



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

**TEMA: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL ÁREA DE
NEUROLOGÍA DE LA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA ENES
UNIDAD LEÓN DE LA UNAM**

FORMA DE TITULACIÓN: TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN FISIOTERAPIA**

P R E S E N T A:

AURORA PATRICIA DEL RÍO CRESPO



**TUTOR: DRA. ALINE CRISTINA CINTRA VIVEIRO
ASESOR: DR. JESÚS EDGAR BARRERA RESÉNDIZ
LEÓN, GUANAJUATO. AGOSTO 2016**



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.

DEDICATORIAS

A mi esposo quién siempre hace que las cosas sucedan, por ser cultivador que a mi espíritu hace florecer.

A mis hijos, Froy y Jon por ser mi trascendencia, mi orgullo y mi alegría.

A mis maestros, por ser ejemplo y modelo de lo que un profesional en fisioterapia podría ser.

A mis pacientes, quienes me motivan a ser y ejercer con pasión la fisioterapia neurológica.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México
por ser cuna de ilustrísimas personas.

Al Dr. José Narro Robles, ex Rector
por su carisma y natural desempeño como líder acorde con la institución.

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la UNAM,
por ser formadora de fisioterapeutas en territorio leonés.

Al Mtro. Javier de la Fuente Hernández, director de la ENES Unidad León
de la UNAM por demostrar con acciones ser incluyente y solidario con la
comunidad universitaria y su entorno.

Al Dr. Jesús E. Barrera Reséndiz por su capacidad de comunicación y
persuasión.

Mi especial agradecimiento a la Dra. Aline Cristina Cintra Viveiro por
haberme influenciado, motivado, inspirado y considerado para emprender
y lograr la culminación del proyecto de titulación.

“La gratitud es la memoria del corazón”. -Lao Tse

INDICE

RESUMEN	5
CAPÍTULO 1	7
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 2	9
MARCO TEÓRICO	9
<i>Epidemiología</i>	9
<i>Discapacidad</i>	10
<i>Discapacidad y Enfermedades No Transmisibles</i>	11
<i>Adherencia al tratamiento</i>	12
<i>Diagnóstico</i>	12
<i>Fisioterapia Neurológica</i>	14
CAPÍTULO 3	16
ANTECEDENTES	16
CAPÍTULO 4	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
<i>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</i>	23
CAPÍTULO 5	24
JUSTIFICACIÓN	24
CAPÍTULO 6	25
OBJETIVOS	25
<i>Objetivo general:</i>	25
<i>Objetivos específicos:</i>	25
CAPÍTULO 7	26
METODOLOGÍA	26
CAPÍTULO 8	29
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIÓN	49
SUGERENCIAS	49
REFERENCIAS	51
Anexo 1	56
HISTORIA CLÍNICA	56
ANEXO 2	62
ABREVIATURAS	62

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre adultos mayores, también debido al aumento mundial de ENT, considerada epidemia por la cantidad de muerte y discapacidad que provocan, requieren de tratamiento a largo plazo donde la adherencia es importante. También del diagnóstico médico previo para su control y del diagnóstico fisioterapéutico para determinar el déficit funcional, afectan al SN y el fisioterapeuta neurológico con formación específica, facilita que los niveles de discapacidad se reduzcan notablemente. **OBJETIVO:** Analizar los datos epidemiológicos de las HC del ANCFEU. **METODOLOGÍA:** Estudio transversal, observacional, descriptivo, sin dirección causal. Selección de las HC de pacientes de la CFEU durante octubre 2013 a septiembre 2015, del área de fisioterapia neurológica. Diseño de una base de datos lógica, ordenada y relacional. Variables: Pacientes evaluados por año, excluidos de terapia, ingresados sin asistir a terapia, acudieron a terapia, lugar de residencia, género, baja terapéutica, causas de abandono de tratamiento, en terapia a la fecha de corte, adultos y menores de edad, diagnósticos médicos y fisioterapéuticos de pacientes adultos. **RESULTADOS:** Pacientes valorados 432, ingresados 416, acudieron a terapia 371, residen en Guanajuato 423 de ellos 374 en León, 245 masculinos, 307 bajas, 135 encuestados por motivo de inasistencia, reportando 38 lejanía, 309 adultos, 125 tomaron entre 1 y 10 terapias, -diagnósticos médicos más frecuentes en adultos: (89) EVC, (49) PFP, (29) NPT, (26) LM, (18) PC, (14) TCE, (9) PKNS, (6) NPLS, (6) EM, (5) ELA, -diagnósticos fisioterapéuticos por enfermedad, -diagnósticos fisioterapéuticos más frecuentes en adultos: hemiparesias (142), trastornos de marcha (47), cuadriparesia (26), paraparesia (20), paraplejía (18), cuádruplejía (8), -diagnóstico médico por déficit funcional. **CONCLUSIÓN:** Las características de la población del ANCFEU fueron; predominantemente residentes de León, del género masculino y adultos, se encontró a la lejanía como la principal

causa de abandono terapéutico, los diagnósticos funcionales y médicos de mayor demanda fueron hemiparesias y enfermedad vascular cerebral.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Epidemiología, discapacidad, enfermedades no transmisibles y fisioterapia son términos que evidentemente se relacionan en diversos aspectos, tanto por áreas de conocimiento cómo por áreas de atención, seguimiento y participación.

Primero tenemos a la *epidemiología* como la gran generadora de hipótesis a partir de las observaciones que se realizan en diversos grupos poblacionales, después podemos mencionar a la *discapacidad* como una consecuencia de diversas situaciones, sin duda una de ellas son en un momento dado las enfermedades no transmisibles (ENT), como las metabólicas y cardiovasculares (1); aunque las características de la discapacidad varían por grupo poblacional por tendencias de factores ambientales como los accidentes, abuso de sustancias y hábitos alimenticios. Los cambios epidemiológicos que actualmente vivimos se caracterizan por el crecimiento en la proporción de adultos mayores y de las ENT, que han ocasionado el aumento en la prevalencia de la discapacidad (2).

Estas tendencias han provocado que ahora se le dedique especial atención a las determinantes de las enfermedades no infecciosas, por lo que resulta indispensable identificar los factores relacionados; sin duda los factores ambientales han sido los más representativos en la propagación de las ENT. El trabajo epidemiológico de reunir y analizar datos, antecedentes comunes, factores de riesgo, edad, sexo, entre otros, en los individuos afectados es importante para la prevención y control de la enfermedad, también se debe conocer el momento durante el cual ocurre la enfermedad para definir las estrategias y métodos, de manera

tal que se tendrá una mejor preparación para pretender lograr el fin último de la epidemiología: promover y proteger la salud de la población (3).

Es indudable la relación directa entre la epidemiología de las ENT y la epidemiología de la discapacidad, dado que puede entenderse a una como consecuencia de la otra. Así mismo, la discapacidad que provocan las ENT involucra muchas veces al movimiento, que es un elemento esencial para la salud y del bienestar, depende de la función integrada y coordinada del paciente, lo que representa el eje central en la práctica profesional de la fisioterapia (4).

El *fisioterapeuta* mediante el proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades encontradas y estudiadas, establece deducciones que permiten realizar un plan de tratamiento en función de las necesidades observadas y emite un diagnóstico fisioterapéutico, que no ha de confundirse con el proceso de valoración (5). Por otra parte, en cuanto a la adherencia al tratamiento, es decir, lograr que los pacientes sigan las indicaciones durante periodos prolongados, tal como lo demandan las ENT por ser de naturaleza crónica, resulta determinante la asistencia terapéutica en el éxito del tratamiento (6).

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Epidemiología

La definición de epidemiología que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas (ONU) describe que *“Es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de esos estudios en la prevención y control de los problemas de salud”* (7).

La definición citada considera la situación actual, permite abarcar una etapa en la que estamos viviendo una evolución científica y un cambio en el nivel de vida de la población, a una velocidad mayor, nunca antes vista, por lo que se ha modificado el tipo de enfermedades que afectan en mayor número y más gravemente a las personas (2).

Lechat y Mazzafero (8), desde 1976 establecen una definición en donde involucran al ambiente como el promotor de la diferencia entre salud y enfermedad ya que textualmente definen que la Epidemiología *“es la ciencia encargada del estudio de los aspectos ecológicos que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en grupos humanos, a fin de establecer las causas, mecanismos y procedimientos tendientes a promover y mejorar la salud”*, por lo que, desde entonces la definición sugiere un sentido más amplio en cuanto a los factores determinantes en este tipo de enfermedades.

Por otra parte, la epidemiología como disciplina básica de la salud pública y de la medicina clínica, dado que sus conocimientos pueden y deben ser aplicados al control de problemas de salud en ambos campos, permite la

clasificación de epidemiología general o de salud pública y epidemiología clínica, esta distinción obedece a la porción de la historia de la enfermedad que es estudiada por cada una de ellas. La importancia de las investigaciones en epidemiología radica en aspectos relacionados con la transición entre la salud y la enfermedad. La historia natural de una enfermedad es el conjunto de sucesos que van desde que un sujeto o grupo de sujetos es expuesto a las primeras causas de una enfermedad hasta que ésta se desarrolla y finalmente se resuelve con la curación total, la curación con secuelas o la muerte (9).

La *epidemiología de salud pública* estudia la primera parte de ésta cadena de sucesos, es decir, la frecuencia y distribución de la enfermedad y sus determinantes, factores de riesgo o protección, para lo cual estudia sujetos sanos a los que se observa cómo se enferman. La *epidemiología clínica* estudia la frecuencia y distribución de las consecuencias de la enfermedad y sus determinantes, los factores pronósticos, para lo cual se estudian sujetos enfermos en los que se miden factores pronósticos y los sigue para observar la evolución de la enfermedad (9).

Éstas investigaciones, pueden ser llevadas a cabo a través de estudios descriptivos o analíticos, no obstante, en ésta clasificación es necesario considerar que éstos estudios epidemiológicos descriptivos proveen un nivel de análisis no exento de complejidad y son grandes proveedores de hipótesis con los que cuenta la epidemiología puesto que han contribuido en importantes problemas de salud (8, 10).

Discapacidad

La discapacidad cobra tal importancia que se considera como “*Una prioridad en materia de derechos humanos y de desarrollo*”, así se declara en el IMD (2), la intención de presentar este informe fue para facilitar entre otras cosas, la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) que entró en

vigor en mayo de 2008, siendo la primera convención de carácter integral sobre éste tema y primer tratado sobre derechos humanos del siglo XXI. El IMD fue presentado en Buenos Aires, Argentina el 17 de diciembre de 2012 y refiere que en el mundo existen mil millones de personas con discapacidad y en los próximos años, será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando (11).

Por otra parte la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación, por lo tanto la discapacidad denota aspectos negativos de la interacción entre las personas con un problema de salud y factores personales y ambientales (12).

Discapacidad y Enfermedades No Transmisibles

La población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, otro indicativo de una mayor prevalencia de la discapacidad, es debido al aumento mundial de enfermedades crónicas (EC) tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer. La OMS considera que la prevención de éstas enfermedades es una inversión vital, pues se trata de ENT y afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes y perturban en gran manera, obligando al paciente a modificar su modo de vida, así como su entorno familiar y social (1,13).

Es importante citar que el 80% de las defunciones por EC ocurren en los países de ingresos bajos y medios y es donde vive la mayor parte de la población mundial, por lo tanto a las EC se les considera una epidemia invisible que crece constantemente y que se encuentran unidas en un círculo vicioso con la pobreza por obstaculizar el desarrollo económico y ser los pobres los más vulnerables por tener menos acceso a los servicios

de salud, esto nos señala una realidad mundial en donde cada vez mueren más personas y muchos millones más quedan discapacitados a consecuencia de ellas (14, 15).

Adherencia al tratamiento

Es “el grado en que el comportamiento corresponde con las recomendaciones acordadas por el terapeuta” siendo deficiente se atenúan los beneficios clínicos reduciendo efectividad al tratamiento (6). Algunos estudios refieren que los factores socioeconómicos son los de mayor incidencia en el abandono del tratamiento (16, 17, 18, 19). Éstos incluyen: lejanía, costo elevado de transporte, pobreza, conflictos sociales, analfabetismo, bajo nivel educativo y problemas laborales, obligando al paciente a elegir entre cubrir necesidades básicas o continuar con su tratamiento, el cuál inicia con intervenciones terapéuticas durante sus visitas, conduciéndolos para adquirir conductas motrices acordes con el proceso normal del desarrollo motor, obedeciendo a los principios de progresión del desarrollo y progresión del movimiento, respetando el orden de aparición con variación en el tiempo de adquisición (20).

Diagnóstico

El diagnóstico fisioterapéutico tiene como objetivos evaluar deficiencias y discapacidades en la función física relacionada con el sistema neurológico y cardiopulmonar, para determinar un plan de tratamiento funcional óptimo, teniendo como marco de referencia a la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) junto con la clasificación internacional de enfermedades (CIE) (21).

Con frecuencia el paciente es referido a fisioterapia con un diagnóstico médico, el cual se inscribe en su historia clínica para posteriormente

inscribir el diagnóstico fisioterapéutico que dependerá de la valoración realizada al paciente. El concepto de diagnóstico se desarrolla a partir de la práctica actual de la fisioterapia en diversos países, considerando a los pacientes, teniendo en cuenta las observaciones clínicas y legales del sistema de salud así como los modelos de diagnóstico existentes (5, 22, 23, 24).

De acuerdo con Hèbert (22) de la orden profesional de fisioterapeutas de Quebec (OPPQ), los criterios generales para el diagnóstico en fisioterapia, serían: sentido común (sin olvidar la perspectiva y diferenciar entre la perspectiva fisioterapéutica y médica). Útil y comprensible para todos es una herramienta para la comunicación de información relevante. Evolutivo acorde con el avance de la disciplina, la profesión y la sociedad.

- Aplicable a todos los sistemas a todos los pacientes, contextos y lugares de práctica. Consistente con una práctica basada en evidencia científica.
- Basado en el uso de herramientas de diagnóstico y pruebas, reconociendo el alcance de la práctica de la fisioterapia y cualquier otra información pertinente disponible.

El diagnóstico en fisioterapia se compone de dos partes una es el proceso y la otra la redacción. En el proceso se realiza la recopilación de datos, la utilización de las clasificaciones existentes, la confirmación de hipótesis y en un momento dado pudiera surgir la pregunta si referir a otro profesional. Durante la redacción se hace uso del conjunto de descriptores de diagnóstico lo cual conduce a la creación de una etiqueta diagnóstica lo suficientemente detallada como para establecer un pronóstico y orientar intervenciones, teniendo en cuenta todas las dimensiones de la persona incluyendo sus factores de riesgo (23, 24).

Las interacciones con el proceso de diagnóstico en fisioterapia, inicia cuando el paciente llega, ya sea referido por algún otro profesional de la salud o directamente, el proceso se lleva a cabo por medio del

razonamiento clínico en todo momento y a través de la utilización de una clasificación válida, para que de esta manera se llegue a determinar la deficiencia funcional del movimiento, en una fase posterior se lleva a cabo la redacción, es decir la descripción breve de ésta deficiencia que ha sido encontrada, Figura 1.

