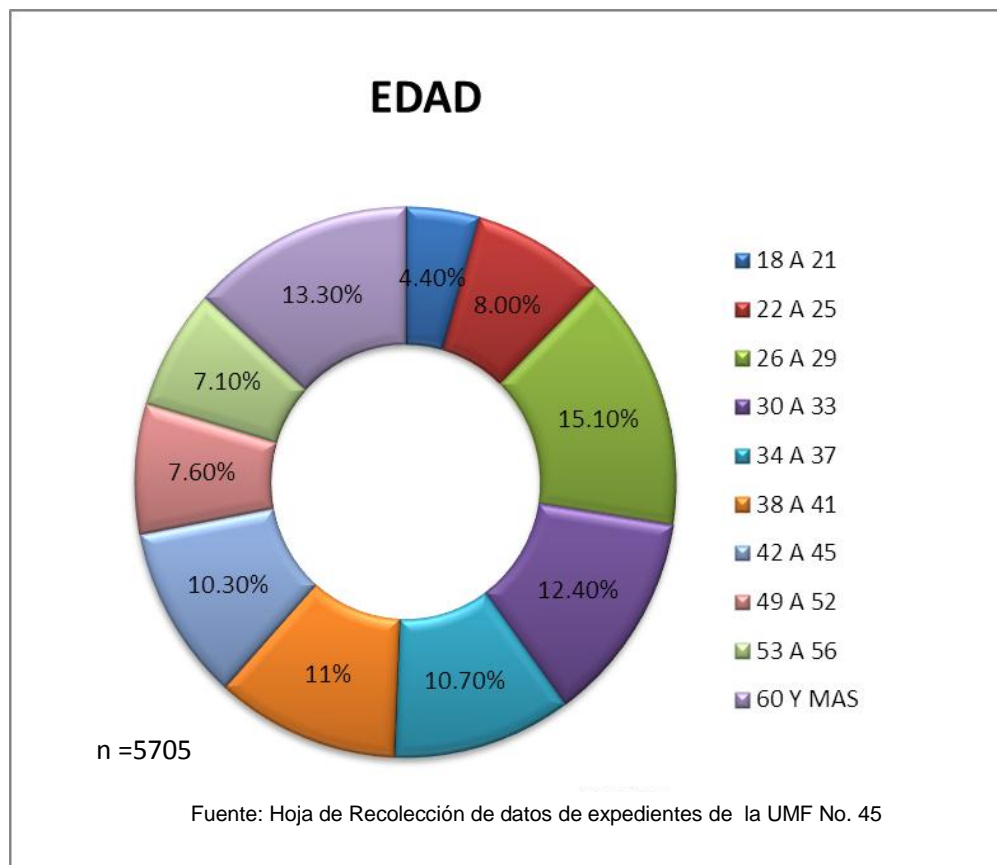
Grafica 1.



Existió predominio del género femenino.

Al verificar los casos por edad existió un rango de edad de 18 a 60 años, predominado de 26 a 29 años (15.10%), siguiendo más de 60 años con un 13.30%, de 30 a 33 años el 12.40%, de 34 a 37 años el 10.70%, de 38 a 41 años de edad el 11%, de 42 a 45 años el 10.30%, de 49 a 52 años el 7.60%, de 22 a 25 años el 8.00%, de 53 a 56 años el 7.10% y por último de 18 a 21 años con el 4.40% (ver grafica 2)

