

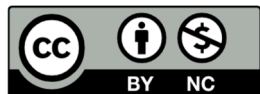
Ramírez, Karen Gabriela

“Diagnóstico socio-comunitario en el centro de atención primaria de salud: La esmeralda y propuesta de intervención kinésica para la disminución de prevalencia de eventos cardiovasculares”

2019

Instituto: Ciencias de la Salud

*Carrera: Licenciatura en Kinesiología y
Fisiatría*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Ramírez, K.G. (2019) *Diagnóstico socio-comunitario en el centro de atención primaria de salud: La esmeralda y propuesta de intervención kinésica para la disminución de prevalencia de eventos cardiovasculares* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



Instituto de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

TÍTULO:

“ Diagnóstico socio-comunitario en el Centro de atención primaria de Salud: La Esmeralda y Propuesta de Intervención Kinésica para la disminución de prevalencia de Eventos Cardiovasculares”

Autora: Ramírez Karen Gabriela

Número de Legajo: 2422

Directora: Lic. Ángela Esposito

Codirector: Medico Mario Maugeri

Fecha de Entrega: 23/09/2019

Firma del Autor:

Dedicatoria

Esta Tesina está dedicada a mi Madre Vivían, a mi Padre Juan Carlos y a mi Hermano Ricardo, que siempre creyeron en mí y me acompañaron en todo momento para que pueda concretar mis metas.

Además, se la dedico al Pueblo Argentino por su aporte a la Educación Pública, Gratuita y de Calidad a la que accedemos los y las Estudiantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Agradecimiento

Primero quiero brindar mi agradecimiento a la UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE que me abrió las puertas para poder adquirir no sólo la formación académica para culminar la formación de Grado, sino que me aportó una mirada social e integral de la salud que ya forma parte de mi ser.

A la directora de la Tesina, Lic. Ángela ESPÓSITO quien me acompañó en proceso de la investigación, me brindó seguridad y apoyo.

Al Codirector de la presente Tesina, el Medico Mario MAUGERI, por brindarme la posibilidad de investigación en el Centro de Atención Primaria y por contagiarme de su entrega hacia la salud comunitaria.

A los y las responsables del Voluntariado de Kinesiología por brindarnos espacios de articulación comunitaria durante la formación académica que promueven la vocación por la Kinesiología Comunitaria.

También me gustaría agradecer a todos los docentes de la UNAJ y principalmente a la Licenciada Elisa GOYA y el Licenciado Martín NUÑEZ, quienes durante la formación académica me transmitieron su entrega y humildad en la atención de las personas, siempre se alegraron por mi progreso y me alentaron a seguir luchando por mis sueños.

ÍNDICE

I.	Introducción:	6
II.	Fundamento	8
III.	Objetivos de la Investigación.....	9
IV.	Marco conceptual:	10
IVa	Prevención primaria y Promoción de la Salud	10
IVb	Situación de salud en Argentina	14
IVc	Factores de riesgo modificables	17
IVd	Programas Municipales.....	25
IVe	Universidad Nacional Arturo Jauretche: Vinculación comunitaria en la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría	28
V.	Diagnóstico situacional	30
Va.	Funciones y Organización del CAPS	31
Vb.	Cultura organizacional	33
Vc.	Análisis FODA del CAPS La Esmeralda:	34
Vd.	Mapeo Comunitario, Determinantes de la salud y Redes de salud	37
VI.	Problemática: Factores de riesgo Cardiovasculares en La Esmeralda	41
VII.	Mapa de Actores	53
VIII.	Propuesta de intervención Kinésica Comunitaria	54
IX.	Objetivos de la propuesta de intervención.....	67
X.	Actividades.....	68
XI.	Metas e Indicadores.....	70
XII.	Análisis estratégico para la sustentabilidad de la propuesta y Resultados esperados	72
XIII.	Conclusión y Reflexión personal	73
XIV.	Referencias Bibliográfica	76

Índice de Tablas

Tabla I	Tabla comparativa Promoción – Prevención de la salud.	13
Tabla de	Clasificación de la obesidad según la OMS: Tabla II	20
Tabla III	Análisis FODA del CAPS La Esmeralda	37
Tabla IV	de Método de Revisión Bibliográfica.....	55
Tabla V	Actividades de la Propuesta de intervención desde los distintos niveles de gestión. Macrogestión	69
Tabla VI	Actividades de la Propuesta de intervención desde los distintos niveles de gestión. Mesogestión.	69