Una vez que se obtiene un diagnóstico fisioterapéutico, mediante los registros, revaloraciones, pronóstico y plan de tratamiento, después de razonamiento clínico; de ser necesario se referirá al paciente a un médico especialista u otro profesional de la salud, dependiendo de la evaluación de la intervención o de los antecedentes analizados para el diagnóstico (22).

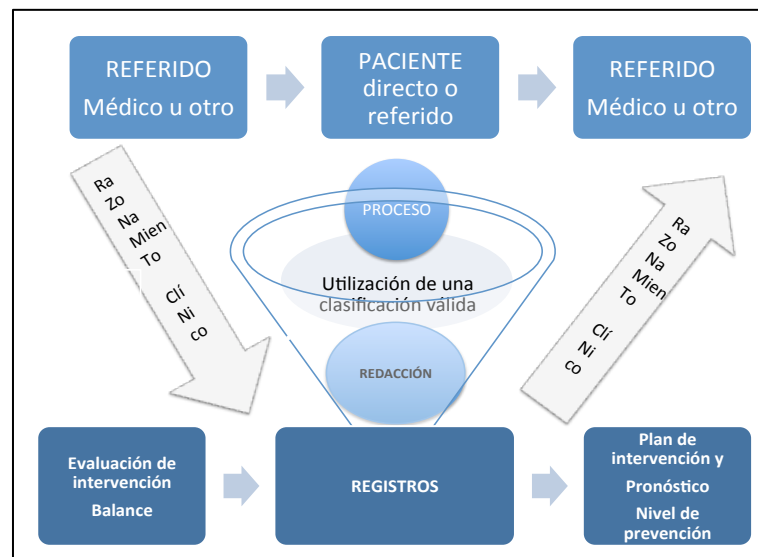


Figura 1. Diagnóstico Fisioterapéutico. Modificado de OPPQ Hèbert, 2009 (22).

Fisioterapia Neurológica

Como una rama de la fisioterapia se encarga del tratamiento especializado de las afectaciones del sistema nervioso que involucran al movimiento, en traumatismos, enfermedades crónicas y no transmisibles tales como: Enfermedad Vasculat Cerebral (EVC), Lesión Medular (LM), Esclerosis Múltiple (EM), entre otras. En México así como en el resto del mundo estas afecciones van en aumento (1, 15).

Como una forma de dar respuesta a la situación social actual debe proporcionarse atención especializada y de calidad con la existencia de unidades específicas de fisioterapia neurológica en donde los fisioterapeutas poseen una formación específica en el área, incidiendo así en un notable aumento de la calidad de los tratamientos prestados a los usuarios del sistema de salud, con ésta organización en el trabajo se facilita que los niveles de discapacidad en el paciente neurológico se reduzcan de manera considerable produciéndose un efecto muy positivo en la repercusión de los recursos económicos del país (25).

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES

La OMS ha llevado a cabo diversas gestiones para la atención de las ENT y de las personas con discapacidad, desde 2005 se sabe del impacto creciente y sostenido que las EC reflejan sobre todo en los países de ingresos bajos y medios, lo cual hace necesario prevenir y comprender la importancia de éstas enfermedades para tener un mejor control y manejo de ellas, entre los efectos adversos que causan se encuentran; el deterioro en la calidad de vida, muertes prematuras, discapacidad y elevados costos que implican (13, 14).

Ante esta perspectiva, en 2008 se lleva a cabo la Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) con el propósito de promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales, incluyendo las deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás (26).

En estos momentos se tiene conocimiento de que una consecuencia en el aumento de las EC es un incremento de personas con discapacidad y por lo tanto para el 2012, se cuenta con el Informe mundial de Discapacidad (IMD), en donde se asegura que su prevalencia va en aumento como consecuencia del envejecimiento poblacional y el aumento de las EC (2,27).

El Informe sobre la situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles (IMENT) del 2014, enfatiza el hecho de que la mayoría de éstas enfermedades son prevenibles con políticas gubernamentales que faciliten adoptar modos de vida saludables y exhorta a mantener y

acrecentar tanto las políticas como los países, para que participen ejerciendo su liderazgo, avanzando en la cobertura sanitaria universal.

El IMENT, dirigido a los ministros de salud, contiene información de las metas mundiales de aplicación voluntaria y la manera de intensificar esfuerzos nacionales para alcanzarlas en forma sostenible, contiene estimaciones de referencia del 2010 sobre mortalidad y factores de riesgo para presentar informes a la OMS a partir de 2015 sobre los progresos en el logro de las metas establecidas para el 2025, pero lo más importante, es que la comunidad internacional tiene hoy la oportunidad de cambiar el curso de la epidemia de ENT (1).

En resumen los esfuerzos a nivel mundial que se han llevado a cabo en este sentido, para atender las enfermedades crónicas y la discapacidad, se muestran en una línea en el tiempo con las publicaciones que en el mundo se han realizado en torno a las ENT y la discapacidad (Figura 2. y Tabla 1.).



Figura 2. Línea de Tiempo, enfermedades no transmisibles y discapacidad a nivel mundial.

PEC	Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital
CDPD	Convención para los derechos de las personas con discapacidad
IMD	Informe mundial de Discapacidad
IMENT	Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles

Tabla 1. Nomenclatura, enfermedades no transmisibles y discapacidad a nivel mundial.

Todos éstos informes mundiales han sido emitidos para promover y motivar, dirigir y orientar las políticas y programas en materia de salud de

diversos países, así como para que los gobiernos y la sociedad civil incluyan la discapacidad como un asunto necesario en el desarrollo y trabajar sobre políticas públicas que apuesten a la inclusión plena y la autonomía de las personas con discapacidad (1, 27).

A nivel nacional en un esfuerzo por atender la problemática actual de salud, se han creado diversos organismos y se han llevado a cabo encuestas y programas; en el 2005 se crea el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) con la promulgación de la Ley General de las Personas con Discapacidad, el reto en el ámbito de políticas públicas es sensibilizar sobre las personas con discapacidad para lograr una sociedad incluyente (28).

En el 2010, 5 personas de cada 100 presentan alguna limitación física o mental y de acuerdo con el tipo de discapacidad, por cada 100 personas discapacitadas, 58 de ellas tienen dificultades para moverse (29). Durante este mismo año, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) realiza la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) en donde se incluyó la percepción de la población ante algunos fenómenos de discriminación para la población con discapacidad y la propia opinión de la población con discapacidad (30).

La ENADIS se ha realizado en 2005 y 2010, lo cual permitió tener un comparativo; los objetivos de la encuesta 2010, realizada por CONAPRED y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM fueron; recoger la percepción sobre discriminación en el país, explorar la opinión personal en doble papel, es decir, discriminadas o discriminadoras y ofrecer una visión amplia acerca de las percepciones sobre el tema entre la población en general, desde la óptica de distintos grupos sociales (31).

Por otra parte la Encuesta Nacional de Percepción de la Discapacidad (ENPDIS) 2010, es la primera encuesta específica sobre discapacidad en México y los resultados representan insumos para orientar las políticas públicas hacia el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad y la edificación de un entorno justo, para que los interesados encuentren evidencia que apoye aquellas decisiones que nos lleven a respetar la diferencia y a construir una sociedad más incluyente (32).

El 21 de febrero de 2011, la Secretaría de Relaciones Exteriores hizo un exhorto a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y sus análogas en las entidades federativas para constituirse en mecanismo nacional de monitoreo de la aplicación de la CDPD, a lo que la CNDH respondió mediante la creación de la Dirección General de Atención a la Discapacidad (DGAD) (33).

En 2012 las encuestas ENIGH Y ENSANUT proporcionaron algunos datos necesarios para realizar proyecciones demográficas y de materia de salud respectivamente con lo cual se podrían identificar los logros y señalar los retos ha enfrentar (34, 35).

El Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (PNDIPD) 2014 a 2018 tiene como objetivos: impulsar la realización de políticas públicas que garanticen el pleno ejercicio de los derechos de la población con discapacidad, generar una cultura de discapacidad en la vida nacional, transformar el entorno público, social y privado y promover el cambio cultural y de actitud en el gobierno y la sociedad respecto de las personas con discapacidad (11).

Un resumen de los esfuerzos a nivel nacional que se han llevado a cabo en este sentido, para atender las EC y la discapacidad, se muestra como una línea en el tiempo, fig. 2., la nomenclatura utilizada de los consejos,

encuestas y programas que a nivel nacional se han realizado se muestra en la tabla 2.



Figura 3. Reseña en el tiempo en materia de discapacidad a nivel nacional.

CONADIS	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONAPRED	Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad
ENADIS	Encuesta Nacional sobre Discriminación
ENPDIS	Encuesta Nacional de Percepción de la Discapacidad
DGAD	Dirección General de Atención a la Discapacidad
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
PNDIPD	Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad

Tabla 2. Nomenclatura sobre discapacidad a nivel nacional.

En Guanajuato en el 2010 las cifras que proporciona el INEGI reportan que la limitación de la movilidad es la discapacidad más frecuente en el estado, siendo que por cada 100 personas con alguna limitación más de 50 tienen problemas para moverse o caminar. El total de personas con alguna dificultad física o mental es de 299, 876, la posibilidad de padecer una limitación se incrementa con la edad y ésta es la segunda causa de discapacidad, la principal causa son las enfermedades (37.9%) y se especula en éste informe que sean las crónico degenerativas (36).

En éste mismo 2010, se promulga la Ley de inclusión para las personas con discapacidad en el estado de Guanajuato con disposiciones de orden público e interés social para la equiparación de oportunidades y atención de las personas con discapacidad en el estado (37).

El resumen de las instancias a nivel estatal y la nomenclatura de los consejos, encuestas y programas que se han realizado en atención a estas recomendaciones por organismos mundiales y nacionales se

pueden observar a continuación, fig. 4., Tabla 3.

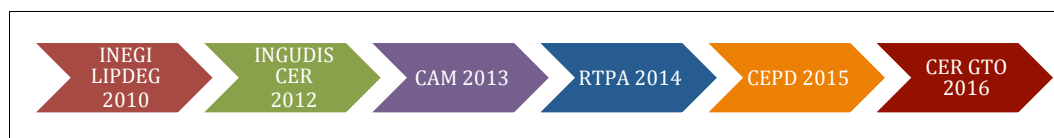


Figura 4. Breve reseña en el tiempo sobre los esfuerzos a nivel estatal en materia de discapacidad.

INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
LIPDEG	Ley de inclusión para las personas con discapacidad en el estado de Guanajuato
INGUDIS	Instituto guanajuatense para las personas con discapacidad
CER	Centro Estatal de Rehabilitación
CAM	Centros de Atención Múltiple
RTPA	Red de Transporte Público Adaptado del Instituto Guanajuatense para Personas con Discapacidad.
CEPD	Centro estatal de personas con discapacidad
CERGTO	Centro Estatal de Rehabilitación inicia construcción en Guanajuato.

Tabla 3. Nomenclatura en materia de discapacidad a nivel estatal.

Adicionalmente y atendiendo a las necesidades ya identificadas en el Censo de Población y Vivienda Guanajuato 2010, se crea en 2012, el Instituto Guanajuatense para las Personas con Discapacidad (INGUDIS) y se abre el Centro Estatal de Rehabilitación (CER) en Irapuato, en el cual, dentro de los servicios que proporciona se enlista la neuroterapia (38).

También se cuenta con los Centros de Atención Múltiple (CAM) que son 38 en todo el estado y ofrecen educación especial a personas con algún tipo de discapacidad, se encuentran repartidos en 38 municipios (39). Además existe una red de transporte público adaptado (RTPA) que forma parte del INGUDIS y cuenta con 87 unidades para dar el servicio a 45 municipios (40).

En Silao, Guanajuato se inaugura el 3 de diciembre de 2015 el Centro estatal de personas con discapacidad (CEPD), sede del INGUDIS y cuenta con un módulo de adiestramiento para el manejo de silla de

ruedas, instalaciones para capacitación en uso de lengua de señas mexicana, ayudará también a una vida independiente a personas con discapacidad visual (41).

Además el 5 de febrero del presente año inició la construcción del Centro Estatal de Rehabilitación Guanajuato, se ubicará en las instalaciones del Parque Guanajuato Bicentenario. Es un edificio de un solo nivel, contará con 8 consultorios, vestíbulo, sala de espera, módulo de atención, plaza de acceso, área de rehabilitación en la que tendrá archivo médico, áreas de enfermería y coordinación, diatermia, terapia cardio-respiratoria, electroterapia y lokomat (42).

CAPÍTULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cantidad de personas con discapacidad o déficit funcional va en aumento tanto a nivel mundial como nacional y estatal, debido principalmente al incremento del envejecimiento de la población, lo que conduce al padecimiento de enfermedades. Por otra parte los avances tecnológicos en el diagnóstico médico, permiten que cada vez se diagnostiquen en mayor cantidad y antelación las lesiones neurológicas en personas cada vez más jóvenes (1, 2, 11).

La fisioterapia neurológica encargada del tratamiento especializado en las lesiones del sistema nervioso que afectan al movimiento, presta asistencia en enfermedades como: enfermedad vascular cerebral, lesión medular, neuropatías, entre otras, por lo que es responsabilidad de ésta área del conocimiento dar respuesta a esta situación social donde se tiene una formación específica incidiendo así en el aumento en la calidad de los tratamientos logrando facilitar la reducción de los niveles de discapacidad en el paciente neurológico de manera notable (43).

Con lo anteriormente expuesto, resulta indispensable cuantificar las características de los pacientes que acuden a valoración en ésta área de atención de la clínica a fin de hacer en un futuro y en base a éste conocimiento, una mejor administración de recursos humanos y materiales, y coadyuvar para la planeación estratégica de nuevos proyectos e investigaciones acorde con los intereses y necesidades de la población estudiada.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuales son las características epidemiológicas de los pacientes valorados en el área de fisioterapia neurológica en el periodo de octubre 2013 a septiembre de 2015 de la clínica de fisioterapia ENES Unidad León de la UNAM?

CAPÍTULO 5

JUSTIFICACIÓN

En éste trabajo se han observado y analizado las Historias Clínicas (HC), realizando la descripción de variables sin considerar hipótesis causales u otras, de éste estudio derivarán eventuales hipótesis susceptibles de ser verificadas en una fase posterior.

Conocer la realidad epidemiológica en el Área de Neurología de la Clínica de Fisioterapia ENES Unidad León de la UNAM (ANCFEU) permite contar con un camino y marco de referencia para coadyuvar en la toma de decisiones, en la identificación de las necesidades relacionadas con la discapacidad y por consiguiente con la fisioterapia neurológica para manejo, control y tratamiento, así como la prevención para orientar aspectos administrativos y clínicos, ayudando en el planteamiento racional del cuidado de la salud y la prestación del servicio.