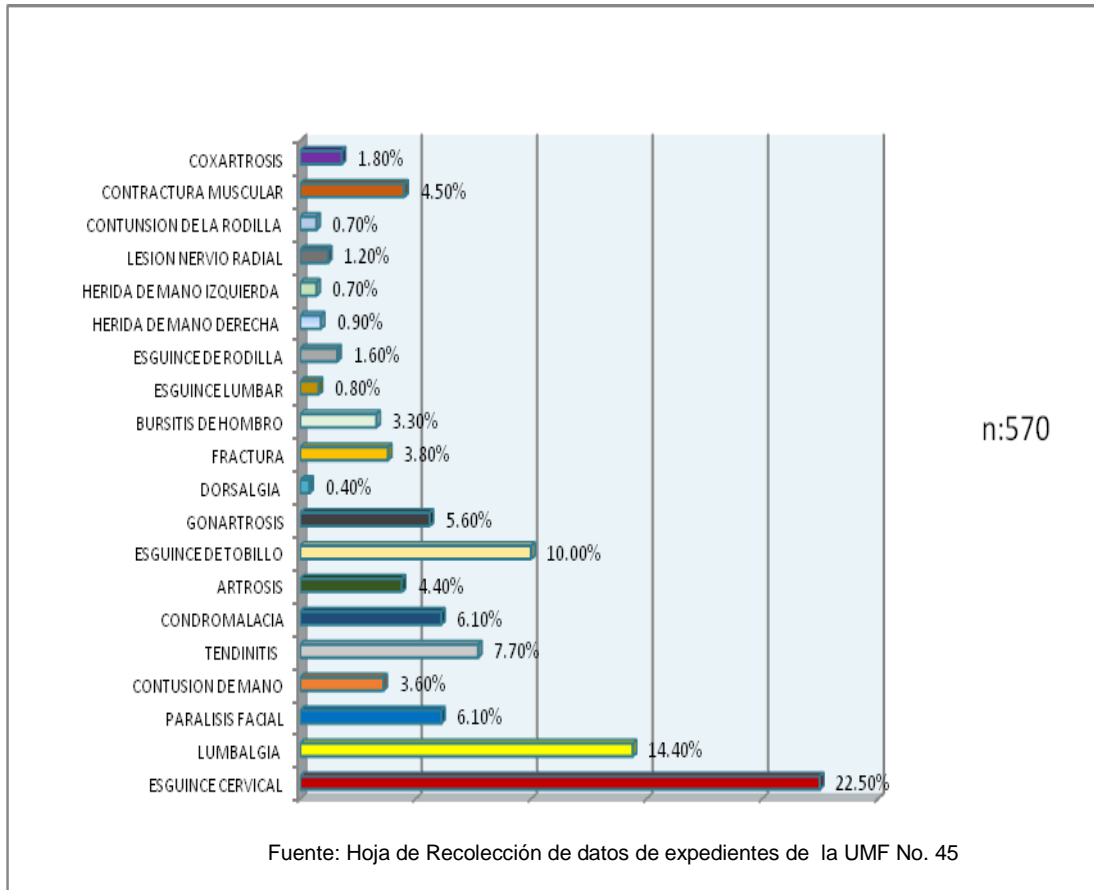
Grafica 2.



Con predominio de Edad de 26 a 29 años.

Los diagnósticos más frecuentes fueron esguince cervical representando el 22.5% (1281), lumbalgia con el 14.4% (821), esguince de tobillo ocupó el 10% (571) y las heridas de mano representaron el 0.9% para mano derecha y el 0.7% de mano izquierda. (Gráfica: 3)