Tabla VII Actividades de la Propuesta de intervención desde los distintos niveles de gestión. Microgestión.	70
Tabla 8 Analisis FODA de la Propuesta De Intervención	73

Índice de Gráficos

Gráfico I Resultados: Histograma de Edad.	45
Gráfico II Resultados: Barrio de residencia de Pacientes de la muestra.	46
Gráfico III Resultados: Sexo de los pacientes de la muestra.	46
Gráfico IV Resultados: Diagnósticos de Enfermedad Crónica.	47
Gráfico V Resultados: Relevamiento de nivel educativo de los pacientes de la muestra.	48
Gráfico VI Resultados: Relevamiento del tabaquismo en pacientes de la muestra.	48
Gráfico VII Resultados: Realización de actividad física.	49
Gráfico VIII Resultados de porcentaje de los distintos grados de obesidad en los pacientes de la muestra.	50
Gráfico IX Resultados de porcentaje de Colesterol en los pacientes de la muestra de registros médicos.	50
Gráfico X Resultados de cantidad de pacientes con Riesgo Cardiovascular, según los datos relevados.	51
Gráfico XI Diagrama de Flujo de Búsqueda Bibliográfica.	56

Índice de Mapas

Mapa I Área Programática del CAPS La Esmeralda	38
Mapa II Actores Sociales.	53

Anexos

- I. Escala de Estrés Percibido (EEP-10)
- II. Tabla de cálculo de IMC, OMS 2007
- III. Modelo de Historia Clínica
- IV. Tablas Europeas Del Riesgo Cardiovascular
- V. Modelo de Consentimiento Informado de Pacientes
- VI. Consentimiento Institucional

I. INTRODUCCIÓN:

En la actualidad se observa que las enfermedades transmisibles (infecciosas) y de tipo carencial dejaron de ser la principal causa de discapacidad y de mortalidad para dar ese lugar a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), siendo éstas multifactoriales, complejas y producto de las condiciones de vida de las personas. Este grupo de enfermedades que son de larga duración y evolución generalmente lenta, están representadas principalmente por: las enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.

Así mismo las ECNT se asocian a una serie de factores de riesgo, que se puede definir en tres niveles:

-factor biológico: la hipertensión arterial, la diabetes, los valores elevados de colesterol en sangre y el estrés;

-el factor conductual: consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo el exceso de peso y la mala alimentación;

-el factor social: el ámbito socioeconómico y cultural. (1)

Estos factores de riesgo representan un conjunto de enfermedades, conductas y hábitos que pueden producir patologías cardiovasculares; por lo cual la detección temprana y el control de los mismos, sumado a la promoción de los hábitos saludables, como la realización de actividad física planificada, una dieta adecuada y evitar el consumo de tabaco tienen un enorme impacto en la morbilidad global y en la probabilidad de desarrollar eventos coronarios. (2)

La importancia de las enfermedades cardiovasculares radica, no solo en su prevalencia y mortalidad sino en su posibilidad de ser anticipada, para ello es importante considerar las medidas preventivas para inducir al cambio de hábitos poco saludables que apunte al empoderamiento de las personas en su salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades no transmisibles son la causa de la muerte de 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo, según el informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cada año

mueren por ECNT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años; más del 80% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (3)

En Argentina, según el Expediente N° 2002-8211-09/6 del registro de este Ministerio de salud las ENT son responsables de más del 60% de las muertes y la principal causa de años potenciales de vida perdidos (APVP). (4)

Estas enfermedades son prevenibles a través de estrategias de Prevención y control tanto a nivel de los determinantes sociales, como en varias acciones dirigidas a los servicios y redes de atención.

Por lo tanto, es indispensable un abordaje integral comunitario a través de un equipo de salud interdisciplinario para la reducción de los factores de riesgo cardiovasculares.

La Kinefilaxia se ocupa del hacer Kinésico en prevención y promoción de la salud mediante el movimiento, actúa conservando o restituyendo la salud del individuo. Implica además actividades de educación, destinando recursos humanos y materiales con el fin de prevenir la aparición de consecuencias desfavorables para la salud de las personas.(5)

La educación crea oportunidades de aprendizaje conscientes para cambiar conductas y encaminarse hacia la prevención de la enfermedad, como medio para modificar los factores de riesgo de determinadas enfermedades o bien modificar factores personales que disminuyan la incidencia de una patología; el objetivo de la misma es ayudar a las personas a que sean capaces de tomar decisiones razonables sobre su salud y a su vez adoptar estilos de vida saludables.

