



TALLER DE CAMINATAS SALUDABLES.

- Berger, Abel DNI 33688459 (Medico. Esp. en Medicina General y Familiar)
- Garibaldi Diniz, Fabio D. DNI 30745802 (Lic. en Kinesiología y Fisiatría)
- Montesana, Carolina (Lic. en Kinesiología y Fisiatría)
- Romanelli, Marisa P. DNI 20736147 (Lic. en Fonoaudiología)
- Zocca, Guillermo E. DNI 31168758 (Lic. en Musicoterapia)

CABA, Retiro, CeSAC 21, Ulla Ulla 2839

1530225064

rehabilitacioncesac@gmail.com

Octubre 2022.

Trabajo inédito

Relato de experiencia

Categoría: Promoción de la Salud

El equipo de investigadores está conformado por 2 profesionales de la disciplina kinesiología, una fonoaudióloga, un musicoterapeuta y un médico generalista. Todxs somos parte del equipo de profesionales del centro de salud 21 del área programática del Hospital Fernández.

“CAMINATAS SALUDABLES”. Relato de Experiencia de talleres de actividad física periodo 2021-2022	
Autores Berger A., Garibaldi F., Zocca G., Montesana C., Romanelli M.	
Centro de Salud 21. área programática Hospital Juan Fernández. CABA	
Relato de experiencia	
Trabajo inédito	
Promoción de la Salud	
<p>El taller de Caminatas Saludables implementado a partir del dispositivo RIAAPS (Rehabilitación Integral Ambulatoria en Atención Primaria de Salud) ubicado en el CeSAC 21 del barrio 31 de Retiro de la Ciudad de Buenos Aires tuvo como función esencial el tratamiento post COVID. En la actualidad el Taller está abierto a toda la población en la cual se encuentran participando adultos mayores y personas con problemas como diabetes, hipertensión y obesidad.</p> <p>Los objetivos del taller son mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas para que puedan desarrollar sus AVD y generar el encuentro social para quienes participan de la actividad promoviendo hábitos saludables.</p> <p>La actividad se planifica mes a mes y si bien es la misma para todo el grupo, tiene distintos niveles de intensidad según las distintas capacidades funcionales de las personas participantes. Se logró la adhesión de los pacientes durante el tiempo de trabajo y se observaron mejoras en sus capacidades físicas. A su vez se logró articular a los pacientes que se acercaban a la actividad con los distintos servicios de salud logrando un seguimiento individual de las personas abordando sus problemas.</p> <p>El desarrollo de esta actividad permitió acercarnos a la población promoviendo hábitos saludables, aumentó el número de personas en seguimiento activo por parte de los servicios de salud y favoreció la articulación entre los distintos equipos.</p>	
Caminatas; Actividad Física; Promoción de la Salud; Enfermedades crónicas no transmisibles	

El taller de caminatas se encuentra enmarcado en el dispositivo de RIAAPS (Rehabilitación Integral de Atención en Atención Primaria de Salud) que se encuentra actualmente funcionando dentro del CeSAC 21, ubicado dentro del barrio 31, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho dispositivo cuenta con las disciplinas de Medicina General, Kinesiología, Fonoaudiología, Musicoterapia, Nutrición, Enfermería y Trabajo social. Se articula con el equipo que conforma el CeSAC 21 para realizar un trabajo Interdisciplinario, incluyendo a las Promotoras de salud como facilitadoras del acceso a la población y al territorio.

Antecedentes

El programa de rehabilitación fue creado para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y el bienestar del individuo y se define como un conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado integral y el cuidado del paciente. Al comienzo de este proyecto en julio 2020, se comenzó con la visita domiciliaria a aquellos pacientes post covid, derivados por distintos Hospitales públicos (mayormente Fernández y Rivadavia), quienes quedaron con distintas secuelas por internación prolongada y que por ende padecían alguna dificultad, limitación o impedimento para deambular o salir de sus casas. Posterior a la pandemia se comenzaron a atender personas con problemas como secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV), secuelas por Traumatismos Encéfalo Craneanos (TEC), parálisis faciales, Parkinson, trastornos del lenguaje, Hipertensión, diabetes y obesidad que acudían por derivaciones desde el CeSAC 21, por demanda espontánea o de otros centros cercanos.