Gráfica 3

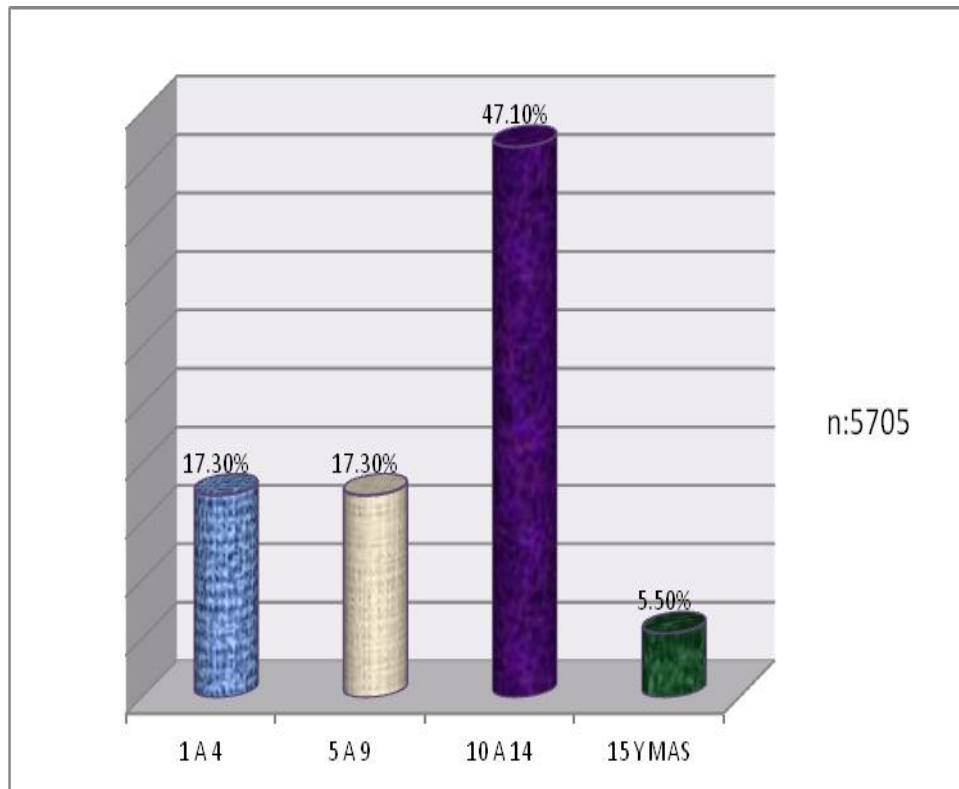


Los principales diagnósticos fueron, esguince cervical, lumbalgia, esguince de tobillo.

El número de terapias por edad ocupó el 47.1% con 2686 casos con 10 y 14 sesiones y solo el 5.5% con 312 casos de 15 y más terapias. (Ver Gráfica: 4)

Gráfica: 4

NUMERO DE TERAPIAS



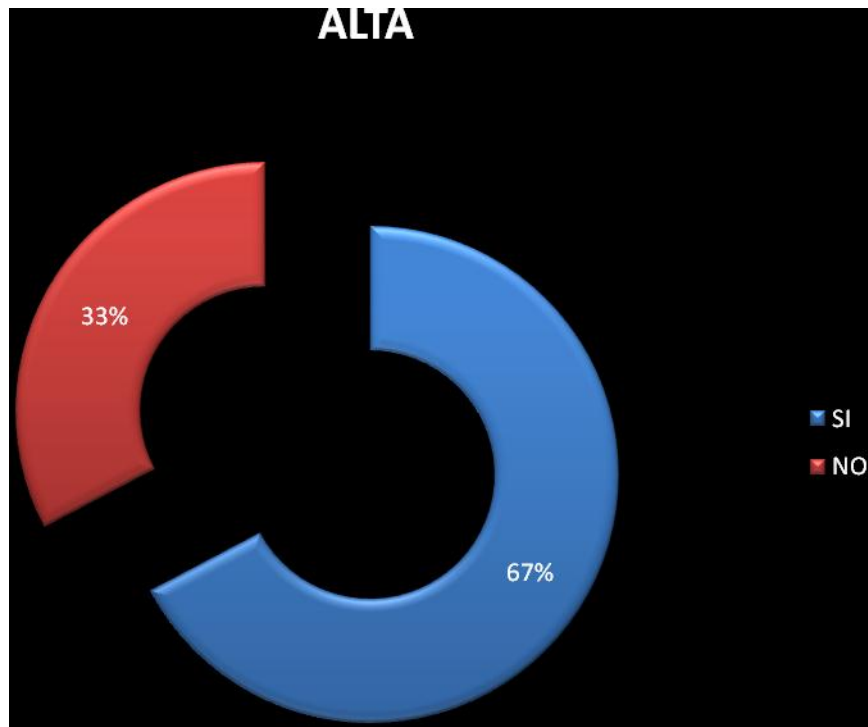
Fuente: hoja de recolección de datos de expedientes de la UMF No.45

El número máximo de terapias que predominó fue entre 10 y 14 independientemente del diagnóstico.

Las altas por mejoría fueron el 67.2% con 3836 casos y solo el 32.7% con 1868 casos que no fueron dados de alta por este servicio fuero referidos a segundo nivel a ortopedia y traumatología. (Ver grafica 5)

Gráfica 5.