Dentro de las herramientas fundamentales de la Kinefilaxia para la prevención de enfermedades, la actividad física regular es parte importante en la modificación de los estilos de vida saludables y se ha asociado con una disminución en los riesgos de morbi-mortalidad al disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad, osteoporosis o depresión (6).

El ejercicio, particularmente el acondicionamiento aeróbico y el entrenamiento de fuerza, es una de las intervenciones fundamentales para prevenir la muerte y la discapacidad generada por las enfermedades cardiovasculares. (6)

Los/as Kinesiólogos/as son expertos/as en la programación de actividad física y ejercicio terapéutico destinado a la prevención, curación y recuperación de enfermedades; el trabajo del Kinesiólogo preventivo se debe orientar a brindar información y motivar a que las personas participen de su proceso de salud.

La prevención de enfermedades cardiovasculares (ECV) es un conjunto coordinado de acciones, a nivel de población o dirigido a un individuo, que tienen como objeto eliminar o minimizar el impacto de las ECV y sus comorbilidades. (3)

En consideración a la problemática precedentemente expuesta, surgió la necesidad de emprender la siguiente investigación para la cual se llevó a cabo el diagnóstico Socio comunitario en el área programática perteneciente al Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) “La Esmeralda” de Florencio Varela, Prov. de Buenos Aires; a fin de identificar la prevalencia de los factores de riesgos cardiovasculares y generar una estrategia como propuesta de intervención Primaria para la prevención de los Eventos cardiovasculares desde un abordaje Kinesiológico.

El desarrollo de esta Tesina se centrará en la labor Kinesiológica, a través de la Kinefilaxia, como parte del equipo de salud, para la prevención de los eventos cardiovasculares a partir de los factores de riesgo modificables identificados.

La presente tesina se llevó a cabo dos fases, la primera un análisis de la situación de salud mediante un “diagnóstico Socio comunitario” en el CAPS La Esmeralda y la segunda fase una “revisión bibliográfica” a fin de formular la propuesta de intervención para la prevención Kinésica de los factores de riesgo cardiovasculares identificados.

II. FUNDAMENTO

En Argentina, al igual que en muchos países del mundo, unas de las primeras causas de muerte (73.4%) de la población adulta son las enfermedades cardiovasculares (ECV), como infarto de miocardio, angina de pecho, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, etc. Sin embargo 3 de cada 4 de esas muertes pueden ser

evitadas, por lo cual es importante conocer la prevalencia de los factores que aumentan su riesgo para poder diseñar estrategias sanitarias.

Por lo tanto, esta investigación pretende analizar dichos factores de riesgo modificables para generar estrategias de Prevención de los Eventos Cardiovasculares desde un abordaje Kinésico en la población de análisis.

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de esta tesina fue analizar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular que se presentan en pacientes de 35 a 65 años que se atienden en el centro de atención primaria de la salud del “Barrio la Esmeralda” Florencio Varela manteniendo el tratamiento prolongado de su Enfermedad Crónica No Transmisibles durante enero del 2018 a enero del 2019 y formular una Estrategia de Intervención primaria para la prevención de los Eventos Cardiovasculares, a partir de los factores de riesgo modificables identificados, desde un abordaje Kinésico.

Los objetivos específicos llevados a cabo para el abordaje de la misma fueron los siguientes:

- Caracterizar la situación Socio-comunitaria y determinantes de la salud a través de la herramienta de Mapeo en un sector del Barrio La Esmeralda, Florencio Varela.
- Identificar las Redes actuales del CAPS y las posibles vinculaciones para llevar a cabo la estrategia de prevención Kinésica.
- Analizar las problemáticas biopsicosociales que inciden en los factores de riesgo cardiovasculares en la población de estudio.
- Determinar el riesgo cardiovascular de los pacientes identificados.
- Enunciar y describir abordajes kinésicos para la prevención de Eventos cardiovasculares.

-Identificar y describir las medidas actuales preventivas desarrolladas en el Municipio de Florencio Varela.

IV. MARCO CONCEPTUAL:

Para un correcto análisis de los datos relevados, se considera importante desarrollar los conceptos de Prevención primaria, Promoción de la salud y Situación de salud en Argentina.