La Clínica de Fisioterapia ENES Unidad León de la UNAM (CFEU), cuenta con un área específica de fisioterapia neurológica con personal que reúne las características especializadas de capacitación y entrenamiento en éste tipo de atención, la fisioterapia neurológica es una de las protagonistas en la organización de los servicios dentro de la clínica. Así el fisioterapeuta neurológico consiente de la problemática actual bajo una filosofía terapéutica y asistencial participa atendiendo los padecimientos del área de neurología, en particular de los adultos que resultan altamente discapacitantes y de ahí la importancia de su tratamiento, seguimiento y búsqueda de nuevas técnicas de atención fisioterapéutica en el área de neurología, que inicia con el conocimiento de la población involucrada.

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar los datos epidemiológicos arrojados por las historias clínicas del área de neurología de la clínica de fisioterapia de la ENES Unidad León de la UNAM, durante el periodo comprendido entre octubre de 2013 y septiembre de 2015.

Objetivos específicos:

1. Cuantificar el total de pacientes valorados, pacientes en terapia, las altas y bajas terapéuticas hasta la fecha de corte.
2. Determinar el lugar de residencia, género y cantidad de adultos y menores de edad.
3. Identificar la adherencia al tratamiento en cuanto al número de terapias por pacientes adultos y las causas de abandono al tratamiento de los pacientes encuestados.
4. Diferenciar los diagnósticos médicos y fisioterapéuticos de mayor demanda en pacientes adultos.

CAPÍTULO 7

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo, sin dirección causal.

Selección de la muestra

Se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la Clínica de Fisioterapia ENES Unidad León de la UNAM, durante el periodo comprendido entre octubre de 2013 a septiembre de 2015, del área de fisioterapia neurológica.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a las historias clínicas de pacientes que acudieron a solicitar el servicio al área de fisioterapia neurológica, durante el periodo comprendido entre octubre de 2013 a septiembre de 2015.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las historias clínicas de los pacientes de las áreas de ortopedia y geriatría y las de neurología con fecha posterior a 30 de septiembre de 2015.

Aspectos éticos

Todas las historias clínicas incluidas en el estudio tenían el consentimiento informado firmado por cada paciente atendido (Anexo 1).

Proceso de evaluación de datos

El presente estudio inició con el diseño exclusivo de la base de datos en el programa ACCESS 2010 de Microsoft como instrumento para la recolección digitalizada de datos, tomando en cuenta las necesidades y los datos disponibles de acuerdo con la HC (Anexo 1) que se utiliza en el ANCFEU para abrir expediente a los pacientes que acudieron solicitando el servicio de fisioterapia.

Éste diseño permitió tener acceso desde un inicio a los gráficos y datos para su manejo estadístico haciendo la captura amigable, promoviendo el mínimo de errores de captura y aumentando la eficiencia. La base de datos se conceptualizó de manera lógica, ordenada y relacional. Durante el periodo comprendido entre octubre de 2013 a septiembre de 2015, se incluyeron a los pacientes admitidos en el ANCFEU considerando enfermedades del sistema nervioso central o periférico.

Variables estudiadas

Las variables consideradas para el estudio fueron (Figura 6):

- Pacientes evaluados por año;
- Pacientes que no ingresan a terapia;
- Pacientes que fueron ingresados pero no asistieron a terapia;
- Pacientes que acudieron a terapia;
- Lugar de residencia, por estado y municipio;
- Género;
- Inasistencia terapéutica;
- Causas de abandono de tratamiento en los pacientes encuestados;
- Pacientes en terapia en la fecha de corte de octubre de 2015;
- Pacientes adultos y menores de edad;
- Cantidad de terapias;
- Diagnósticos médicos y fisioterapéuticos de la población adulta;



Figura 6. Variables por sectores de la población estudiada.

El total de la población estudiada incluyó pacientes adultos y menores de edad que acudieron a ser valorados, sin embargo se encontró que la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio son adultos, por este motivo se profundizó el estudio en esta población.

Se registraron las visitas de cada paciente adulto mediante las notas de evolución encontradas en sus expedientes. También se realizó en pacientes adultos un análisis de los diagnósticos médicos y fisioterapéuticos de mayor demanda. Las enfermedades que padecían los pacientes estaban especificadas en el diagnóstico médico, las deficiencias del movimiento o discapacidad fueron determinadas y especificadas en el diagnóstico fisioterapéutico. Las causas de abandono se confirmaron vía telefónica ya que en los expedientes no estaban especificadas. En la fecha de corte, que corresponde al final de septiembre de 2015 se revisó la cantidad de bajas y altas terapéuticas, además de los pacientes que se encontraban en terapia en ese momento.

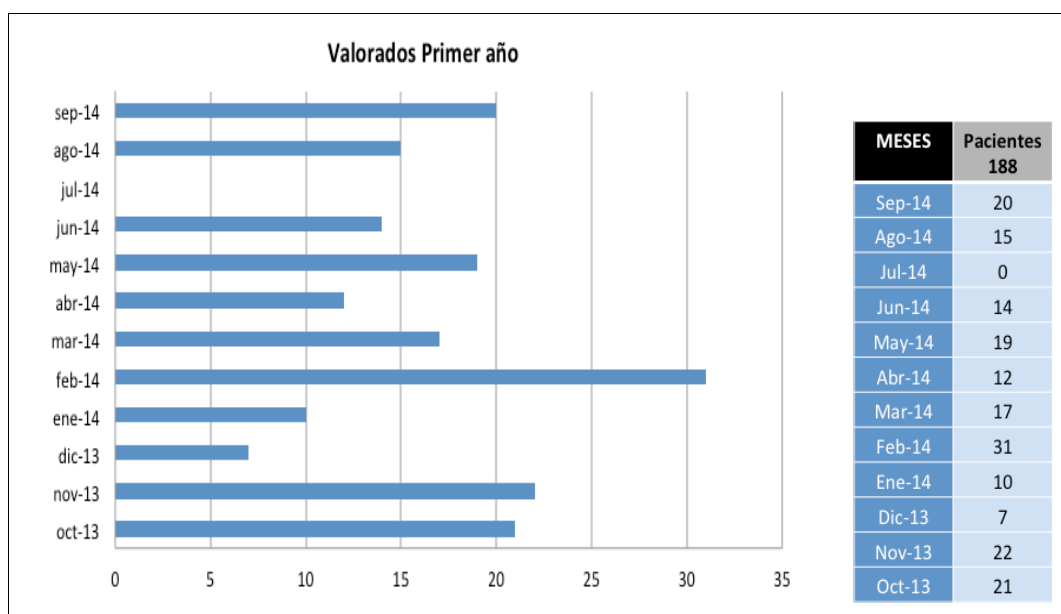
Análisis de Datos

Para el estudio se realizó un análisis descriptivo de la población de pacientes atendidos en el área de neurología de la clínica de fisioterapia de la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES) Unidad León de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

CAPÍTULO 8

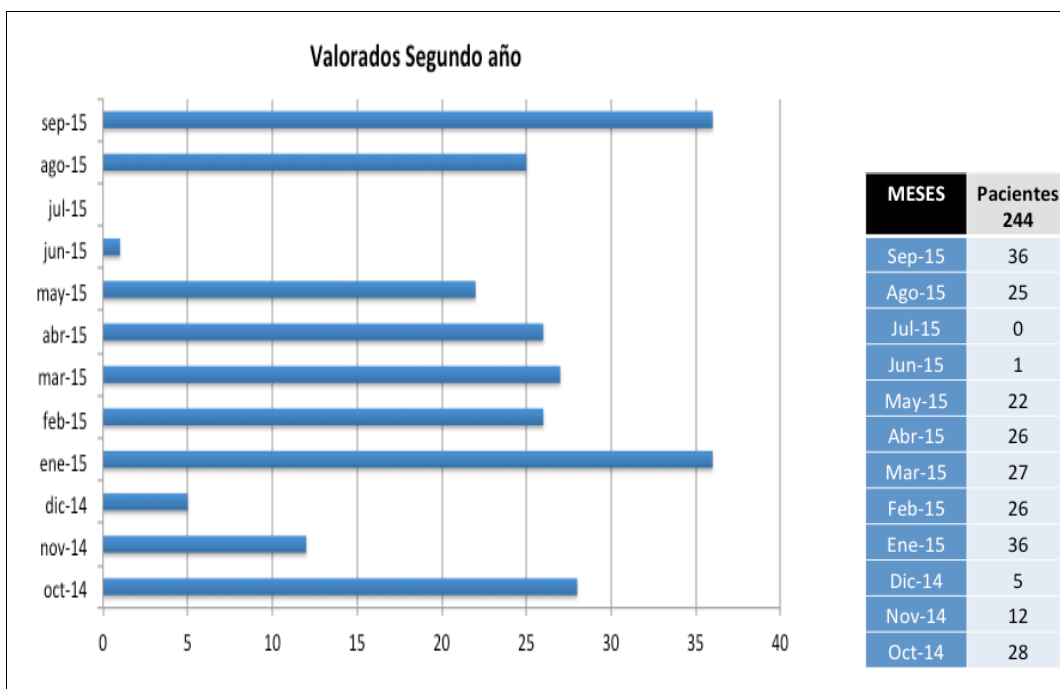
RESULTADOS

En el ANCFEU, 188 pacientes fueron valorados durante el primer año de operación, comprendido entre octubre 2013 a septiembre de 2014. Se registró el mes de febrero de 2014 como el mes con mayor cantidad de pacientes, con 31 valorados, nótese que las gráficas contienen el mes de julio con cero pacientes porque durante éste mes la clínica permanece cerrada por periodo vacacional interanual, gráfica 1.



Gráfica 1. Pacientes valorados durante el primer año de operación.

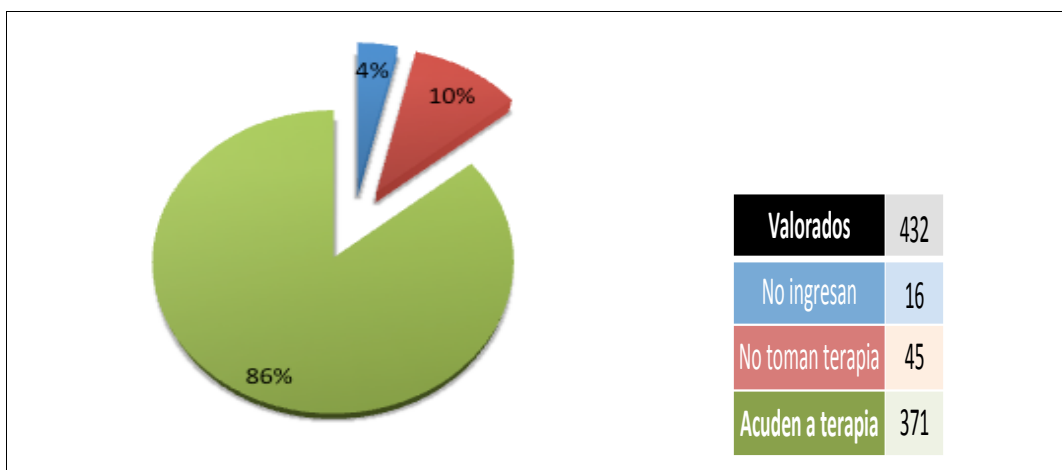
Durante el segundo año de operación de la clínica, es decir, de octubre de 2014 a septiembre de 2015, se contabilizó un total de 244 pacientes, lo que representó un incremento muy cercano al 30 % en la demanda del servicio, gráfica 2.



Gráfica 2. Pacientes valorados durante el segundo año de operación.

Acudieron de octubre de 2013 a septiembre de 2015 al ANCFEU un total de 432 pacientes, de los cuales 16 (4%) no ingresaron para ser atendidos porque no cumplieron con las condiciones indispensables para poder recibir fisioterapia neurológica, las cuales se encuentran listadas en el formato de valoración y consentimiento informado que firman los solicitantes del servicio (Anexo 1).

Los pacientes que ingresaron para fisioterapia neurológica fueron 416, de los cuales, 45 (10%) después de ser valorados y aceptados, se elaboró un plan de tratamiento y no acudieron a tomar terapia. Los pacientes que si acudieron a terapia fueron 371 pacientes, lo que representa un 86% del total, gráfica 3.



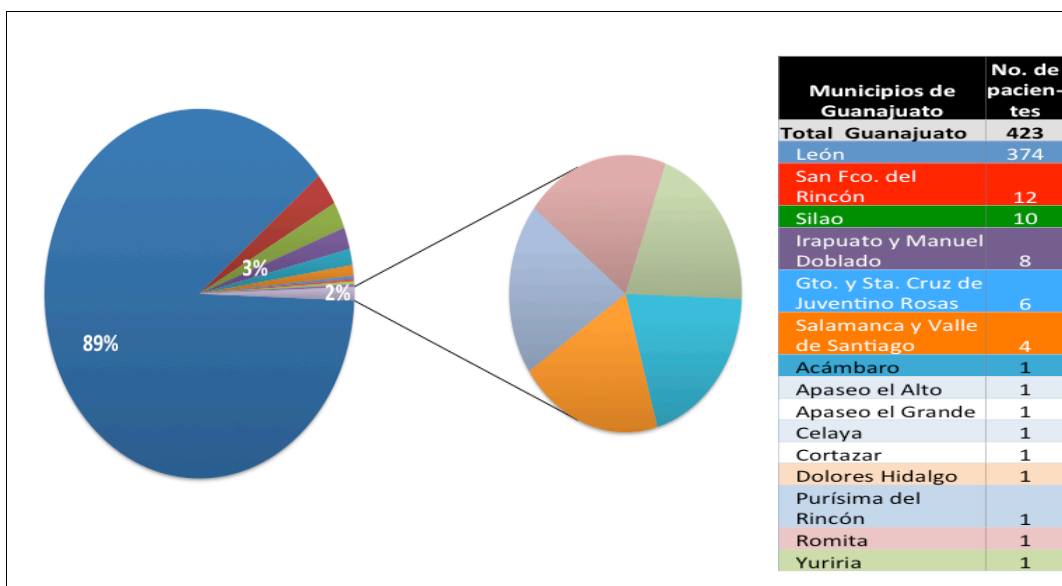
Gráfica 3. Pacientes valorados.

En cuanto a el lugar de residencia de los pacientes se observó que, 423 (98%) residían en el estado de Guanajuato y 9 pacientes (2 %) residían en otros estados y municipios excluyendo a los municipios de Guanajuato, gráfica 4.