ALTAS POR MEJORIA

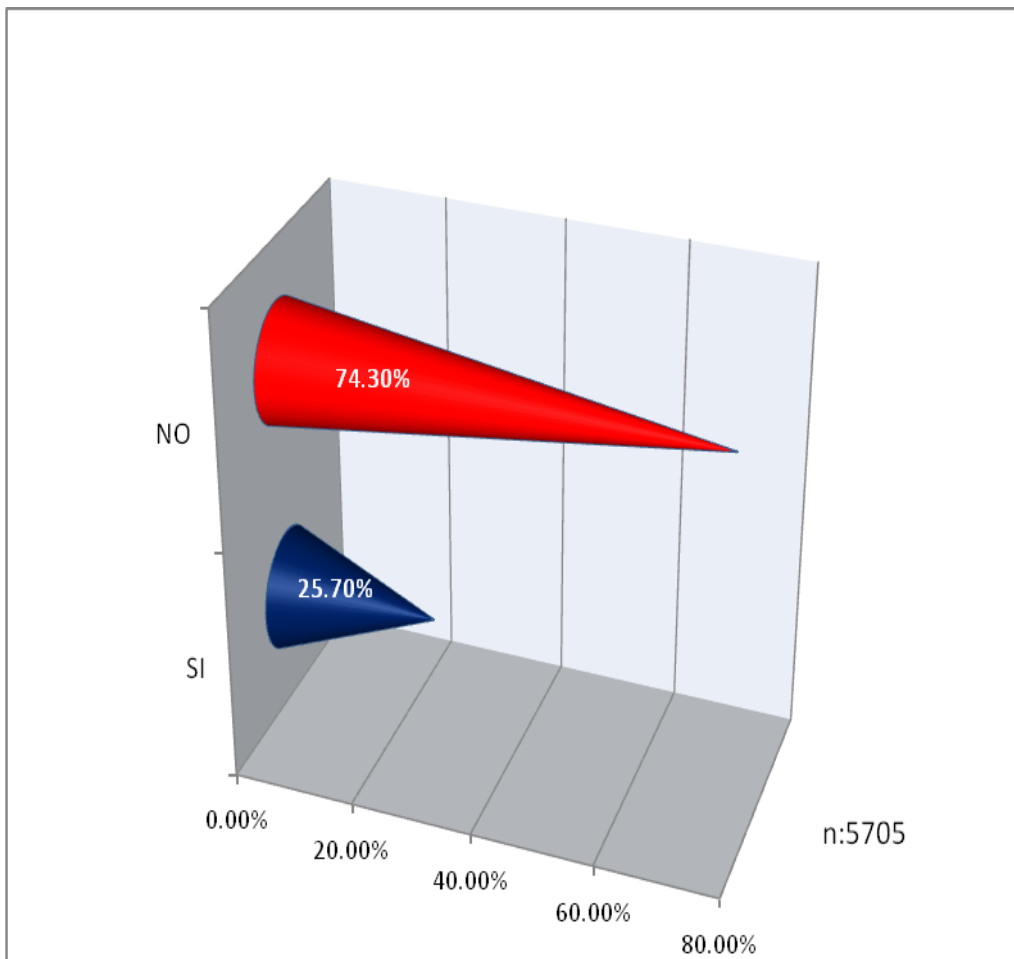


Fuente: Hoja de Recolección de datos de expedientes de la UMF No. 45

La derivación a segundo nivel fue muy baja y se mantuvo constante la no referencia a segundo nivel con el 74.3% (4240) no enviados y 25.7% con 1465 derivados a segundo nivel. (Ver grafica 6)

Gráfica: 6.

