



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCION,
INVESTIGACION Y CAPACITACION PARA LA
REHABILITACION E INTEGRACION EDUCATIVA
"GABY BRIMMER"

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

"CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LA POBLACION
ACTIVA QUE INGRESO EN EL PERIODO 2000 - 2004 AL
CNMAICRIE GABY BRIMMER"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE REHABILITACION
P R E S E N T A
DR. HUMBERTO TRUJILLO LOPEZ

DIF

MEXICO, D. F.

JULIO 2008



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.

Titulo

“Caracterización epidemiológica de la población activa que ingresó en el periodo 2000-2004 al CNMAICRIE Gaby Brimmer”

Investigador:

DR. HUMBERTO TRUJILLO LÓPEZ

Médico Residente de Tercer Grado
de la especialidad de Medicina de Rehabilitación

Asesoras:

DRA. MA. VIRGINIA RICO MARTÍNEZ

Médico especialista en Medicina de Rehabilitación

Directora del Centro Nacional Modelo de Atención,

Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa

Gaby Brimmer

LICENCIADA GUILLERMINA SANCHEZ PEREZ

Trabajadora Social del Centro Nacional Modelo de Atención,

Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa

Gaby Brimmer

Indice

Titulo	1
Introducción	7
Antecedentes	10
Justificación	22
Objetivos	24
Material y Métodos	26
Resultados	28
Discusión	41
Conclusión	43
Referencias	44
Anexos	46

Introducción

El Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer” es uno de los 4 Centros Nacionales que el SNDIF tiene en el Distrito Federal, fue inaugurado el 4 de Junio de 1964 por el presidente Adolfo López Mateos con el nombre de Centro Pedagógico Infantil, en esa época atendía a población con discapacidad motora secundaria a poliomielitis, la cual recibía atención escolar básica, y atención médica rehabilitatoria, considerando servicios de apoyo como transporte de su casa al Centro y viceversa, así como alimentación.

A lo largo de 43 años este Centro ha sufrido cambios en su denominación, en su estructura y en las características de su población usuaria.

Desde 1987, el Centro Nacional atiende a población de cualquier grupo etéreo, que presente una discapacidad motora y/o auditiva, transitoria o permanente, sin importar que dicha población cuente con algún tipo de seguridad social, para ser atendida sólo requiere acudir a la preconsulta médica, de donde es derivada si así lo requiere a la consulta médica para ser atendido.

Actualmente el Centro Nacional “Gaby Brimmer” cuenta en su departamento de valoración y tratamiento, con una plantilla de personal médico y paramédico completa, constituida por 1 jefe de departamento, 2 supervisoras médicas, 7 especialistas en rehabilitación, 1 en comunicación Humana, 1 Ortopedista, 1 Neurólogo, 1 pediatra y 1 odontóloga, por normatividad las especialidades por

las cuales ingresan pacientes de primera vez son Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana, las restantes funcionan como interconsultantes., de manera que las metas a alcanzar durante cada año son programadas de acuerdo al número de recursos humanos con los que se cuenta, considerando el ausentismo programado (vacaciones, días económicos, días festivos), su jornada laboral y el comportamiento histórico de la población atendida.

Al respecto de este comportamiento histórico, en un análisis de 1988 al 2006 se observa que de 1988 al 2000 la población atendida fue en aumento, alcanzándose el mayor pico en el año 2000 en que se atendieron 34953 pacientes (5049 pacientes de primera vez, y 29,904 subsecuentes). , para posteriormente observar un decremento en el número de pacientes atendidos a partir del 2001. a pesar de ello existen diversos problemas como son disminución de afluencia de pacientes para consulta médica de primera vez, ausentismo de la población subsecuente hasta en un 30%, diferimiento hasta de 5 meses en el otorgamiento de consulta médica, disminución en el número de altas.

Otro aspecto a considerar, es la importancia de determinar el diagnóstico actual del paciente, ya que por normatividad, para fines estadísticos, sólo queda registrado el diagnóstico que fue la primera causa de atención, quedando sin considerar los diagnósticos subsecuentes que quedan anotados en la hoja frontal del expediente., ya que al conocer esta información podemos determinar cuales son las causas reales de atención.

Por los motivos anteriores se considera preponderante llevar a cabo un análisis de los expedientes de la población activa para en base a ello llevar a cabo acciones que permitan incidir sobre la afluencia de pacientes, su atención oportuna, y su permanencia justificada en el Centro, así como su alta oportuna.

ANTECEDENTES

De acuerdo al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todos los mexicanos tienen derecho de ser incorporados al sistema de Protección Social en Salud sin importar su condición. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas: Cirugía general, Medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.(1)

Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables. Legalmente, entre los servicios básicos de salud se encuentran la atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, así como urgencias; la salud mental.(2) Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran. (3)

Cumpliendo con lo estipulado en el código civil, los centros de atención médica no deben negar los servicios a la comunidad ya que es un derecho, pero por otro lado si se debe educar a estos en el uso respetuoso y razonable de los servicios que se otorguen.

EPIDEMIOLOGIA

La Organización Mundial de la Salud reporta que a nivel mundial el 10% de la población padece algún tipo o grado de discapacidad; por lo anterior, se estima que en México existen actualmente poco más de 9.5 millones de personas que presentan un tipo o grado de discapacidad; estas cifras se presentan de manera diferente en las entidades federativas del país, incluso en el interior de ellas por las diferentes condiciones económicas, sociales y culturales, tales como la pobreza, la marginación social, el déficit en la atención, la malnutrición, el acelerado crecimiento de la población, la falta de una oportuna prestación de servicios de salud, las desigualdades sociales, así como todo aquello relacionado con la cobertura de acciones dirigidas a prevenir y restaurar la salud de los integrantes de la comunidad, y los cambios sociales que han desencadenado acciones de violencia. (4)

Para los efectos de la ley de asistencia social, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación. (5)

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), como organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión plena a las políticas públicas en el ámbito de la Asistencia Social, tiene su origen y es heredero de instituciones y programas que en su momento y con otras identidades, constituyeron valiosas respuestas ante las situaciones de desventaja social que han afrontado muchos mexicanos.

Su primer antecedente formal es el Programa Gota de Leche que en 1929 aglutinaba a un sector de mujeres mexicanas, quienes se encargaban de proporcionar este alimento a niñas y niños de la periferia de la Ciudad de México. Ello dio origen a la creación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, que reorganizó a la Lotería Nacional precisamente para apoyar a la Beneficencia Pública, encargada desde entonces de sustentar acciones de este tipo.

Posteriormente a partir de 1943, al crearse la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fusionando las actividades de la entonces Secretaría de Asistencia Pública con las del Departamento de Salubridad, se integró la Subsecretaría de Asistencia Pública, la que compartía con la de Salubridad, las funciones de atención a los grupos sociales más desprotegidos y vulnerables; es entonces cuando se da relevancia al concepto de la asistencia social.

El 31 de enero de 1961, tomando como fundamento los Desayunos Escolares, se crea por Decreto Presidencial, el organismo descentralizado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), que generó una actitud social de gran simpatía y apoyo hacia la niñez. Posteriormente, el 15 de julio de 1968 es

creado también por decreto Presidencial, la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) orientando a la atención de niñas y niños huérfanos abandonados, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades.