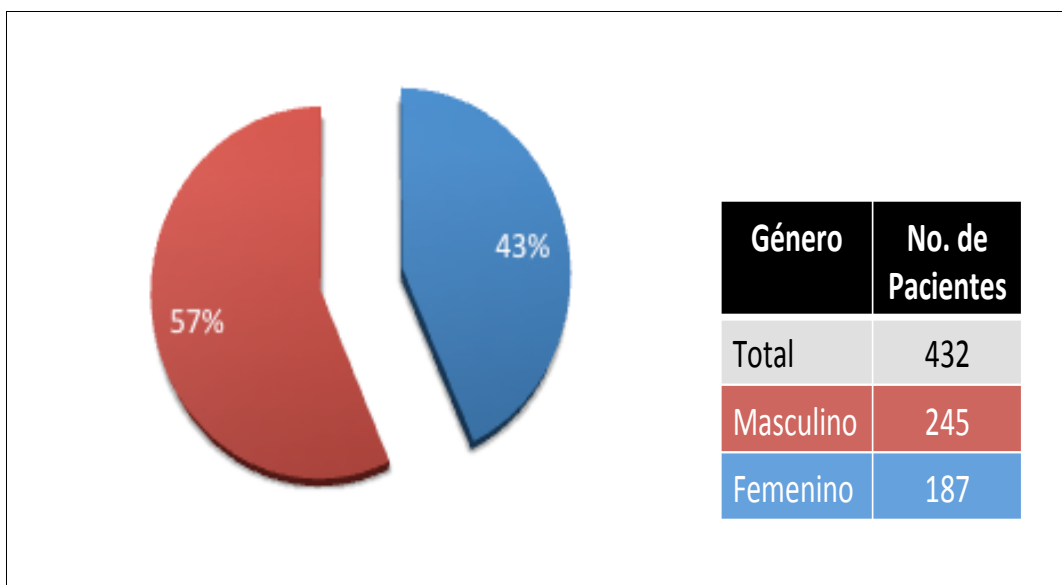
Gráfica 4. Residencia por estados y municipios.

Considerando solamente al estado de Guanajuato, de los 423 pacientes residentes en dicho estado, 374 (89%) residían en la ciudad de León y 49 (11%) pacientes residían en otros municipios, gráfica 5.



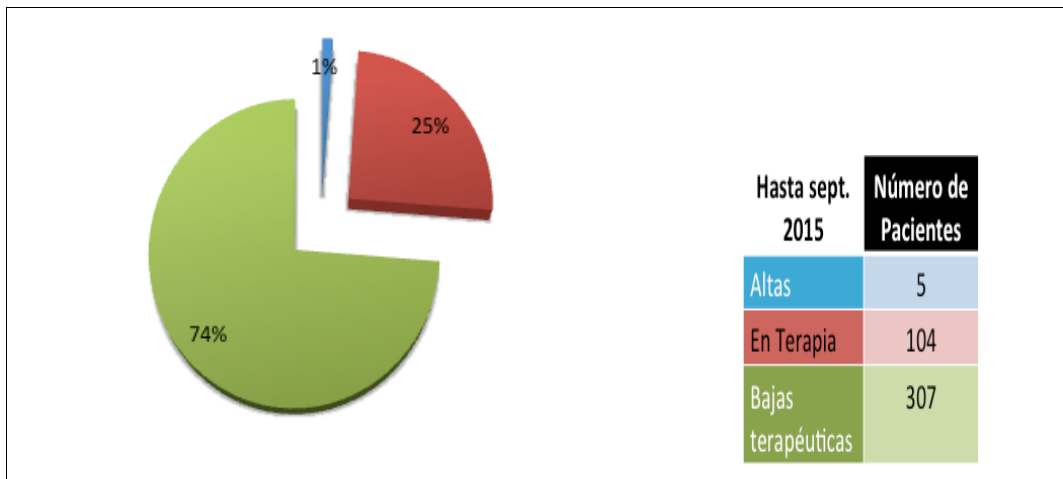
Gráfica 5. Residencia por municipios del estado de Guanajuato.

De acuerdo al género de los pacientes atendidos en el ANCFEU, 245 (57%) eran del sexo masculino, mientras que 187 (43%) pertenecieron al sexo femenino, gráfica 6.



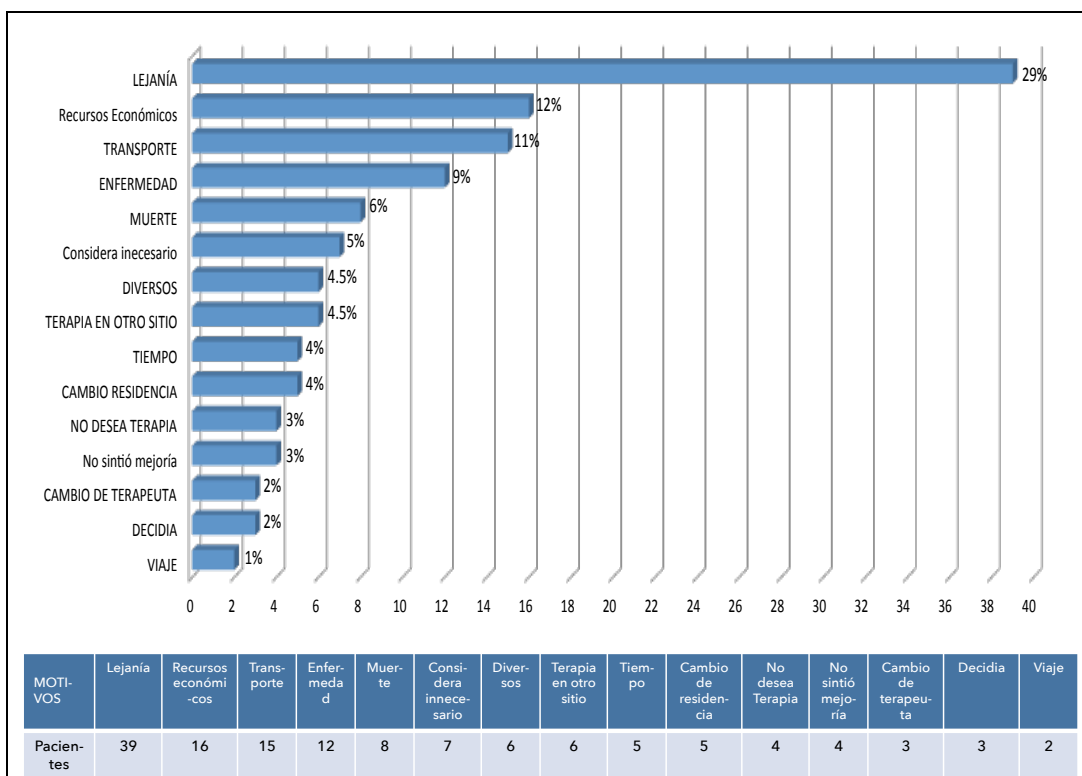
Gráfica 6. Pacientes por género.

El número de pacientes en terapia en ANCFEU a finales de septiembre de 2015 fue de 104 (25%), de ellos a 5 (1%) pacientes les fue otorgada el alta terapéutica mientras que 307 (74%) pacientes fueron dados de baja por inasistencia, gráfica 7.



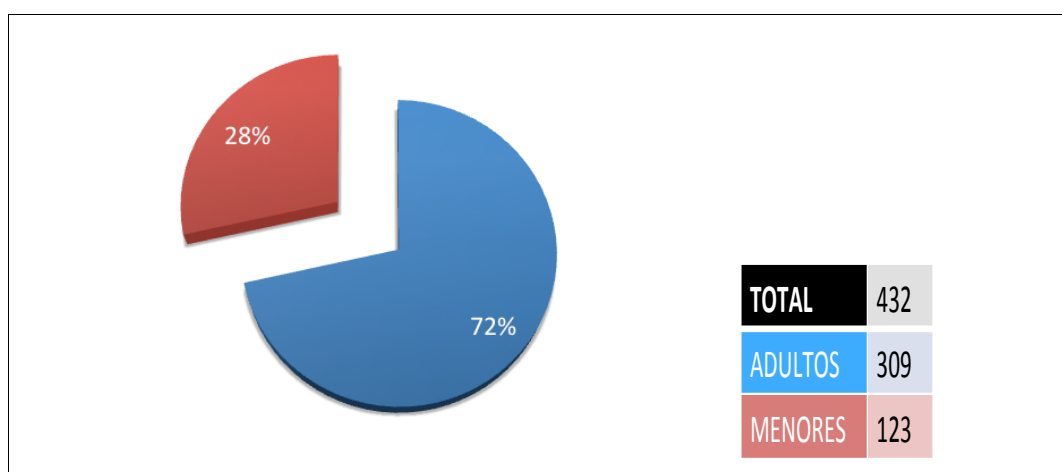
Gráfica 7. Pacientes en terapia, alta y baja terapéutica.

El total de pacientes en baja terapéutica que fueron 307, no coincide con el total de pacientes encuestados los cuales fueron 135, debido a que la cantidad de pacientes contactados fue evidentemente menor, por lo tanto, el porcentaje de pacientes contactados respecto al total de bajas fue de 44%. Las causas de baja fueron: lejanía con 39 (29%) reportes, recursos económicos con 16 (12%), transporte con 15 (11%), enfermedad 12 (9%), muerte 8 (6%), considera innecesario 7 (5%), diversos 6 (4.5%), terapia en otro sitio 6 (4.5%), tiempo 5 (4%), cambio de residencia 5 (4%), no desea terapia 4 (3%), no sintió mejoría 4 (3%), cambio de terapeuta 3 (2%), desidia 3 (2%), viaje 2 (1%), grafica 8.



Gráfica 8. Motivos de bajas terapéuticas.

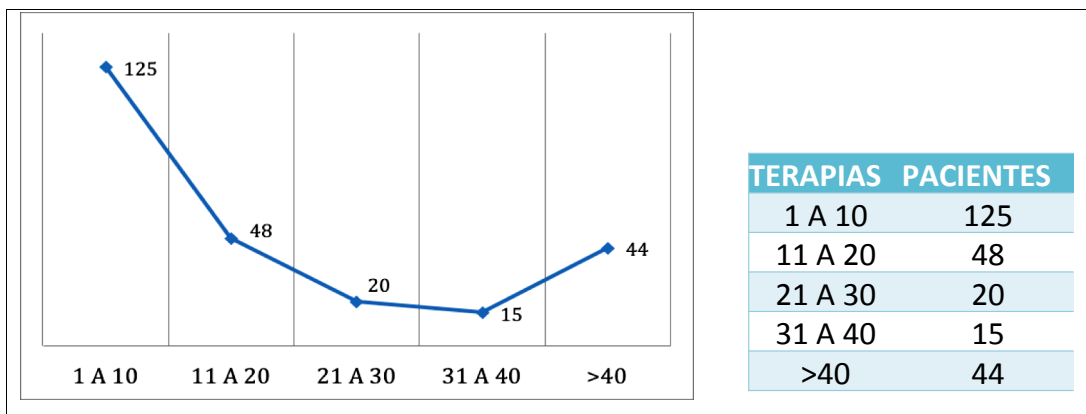
De acuerdo al rango etario de los pacientes atendidos, 309 (72%) correspondieron a pacientes adultos y 123 (28%) a pacientes menores de edad, con lo cual se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes atendidos fueron adultos, grafica 9.



Gráfica 9. Pacientes por edad.

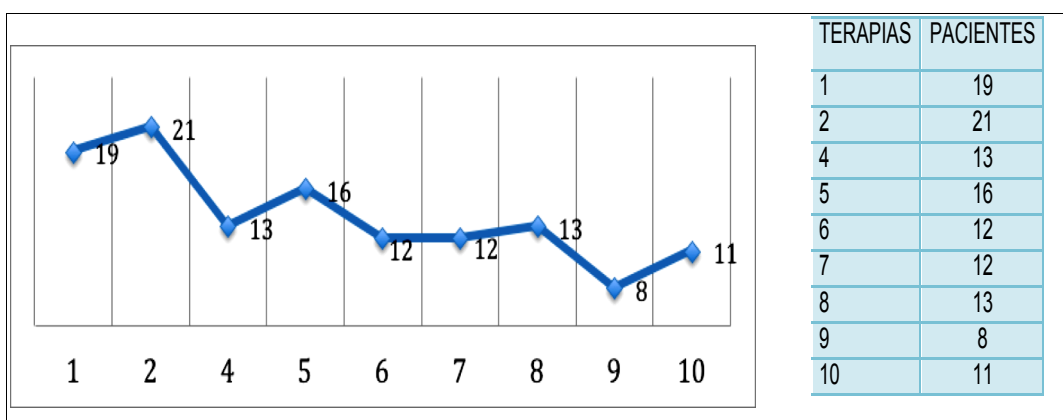
Contabilizando el total de pacientes adultos que tomaron terapia, se obtuvo como resultado 252 (82%) pacientes y agrupando el número de

terapias tomadas por los pacientes, se clasificaron por rangos de 10, 20, 30 y más de 40 terapias, encontrándose que 125 (50%) pacientes tomaron de 1 a 10 terapias, 48 (19%) pacientes tomaron de 11 a 20 terapias, la cantidad de 20 (8%) pacientes tomaron entre 21 y 30 terapias, 15 (6%) pacientes tomaron entre 31 y 40 terapias y finalmente 44 (17%) pacientes tomaron más de 40 terapias, gráfica 10.



Gráfica 10. Terapias tomadas por rangos.

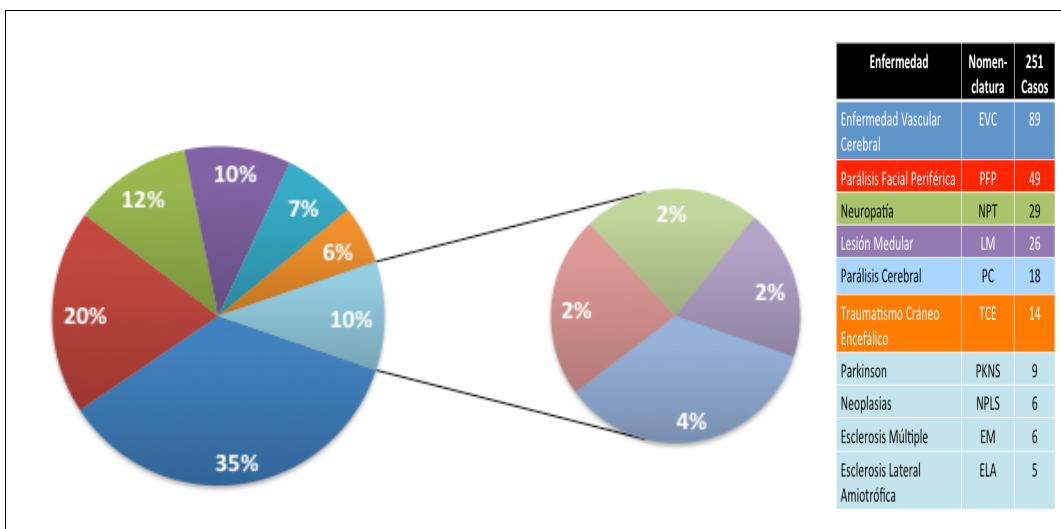
El rango de 1 a 10 terapias contiene a la mayoría (50%) de los pacientes, por lo tanto se revisó a detalle este grupo de pacientes, se observó que la mayor parte de pacientes contemplado en éste primer rango se concentró en haber tomado 2 terapias, gráfica 11.



Gráfica 11. Número de terapias por número de pacientes en el rango de 1-10.