DERIVACION

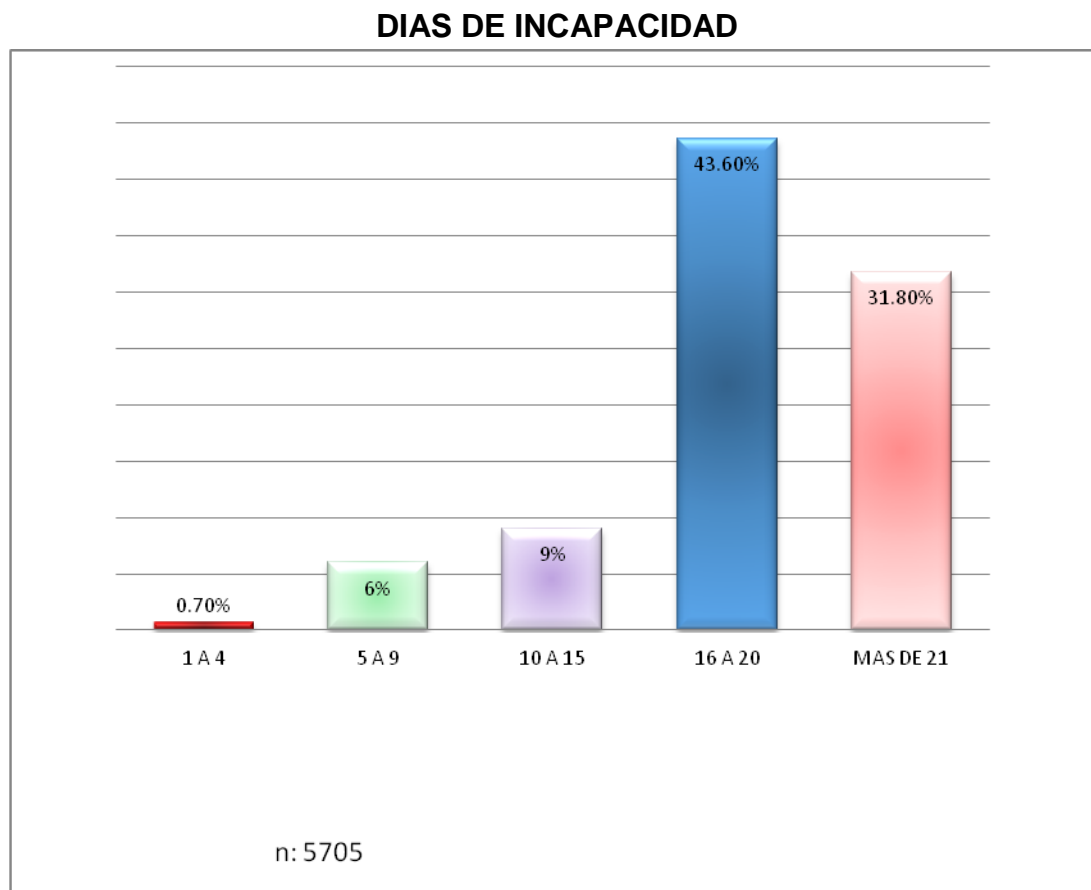


Fuente: hoja de recolección de datos de expedientes de la UMF No. 45

Existió predominio de la no referencia a segundo nivel en la mayoría de los casos.

En relación a los días de incapacidad se otorgaron entre 16 a 20 días con un porcentaje del 43.6% (2487 casos), los pacientes con más de 21 días de incapacidad ocuparon el 31.8% con 1817 casos, de 1 a 4 días con el 9.3% con 543 casos y de 10 a 15 días con el 9% con 511 casos. (Ver grafica 7)

Gráfica 7.



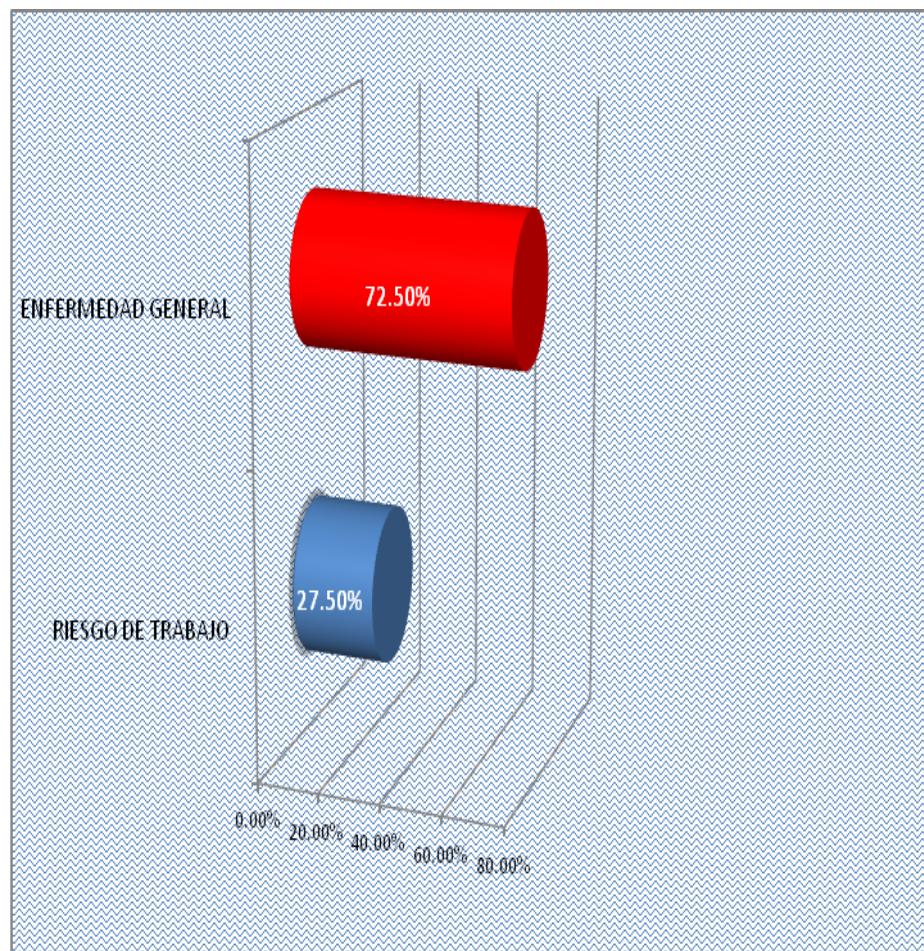
Fuente: hoja de recolección de datos de expedientes de la UMF No.45