Más tarde en los años setenta se crea el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, por la afinidad de objetivos se fusiona con la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, para dar paso al Sistema Nacional DIF. (6)

Desde su creación, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) ha sido un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, y en acuerdo al artículo 172 de la Ley de General de Salud (1984) (7) y en los de la Ley de Asistencia Social de 2004 (7, 9, 15, 24, 27 y 28) es el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, sustentando para ello la coordinación y concentración de acciones del Sistema, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables. Corresponde al SNDIF ser la instancia encargada de normar las acciones de asistencia social, enfocadas al desarrollo del individuo, la familia y la comunidad, en congruencia con los objetivos rectores y estratégicos señalados.(8) El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, destaca la concepción del capital humano como el principal recurso de la nación y eje central del desarrollo social, de ahí el interés del SNDIF porque la Asistencia Social se constituya como una de las acciones que contribuyan al logro de los objetivos gubernamentales.(9)

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, señala que la discapacidad constituye un serio problema emergente de salud pública y establece entre sus

líneas de acción, la de fortalecer la prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad; la ampliación de la infraestructura pública destinada a facilitar la movilización y la atención de las necesidades especiales de los discapacitados; así como a promover y facilitar la incorporación de las personas a la vida social y laboral; por ello, el SNDIF promueve acciones de integración social de las personas con discapacidad, a través del Programa de Atención a Personas con Discapacidad.(5)

Bajo este esquema, el SNDIF opera el Programa de Atención a Personas con Discapacidad, a través del cual se otorgan servicios dirigidos a la población que presenta algún tipo de discapacidad y que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad social, mediante acciones de prevención, rehabilitación e integración social, que se llevan a cabo en 34 centros de rehabilitación establecidos en 26 entidades federativas y el Distrito Federal. El presupuesto asignado para el Ejercicio Fiscal de 2006 para el Programa de Atención a Personas con Discapacidad es de 435.3 millones de pesos, que serán destinados a la operación de los centros de la siguiente forma: el SNDIF opera directamente 4 Centros de Rehabilitación en el Distrito Federal; 20 Centros de Rehabilitación en coordinación con 19 Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF) en la modalidad centralizada y 10 Centros de Rehabilitación en coordinación con el SEDIF y la Secretaría de Salud en el Estado de Coahuila, en la modalidad descentralizada. El SNDIF es la Institución que cuenta con mayor infraestructura de servicios de rehabilitación; en este sentido, la operación directa desde 1964 del Centro de Rehabilitación "Gaby Brimmer" y de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) desde 1983, le han permitido acumular una amplia experiencia en la

generación de modelos de atención, en la prestación de servicios en este campo, en la formación de recursos humanos especializados y en la capacitación continua de su personal.(10)

La Visión Institucional es la siguiente: “Ser la Institución Nacional rectora de las políticas públicas con perspectiva familiar y comunitaria, que hace de la asistencia social una herramienta de inclusión, mediante el desarrollo de modelos de intervención, teniendo como ejes la prevención, la profesionalización y la corresponsabilidad social.”

Población Objetivo

El universo de trabajo está constituido por las personas con discapacidad temporal o permanente o aquella en riesgo de presentarla en las modalidades neuromotora, visual, auditiva, de lenguaje e intelectual, como consecuencia de malformaciones congénitas, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y otras patologías, así como sus familias.

En el Distrito Federal el I.N.P.I. construyó el Centro Pedagógico Infantil, inaugurado el 4 de junio de 1964, cuyo objetivo fue atender a la población con secuelas de poliomielitis, producto de las grandes epidemias que afectaron al país a mediados del siglo. Tuvo una erogación de 11 millones de pesos y fue construido en terrenos anexos al edificio sede. Este centro único en el país y modelo en todo el mundo, atendía una población de 1500 niños en sus 24 aulas.

El programa de atención comprendía, atención escolar en niveles de Jardín de Niños, Primaria y Secundaria, tratamiento médico especializado, terapias, integración social, apoyo en servicio de transporte, alimentación y elaboración

de aparatos ortopédicos. Con el pasar del tiempo la población con este tipo de discapacidad fue disminuyendo debido a las grandes campañas de vacunación antipoliomielítica y el servicio se extendió a otros niños con discapacidades musculoesqueléticas.

El proyecto y construcción de este Centro fué minuciosamente planeado, eliminando las barreras físicas existentes en el terreno, por lo que se requirió hacer rellenos y adaptaciones específicas en la red hidráulica.

El 15 de Junio de 1968 el Lic. Gustavo Díaz Ordaz, creó por decreto presidencial El Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.) que contribuyó a resolver los problemas originados por el abandono, la explotación y la invalidez. Posterior al cambio anterior en el año de 1972, se realizaron modificaciones impuestas al esquema de atención: se brindaron servicios asistenciales a la población infantil usuaria a libre demanda, esto creo el servicio de consulta externa, además el modelo de atención a la población cautiva, se extendió a todas las discapacidades motoras o del sistema neuromusculoesquelético. Asimismo, se modificaron los planes y programas de estudio del personal paramédico en formación (terapeutas) y se inicio la actividad docente para formación de médicos en medicina física y rehabilitación como apoyo a los programas médicos de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

En enero de 1977, cuando por Decreto Presidencial el I.M.P.I. se transforma y se fusiona con el IMAN dando origen al Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de La Familia, al Centro se le denominó Departamento de Rehabilitación y continuó operando con la misma estructura y programas establecidos en 1972.

El 20 de noviembre de 1982, el Gobierno de la República, publicó un Decreto en el que se modifica y consolida la estructura orgánica y funcional del Sistema Nacional Para El Desarrollo Integral de la Familia, incorporándole los servicios de asistencia social y de rehabilitación no hospitalaria, hasta esa fecha a cargo de la Secretaría de Salud.

Posterior a este decreto, el Departamento de Rehabilitación se transformó en Centro de Rehabilitación Zapata y adquiere su estructura orgánica actual, asimismo se inicia la atención a toda la población discapacitada de todas las edades que acude a solicitar servicio. Durante la administración 1989 a 1994 se lleva a cabo en el centro, la modernización de sus áreas y la construcción del edificio para la enseñanza e investigación.

Se incorporan las actividades al Programa de Asistencia a Minusválidos y se consolidan los programas de Escuela Para Padres, Estimulación Múltiple Temprana, Integración a Escuelas Regulares y Garantía de Calidad, se logra el reconocimiento a Nivel Licenciatura de La Escuela de Terapia Física y Terapia Ocupacional ante la Secretaría de Educación Pública.

Posteriormente en el año 2000 durante el mandato del presidente Ernesto Zedillo se le agrega el nombre propio de "Gaby Brimmer", en reconocimiento a la destacada labor en el campo de las letras de dicha persona que padecía una discapacidad motora.

El amplio reconocimiento social y profesional que el Centro de Rehabilitación que el SNDIF tiene en el Distrito Federal y en especial la experiencia que este Centro ha adquirido a lo largo de su historia en la atención de las niñas y niños con discapacidad motora, y en general de las personas con discapacidad, llevó a la Junta de Gobierno del SNDIF en el 2002 a considerar que este Centro

difunda su experiencia hacia los estados y se decide en cambiarle nuevamente el nombre a Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer”.(11)

Actualmente el CNMAICRIE Gaby Brimmer atiende a la población abierta con discapacidad Neurológica y músculo-esquelética con servicios otorgados por profesionales calificados, dando así servicios especializados a precios accesibles a todos los sectores de nuestra población; incluyendo exenciones de pago a los más necesitados. Estos profesionales son personas de diferentes disciplinas comprometidas con el desarrollo de los programas en materia de prevención y rehabilitación biopsicosocial, basados en el diagnóstico integral que indique el tratamiento a realizar durante el proceso de rehabilitación, buscando con esto una atención oportuna y adecuada que favorezca su integración con el respeto y los derechos que las personas con discapacidad de nuestro país merecen y que se recomienda en la NOM-173-SSA1-1998.(4)

En la actualidad el Centro ofrece los servicios de:

- Consulta médica especializada en Medicina de Rehabilitación.
- Medicina de la Comunicación Humana
- Traumatología y Ortopedia
- Neurología Pediátrica
- Pediatría
- Odontopediatría
- Terapia Física
- Terapia Ocupacional

- Terapia del Lenguaje
- Centro de Tecnología Adaptada
- Radiología
- Electroencefalografía
- Taller de Órtesis
- Servicio de Integración Educativa a Niños y Niñas con Discapacidad Motora.