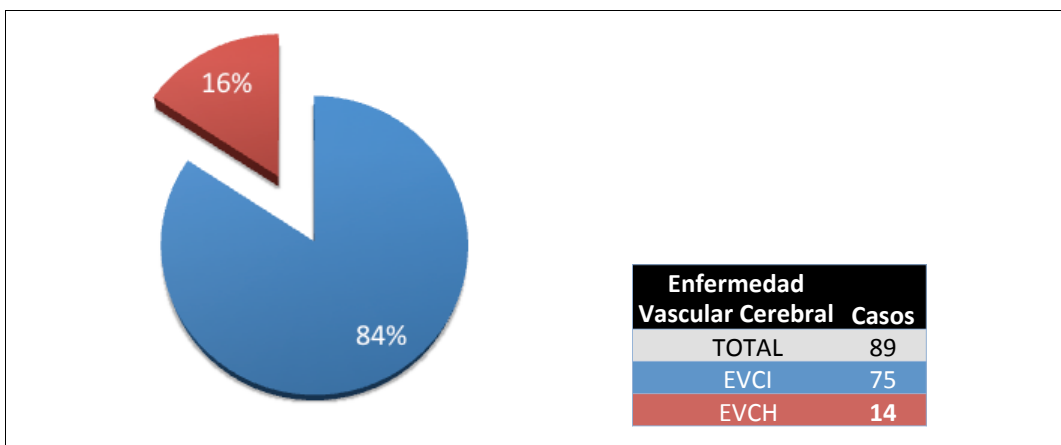
En cuanto a los diagnósticos médicos de mayor demanda encontrados en el ANCFEU en población adulta fueron: la enfermedad vascular cerebral (EVC) con 89 (35%) pacientes, parálisis facial periférica (PFP) con 49

(21%), neuropatía (NPT) con 29 (12%), lesión medular (LM) con 26 (10%), parálisis cerebral (PC) con 18 (7%), traumatismo craneo encefálico (TCE) con 14 (6%), enfermedad de Parkinson (PKNS) con 9 (4%), neoplasias (NPLS) con 6 (2%), esclerosis múltiple (EM) con 6 (2%) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con 5 (1%) casos, gráfica 12.



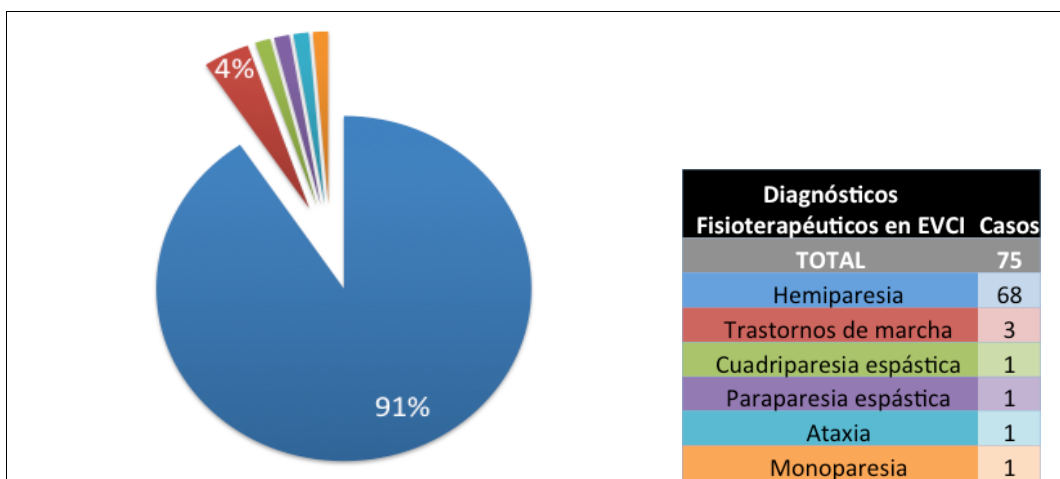
Gráfica 12. Diagnósticos médicos en el área de fisioterapia neurológica.

La EVC es la enfermedad de mayor frecuencia y se consideró por separado el tipo isquémico y hemorrágico, se observó un mayor número de casos del primer tipo siendo 75 (84%) de la EVC isquémica (EVCI) y 14 (16%) de la EVC hemorrágica (EVCH), gráfica 13.



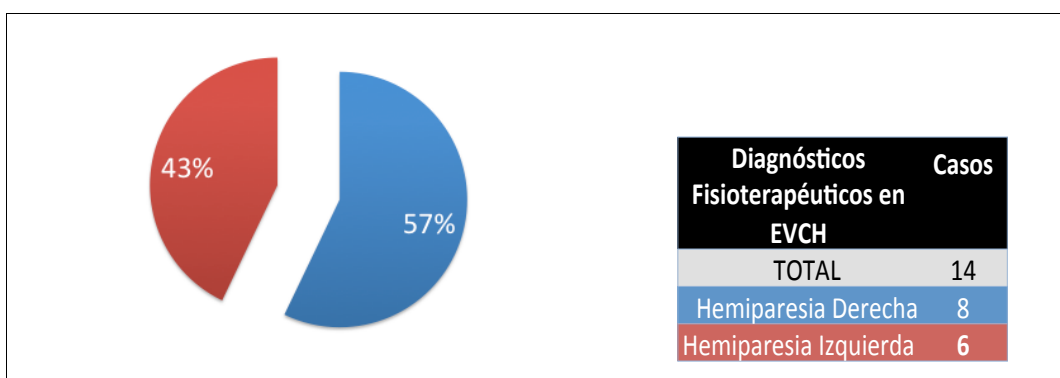
Gráfica 13. Clasificación de la Enfermedad Vascular Cerebral.

En pacientes con EVCI se encontraron diversos diagnósticos fisioterapéuticos teniendo a la hemiparesia encabezando la lista con 68 (91%), seguido por trastornos de la marcha con 3 (4%) pacientes. Los diagnósticos de cuadriparesia espástica, paraparesia espástica, ataxia y monoparesia correspondieron a 1 (1%) paciente respectivamente en la muestra, gráfica 14.



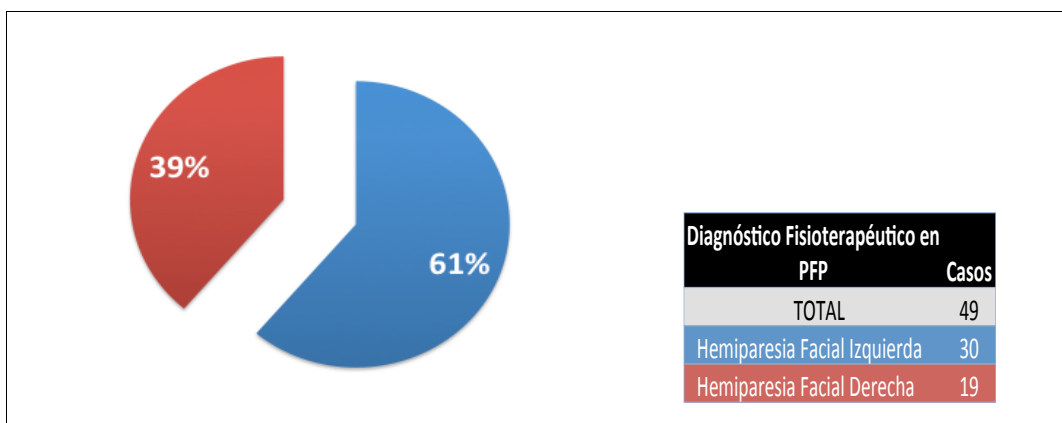
Gráfica 14. Diagnósticos fisioterapéuticos en EVCI.

En cuanto al diagnóstico médico de EVCH se encontraron 14 pacientes con hemiparesias como diagnóstico fisioterapéutico, teniendo 8 (58%) pacientes con hemiparesia derecha, y 6 (42%) con hemiparesia izquierda, gráfica 15.



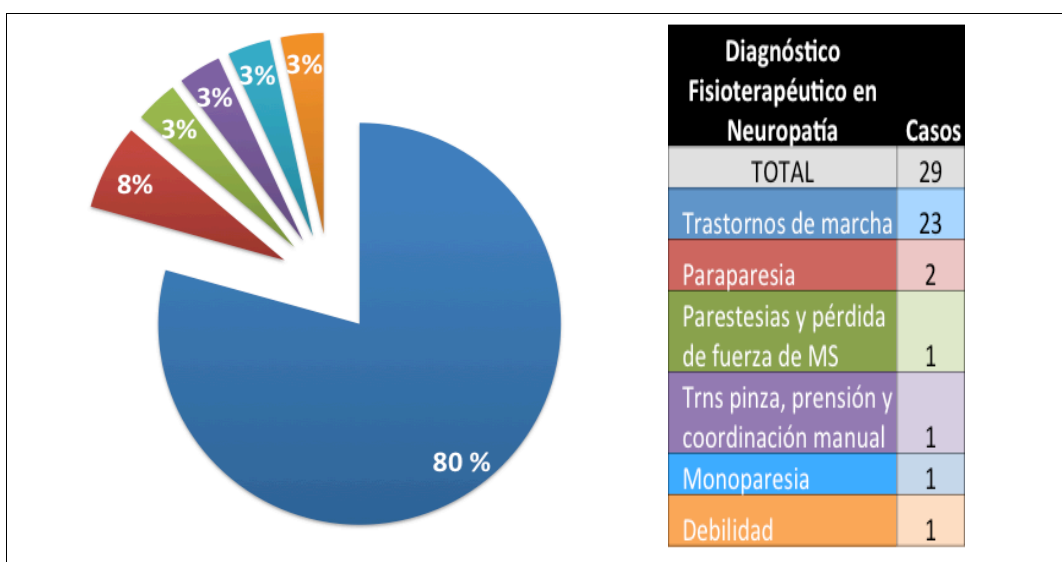
Gráfica 15. Diagnósticos fisioterapéuticos en EVCH.

En la PFP, se estableció como hemiparesia facial izquierda o derecha al diagnóstico fisioterapéutico, teniendo como resultado, 30 (61%) de hemiparesia facial izquierda y 19 (39%) de hemiparesia facial derecha, gráfica 16.



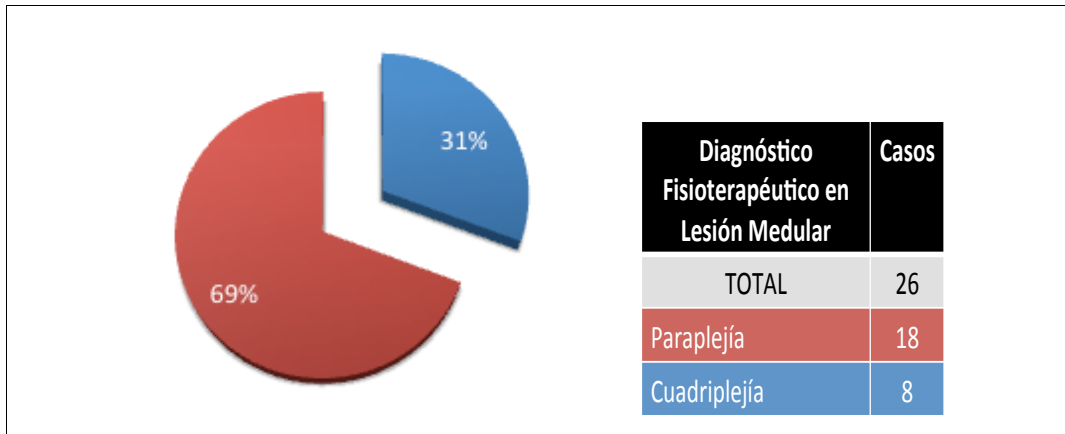
Gráfica 16. Diagnósticos fisioterapéuticos en PFP.

En el diagnóstico médico de neuropatía se encontró un total de 29 casos, sin embargo el diagnóstico fisioterapéutico más frecuente fue el de trastornos de marcha con 23 (80%) casos, seguido de paraparesia con 2 (8%) y 1 (3%) casos en cada uno de los déficits funcionales restantes, gráfica 17.



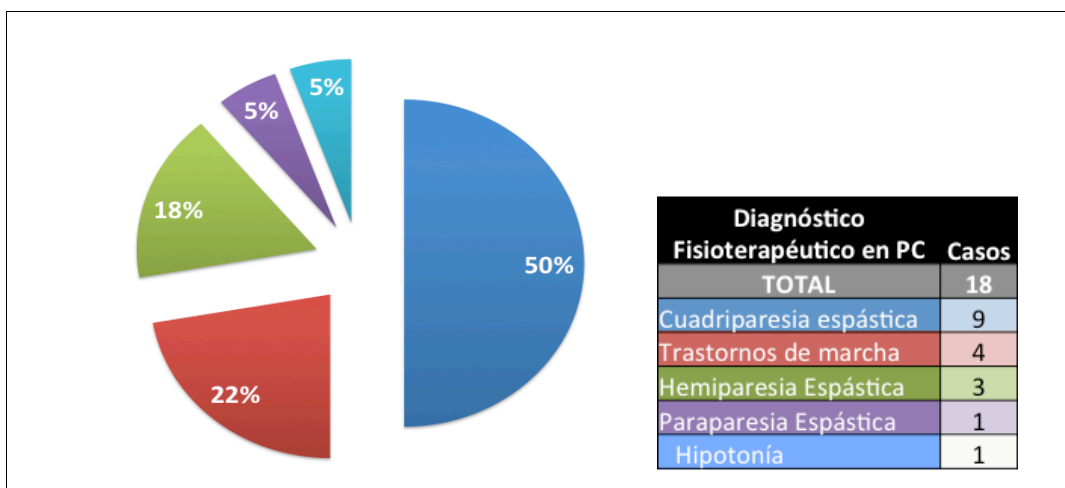
Gráfica 17. Diagnósticos fisioterapéuticos en neuropatía.

En las lesiones medulares, se encontraron como diagnósticos fisioterapéuticos la paraplejía, seguido de la cuadriplejía, con un total de 26 casos, donde 18 (69%) de ellos de paraplejía y 8 (31%) casos para el cuadriplejía, gráfica 18.