El máximo de días de incapacidad otorgados fue de 16 a 20 días independiente mente del diagnóstico y tipo de incapacidad

En lo referente al tipo de incapacidad la enfermedad general fue predominante con el 72.5% con 4136 casos y el riesgo de trabajo ocupó tan solo el 27.5% con 1567 incapacidades expedidas con ese tipo de incapacidad. (Ver grafica 8)

Gráfica: 8.

TIPO DE INCAPACIDAD



n:5705

Fuente: Hoja de Recolección de datos de expedientes de la UMF No. 45

La incapacidad por enfermedad general fue la que más se expidió independientemente del diagnóstico.

DISCUSIÓN

El presente estudio es un primer acercamiento para determinar el perfil epidemiológico del servicio de medicina física y rehabilitación y valorar la influencia que tiene sobre las unidades de medicina familiar como primer nivel de atención, se estudió una muestra de 5705 expedientes clínicos con género de 60.20% hombres y 39.80% mujeres, rangos de edad entre los 26 a 29 años de edad que acudieron al servicio de Medicina Física y de Rehabilitación de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí. Durante el periodo de junio 2005/mayo 2011. Con el propósito de evaluar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación siendo esguince cervical el principal diagnóstico con un frecuencia 1281 y representa el 22.5%, lumbalgia 821 y el 14.4%, esguince de tobillo con 571 casos 10% y heridas de mano con 0.9% para mano derecha y 0.7% mano izquierda.

Durante nuestro estudio se ha visto como lo mencionan en la bibliografía^(3, 4, 6, 8,10) que los principales motivos de consulta coinciden con los 10 principales motivos informados a nivel nacional según el Instituto Mexicano del Seguro Social. Servicios de Rehabilitación en unidades de medicina familiar. Programa de Difusión. México: IMSS 2008.^(4,5)

En esta investigación se abordó parte de los diagnósticos más frecuentes derivados de los accidentes de trabajo; dando un perfil de cual se puede incidir en el manejo de la rehabilitación para reincorporar al apaciente a sus actividades cotidianas, así mismo ser parte del programa anual tanto para capacitación del personal de consulta externa y costos de incapacidades. Los cuales no se consideraron los costos indirectos, que pudieron haber sido cuando menos tres veces mayores.

El número de terapias con más frecuencia es de 10 a 14 sesiones. Así como el número de días de incapacidad fue entre 16 a 20 días con el 43%, con más de 21 días fueron el 31.8%, de 1 a 4 con el 9.3% y de 10 a 15 días represento el 9%, similar a lo reportado por el IMSS en el 2009 (11), siendo mayor en segundo nivel.

La estabilidad y unidad familiar se ve amenazada cuando esta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad o la muerte, con la discapacidad surgen alteraciones importantes en la organización familiar como; tensión en las relaciones familiares, abandono parcial de otros integrantes de la familia.

En el análisis global si bien es cierto que es mayor el número de casos por enfermedad general el promedio de días de incapacidad resultan menores que en segundo nivel según cifras del IMSS, ^(10, 17) Trueba. Davalillo,⁽⁸⁾ y Huter-Becker. ⁽¹⁶⁾

CONCLUSIONES

El propósito principal de esta investigación fue determinar el perfil epidemiológico de pacientes atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación y de estos resultados tratar de involucrar a los miembros de la familia en las actividades de prevención de accidentes pues de esta manera se estará realizando capacitación. ⁽²⁾

La descripción del perfil epidemiológico resulta de gran importancia en el ejercicio clínico, pues permite identificar y dar prioridad a las patologías más comunes para su mejor atención.