Con los recursos arriba mencionados el CNMAICRIE Gaby Brimmer puede dar a la población atención de Segundo y Tercer Nivel de Atención como lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998 de atención del paciente con discapacidad incluyendo educación especial. (4)

En el presente este Centro de Rehabilitación cuenta con una plantilla de:

- 7 Médicos Rehabilitadores
- 1 Médico Neurólogo especializado en Neuropediatría
- 1 Médico en Comunicación Humana
- 1 Médico en Traumatología y Ortopedia
- 1 Médico Pediatra
- 1 Odontóloga

Para fines operativos, sus actividades giran en base a dos procesos: El proceso de atención integral a personas con discapacidad motora y el proceso de integración educativa.(12)

El primero incluye la consulta médica de primera vez y la subsecuente, la consulta paramédica (terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, el

centro de tecnología adaptada, trabajo social, electroencefalografía, y rayos x).
Acorde al procedimiento de ingreso los responsables de esta acción son los médicos de Rehabilitación, Comunicación Humana, y Ortopedia; el resto fungen como interconsultantes.(13)

El Proceso de integración educativa hace referencia a una serie de servicios como son transporte escolar, alimentación , atención médica y paramédica y escolaridad básica, esta última en coordinación con la SEP de la cual dependen las escuelas que proporcionan el servicio. El Centro cuenta con la capacidad médica para proveer 2000 consultas médicas mensuales incluyendo de primera vez y subsecuentes. (14)

Teniendo como MISIÓN: proporcionar servicios de Medicina de Rehabilitación no hospitalaria a personas con discapacidad neuromotora y auditiva, así como de Rehabilitación Integral e Integración Educativa de Niñas y Niños con Discapacidad Motora, con el objeto de integrarlos a la sociedad y formar licenciados en Terapia Física y Terapia Ocupacional, Médicos Especialistas en Medicina de Rehabilitación y realizar proyectos de investigación en materia de rehabilitación.

Como VISION: Ser un Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación, Capacitación y Formación de Profesionales en Rehabilitación Integral, que norme acciones en esta materia y proporcione atención eficaz y eficiente a la población con discapacidad teniendo como ejes la prevención, la profesionalización y la corresponsabilidad social.

POBLACIÓN OBJETIVO: Personas con discapacidad motora y/o auditiva de cualquier grupo etáreo que cursen con una discapacidad motora y/o auditiva, transitoria o permanente.

Menores con discapacidad motora moderada, con coeficiente intelectual normal o limítrofe susceptibles de acceder a un proceso de enseñanza-aprendizaje que acuden a las escuelas de educación básica anexas al centro de rehabilitación.

En un análisis de 1988 al 2006 se observa que de 1988 al 2000 la población atendida fue en aumento, alcanzándose el mayor pico en el año 2000 en que se atendieron 34953 pacientes (5049 pacientes de primera vez, y 29,904 subsecuentes) para posteriormente observar un decremento en el número de pacientes atendidos a partir del 2001.

Este centro constantemente hace un gran esfuerzo en optimizar los servicios que se ofrecen a la población, por lo que, existe un registro mensual y anual de las distintas áreas de tratamiento para, de esta manera, tener un panorama objetivo de la efectividad del servicio. El realizar la caracterización epidemiológica en el CGB permitirá contar con información veraz, confiable, sobre el género, edad, ocupación, diagnóstico de ingreso, tiempo de estancia y los distintos servicios que el paciente requiere de este centro. Lo anterior nos permitirá en un futuro mediano la toma de decisiones médicas y administrativas para hacer más efectiva la atención de los pacientes.

Justificación

Dentro de los roles del Estado están el garantizar la provisión de servicios públicos (seguridad ciudadana, justicia, servicios de salud, educación y vivienda), promover el crecimiento equilibrado y corregir la distribución de la riqueza; para el logro de estos objetivos el Estado puede proveer bienes y servicios, regular la participación privada y subsidiar bienes y servicios que no están al alcance de la población de escasos recursos. La racionalización de las prestaciones en salud debe evitar hacer un uso innecesario de estas, dado que perjudica tanto a los pacientes como a los establecimientos de salud. (15)

Dentro del contexto de la administración pública actual, es indispensable que las instituciones cuenten con las herramientas que aseguren, apoyen, y agilicen el cumplimiento de los planes, objetivos, programas y proyectos gubernamentales. De esta manera se hace necesario que establezcan medidas que garanticen una mayor racionalidad y optimización de los recursos, así como un ejercicio austero y responsable, mediante el establecimiento de normas y lineamientos que sirvan de base para regular su operación. (16)

Para lograr una mejor efectividad social y mejores resultados en los servicios públicos, es necesario que las dependencias reorganicen y actualicen permanentemente sus formas de organización, sistemas de trabajo y atención a los usuarios de acuerdo a las circunstancias del entorno social y a la disponibilidad de recursos.

En el comportamiento histórico del CNMAICRIE Gaby Brimmer, en un análisis de 1988 al 2006 se observa que de 1988 al 2000 la población atendida fue en aumento, alcanzándose el mayor pico en el año 2000 en que se atendieron 34953 pacientes (5049 pacientes de primera vez, y 29,904 subsecuentes), para posteriormente observar un decremento en el número de pacientes atendidos a partir del 2001. (17)

Existen diversos problemas como son disminución de afluencia de pacientes para consulta médica de primera vez, ausentismo de la población subsecuente hasta en un 30%, diferimiento hasta de 5 meses en el otorgamiento de consulta médica, disminución en el número de altas, otro aspecto a considerar, es la importancia de registrar administrativamente el diagnóstico actual del paciente, ya que por normatividad, para fines estadísticos, sólo queda registrado el diagnóstico de ingreso, quedando sin considerar los diagnósticos subsecuentes que son enlistados en la hoja frontal del expediente., al conocer esta información podremos determinar cuales son las causas reales de atención actual.

El CNMAICRIE Gaby Brimmer requiere de un sistema de atención médica que permita el acceso a un servicio de consulta externa en Medicina de Rehabilitación eficiente, ágil, confiable, y sin demora. Por lo anterior es necesario realizar un estudio de las características epidemiológicas de la población actualmente atendida en el Centro Nacional Modelo “Gaby Brimmer” y de esta manera poder detectar áreas de oportunidad que se traduzcan en un servicio más eficiente.

Objetivo general:

Determinar las características epidemiológicas de los pacientes actualmente atendidos en el CNMAICRIE Gaby Brimmer y que se ingresaron en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2004.

Objetivos particulares:

- Identificar el género de la población atendida
- Identificar la edad de la población atendida
- Registrar cual es la ocupación de los pacientes
- Determinar cual es el lugar de residencia. (estado o delegación del D.F.)
- Determinar estado civil
- Registrar cuota de recuperación asignada.
- Determinar el número de pacientes que maneja cada médico como población
- Determinar el diagnóstico de ingreso
- Determinar el diagnóstico(s) actual
- Enumerar el número de diagnósticos emitidos de su ingreso a la fecha
- Determinar número de sesiones de terapia física indicadas por patología diagnosticada
- Determinar número de sesiones de terapia ocupacional indicadas por patología diagnosticada
- Determinar número de sesiones de terapia del lenguaje indicadas por patología .
- Determinar tiempo de estancia en el servicio de consulta del CNMAICRIE Gaby Brimmer

Material y métodos:

El diseño del presente estudio fue transversal, retrospectivo, observacional, y descriptivo. Fue realizado en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer” del Sistema Nacional DIF durante los meses de Noviembre del 2007 a Febrero del 2008 utilizando como universo de trabajo todos los expedientes vigentes del archivo clínico de este centro emitidos desde el mes de enero del año 2000 al mes de diciembre del año 2004. Se usó como muestra el 30 % del total de expedientes vigentes en el archivo de los años 2000 (200), 2001 (250), 2002 (300), 2003 (500), y 2004 (850).

De los 2100 expedientes activos, emitidos durante el período 2000-2004, se tomará al azar el 30% correspondiente a cada año, es decir 630 expedientes.

Del año 2000 se encuentran vigentes 200, 2001 (250), 2002 (300), 2003 (500), y 2004 (850).

Como criterios de inclusión se incluyeron todos los expedientes activos en el archivo clínico emitidos entre el 2000 y el 2004. Y se como de exclusión: Expedientes de pacientes con clave 5000 y expedientes de pacientes del servicio de Integración Educativa. Y los criterios de eliminación todos los expedientes de pacientes ingresados en el periodo comprendido entre Enero del 2000 y Diciembre del 2004 que tengan un año o más de no asistir a su última cita y que por programación del proceso administrativo de depuración aún no se hayan dado de baja.

Los datos se recabaron de la siguiente manera:

1.- Se solicitò al personal del archivo clínicò, que proporcionara de manera al azar, y por cada año, el 30% de los expedientes existentes pertenecientes a los años que se estudiaron.

2.- En los casos en que en la muestra se obtuvo algùn expediente con alguno de los criterios de eliminaciòn, se pidiò se sustituyera por otro obtenido al azar.

2.- Se diseñò una hoja de captaciòn de los datos requeridos utilizando una "sábana de captaciòn de datos" utilizando el programa de Excel.