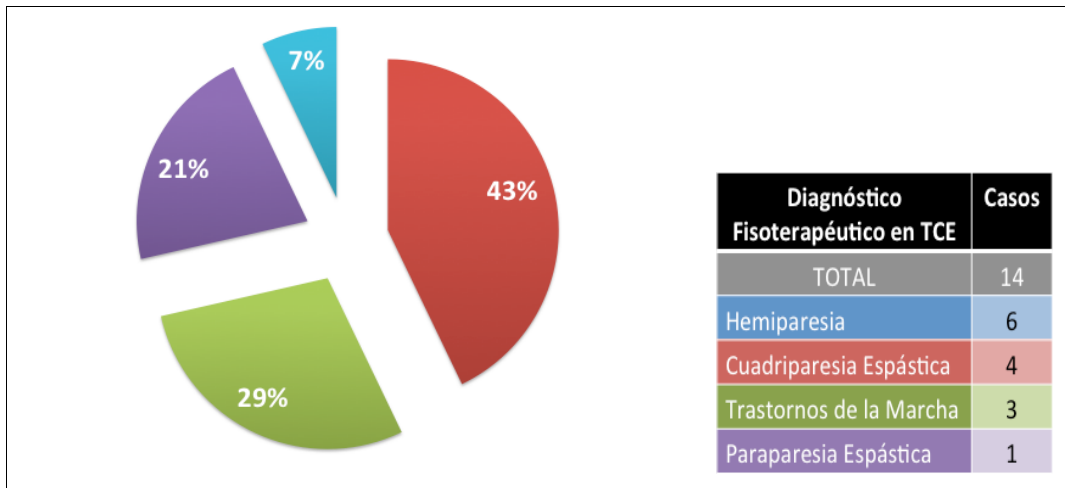
Gráfica 18. Diagnósticos fisioterapéuticos en lesión medular.

Los diagnósticos fisioterapéuticos en PC de la población adulta, fueron 9 (50%) con cuadriparesia espástica, seguido de trastornos de la marcha con 4 (22%) y posteriormente hemiparesias 3 (18%) y finalmente 1 (5%) para cada uno de los diagnósticos de paraparesia e hipotonía, gráfica 19.



Gráfica 19. Diagnósticos fisioterapéuticos en pacientes adultos con PC.

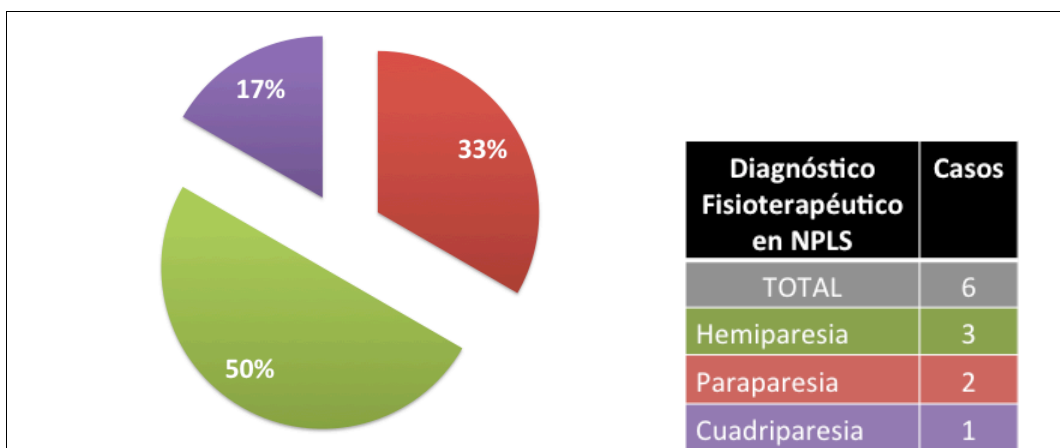
Los diagnósticos fisioterapéuticos en los casos de TCE, que se presentaron fueron la hemiparesia con 6 (43%) casos, cuadriparesia espástica con 4 (29%) casos, trastornos de la marcha con 3 (21%) casos, y paraparesia espástica con 1 caso (7%), gráfica 20.



Gráfica 20. Diagnósticos fisioterapéuticos para traumatismo craneoencefálico

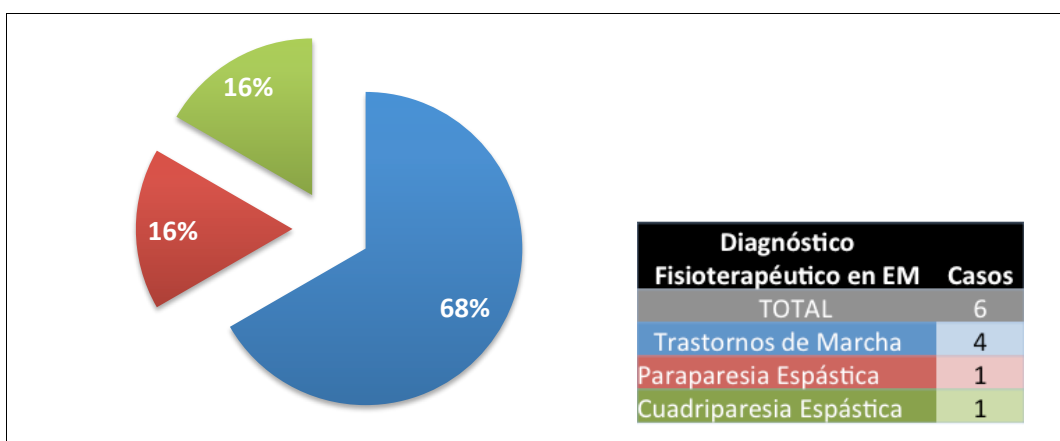
En la enfermedad de Parkinson con un total de 9 casos, las manifestaciones en cuanto al déficit funcional como era de esperarse fueron en todos los casos, bradicinesia e hipocinesia, condiciones que evidentemente interfieren en la calidad del movimiento.

Se encontraron 6 diferentes tipos de neoplasias como diagnósticos médicos en los pacientes adultos del ANCFEU, estas fueron: astrocitoma, condrosarcoma cervical, glioblastoma multiforme, hemangioma, mieloma y tumor en cuarto ventrículo. Los pacientes con neoplasia presentaron 4 diferentes diagnósticos fisioterapéuticos, 3 (50%) casos con hemiparesia, la paraparesia con 2 (33%) casos y 1 (17%) caso con cuadriparesia, gráfica 21.



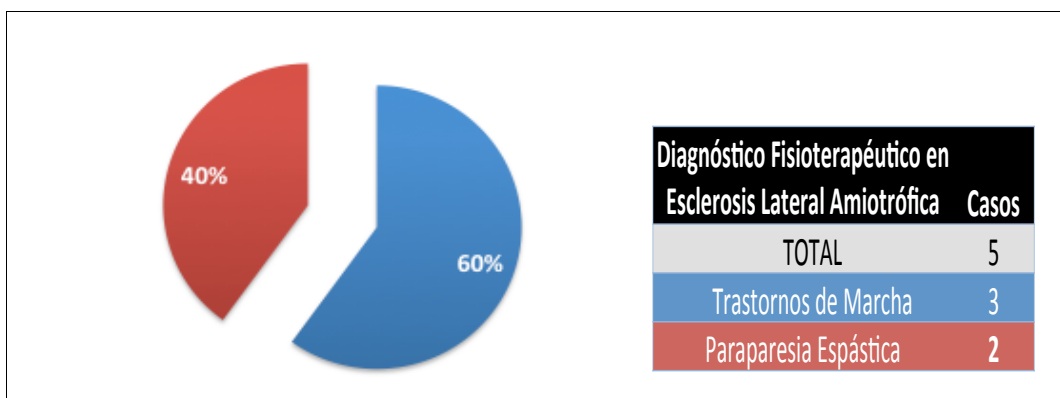
Gráfica 21. Diagnósticos fisioterapéuticos de neoplasias.

La EM tuvo diversos diagnósticos fisioterapéuticos en los pacientes adultos del ANCFEU, éstos fueron en orden de frecuencia, trastornos de la marcha con 4 pacientes (68%), paraparesia espástica con 1 paciente (16%) y cuadriparesia espástica también con 1 paciente (16%), gráfica 22.



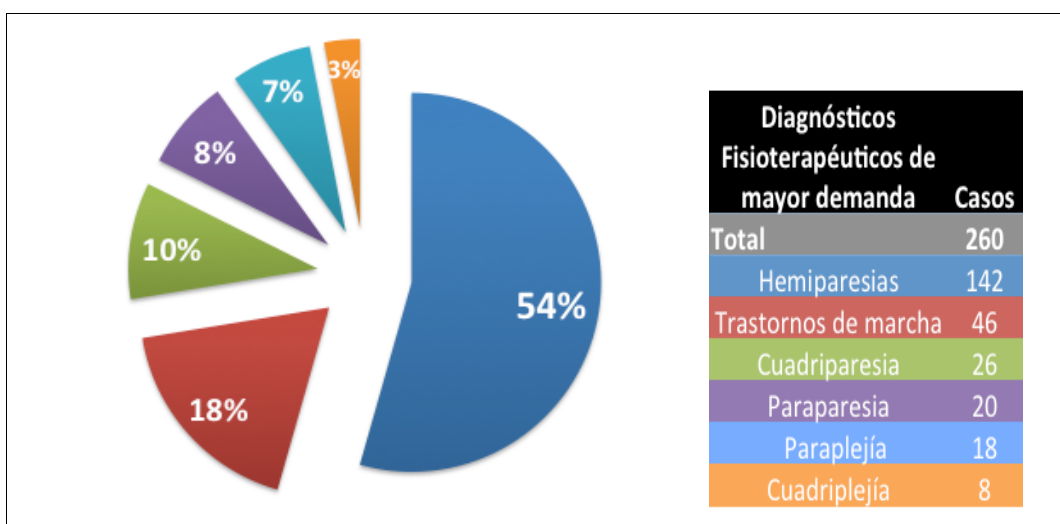
Gráfica 22. Diagnósticos fisioterapéuticos en EM.

Para la ELA se encontraron dos diferentes diagnósticos fisioterapéuticos en 5 pacientes que presentaron trastornos de la marcha con 3 (60%) casos y paraparesia espástica con 2 (40%) casos, grafica 23.



Gráfica 23. Diagnósticos fisioterapéuticos en los pacientes afectados por ELA.

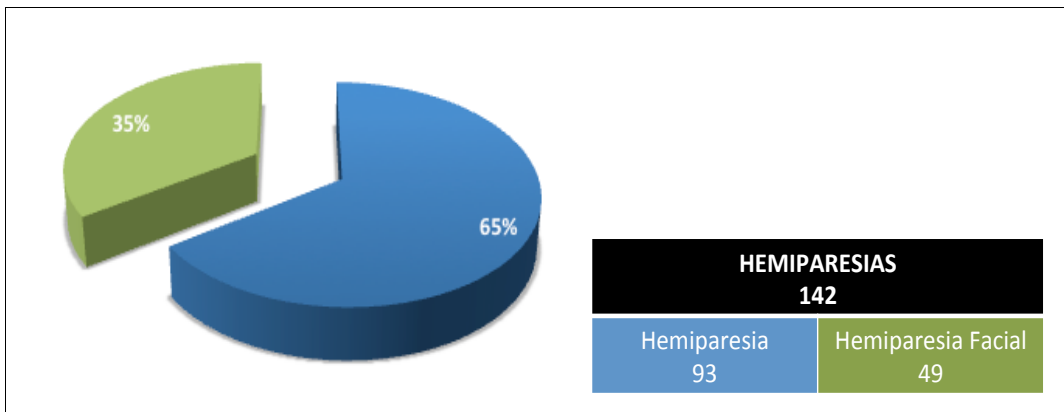
A continuación se presentan los diagnósticos fisioterapéuticos de mayor demanda, se obtuvo que los déficits funcionales en 142 (54%) casos de la población adulta del ANCFEU fueron hemiparesias; en donde se incluyó en el mismo grupo tanto a las hemiparesias que afectaban al hemicuerpo, como a las que afectaban solamente la hemicara. En segundo lugar de mayor a menor frecuencia se presentaron 46 (18%) casos con trastornos de marcha, después 26 (10%) casos de cuadriparesia, seguido de 20 (8%) casos de paraparesia, 18 (7%) casos de paraplejía y 8 (3%) casos de cuadruplejía, gráfica 24.



Gráfica 24. Diagnósticos fisioterapéuticos de mayor demanda en población adulta.

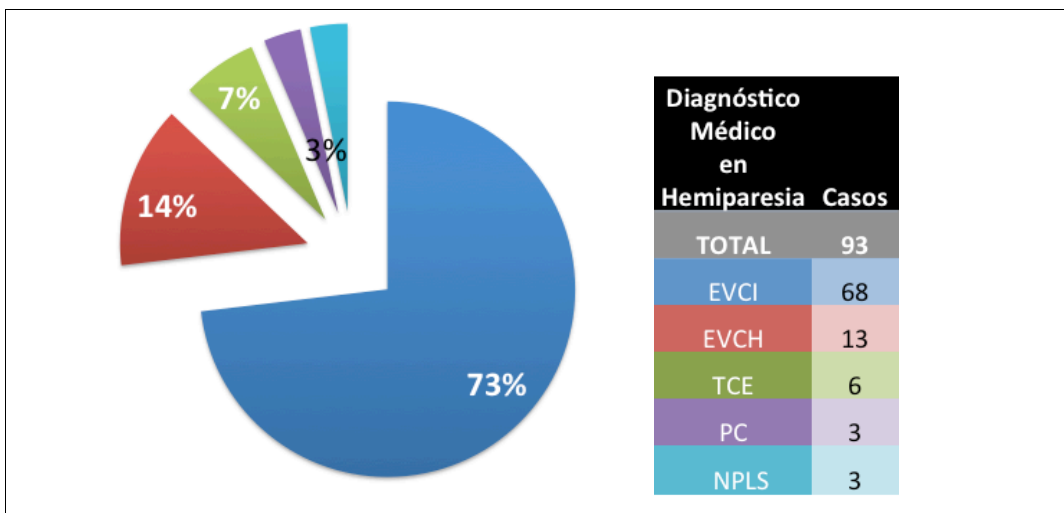
La hemiparesia fue el diagnóstico fisioterapéutico de mayor demanda, se encontró que la mayoría de los casos, exactamente en 93 (65%) la

afectación fue corporal y en 49 (35%) se presentó hemiparesia facial, gráfica 25.



Gráfica 25. Diagnóstico fisioterapéutico de mayor demanda total.

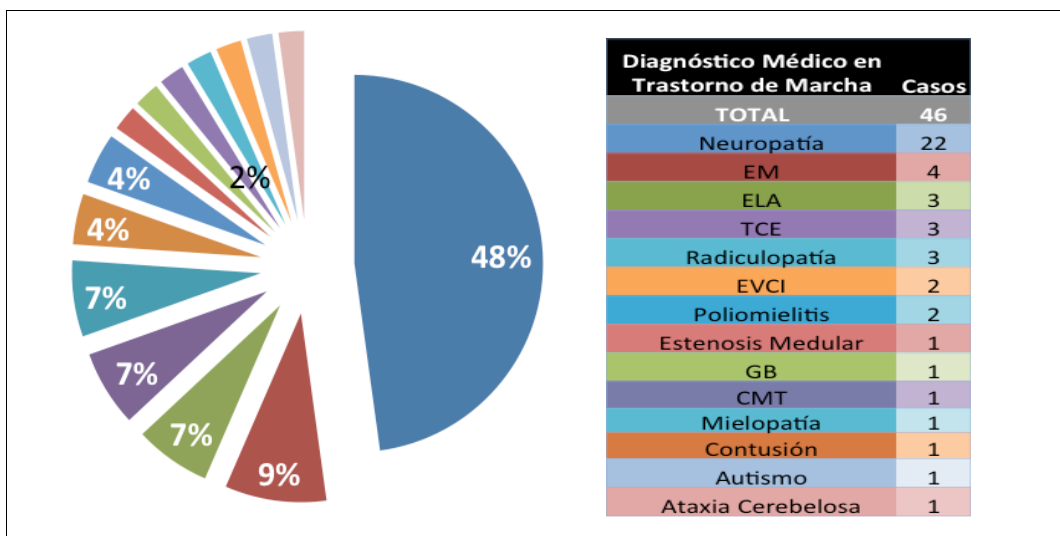
Los diagnósticos médicos que ocasionaron hemiparesia fueron diversos, se encontraron 5 diferentes que lo provocaron y fueron 68 (73%) casos de EVCI, seguido de 13 (14%) casos con EVCH, posteriormente se encontraron 6 (7%) casos con TCE y 3 casos (3%) con PC y NPLS respectivamente, gráfica 26.