Lo anterior nos permite concluir que el perfil epidemiológico de los pacientes del servicio de medicina física y rehabilitación es mayormente utilizado por trabajadora femenina, los diagnósticos más frecuentes fueron, esguince cervical, lumbalgia, esguince de tobillo.

En lo referente al tipo de incapacidad la enfermedad general fue predominante con el 72.5% con 4136 casos y el riesgo de trabajo ocupó tan solo el 27.5% con 1567 expedidas con ese tipo de incapacidad.

Según Geoffrey invertir demasiados recursos en la prevención de riesgos que pueden afectar la salud no garantiza la efectividad de las estrategias implementadas, sumado a que el efecto deseado se puede alcanzar a largo plazo.

Como señala Alcorta²⁵ los accidentes de trabajo generan costos directos por los gastos de atención médica, días de incapacidad, secuelas, defunciones, prótesis y ortesis; y costos indirectos como la interrupción del proceso productivo, daños al equipo, disminución del volumen de producción y sustitución del personal lesionado.

En esta investigación se abordó parte de los diagnósticos más frecuentes derivados de los accidentes de trabajo; no se consideraron los costos indirectos, que pudieron haber sido cuando menos tres veces mayores.

SUGERENCIAS

En este estudio se observó la diversidad de pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, así como el acortamiento en tiempo para iniciar el manejo de rehabilitación en las unidades de primer nivel.

En futuras investigaciones se sugiere la inclusión del costo por incapacidad y lesión del trabajador, para establecer un mejor parámetro y poder demostrar la tendencia en relación entre costo por incapacidad del trabajador.

Es conveniente que en investigaciones posteriores se realice la evaluación sobre el costo de la atención médica derivada de los accidentes de trabajo y la erogación de la implantación de los programas preventivos y su calidad, lo que permitirá dimensionar con mayor precisión el costo-beneficio de los mismos.

Así como valorar la percepción de apoyo de familiares a portadores de enfermedades osteomusculares para insistir en aprovechar el recurso del apoyo familiar, como una red de soporte y una herramienta para el médico familiar y el terapeuta en el manejo del paciente y con ello elevar la adherencia, mejorar la calidad de vida del paciente, y también abatir costos familiares e institucionales.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU). La familia y el sistema de las naciones unidas. México, Cuba y República Dominicana(ENLINEA)<http://www.cinu.org.mx/temas/familia/sistemaonu.htm>, (consultado 25/12/2013.)
2. Guzmán-González JM. Servicios de rehabilitación en unidades de medicina familiar. Rev. Med. IMSS 2008; 42(5): 369.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Proceso de mejora en medicina familiar. México: IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas; 2009: 23, 25, 28.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Servicios de Rehabilitación en unidades de medicina familiar. Programa de Difusión. México: IMSS; 2008: 2, 12, 19, 22.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria estadística de salud en el trabajo. México: IMSS, División Técnica de Información Estadística en Salud; 2008.
6. Mcrae R, Kinninmonth A. Manual Ilustrado de Traumatología y Ortopedia. Madrid Edimsa; 2008: 66, 71
- 7.- Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud en el Trabajo: Memoria Estadística de Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009: 123, 128
- 8.-Trueba Davalillo C, Alcázar de la Torre D, Villazón JM. Heridas traumáticas de mano y Acta Ortopédica Mexicana 2005; 19 (5): 221-224.
- 9.- Pérez-Martínez P, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA, Sánchez-Román FR, El registro de los Accidentes de Trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2009: 45, 54
- 10.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Jefatura de Prestaciones Medicas Delegación Estatal San Luis Potosí, Manual de Organización de Atención Médica México 2008: 20, 23, 26.