3.- En esta hoja se consiguiò la informaciòn correspondiente.

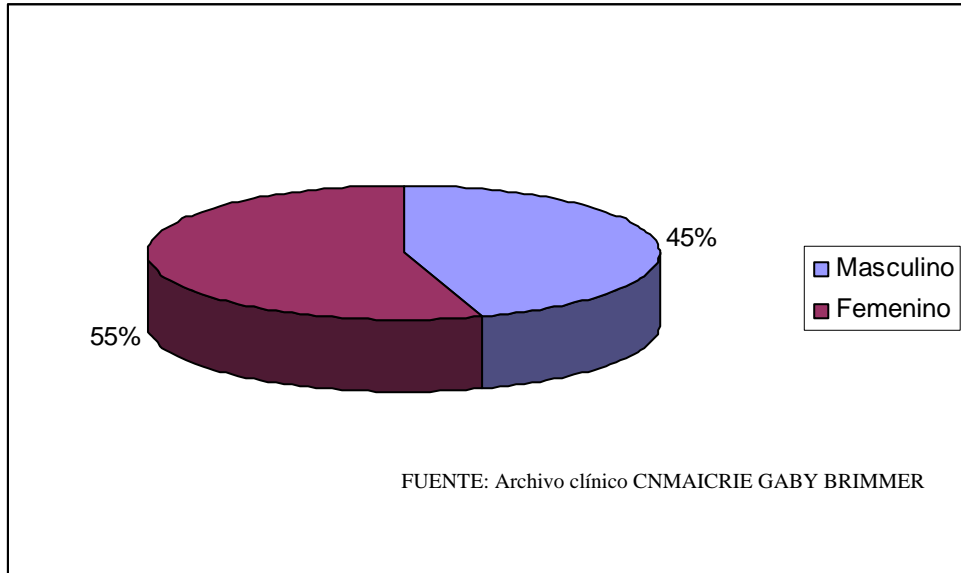
4.- La captaciòn de datos se realizò en el àrea del archivo clínicò del CNMAICRIE Gaby Brimmer, en una computadora personal propiedad del investigador.

5.- La informaciòn recabada se analizò utilizando medidas de tendencia central.

Resultados

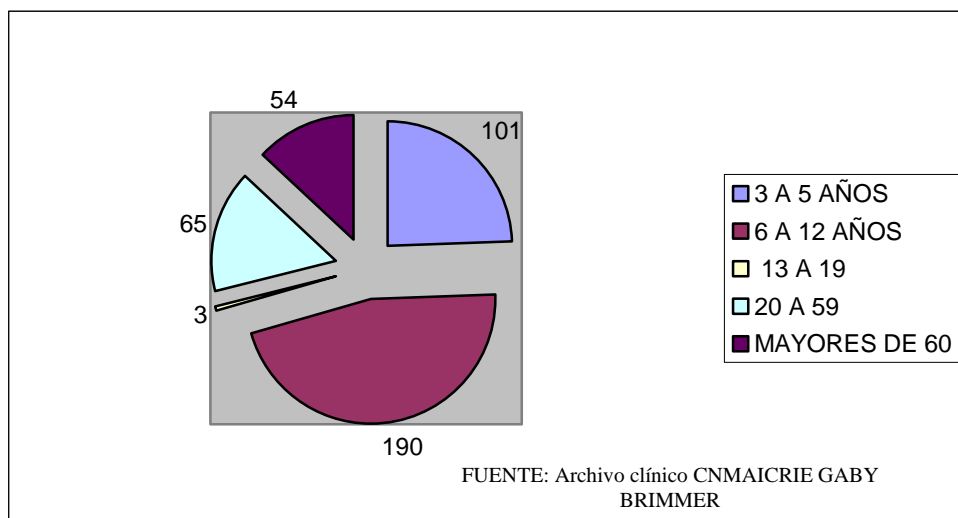
De este número de expedientes, 186 (45%) fueron de pacientes masculinos y 227 (55%) del género femenino. (Gráfica 1)

Grafica 1. Distribución de Población de acuerdo a Género



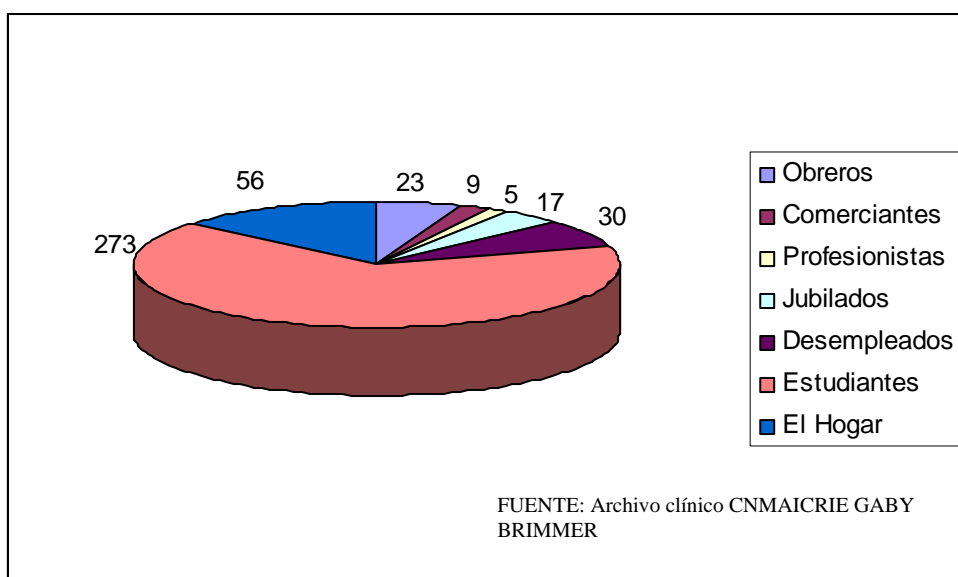
En edad se dividieron en 5 subgrupos, siendo el mayor el grupo de escolares con 190 (46%) pacientes, seguido del grupo preescolar con 101(24%) pacientes, por otro lado el grupo de pacientes entre 13 y 19 años no llegó a 1 % consistiendo solo de 3 pacientes. (Grafica 2)

Gráfica 2. Distribución de Población de acuerdo a Grupo Etáreo



La ocupación de la muestra estudiada corresponde en mayor medida a estudiantes con 273(66.1%), incluyendo preescolares 89 (22%), escolares 177 (43%), y el grupo de estudiantes de niveles medio, medio superior y superior con solo 7 (1.7%). En segundo lugar estuvo el grupo de amas de casa con 56 (13.6), y en tercer lugar el grupo de desempleados con 30 (7.3%), obreros con 23 (5.6%). El de jubilados también fue un grupo significativo con 17(4.1%), comerciantes 9 (2.2%) y profesionistas solo 5 (1.2%), (Gráfica 3)

Gráfica 3. Distribución de Población de acuerdo a ocupación



Estos pacientes provienen del Distrito Federal en un 90%, principalmente de las delegaciones de Iztapalapa, Coyoacán, y Álvaro Obregón. El otro 10% provino del Estado de México principalmente de Cd. Nezahualcoyotl, Chimalhuacán, y Ecatepec. Hubo un solo paciente proveniente de Apaxco, del estado de Hidalgo. (Gráfica 4, Tabla 1)