Actualmente se atienden en el dispositivo más de 80 pacientes semanales y a su vez, se desarrolla en el barrio un programa denominado “Caminatas saludables”, llevado a cabo por las promotoras de salud y en coordinación con el equipo RIAAPS. Esta iniciativa

resultó fundamental ya que personas con diversos problemas encontraron un lugar de promoción de la salud, contención y seguimiento. En dicho espacio, que se lleva a cabo 3 veces por semana, las personas realizan una actividad física aeróbica de leve a moderada con el control alimentario y de peso correspondiente.

Se logró la adhesión de los pacientes durante el tiempo de trabajo y se observaron mejoras en sus capacidades físicas. A su vez se logró articular a los pacientes que se acercaban a la actividad con los distintos servicios de salud logrando un seguimiento individual de las personas abordando sus problemas.

El desarrollo de esta actividad permitió acercarnos a la población promoviendo hábitos saludables, aumentó el número de personas en seguimiento activo por parte de los servicios de salud y favoreció la articulación entre los distintos equipos.

Marco Teórico

La prevención es la herramienta más eficaz y eficiente en políticas de salud, mientras que los programas de rehabilitación son considerados como los más eficaces entre las intervenciones de prevención secundaria; sin embargo los servicios asistenciales dedicados a esto son escasos y están infrautilizados.

El plan estratégico de la OPS 2014-2019, respecto a lo pertinente para la rehabilitación, plantea: “Aumento del acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, incluida la prevención”. A su vez la Cobertura Universal de Salud plantea cuatro puntos esenciales respecto al acceso equitativo a los servicios integrales: prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

El Plan Estratégico plantea los siguientes objetivos.

1. Promover la equidad en el marco de las políticas, planes y legislación de salud en materia de discapacidad, para fortalecer la gobernanza.
2. Fortalecer la red de servicios de habilitación y rehabilitación del sector de la salud, lo que comprende el suministro de dispositivos de asistencia técnica y la rehabilitación basada en la comunidad.

3. Promover la producción y análisis de datos sobre discapacidad y apoyar la investigación.

En el documento “Rehabilitación 2030” de la OPS de febrero de 2017 se planteó el fortalecimiento del sistema de salud para brindar servicios integrales de rehabilitación. Cuatro son las poblaciones principales a las que está dirigida la política de Rehabilitación para Todos: personas mayores, personas con discapacidad, personas con condiciones episódicas y personas con condiciones crónicas. Basa su estrategia en la integración de la comunidad con los tres niveles de atención de los servicios de salud, enmarcado dentro del paradigma de la continuidad de cuidados. (1)

La rehabilitación puede reducir los efectos de diversos problemas de salud, como enfermedades agudas o crónicas, lesiones o traumatismos. Asimismo, puede complementar otras intervenciones sanitarias, como las médicas o quirúrgicas, y contribuir a conseguir el mejor resultado posible. También contribuye a reducir al mínimo o frenar los efectos discapacitantes de enfermedades crónicas, dotando a los pacientes y su entorno de estrategias de automanejo y de las ayudas técnicas que precisen.

La rehabilitación es una inversión que aporta beneficios en términos de costos, tanto a quien la precisa como a la sociedad en conjunto. Puede ayudar a evitar hospitalizaciones costosas, reducir la duración de estas y evitar los reingresos. Asimismo, colabora para que, dentro de las posibilidades de cada paciente, puedan reinsertarse en actividades educativas, tener un empleo, llevar una vida independiente y reducir al mínimo la necesidad de recibir apoyo financiero o cuidado de terceros.