- 11.- Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud en el Trabajo: Memoria Estadística de Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009: 123, 128
- 12.- Davesa-Gutierrez I Clasificación y manejo de las lesiones cervicales producidas por mecanismo de aceleración-desaceleración. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2009: (5).3, 4
- 13.- Polonio LB Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional México Panamericana 2009: 103
- 14.- Moreno AL, Cano VF, García RH. Evaluación de la Calidad de Atención Médica en México. McGraw-Hill interamericana, 2009: 217
- 15.- Álvarez-García B, Granados E, Reyes Sánchez AA, Campos-Álvarez P Valoración de las Lesiones secundarias de Esguince Cervical Rev. Medica IMSS soc 2008, (4): 391, 396.
- 16.- Huter-Becker H, Schewe H, Helpert W, Fisioterapia y Rehabilitación Edimsa 2009: 101, 140.
- 17.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Clínica para la Rehabilitación del Paciente con Esguince Cervical, Primera Versión 08 Junio 2008: 3, 7.
- 18.- Gómez CL, González RJ, Stevens J, Segura VA, Díaz FB. Lumbalgia. México: IMSS; 2009: 81, 107.
- 19.- Beatriz AG, Enrique G, Alejandro RS, Paula CG. Valoración de Pacientes con lesiones secundarias y Rehabilitación. Rev Mex de Med Fis y Rehab, 2009: 20, 27.
- 20.- Instituto Mexicano del Seguro Social Guía Clínica para la Rehabilitación del paciente con esguince cervical, en el primer nivel de atención. Revista Mexicana IMSS 2009: 61, 62, 63, 64, 65.
- 21.- Diccionario de Medicina. Grupo Editorial Océano, quinta edición: 133, 138, 144, 223.
- 22.- J. Quevanvillie, L. Pelemut. Diccionario de Términos Médicos Elsevier 2010: 33, 56, 87, 90, 112.

23.- Cailliet R. Síndromes dolorosos de cuello y brazos. Manual Moderno 2ª ed. México. 2006: 1, 100.

24. - Bukit J. Journal of Chiropractic Medicine. La noción de una “Cultura de latigazo cervical”: Una revisión de la evidencia. Bukit J. 2009: (8): 119, 124. [Actualizado 18 febrero 2009; acceso 13 abril 2013].

25.- Geoffrey R. La estrategia de la medicina preventiva. Barcelona: Masson-Salvat; 2008: 89, 91.

26.- Alcorta AM. El seguro de riesgos profesionales en México: Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2007: (4)1: 84, 91.

ANEXOS

ANEXO 1:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	MAY-SEP 2011	OCT-DIC 2011	ENE-MAR 2012	ABR-MAY 2012	JUN-JUL 2012	SEP-NOV. 2012	ENERO/JUL. 2013	FEBRERO 2014
Búsqueda Bibliográfica								
Estructura del protocolo								
Autorización y Registro								
Trabajo de campo								
Procesamiento de datos								
Análisis estadístico								
Presentación y Publicación								

ANEXO: 2

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE JUNIO 2005/ MAYO 2011

UMF. No. 45. DELEGACIÓN 25 IMSS

Hoja de Recolección de Datos:

1.- Fecha de Ingreso:

2.- Fecha de Alta:

3.- Género 1= Femenino 2= Masculino

4. Edad: 1). 18 a 21, 2). 22 a 25, 3). 26 a 29, 4). 30 a 33, 5). 34 a 37, 6) 38 a 41

7). 42 a 45 8). 49 a 52, 9). 53 a 56, 10) 60 y mas

5. Categoría: 1: 1F=trabajador Femenino 5: 3F=hija

2: 1M= Trabajador Masculino. 6: 3M=hijo

3: 2F= Beneficiaria Esposa 7: 4F= Beneficiaria Madre

4: 2M= Beneficiario Esposo 8: 5M=Beneficiario Esposo

9: otro

6. Diagnóstico: 1) esguince cervical, 2) lumbalgia, 3) trauma de mano, 4) parálisis facial, 5) dorsalgia, 6) Esguince de tobillo, 7) tendinitis, 8) fracturas 9) Gonartrosis Rodilla, 10). Hombro doloroso, 11). Herida mano, 12). Radiculopatía, 13). Otro

7. Número de terapias: 1) 1 a 4, 2) 5 a 9, 3) 10 a 14. 4). 15 y más

8. Alta por Mejoría 1=si 2=no

9. Alta a segundo nivel 1=si 2=no

10. Tipo de Incapacidad 1=Riesgo de Trabajo 2= Enfermedad general

11. Días de incapacidad: 1). 1 a 4 2). 5 a 9 3).10 a 15 4). 16 a 20 .5). Más de 21, 6). Ninguno