Gráfica 4. Distribución de la Población por Lugar de Residencia

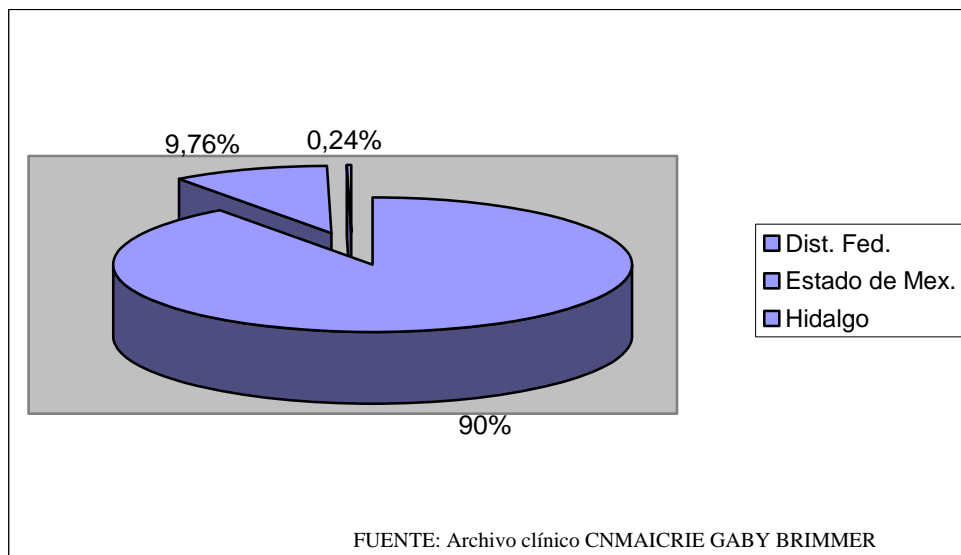


Tabla 1. Distribución de la Población por Lugar de Residencia

Distrito Federal		Estado de México		Estado de Hidalgo	
Iztapalapa	74	Cd. Nezahualcoyotl	13	Apasco	1
Coyoacan	59	Ecatepec	7	TOTAL	1
Álvaro Obregón	58	Chimalhuacán	8		
Benito Juárez	45	Cuahutitlán	3		
Mag. Contreras	24	Tlalnepantla	2		
Cuahutémoc	20	Ixtapaluca	2		
Xochimilco	17	Atizapan	1		
Venust. Carranza	17	Texcoco	1		
GAM	16	Naucalpan	1		
Tlalpan	16	Lerma	1		
Iztacalco	15	Huixquilucan	1		
Miguel Hidalgo	6	Coacalco	1		
Tlahuac	3	TOTAL	40		
Cuajimalpa	1				
TOTAL	371				

FUENTE: Archivo clínico CNMAICRIE GABY BRIMMER

De todos los pacientes estudiados, mayoría 329 (80%) fueron solteros. Seguido del grupo de casados con 57 (14%), después viudos con 17 (4.1%), siendo estos tres grupos la inmensa mayoría de los estudiados. Divorciados solo hubo 6 (1.4%) y personas en union libre 4 (.9%). (Ver Gráfica 5, Tabla2)

Gráfica 5. Distribución de acuerdo al estado civil

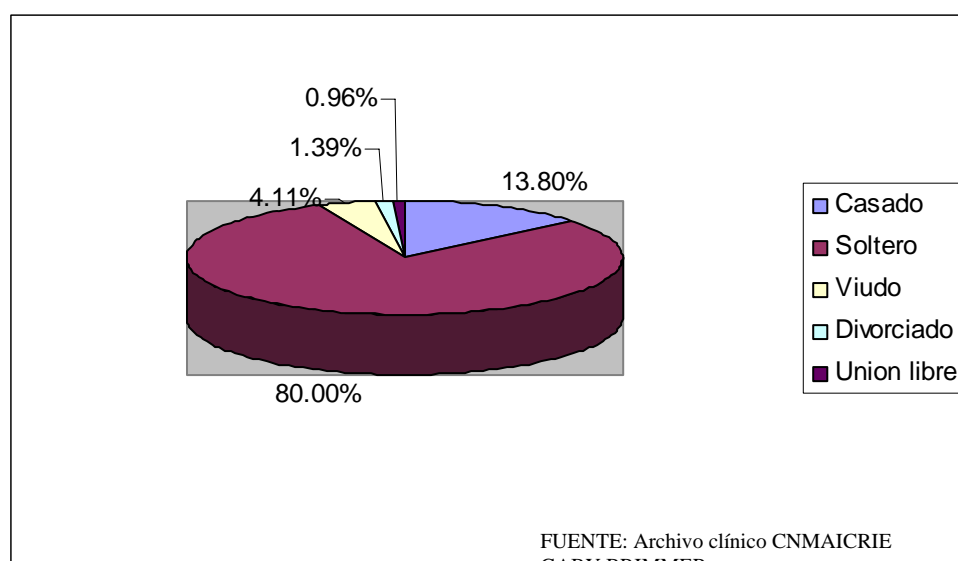


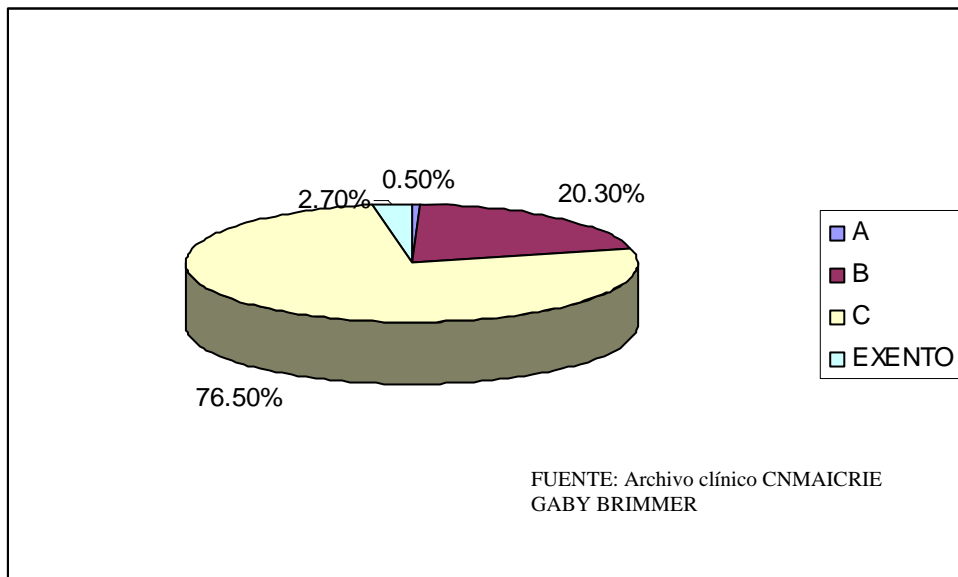
Tabla 2. Distribución de acuerdo al estado civil

	pacientes	%
soltero	329	80%
casado	57	13.8%
viudo	17	4.1%
divorciado	06	1.4%
Unión libre	04	.9%
TOTAL	413	100%

FUENTE: Archivo clínico CNMAICRIE GABY BRIMMER

En cuanto a las cuotas de recuperación, el grupo estudiado fue por una gran mayoría de la categoría C con 316 (76%) seguido en segundo lugar de la clasificación B con 84 (20%) pacientes y en tercer lugar la categoría de exentos con 11 (3%) pacientes, solo 2 (0.5%) pertenecieron a la categoría A. (Grafica 6)

Gráfica 6. Cuotas de Recuperación



Los médicos de Rehabilitación tuvieron a su cargo 203 (49.1%) pacientes de este grupo de estudio, seguidos por el ortopedista con 107 (25.9%), y en tercer lugar el médico de Neuropediatría con 53 (12.8%), la doctora en Comunicación Humana con 38 (9.2%), el médico pediatra y la odontóloga tuvieron a su cargo 5 (1.2%) y 6 (1.4%) casos respectivamente. (Ver Gráfica 7 y tabla 3)