Según sostiene la Organización Mundial de la Salud, para que la rehabilitación cumpla todos sus objetivos, debería hacerse lo posible por fortalecer el sistema de salud en conjunto y que la rehabilitación forme parte de la atención sanitaria a todos los niveles del sistema de salud, así como de la cobertura sanitaria universal. Es amplia la evidencia del beneficio y los resultados que producen los servicios de rehabilitación en diferentes ámbitos focalizados en problemas específicos. Tal es el caso de las enfermedades cardiovasculares, los problemas respiratorios crónicos y los problemas neurocognitivos, entre otros.

Rehabilitación cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares suman más muertes que todos los tipos de cáncer y enfermedades crónicas respiratorias juntos. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo; entre las primeras ECV con mayor mortalidad se encuentran la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular (ACV). La práctica de actividad física regular está relacionada con la disminución de los factores de riesgo de las ECV; los beneficios son mayores si se inicia en etapas tempranas. La carga de la enfermedad mide los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) y años de vida saludable perdidos (AVISA) como indicador de los años vividos con discapacidad. Estudios epidemiológicos en diferentes países han descrito los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) en la literatura científica; entre los principales FRCV se encuentran la hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes. Los programas de rehabilitación cardiovascular, cuya creación fue propuesta por la OMS en los años 60 para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el pronóstico de los cardiopatas, se definen como el conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado integral de los pacientes con enfermedad cardiovascular considerando su recomendación como útil y efectiva especialmente en sujetos con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca crónica. Cualquier PRC debe incluir componentes específicos para optimizar la reducción de riesgo cardiovascular, promover comportamientos sanos y su cumplimiento a través de programas de educación con participación activa del paciente en su propio tratamiento, y reducir la con ECV. Dicho componente es la Estrategia de Automanejo planteada en el modelo MAPEC. La última guía europea de prevención de las enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica focaliza en la importancia de la participación de los equipos de salud de atención primaria en estos programas, porque tienen más oportunidades de mejorar significativamente la prevención y el tratamiento de las ECV. Como alternativas más flexibles que facilitan el discapacidad mediante la promoción de un estilo de vida activo para pacientes acceso y la participación en programas de rehabilitación cardiovascular aparecen los programas de rehabilitación cardíaca domiciliarios (el más conocido y el único validado por el National Institute for Health and Clinical Excellence en Reino Unido es el Heart Manual).(2) Brotons et al demostraron que una intervención domiciliaria intensa y estructurada por personal entrenado resulta efectiva tanto en la reducción de la morbimortalidad como en la mejora de la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Rehabilitación respiratoria

La rehabilitación respiratoria (RR) ha demostrado ser eficaz con un alto nivel de evidencia en términos de mejora de los síntomas, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y en algunos pacientes con enfermedades distintas de la EPOC. De acuerdo con las guías internacionales, la RR está indicada fundamentalmente en todo paciente con síntomas respiratorios crónicos. Dependiendo de los mismos se le ofrecerá un tipo u otro de programa. Actualmente puede afirmarse con una alta evidencia científica que los programas de RR que incluyen el entrenamiento muscular mejoran la disnea, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y en otras enfermedades respiratorias distintas de la EPOC. Estos beneficios pueden obtenerse tanto si la RR se realiza en el entorno hospitalario como en el domicilio del paciente. (4, 5, 6,7)

Las exacerbaciones de EPOC están asociadas a empeoramiento de la calidad de vida, síntomas y actividad física, deterioro acelerado de la función pulmonar, incremento de la morbimortalidad, especialmente en aquellos que se hospitalizan y son la causa más común de hospitalización y muerte en EPOC. El 70% del costo directo total de la EPOC deriva de las exacerbaciones y de sus complicaciones, por lo tanto es objetivo primordial según las guías GOLD prevenir exacerbaciones, detectarlas tempranamente y su tratamiento adecuado. Por otra parte, el entrenamiento físico, parte medular de un programa de rehabilitación respiratoria, es una intervención fundamental en el manejo del paciente con EPOC estable. En pacientes con EPOC, se ha observado una reducción en el número de exacerbaciones y hospitalizaciones con la RR, basada en una serie de estudios observacionales y no aleatorizados, no controlados. En 2004, se realizó en California un estudio colaborativo, observacional sobre meses de seguimiento a 522 pacientes que realizaban RR, lo que demostró una reducción del 60% en los días de hospitalización, 40% en las visitas a guardia, 25% en las visitas ambulatorias y 30% en los llamados telefónicos. Recientes estudios controlados, prospectivos y aleatorizados señalan similares hallazgos. Un estudio multicéntrico realizado en Argentina (Estudio Re3) determinó como objetivo primario el impacto de la RR en la reducción de las reagudizaciones por EPOC. Se comparó en 180 pacientes enrolados seguidos a 24 meses a los que continuaban entrenando con los que