IVa Prevención primaria y Promoción de la Salud

A partir de 1948 la Organización Mundial de la salud cambia el concepto de salud definiendo a la misma como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Posteriormente surgieron concepciones más amplias sobre la definición de salud como la del diccionario de JOHN M. LAST caracterizado por la integridad. Todas las concepciones de la salud encierran aspectos desde lo físico, mental, individual, social, comunitario y ambiental, acercándose a un concepto integral y global de la salud, del cual forman parte los estilos de vida saludables. (7)

Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978 de Alma Ata, así como las resoluciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud se ha marcado el camino y directrices sobre el desarrollo de Promoción de la Salud en el mundo.

El término promoción de la salud, está asociado a un conjunto de valores: vida, salud, solidaridad, ciudadanía, desarrollo, participación social y asociación entre otros; se refiere también a una “combinación de estrategias”: acción del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de los individuos (desarrollo de actitudes personales), del sistema de salud (reorientación del sistema) y de asociaciones intersectoriales, esto es, trabajar con la idea de responsabilidad Múltiple ya sea por los problemas, como por las soluciones para los mismos. (8)

- Centro cultural municipal N°1
- Iglesia Ministerio plenitud de Cristo
- Ministerio pentecostal
- Iglesia de Dios de la profecía
- Iglesia “Todos venid a mí”
- Polideportivo “Defensa y Justicia”

-En cuanto a los espacios verdes sólo se identificó una plaza.

En cuanto a los actores financieros, en general, la mayoría de los cargos son municipales, aunque existen algunos cargos profesionales que dependen de provincia de Buenos Aires. La Nación aporta recursos económicos a través del plan SUMAR (ex-nacer) con el que se ha equipado el CAPS con numerosos recursos materiales (sillas, estufas de tiro balanceado, aires acondicionados, ventiladores de techo, microondas, equipos de música, computadoras, televisores, lockers, escaleras, etc.)

VI. PROBLEMÁTICA: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LA ESMERALDA

Durante la realización de una Posta Sanitaria en noviembre del 2017 sobre alimentación saludable, medición de la tensión arterial, glucosa y mediciones antropométricas. Se identificó la existencia de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo en un 15%, antecedentes familiares (factor biológico de Herencia) de Hipertensión Arterial (HTA) el 50% y el 61% de Diabetes. Para el análisis de los presentes datos se empleó una encuesta adjunta en el anexo del presente trabajo.

En relación con la HTA se encontraba elevada en el 16% de la totalidad de personas evaluadas.

Frente al análisis de los datos en las tablas de medida de riesgo cardiovascular (Adjuntas en el Anexo), dio como resultado que la totalidad de los adultos mayores

de 40 años, presentaban riesgo cardiovascular, ya que dentro de los factores analizados el 40% tenía los niveles de glucosa por sobre la normalidad y un 75% presento una tensión arterial elevada.

Respecto al análisis del Índice de masa corporal (IMC), el 25% se encontraba con obesidad y el 40% con Sobrepeso, siendo que la obesidad o exceso de peso pueden elevar el colesterol y causar la elevación de la tensión arterial y la incidencia de la Diabetes mellitus, este dato repercute directamente sobre los factores de riesgo cardiovasculares.

Además de los factores de riesgo mencionados íntimamente relacionados con los eventos cardiovasculares, es importante mencionar la relación de los factores socio demográficos expuestos en el apartado de Mapeo territorial y determinantes sociales, teniendo los mismo un papel importante en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

El alto porcentaje de analfabetismo conlleva a la deficiencia del acceso de información para cuidados, controles y prevención de los factores de riesgo cardiovascular. El trabajo informal, debido a las necesidades socioeconómicas presentes en los integrantes de la comunidad impide ausentarse a los trabajadores para llevar a cabo estudios de control de salud, representando sus necesidades diarias de subsistencia de alimentación, trabajo, bienestar de su familia cuestiones prioritarias por sobre su propio estado de salud.

Ante la falta de control de salud e identificación temprana de factores de riesgo provoca que no se puedan prevenir los factores de riesgo que desencadenan los eventos cardiovasculares o el avance de Enfermedades crónicas no transmisibles.

Debido al alto porcentaje de jóvenes en la población, con un índice de analfabetismo alto y habiendo identificado en las encuestas durante la Posta Sanitaria la ausencia de realización de actividad física, los hábitos alimenticios inadecuados, el alto porcentaje de sobrepeso en adultos jóvenes trae consigo una alta probabilidad que se desarrolle en la población Enfermedades Cardiovasculares.