Gráfica 7. Número de pacientes por médico

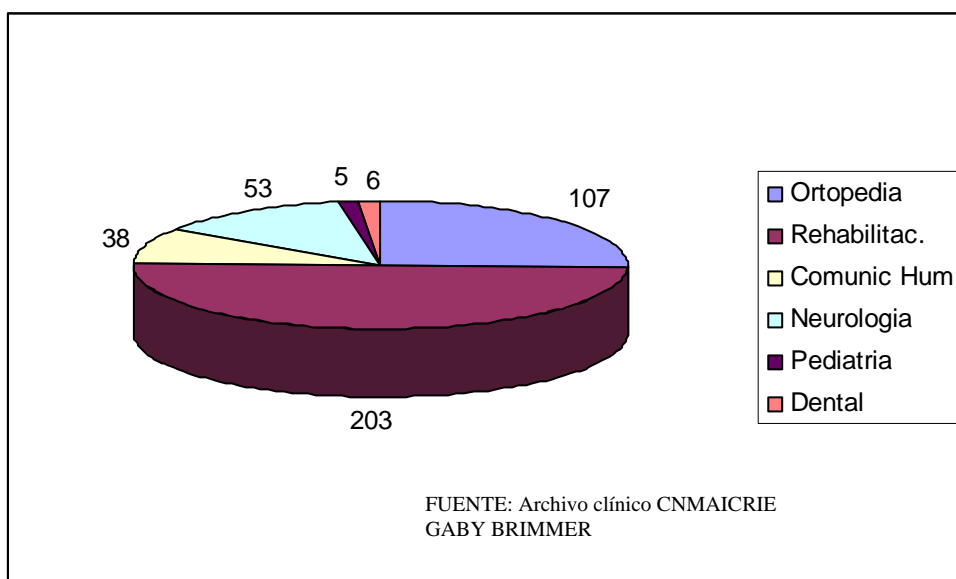


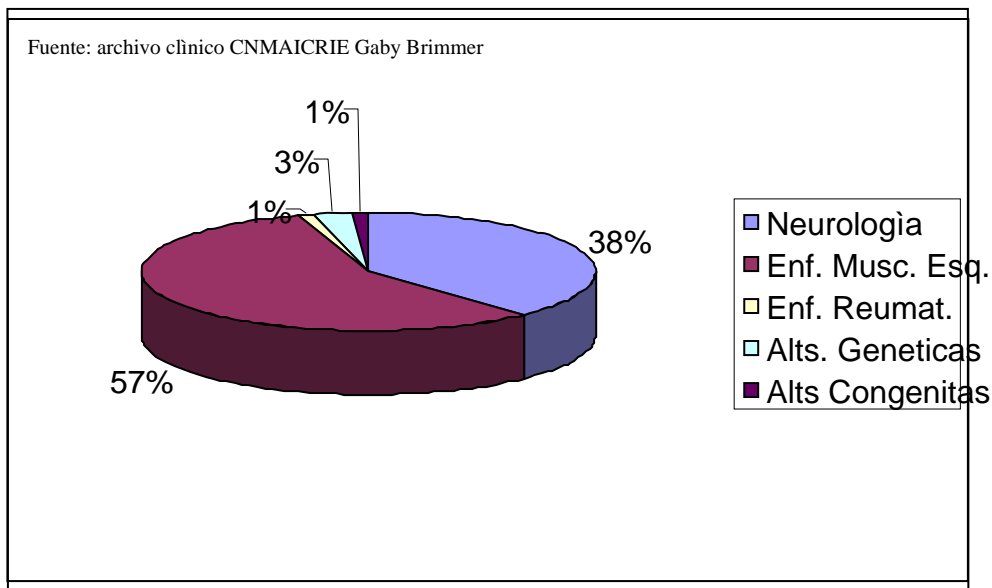
Tabla 7. Número de pacientes por médico

	Pacientes	%
Dra. Rios	22	5.3%
Dra. Martínez	30	7.3%
Dra. Hernández F.	28	6.8%
Dra. Valdovinos	12	2.9%
Dra. Eng	77	18.6%
Dra. Hernández	6	1.4%
Dra. Sanchez	12	2.9%
Dra. Tabeada	16	3.9%
Dr. Téllez	107	25.9%
Dra. Téllez	38	9.2%
Dr. Reyes	53	12.8%
Dr. Bermúdez	5	1.2%
Dra. Ávila	6	1.4%

	TOTAL	100%
--	-------	------

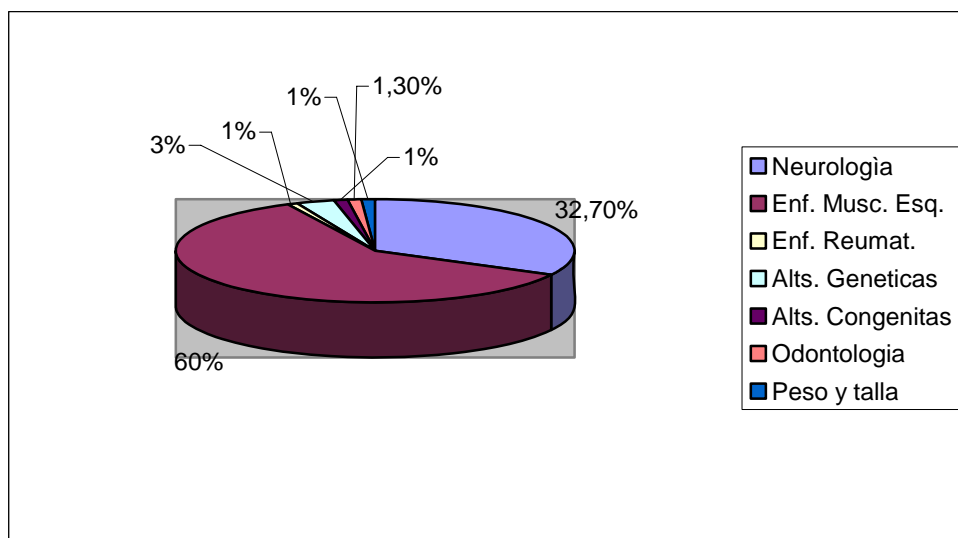
Estos pacientes fueron ingresados por padecimientos neurológicos en un 38% principalmente por PCI (10%), riesgo de daño neurológico (9%), y por retraso en el desarrollo psicomotor (9%). El 57% de los pacientes estudiados se ingreso por padecimientos músculo esqueléticos, principalmente defectos de postura (32%), síndromes dolorosos (12%), y osteoartrosis (8%). El 5% restante se ingreso por enfermedades reumáticas (1%), alteraciones congénitas (1%), y por alteraciones genéticas (3%). (Gráfica 8)

Gráfica 8. Diagnóstico de Ingreso



Cuando se determinan los diagnósticos al momento de realizar el estudio, se encuentran cambios y los pacientes con patologías neurológicas son el 32.7%, siendo los mas, los pacientes con PCI (11%) y con retraso en el lenguaje (10%). Los pacientes con alteraciones músculo esqueléticas fueron el 60%, siendo los principales los defectos de postura (35%), los síndromes dolorosos (13%), y la osteoartritis (9%). Las alteraciones genéticas y congénitas, así como las reumatoides permanecieron sin cambios con 3, 1, y 1% respectivamente. Hubo dos nuevas causas de atención, control de peso y talla (1.3%) y tratamiento odontológico (1%). (Gráfica 9)