iban abandonado la RR. El estudio Re3 demostró que la RR tiene un notable impacto positivo en la reducción de las exacerbaciones y consumo de recursos de salud, con reducción de la mortalidad, mejoría de la calidad de vida del paciente, reducción de los síntomas y mejoría en la tolerancia al ejercicio a 24 meses de seguimiento.(8, 9, 10, 11, 12)

La pandemia por COVID-19 a nivel mundial dejó un número importante de pacientes que presentaron secuelas englobadas en el síndrome post-UCI (PICS) a medio y corto plazo. El PICS se ha reconocido como una entidad clínica que presentan un número importante de enfermos críticos (30-50%), caracterizado por secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático) al alta de UCI y que impactan de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes. Estas consecuencias persisten a largo plazo no solo en los pacientes y sus familias, sino en toda la sociedad. Muchos de los pacientes no pueden reincorporarse a nivel laboral y presentan una pérdida de independencia significativa con altas cargas económicas relacionadas con sus cuidados. Actualmente existen estrategias multimodales y multiprofesionales que han demostrado reducir la aparición del PICS mejorando los resultados funcionales y la calidad de vida de estos pacientes. Estas estrategias, especialmente dirigidas a reducir el delirium y la debilidad muscular adquirida en UCI (DAUCI) han demostrado ser efectivas reduciendo las complicaciones y los costes relacionados con la atención del enfermo crítico. (13, 14).

Por otro lado, la pandemia de factores de riesgo cardiovascular trae aparejado un incremento significativo de personas que requieren seguimiento y espacios de actividad física en entornos saludables.

Objetivo general

Realizar un abordaje integral de los pacientes con enfermedades crónicas y complejas, priorizando la continuidad de cuidados para mejorar su calidad de vida.

Objetivos Específicos

→ Aumentar la cobertura de personas con enfermedades crónicas dentro del establecimiento y fuera del mismo.

→ Propiciar un modelo de atención centrado en la persona, que facilite su participación activa, promueva la adherencia al tratamiento y el seguimiento longitudinal.

→ Generar dispositivos de intervención en educación para la salud complementarios a la atención en el centro de Rehabilitación.

→ Promover el armado de una red integrada de servicio de salud compuesta por cada uno de los efectores a lo largo de los distintos niveles de atención.

→ Facilitar la reinserción social, laboral y actividades de la vida diaria del paciente

Actividades desarrolladas en el dispositivo.

Planificación del taller de caminatas con periodicidad mensual.

Gestión de Turnos protegidos para seguimiento de participantes sin abordaje.

Seguimiento activo de los participantes en articulación con los equipos de salud

Actividad comunitaria

Así como nuestro trabajo es una actividad para la comunidad, la experiencia lograda por las caminatas saludables en la cual el profesional se abría en un espacio público a quien quiera participar con el objetivo de mejorar o mantener la calidad de vida de personas, nos llevó a idear otros programas con la idea de llegar a un mayor porcentaje de la población. Taller de respiración apuntado a personas post covid, hipertensas y/o con problemas respiratorios como el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), talleres de estimulación cognitiva, taller de baile, taller de parkinson.

Conclusión

La prevención hace referencia a las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o reforzar los factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. Incluye actividades para reducir las consecuencias una vez

ya establecida la enfermedad. En el marco de la salud pública con la promoción y prevención, el objetivo es reducir la cronicidad y la incapacidad por medio de la rehabilitación, enmarcada dentro de la prevención terciaria.