Gráfica 26. Diagnósticos médicos en hemiparesia.

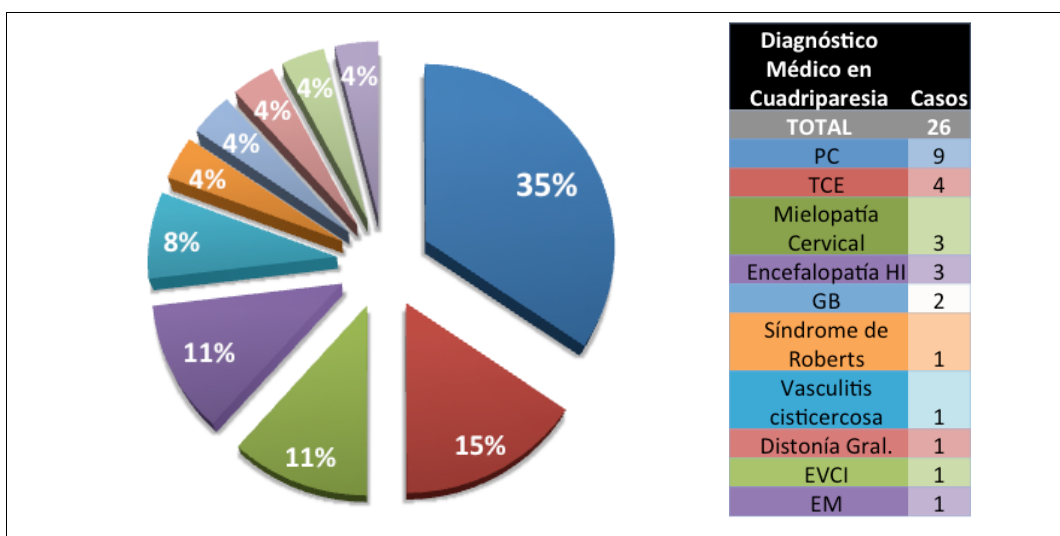
El diagnóstico fisioterapéutico de trastorno de marcha se presentó en 22 (48%) de los casos por neuropatía, no obstante fueron muy diversas las enfermedades que lo ocasionaron, 14 diferentes en total fueron las involucradas en éste déficit funcional. Se encontraron 4 (9%) casos con EM, 3 (7%) con ELA, 3 (7%) con TCE, 3 (7%) con radiculopatía, 2 (4%)

con EVCI y poliomielitis, 1 (2%) con estenosis medular, GB, CMT, mielopatía, contusión, autismo y ataxia cerebelosa, gráfica 27.



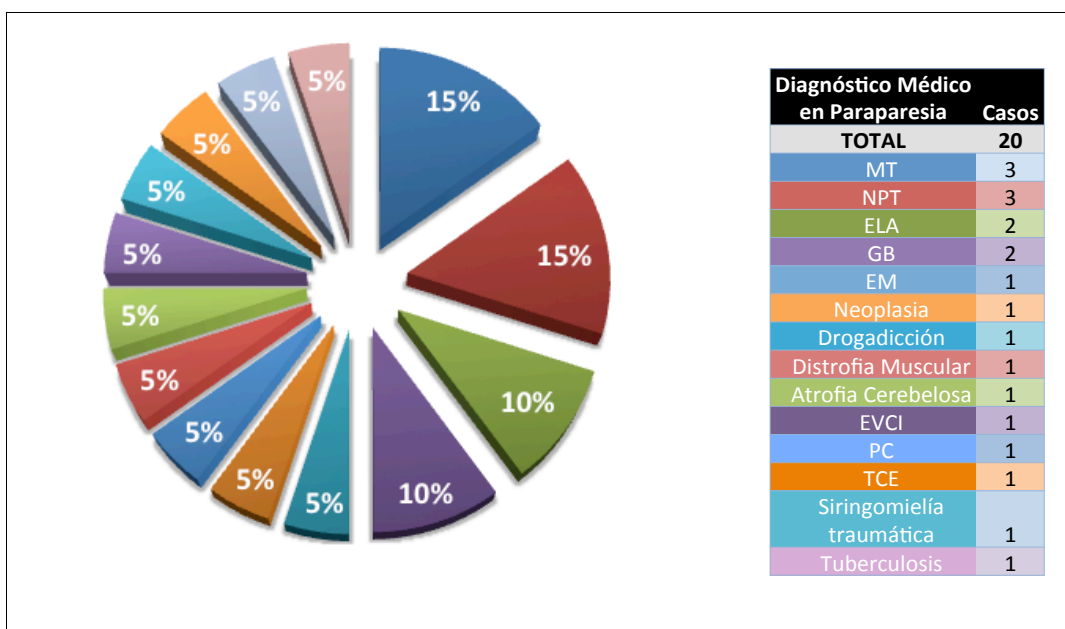
Gráfica 27. Diagnóstico médico en trastorno de marcha

La cuadriparesia se presentó como consecuencia de diversas enfermedades, 10 enfermedades en este caso, se encontró un mayor número de casos en parálisis cerebral con 9 (35%) pacientes, 4 pacientes con TCE, 3 (11%) con mielopatía y encefalopatía hipóxico isquémica, 2 (8%) casos con GB y finalmente 1 caso (4%) para el Síndrome de Roberts, Vasculitis cisticercosa, distonía general, EVCI y EM respectivamente, gráfica 28.



Gráfica 28. Cuadriparesia como consecuencia de diversos diagnósticos médicos

Las enfermedades encontradas en pacientes adultos con paraparesia, fueron múltiples, en total fueron 14 diferentes diagnósticos médicos los que la provocaron en la población estudiada en orden de mayor a menor frecuencia se encontraron la MT 3 (15%) casos, NPT 3 (15%), ELA 2 (10%), GB 2 (10%), y 1 (5%) caso para EM, Neoplasia, Drogadicción, Distrofia muscular, Atrofia cerebelosa, EVCI, PC, TCE, siringomielia traumática y tuberculosis respectivamente , gráfica 29.



Gráfica 29. Enfermedades involucradas en paraparesia

En la enfermedad de paraplejía y cuadriplejía con un total de 18 y 8 casos respectivamente, el diagnóstico médico fue en ambos casos, lesión medular.

DISCUSIÓN

Tanto la OMS a nivel mundial como el INEGI a nivel nacional y estatal, indican que existe un aumento en la posibilidad de padecer alguna limitación física (1, 29). Para 2014 la prevalencia de discapacidad en México se estimó en 6%, a nivel estatal la prevalencia de discapacidad es un poco menor que la nacional con un 5.7% (43). Algunos resultados de este trabajo fueron contrastados, con estos importantes organismos de referencia estadística.

En cuanto al género se tiene una prevalencia mayor de discapacidad en mujeres que en hombres, aunque no se tienen datos a nivel municipal (43). Si bien las cifras nacionales señalan que existen más mujeres que hombres con discapacidad, en este estudio se encontró que acudieron más hombres que mujeres para ser atendidos.

De acuerdo al INEGI (43), en el país las personas con discapacidad relacionada con “caminar, subir o bajar utilizando las piernas” afecta principalmente a los adultos. Los resultados obtenidos en este estudio por grupo etario, mostraron un mayor número de pacientes adultos en 72%, lo cual concuerda con las cifras nacionales.

En lo que respecta al tipo de discapacidad a nivel nacional la más frecuente es “caminar, subir o bajar utilizando las piernas” en un 64.1% (43). En este estudio se encontró que dentro de los diagnósticos fisioterapéuticos del 86% de los adultos, los más frecuentes son: hemiparesias 54%, trastornos de la marcha 18%, cuadriparesia 10%, paraparesia 8%, paraplejía 7% y cuadriplejía 3%, lo que resulta compatible, por su mayoría, con los reportes a nivel nacional puesto que todas estas limitaciones funcionales implican dificultad para “caminar, subir o bajar utilizando las piernas”.

Las causas de discapacidad a nivel nacional son las enfermedades en 41% y edad avanzada con 33% (43). En este trabajo se observó que unos de los diagnósticos médicos más frecuentes en población adulta fueron: EVC 35%, PFP 21%, NPT 12%, PKNS 4%, NPLS 2%, EM 2% y ELA 1%, todas ellas ENT y alguna de estas se presenta en edad avanzada.

Algunos estudios en México señalan que la EVC es la causa más común de discapacidad en pacientes adultos (44, 45, 46). En el presente estudio se encontró, encabezando la lista de frecuencia asistencial con 34.5%, por lo que concuerda con los datos de estudios realizados en población mexicana.

En cuanto a la clasificación fisiopatológica de la EVC (47, 48, 49), se consideró por separado la isquémica y hemorrágica, debido a lo determinante que resulta en cuanto al pronóstico tanto desde el punto de vista médico como fisioterapéutico. Existe mayor prevalencia de la EVC isquémica registrada en algunos estudios (44, 45, 46, 50), en este trabajo se encontró que el 84% de las EVC fueron isquémicas lo que también es concordante con lo encontrado en la literatura.

No se encontraron datos epidemiológicos de referencia acerca de hemiparesias como consecuencia de EVC o daño cerebral adquirido, lo cual resulta coherente por la dificultad en la obtención de datos debido a la ruptura asistencial entre las fases intra y extra hospitalaria, lo que complica la estimación de su prevalencia (51). En este estudio se observó que el 87 % de las hemiparesias ocurren a causa de la EVC.

Adicionalmente en México el INEGI (43) reporta que el 14% de las discapacidades relacionadas con “mover las extremidades superiores” se deben a accidente y el 16% en el caso de las extremidades inferiores. En cuanto al trabajo realizado, las enfermedades relacionadas con accidentes y este tipo de discapacidad, tenemos entre los diagnósticos

médicos más frecuentes de la población adulta TCE y LM con 6 y 10% respectivamente, lo cual concuerda con lo observado en la nación.

En relación a la adherencia al tratamiento, la OMS establece la definición del término y describe cuidadosamente las determinantes para lograr una adherencia en este tipo de padecimientos de largo plazo, puesto que es fundamental en el éxito del tratamiento y siendo deficiente se atenúan los beneficios clínicos reduciendo la efectividad de los sistemas sanitarios (6). En este estudio, el mismo efecto se observó puesto que se encontró 74% de bajas terapéuticas lo que implica una gran deserción.

Algunos estudios refieren que factores socioeconómicos son de mayor incidencia en el abandono de tratamiento (16, 17, 18). Entre ellos se pueden citar: lejanía, costo elevado de transporte, pobreza, conflictos sociales, analfabetismo, bajo nivel educativo y problemas laborales, obligando al paciente a elegir entre cubrir necesidades básicas o continuar con su tratamiento (18, 19). En el presente estudio se encontraron motivos de abandono similares como: lejanía 29%, recursos económicos insuficientes 12% y transporte 11%, por lo que se puede apreciar que, a pesar de los esfuerzos del INGUDIS (38) por tener transporte público adaptado para personas con discapacidad, aunque cuenta con 87 unidades, son muy pocas puesto que son utilizadas para 45 municipios, y el proceso de solicitud y respuesta resulta insuficiente (40).

CONCLUSIÓN

Como conclusión del análisis realizado en el ANCFEU, durante el periodo de octubre del año 2013 hasta septiembre de 2015 se encontró:

- El total de pacientes valorados fue de 432, comprendiendo 5 altas terapéuticas y 307 bajas terapéuticas, con un total de 104 pacientes en terapia a finales de septiembre de 2015;
- Los pacientes atendidos en el ANCFEU predominantemente fueron residentes de la ciudad de León, del género masculino y adultos;
- La lejanía fue registrada como el principal factor de abandono terapéutico;
- Los diagnósticos funcionales y médicos de mayor demanda fueron hemiparesias y enfermedad vascular cerebral respectivamente.

SUGERENCIAS

Es indispensable para el adecuado manejo de un área de salud llevar a cabo acciones de planeación y análisis epidemiológicos de la población atendida como forma de detectar problemas, proponer soluciones que resulten en un trabajo más eficaz y de mayor calidad.

Por otra parte, los cambios esperados en los pacientes que reciben tratamiento, dependen de la frecuencia y de la calidad de la terapia aplicada. Antes de la recuperación funcional del paciente, el movimiento humano obedece a una jerarquización dependientes del proceso, activación, maduración y consolidación de circuitos neurales (20). Terapéuticamente el proceso de evolución del paciente neurológico obedece a la neurofisiología de la producción del movimiento normal. Primero se observan cambios en los signos clínicos, seguidos de cambios

posturales, activación, producción y recuperación funcional (52). Este tiempo requerido, relativamente largo, podría ser uno de los motivos en la dificultad por mantener la adherencia al tratamiento, por lo tanto sería útil promover la adherencia con el establecimiento de un compromiso paciente-terapeuta para asistir a por lo menos las terapias necesarias y suficientes para poder observar los cambios esperados.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, OMS, Informe Sobre la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles 2014.
2. Organización Mundial de la Salud, OMS, Informe Mundial Sobre la Discapacidad, 2011.
3. Introducción a la Microbiología, Tortora G., Berdell R., Case C., Ed Médica Panamericana, capítulo 14 pg 441.
4. ENES UNAM, Licenciatura en Fisioterapia, hallado en:
[//enes.unam.mx/?lang=es_MX&pl=licenciatura-en-fisioterapia](http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&pl=licenciatura-en-fisioterapia).
5. Villafaina M, Audiencia Nacional Confirma la validez del diagnóstico de Fisioterapia, Fisioterapia Andaluza, No. 59, 2010.
6. Organización Mundial de la Salud, OMS, Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la Acción, 2004.
7. Organización Mundial de la Salud, OMS, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE), 2ª ed., Unidad 2: Salud y enfermedad en la población, 2011.
8. Mazzafero V., Saubert L., Epidemiología: Fundamental y aplicada a la evaluación de servicios hospitalarios y acciones de salud pública, 1976.
9. Alarcón J, Epidemiología: concepto, usos y perspectivas, Rev. Peru. Epidemiol. Vol 13 No. 1 Abril 2009.
10. Royo B. M. A., Moreno J. D., Escuela Nacional de Sanidad (ENS), Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación, "*Método epidemiológico*". Madrid: ENS - Instituto de Salud Carlos III, Octubre de 2009.
11. DOF, Diario Oficial de la Federación, Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018.