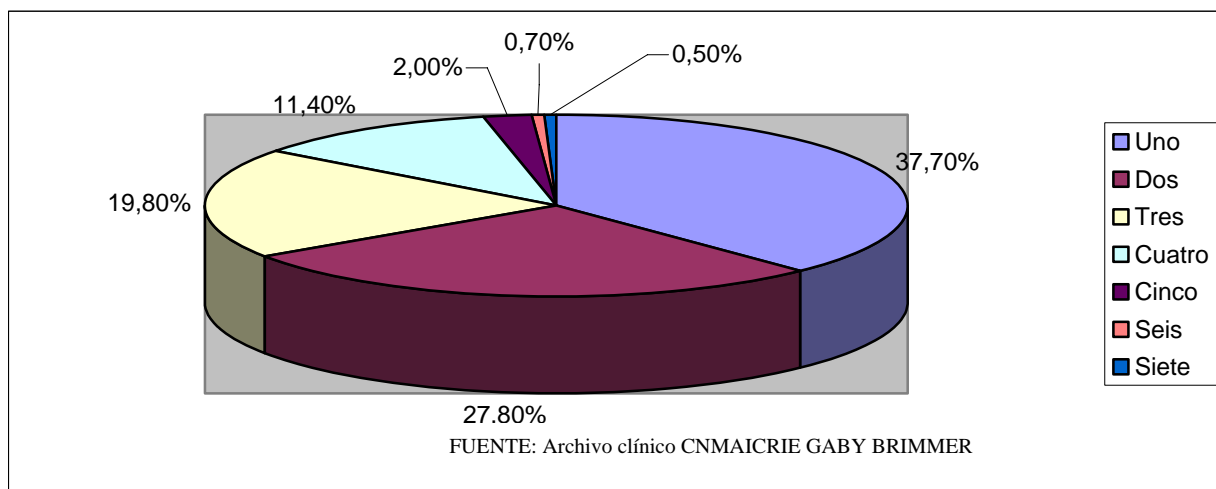
Gráfica 9. Diagnóstico actual



Fuente, archivo clínico del CNMAICRIE Gaby Brimmer

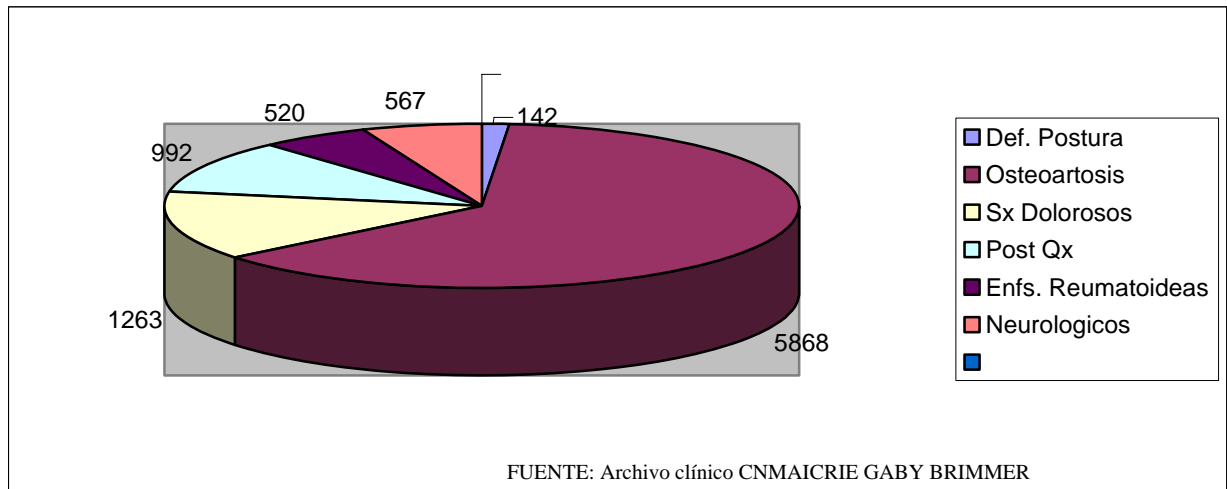
El 37.% de los pacientes estudiados solo tuvo un diagnóstico desde su ingreso hasta el día del estudio, el 27.8% tuvo 2 diagnósticos en mismo lapso de tiempo, el 29.8% tuvo 3, el 11.4% tuvo 4, el 2% 5, y menos del 1% tuvieron 6 y 7 diagnósticos. (Gráfica 10)

Gráfica 10. Número de diagnósticos por paciente



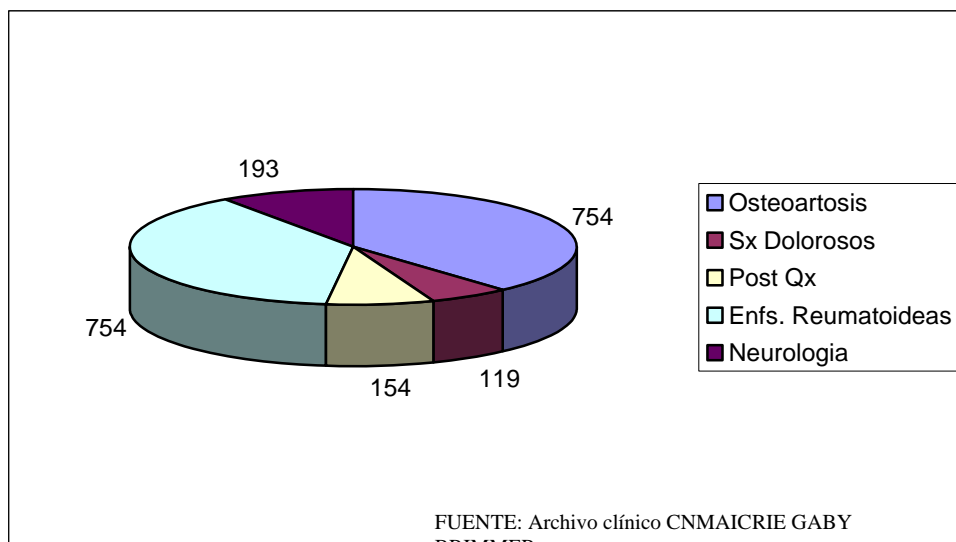
De la muestra estudiada desde su ingreso hasta el día del estudio, 117(28.6%) pacientes no recibieron ninguna sesión, 142(35.17%) recibieron solo una enseñanza al ingresar, todas las sesiones indicadas se dieron a 154(36.23%) pacientes. Se cuantificó un total de 9,597 sesiones de las cuales 5,868 (61.14%) fueron indicadas para pacientes con osteoartritis predominando las regiones corporales de la columna dorsolumbosacra con 1,878; las rodillas con 1,599 y hombros con 640 sesiones. Para síndromes dolorosos se indicaron un total de 1,263 (13.16%), por mucho la región dorsolumbosacra fue la mas tratada con 476 sesiones. Pacientes convaleciendo de cirugías traumatológicas se indicaron 992 (10.34%) predominando en este grupo las rodillas con 469 sesiones y tobillos y pies con 336 sesiones. A los pacientes con enfermedades reumatoideas se les indicaron 520 (5.42%) sesiones, 180 a rodillas, 108 columna dorsolumbar, y 102 a hombros. En pacientes neurológicos se indicaron 567 sesiones para estiramientos y 128 para ambulación y marcha (7.24%). (Gráfica 11)

Gráfica 11. Número de sesiones de Terapia Física indicadas desde su ingreso hasta el día de la revisión.



A 310 pacientes no se le indicó ninguna sesión, a 28 solo una enseñanza, por lo que las 1406 sesiones indicadas fueron para 75 pacientes. De este número de sesiones, 754(53.62%) fueron para pacientes con osteoartrosis principalmente para muñeca y mano con 428, seguido de hombros 126, y caderas 86. Para síndromes dolorosos se indicaron 119 (8.46%), a pacientes postoperados por traumatología 154 (11.0%), en enfermedades reumatoideas 183 (13%) y en pacientes neurológicos 196 (14%). (Gráfica 12)

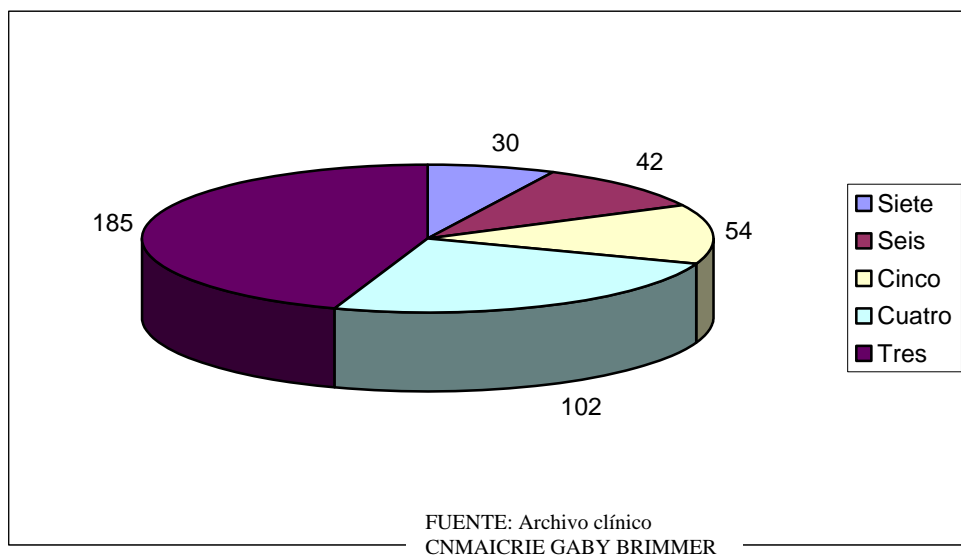
Gráfica 12. Número de sesiones de Terapia Ocupacional indicadas por padecimiento



En los 5 años estudiados en 52 (13%) de los pacientes estudiados, se prescribieron y administraron sesiones de terapia del lenguaje, sin embargo, el expediente no enumera la cantidad de sesiones recibidas.

El tiempo de estancia como pacientes del CNMAICRIE Gaby Brimmer fue de 7 años los ingresados en 2000, y así sucesivamente hasta llegar a los ingresados en 2004 que a la fecha de realizado el estudio llevaban 3 años de vigencia. (Gráfica 14)

Gráfica 14. Tiempo de estancia en el CNMAICRIE “Gaby Brimmer”



DISCUSIÓN

Este es un estudio original ya que en la literatura publicada no se encontraron estudios previos que analizaran las características epidemiológicas de la población atendida en los distintos centros de atención en nuestro país.