El desarrollo de esta actividad permitió acercarnos a la población promoviendo hábitos saludables, aumentó el número de personas en seguimiento activo por parte de los servicios de salud y favoreció la articulación entre los distintos equipos.

El verdadero reto es intentar incidir en la calidad de vida de las personas, contribuyendo a prevenir la aparición de la enfermedad o la progresión de la ya existente. Acompañar a las personas en el cuidado de su salud inexorablemente implica asumir sus múltiples dimensiones y su complejidad, y para esto se requiere un equipo de salud interdisciplinario y accesible para las personas y la comunidad

Bibliografía

1. Rehabilitación en las Américas: actualizaciones de la OPS / OMS. Antony Duttine Asesor en Discapacidad y Rehabilitación. 1 de Octubre 2018
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction. Londres: NICE; 2007, Disponible en: www.nice.org.uk/CG48
3. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Cata` T, et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca: estudio IC-DOM. Rev Esp Cardiol. 2009;62:400–8.
4. Rehabilitación respiratoria y exacerbaciones de EPOC: ¿una utopía hecha realidad? Martín Sivori RAMR 2016; 1:46-55. Buenos Aires, Argentina.
5. Wedzicha JA, Seemungal TA. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet 2007; 370: 786-796.
6. Sección Rehabilitación Respiratoria de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Análisis del impacto de la Rehabilitación Respiratoria sobre las exacerbaciones por EPOC y consumo de recursos de salud. En Actas del 36º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria. Mar del Plata 2008.
7. Van Wetering CR, Hoogendoorn M, Mol SJ et al. Short- and long-term efficacy of a community-based COPD management programme in less advanced COPD: a randomized controlled trial. Thorax 2010; 65: 7-13.
8. Cambach W, Chadwick-Straver RV, Wagenaar RC et al. The effects of a community-based pulmonary rehabilitation programme on exercise tolerance and quality of life: a randomized controlled trial. Eur Respir J 1997; 10: 104-13.

9. California Pulmonary Rehabilitation Collaborative Group. Effects of pulmonary rehabilitation on dyspnea, quality of life and health care costs in California. *J Cardiopulm Rehabil* 2004; 24: 52-62

10. Güell R, Casan P, Belda J et al. Long-term effects of out-patient rehabilitation of COPD: A randomized trial. *Chest* 2000; 117: 976-83.

11. Foglio K, Bianchi L, Ambrosino N. Is it really useful to repeat outpatient pulmonary rehabilitation programs in patients with chronic airway obstruction? A 2-year con-trolled study. *Chest* 2001; 119: 1696-704.

12. Carr SJ, Hill K, Brooks D, Goldstein RS. Pulmonary rehabilitation after acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in patients who previously completed a pulmonary rehabilitation program. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2009;29: 318-24.

13. Ades PA , Keteyian SJ, Balady GJ, Houston-Miller N, KitzmanDW, Mancini DM, et al. Cardiac rehabilitation exercise and self-care for chronic heart Failure. *JACC Heart Fail.* 2013;1:540---7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2013.09.002./2>. Keteyian SJ, Squires RW, Ades PA , Thomas RJ. Incorporating patients with chronic heart failure into outpatient cardiac rehabilitation: practical recommendations for exercise and self-care counseling-a clinical review. *J Cardio-pulm Rehabil Prev.* 2014;34:223---32, <http://dx.doi.org/10.1097/HCR>. con segundo y tercer nivel de Atención.

14. Forman DE, Sanderson BK, Josephson RA, Raikhelkar J, BittnerV. American College of Cardiology's Prevention of Cardio-vascular Disease Section Heart Failure as a Newly Approved Diagnosis for Cardiac Rehabilitation: Challenges and Opportunities. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65:2652---9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.04.052./4>. Taylor RS, Sagar VA , Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal H, et al. Exercise-based rehabilitation for heart Failure. *Coch-rane Database Syst Rev.* 2014:CD003331, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003331.pub4./>.