12. Organización Mundial de la Salud, OMS, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, versión abreviada, 2001.
13. Organización Mundial de la Salud, OMS, Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital, 2005.
14. Organización Mundial de la Salud, OMS, Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020.
15. Organización Mundial de la Salud, OMS, Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas, 2006.
16. Tapias LM, Factores Individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema, CES Movimiento y Salud, 2014, p. 23-30.
17. Romero, Adherencia al tratamiento de fisioterapia, 3ª Jornada en Fisioterapia, 2013, p. 1-2.
18. Pisano, La modificación de lo hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica, 2013, hallado en www.elsevier.es/enfermeriaclinica.
19. Salinas, Adherencia Terapéutica, medigraphic.org, 2012, hallado en: www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf.
20. Vojta, Alteraciones Motoras Cerebrales Infantiles. Diagnóstico y Tratamiento Precoz, Madrid, Editora Mira, 2005.
21. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE, hallado en www.sssalud.gov.ar/hospitales/.
22. Hèbert, OPPQ, Le diagnostic émis par le physiothérapeute: un processus, un libellé, une valeur ajoutée, Quebec, 2010.
23. APTA, American Physical Therapy Association, Abordaje fisioterapéutico, 2001.
24. Dalmarco, Sistema de diagnóstico cinesiológico funcional usando raciocinio basado en casos, Brasil, 2005.

25. Stokes M., Stack E., Fisioterapia en la Rehabilitación Neurológica, 3ª ed., Elsevier, 2011.
26. Organización Mundial de la Salud, OMS, Convención de los derechos de las personas con discapacidad, hallado en: www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf, 2008.
27. Seeger M., La prevalencia de la discapacidad va en aumento, Información Pública, OMS/OPS, Argentina, 17 dic. 2012.
28. Consejo nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad CONADIS, hallado en: www.gob.mx/conadis.
29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010.
30. CONADIS, Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México Resultados sobre personas con discapacidad, hallado en: www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-PCD-Accss.pdf.
31. Barba S.C., Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México 2010, Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad, Vol. XIX, no. 54, mayo/agosto 2012.
32. Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010, 1ª ed, 2013.
33. Dirección General de atención a la discapacidad, 2011, hallado en: www.cndh.org.mx/Direccion_Atencion_Discapacidad.
34. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares, 2012, hallado en: www3.inegi.org.mx/sistemas/microdatos/microdatos_archivos/enigh/doc/resultados_enigh12.pdf.
35. Encuesta Nacional de Salud y nutrición, 2012, hallado en: [//ensanut.insp.mx/informes/ResultadosNacionales.pdf](http://ensanut.insp.mx/informes/ResultadosNacionales.pdf).
36. INEGI, Principales resultados del censo de población y vivienda 2010 Guanajuato.

37. Ley de inclusión para las personas con discapacidad en el estado de Guanajuato, CER, RTPD hallado en: portalsocialguanajuato.gob.mx.
38. Instituto Guanajuatense para las Personas con Discapacidad INGUDIS, Lineamientos y políticas para la operatividad del centro estatal de rehabilitación 2014.
39. Centros de Atención Múltiple, CAM, hallado en: www.oem.com.mx/laprensa/notas/n3783401.htm.
40. Transporte público adaptado para personas con discapacidad y movilidad reducida, hallado en: [//ingudis.guanajuato.gob.mx](http://ingudis.guanajuato.gob.mx).
41. Centro Estatal para Personas con Discapacidad, hallado en: [//noticias.guanajuato.gob.mx/2015/12/03/inauguran-centro-estatal-para-las-personas-con-discapacidad/](http://noticias.guanajuato.gob.mx/2015/12/03/inauguran-centro-estatal-para-las-personas-con-discapacidad/).
42. Centro Estatal de Rehabilitación Guanajuato, hallado en: [//obrapublica.guanajuato.gob.mx/?portfolio=arranca-construccion-del-centro-estatal-de-rehabilitacion](http://obrapublica.guanajuato.gob.mx/?portfolio=arranca-construccion-del-centro-estatal-de-rehabilitacion).
43. INEGI, Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre) datos nacionales, 2015, México.
44. INNN, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Enfermedad Vascul ar Cerebral, hallado en: <http://www.innn.salud.gob.mx/>.
45. AMEVAS, Asociación Mexicana de Enfermedad Vascul ar, Ruiz Sandoval, Enfermedad Vascul ar Cerebral.
46. Cantú Brito y cols., Factores de riesgo, causas y pronóstico de los tipos de enfermedad vascul ar cerebral en México: estudio RENAMEVASC, Revista Mexicana de Neurociencias, 2011; 12(5): 224-234.
47. Martínez Vila y cols., Enfermedades Cerebrovasculares, Departamento de Neurología clínica Universidad de Navarra, Pamplona. Navarra. España, Medicine 2011; 10(72): 4871-81.
48. IMSS, Guía de Práctica Clínica, Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica, 2008.

49. NICE, Royal College of Physicians, Stroke, National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack, Great Britain, 2008.
50. Ramírez Alvarado y cols., Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en México: Ausencia de registro de las secuelas cognitivas, *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2016; 17(2): 59-70.
51. Alberdi y cols., Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral, *Med Intensiva*, 2009; 33(4): 171-81.
52. Purves, Augustine, Fitzpatrick, Hall, LaMantia, MacNamara, Williams Neurociencia. 3ª ed., Editorial Médica Panamericana, Pp 407-510.

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA



FOLIO _____

HISTORIA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA ENES UNAM LEÓN A _____ DE _____ 20____

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE RESIDENCIA _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____ NÚMERO DE HIJOS _____ ESCOLARIDAD _____

PROFESIÓN _____ HORARIO DE TRABAJO _____

OCUPACIÓN _____ RELIGIÓN _____

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO MOVIL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

MÉDICO O INSTITUCIÓN TRATANTE _____ TELÉFONO _____

REFERIDO POR _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

TABAQUISMO	SI/NO	_____
ALCOHOLISMO	SI/NO	_____
FARMACODEPENDENCIA	SI/NO	_____
PESO		_____
TALLA		_____
FRECUENCIA RESPIRATORIA		_____
FRECUENCIA CARDIACA		_____
TENSIÓN ARTERIAL		_____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

METABÓLICOS
ONCOLÓGICOS
CARDIOCIRCULATORIOS
NEUROLÓGICOS
PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS
REUMATOLÓGICOS
OTROS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

		TIPO	EVOLUCIÓN	CONTROLADO CON	MÉDICO/HOSPITALTRATANTE
ALERGIAS	SI/NO				
ENF. ONCOLÓGICAS	SI/NO				
ENF. METABÓLICAS	SI/NO				
ENF. CARDÍACAS	SI/NO				
ENF. RESPIRATORIAS	SI/NO				
ENF. RENALES	SI/NO				
ENF. PSICOLÓGICAS	SI/NO				
/PSIQUIÁTRICAS	SI/NO				
ENF. DÉRMICAS	SI/NO				
ENF. INFECCIOSAS	SI/NO				
ENF. CIRCULATORIAS	SI/NO				
ENF. ORTOPÉDICAS	SI/NO				
TRAUMÁTICAS	SI/NO				
ENF. REUMATOLÓGICAS	SI/NO				
ENF. NEUROLÓGICAS	SI/NO				
OTRAS	SI/NO				

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA INICIAL

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD (MOTIVO DE VISITA, INICIO, INTENSIDAD DOLOR, COMPORTAMIENTO DE DOLOR, ETC.)

OBSERVACIÓN (DESDE QUE ENTRA AL CONSULTORIO)

INSPECCIÓN (VISUAL Y COMPARATIVA)

PALPACIÓN

ARCOS DE MOVIMIENTO

EXÁMEN CLÍNICO MUSCULAR

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

DERMATOMAS

PRUEBAS ESPECIALES ORTOPÉDICAS

PRUEBAS ESPECIALES NEUROLÓGICAS

VALORACIÓN MARCHA

VALORACIÓN POSTURAL

FOTO Y VIDEO

ESCALAS NEUROLÓGICAS, ORTOPÉDICAS Y FUNCIONALES

IMAGENOLOGÍA

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO (FUNCIONAL)

PRONÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

DIAGNÓSTICO MÉDICO

OBJETIVOS PARA EL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

OBSERVACIONES (PRECAUCIONES, FECHA DE SIGUIENTE VALORACIÓN, FASES, PENDIENTES):

PACIENTE O RESPONSABLE

HE LEÍDOY ESTOY DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN EL REGLAMENTO DE LA CLÍNICA

REALIZÓ VALORACIÓN

AUTORIZÓ VALORACIÓN

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

AUTORIZÓ TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La fisioterapia es el tratamiento de la persona para evaluar, impedir, corregir, aliviar y limitar o disminuir la capacidad física, alteración del movimiento, funcionalidad y postura, así como el dolor que se deriven de los desórdenes, congénitos y de las condiciones del envejecimiento, lesión o enfermedad (daño o procedimiento quirúrgico). La fisioterapia tiene como fin más significativo restaurar las funciones físicas perdidas o deterioradas y utiliza como tratamiento los agentes y medios físicos como la electricidad, el movimiento, el masaje o manipulación de los tejidos y las articulaciones, el agua, la luz, el calor, el frío, etcétera.

La práctica de la fisioterapia tiene pocos riesgos, sin embargo es necesario dar a conocer algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo de los tratamientos, tales como:

- El paciente puede experimentar dolor muscular en los primeros tratamientos
- El mareo y las náuseas pueden llegar a ocurrir pero serán síntomas temporales
- En casos esporádicos los defectos físicos subyacentes, las deformidades o las patologías como huesos débiles por la osteoporosis pueden volver al paciente susceptible de lesión
- La aplicación de termoterapia puede generar irritación de la piel hasta la aparición de quemaduras
- Durante la aplicación de electroterapia puede llegar a presentarse ligera irritación de la piel hasta aparición de quemaduras eléctricas y úlceras

En el ejercicio de la fisioterapia, existen algunas contraindicaciones que se deben notificar, ya que éstas pueden alterar los resultados del tratamiento o poner en riesgo al paciente. Dichas contraindicaciones son:

A) Absolutas

- Tumores malignos
- Cardiopatías descompensadas, endocarditis activas, hemopatías, tuberculosis
- Bronquitis crónica descompensada
- Trombosis o hemorragias activas
- Marcapasos y/o dispositivos intracardiacos (electroterapia)

B) Relativas

- Derrame sinovial, hemartros y heridas recientes de partes blandas
- Artritis infecciosa
- Dermatología: micosis y dermatitis piógena
- Epilépticos no controlados y síndromes coréicos
- Cualquier herida abierta, en la zona a tratar
- Hipertensión arterial y várices sin control
- Pacientes que puedan propagar algún tipo de infección debido a la patología que sufren
- Enfermedades agudas con fiebre
- Estados febriles y/o de debilidad extrema
- Enfermos terminales
- Incontinencia de esfínteres (hidroterapia)
- Enfermedades de la piel en el caso de aguas sulfatadas (hidroterapia)
- Implantes metálicos internos como endoprótesis, material de osteosíntesis, etc.
- Alteraciones de la sensibilidad
- Aplicaciones abdominales y lumbares durante la menstruación (electroterapia, termoterapia)
- Embarazo o sospecha del mismo

He leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento

Firmando abajo consiento que:

1. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el examen, valoración y tratamiento de forma suficiente y comprensible
2. Entiendo y consiento en ser valorado y tratado por un estudiante de fisioterapia supervisado por el responsable del área correspondiente
3. Entiendo que al ser paciente de la clínica universitaria, estaré sometido a cambios frecuentes de fisioterapeuta sin previo aviso
4. Declaro no encontrarme en ninguno de los casos de las contraindicaciones especificadas en este documento
5. Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a las pruebas y tratamientos que se me van a realizar
6. Así mismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consiente a los tratamientos y métodos de valoración y diagnóstico que se me han informado

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR

1. En calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consiente a la técnica descrita para las pruebas necesarias para la formulación de mi expediente clínico y los tratamientos explicitados en mi historia clínica
2. Prestar autorización para las valoraciones y tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria y consiente

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR

FISIOTERAPEUTA

Yo, _____; estudiante de la licenciatura en fisioterapia y practicante en la clínica de fisioterapia de la ENES UNAM Campus León, Guanajuato, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de las valoraciones, pruebas y tratamientos explicitados en el presente documento y declaro haber confirmado, inmediatamente antes de la explicación de la técnica, que el paciente no incurre en ninguno de los casos de contraindicación relacionados anteriormente, así como haber tomado todas las precauciones para que la aplicación de los tratamientos sea correcta.

ANEXO 2

ABREVIATURAS

ANCFEU	Área de neurología de la Clínica de fisioterapia ENES Unidad León de la UNAM
CAM	Centro de Atención Múltiple
CER	Centro Estatal de Rehabilitación
CEPD	Centro Estatal de Personas con Discapacidad
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CFEU	Clínica de Fisioterapia ENES UNAM
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CMT	Charcot Marie Tooth
CONADIS	Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad
DCA	Daño Cerebral Adquirido
DGAD	Dirección General de Atención a la Discapacidad
EC	Enfermedades Crónicas
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EM	Esclerosis Múltiple
ENADIS	Encuesta Nacional sobre Discriminación
ENES	Escuela Nacional de Estudios Superiores
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares
ENPDIS	Encuesta Nacional de Percepción de la Discapacidad
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ELA	Esclerosis Lateral Amiotrófica

EVC	Enfermedad Vascul ar Cerebral
EVCI	Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica
EVCH	Enfermedad Vascul ar Cerebral Hemorrágica
GB	Guillain Barré
HC	Historia Clínica
HPD	Hemiparesia Derecha
HPI	Hemiparesia Izquierda
HPED	Hemiparesia Espástica Derecha
HPEI	Hemiparesia Espástica Izquierda
HPFD	Hemiparesia Facial Derecha
HPFI	Hemiparesia Facial Izquierda
IMC	Índice de Masa Corporal
IMD	Informe Mundial sobre Discapacidad
IMENT	Informe Sobre la Situación Mundial de las enfermedades no Transmisibles
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INGUDIS	Instituto Guanajuatense para las Personas con Discapacidad
LIPDEGL	Ley de Inclusión para las Personas con Discapacidad en el Estado de Guanajuato
LM	Lesión Medular
MT	Mielitis Transversa
NPLS	Neoplasia
NPT	Neuropatía
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPPQ	Orden profesional de fisioterapeutas de Quebec
PC	Parálisis Cerebral
PEC	Prevención de las enfermedades crónicas
PFP	Parálisis Facial Periférica
PKNS	Párkinson

PNPD	Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad
PNDIPD	Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad
RTPA	Red de Transporte Público Adaptado
TCE	Traumatismo Cráneo-Encefálico
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México