Podemos ver en este estudio que la población atendida en este Centro de Rehabilitación incluye ambos géneros por igual y está conformada predominantemente por escolares y preescolares (70%), esto a pesar de que se ofrece el servicio a todos los grupos etéreos desde hace 25 años; solo 37 (9%) pacientes estuvieron empleados.

El 90% de estos pacientes residen en el Distrito Federal proviniendo de las delegaciones circunvecinas, principalmente de Iztapalapa donde existe otro centro de Rehabilitación del SNDIF y el 10% provino del Estado de México de municipios que cuentan con sus propios centros de Rehabilitación como Cd. Nezahualcoyotl, Ecatepec, y Chimalhuacán. Esta población estudiada fue en un 80% soltera y de un estrato socioeconómico bajo y medio bajo clasificándose en la categoría C en un 76.5%, que es el nivel socioeconómico más bajo. Se encontró que de 13 médicos que componen la plantilla laboral, el 57.3% de estos pacientes estuvieron a cargo de 3 médicos. Existen en este centro de atención tres vertientes de ingreso, Medicina de Rehabilitación, Ortopedia, y Medicina de la Comunicación Humana, las otras especialidades solo son interconsultantes y únicamente deben tratar a los pacientes mientras estos estén bajo el tratamiento de las especialidades que ingresan ya que son

estrictamente interconsultantes, sin embargo, 58 (15.4%) de los pacientes estuvieron a cargo del grupo de médicos interconsultantes.

Los padecimientos por los que estos pacientes fueron ingresados fueron de origen musculoesquelético en 57%, enfermedades neurológicas en 38%. Estos diagnósticos son presuntivos al ingresarse por lo que al momento del estudio se registraron dos nuevas causas de atención, control de peso y talla por pediatría, y padecimientos odontológicos manejados por el servicio dental. Hubo un solo caso que se ingresó por Medicina de Rehabilitación y ha estado bajo el cargo del servicio de Psicología hasta el día del estudio. El 37.7% de los pacientes tuvo un solo diagnóstico, los que mas diagnósticos tuvieron fueron siete, que fueron solo dos pacientes. Cabe notar que de estos pacientes 117(28.6%) no recibieron ninguna sesión de terapia física y 142(35.2%) solo recibieron una enseñanza; y solo 154(36.2%) pacientes recibieron las 9,597 sesiones que se cuantificaron y la estancia en este centro de todos estos pacientes es por manejo ortésico y en algunos no se logra justificar su permanencia. La indicación de sesiones de terapia ocupacional fue mucho menor, solo se indicaron 1406 sesiones, a 28 pacientes se les indicó una enseñanza y todas las sesiones se dieron a solo 75 pacientes; a 310 no se le indicó ninguna sesión. La terapia del lenguaje se indicó en 52 pacientes pero el expediente no enumera el número de sesiones recibidas.

CONCLUSIONES

Se sugieren las siguientes medidas con el fin de optimizar el servicio acortando el diferimiento del mismo en este centro:

- 1.- Que los pacientes sean informados que su comunidad cuenta con un servicio de similar calidad, cuando este sea el caso.
- 2.- Analizar y homogeneizar criterios de alta entre todos los médicos del centro.
- 3.- Asegurar que los médicos y personal paramédico interconsultante se mantenga como tal, esto para que no se saturen los servicios.
- 4.- Determinar criterios para dar de alta a pacientes con manejo ortésico con educación tanto para el paciente como para los familiares y cita abierta en caso de necesitar reingresar al servicio en este centro.
- 5.- Consignar en el expediente el número de sesiones de Terapia del Lenguaje recibidas por cada paciente.

CONCLUSIONES

- 1.- El Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e integración Educativa "Gaby Brimmer" del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proporciona servicio a población con alguna discapacidad neuromotora, auditiva y de lenguaje.
- 2.- El servicio que proporciona el Centro fue utilizado por usuarios de ambos géneros, siendo un 10% mayor el género femenino.
- 3.- Los principales grupos etéreos atendidos fueron de 3 a 5 años y de 6 a 12, lo cual se explica en razón de que el principal diagnóstico de ingreso correspondió a los defectos de postura (32%).
- 4.- La mayor parte de la población atendida radica en el Distrito Federal provenientes de las delegaciones Iztapalapa, Coyoacán, y Álvaro Obregón.
- 5.- La cuota de recuperación asignada que predominó para el pago de los servicios otorgados fue la clasificación socio económica C, situación que corrobora que la población que se atiende en este Centro es de un nivel socio-económico bajo.
- 7.- El servicio que más ingresó pacientes fue el de Rehabilitación.
- 8.- El servicio de Medicina de Rehabilitación, contando con 7 médicos atendió al 49.1% de los pacientes, el servicio de Ortopedia integrado por un solo médico atendió al 25.9%.
- 9.- La mayoría de los pacientes contaban con uno o dos diagnósticos.
- 10.- Un área de oportunidad está representada por los pacientes a quienes no se les proporcionó ninguna sesión en el área de terapia física (28.6%).

11.- En la cuarta parte de los casos estudiados se indicó terapia ocupacional y la principal causa de atención fue la osteoartrosis.

12.- No se pudo establecer el número de sesiones indicadas para terapia de lenguaje, debido a que no está consignado.

3.- Ley General de Salud Educ 2007, Título 3°, Capítulo IV, Art. 51, c. 23

4.- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1988, para la atención integral a personas con discapacidad

REFERENCIAS:

- 1.- Ley General de Salud Edic 2007, título 3º bis, Capítulo I, Art 77-bis-1. p. 27.1).
- 2.- Ley General de Salud Edic 2007, título 3º, Capítulo I, Art 25 y 27, p 18.
- 3.- Ley General de Salud Edic 2007, título 3º, Capítulo IV, Art 54, p 23.
- 4.- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.
- 5.- Programa Nacional de Salud 2001-2006. Políticas y estrategias en materia de asistencia social.
- 6.- Reglas de Operación del Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia. Diario Oficial de la Federación; Miércoles 22 de Febrero del 2006.
- 7.- Ley de Asistencia Social 2004. Capítulo VI, artículos 27-43 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Diario Oficial de la Federación: Jueves 2 de Septiembre del 2004.
- 8.- Ley de Asistencia Social 2004. Capítulo II, artículo 3 Disposiciones generales.
- 9.- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Políticas y estrategias en materia de asistencia social. Poder Ejecutivo Federal.
- 10.- Programa Institucional Anual 2006.
[http://www.dif.gob.mx/CONTENIDOS%20en%20portal/Planeacioninstitucional/Programa nacional de salud.pdf](http://www.dif.gob.mx/CONTENIDOS%20en%20portal/Planeacioninstitucional/Programa%20nacional%20de%20salud.pdf)
- 11.- Ficha Técnica del Centro Nacional Modelo de Atención para la Rehabilitación e Integración Educativa Gaby Brimmer.

- 12.- Manual de Procedimientos para la Atención Médica y Paramédica de Usuarios 2006 del Centro Nacional Modelo de Atención para la Rehabilitación e Integración Educativa Gaby Brimmer .MPRA-CGB-VT-01
- 13.- Manual de Procedimientos para el Servicio de Integración Educativa 2006 del CNAMARIE Gaby Brimmer MPRA-CGB-IE-01
- 14.- Hoja de tiempos y movimientos de CNMAICRIE Gaby Brimmer 2006.
- 15.- Valdivia M: Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Perú. *Health Policy and Planning*; 17 (supplement 1): 12-19.
- 16.- García C H, Cieza C J, Alvarado B B: Los costos de las altas médicas no efectivizadas en un hospital de Lima, años 2001 y 2002. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2003;20(2): p. 97-101.
- 17.- Diagnóstico Situacional del CNMAICRIE Gaby Brimmer.
- 18.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia, 1964 con enmiendas de Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, y Tokio 2004.
- 19.- Mendoza Núñez V M, Romo Pinales M R, Rodríguez Sánchez M A, Hernández Zavala M S: Introducción a la Metodología. UNAM 2002. Unidad II; p 39-106.