En cuanto al sistema de registro, el CAPS cuenta con el desarrollo de Historias Clínicas (HC) para todos los pacientes, presentando las más actuales la información sobre datos sociodemográficos (Se Adjunta en Anexo).

Las HC del adulto que se utilizan son el modelo aportado por la subsecretaría de salud del municipio de Florencio Varela, la cual abarca además de los aspectos clínicos, los aspectos sociodemográficos (vivienda, empleo, relación social, económica, nivel educativo, hábitos, cobertura de salud).

A su vez en cada atención se toma un registro en la “Ficha N2” de la dirección de información sistematizada, con los datos del paciente: edad, partido de residencia, diagnóstico y cobertura de salud; dicho registro se envía a la Secretaría de salud de la Nación, para establecer estadísticas, estrategias e intervenciones a través de las políticas Públicas generadas.

A los efectos de la realización de la presente investigación, se llevó a cabo en el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) La Esmeralda, una revisión de las Historias Clínicas de pacientes adultos y adultos mayores que asisten a dicho Centro brindando los mismos el consentimiento para la utilización de sus datos clínicos en la investigación (adjunto en anexo), además de contar con la autorización de la institución para dicha intervención (adjunta en anexos).

Diseño, lugar y periodo: retrospectivo, descriptivo, observacional, a través de la revisión de expedientes médicos de usuarios que padecen una o más de una de las siguientes enfermedades: Hipertensión, Diabetes e Hipercolesterolemia, realizada en el CAPS La Esmeralda, Florencio Varela. A partir de los datos recopilados se realizó la Estratificación de factores de riesgo cardiovasculares en dichos pacientes a través de las tablas de cálculo cuantitativo de RCV.

Las Sociedades Científicas en sus recomendaciones para la prevención de la enfermedad coronaria utilizan estas tablas para identificar a los pacientes de alto riesgo, prioritarios a la hora de intervenir sobre los distintos factores de riesgo;

Se tomó en cuenta como criterios de inclusión:

*Pacientes de 35 a 65 años que en el momento de realizado el Diagnóstico Socio comunitario se encontraban en tratamiento prolongado de ECNT.

*Pacientes pertenecientes al área programática del CAPS La Esmeralda y área de influencia.

*Pacientes Diagnosticados con Diabetes, Hipertensión y/o Hipercolesterolemia.

*Pacientes que registran atención en el CAPS durante enero del 2018 a enero del 2019 inclusive.

*Pacientes que cuentan con Historias Clínicas con datos relevantes para el cálculo de Riesgo Cardiovascular (RCV): IMC, Colesterol total, Estado de fumador, Diabetes, HTA.

*Pacientes en los que, sus Historias Clínicas registran datos sociodemográficos y Hábitos.

Como criterios de exclusión:

* Pacientes que padezcan Cáncer, Enfermedades Pulmonares Crónicas, Hipotiroidismo y/o Hipertiroidismo.

* Pacientes Embarazadas.

*Pacientes que hayan dejado de asistir al CAPS antes de diciembre del 2018.

Población y muestra: A partir del registro de tratamientos prolongados se identificó que el total de los pacientes asistentes al CAPS durante la realización del Diagnóstico Socio comunitario eran 42 Pacientes, siendo este el Universo de la muestra. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión expuestos precedentemente se llevó a cabo la selección de un total de 20 historias clínicas.

➤ **Instrumentos de recolección de datos y Resultados**

Para la selección de Historias clínicas, se partió de los datos obtenidos en la planilla de tratamientos prolongados del mes de enero del 2019, donde figuran los sujetos en tratamiento del CAPS.

Se tomó como referencia el número de Historia Clínica de los pacientes con diagnóstico de Dislipidemia, Diabetes y/o Hipertensión. Luego se realizó una base de datos en el cual se registró el número de historia, edad, sexo y diagnóstico.

A partir de dicha búsqueda se procedió a la observación de las Historias coincidentes con los criterios de inclusión.

Se recogieron los datos de manera retrospectiva y se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo. El estudio fue realizado bajo el consentimiento institucional y de los pacientes, los datos fueron recolectados bajo fines observacionales y anonimizados.

Los datos recogidos fueron utilizados exclusivamente para la presente investigación, garantizando la privacidad de la información obtenida.

Los mismos se analizaron utilizando las frecuencias relativas (porcentaje) y absoluta (n) de las clases de cada variable para caracterizar la muestra estudiada.

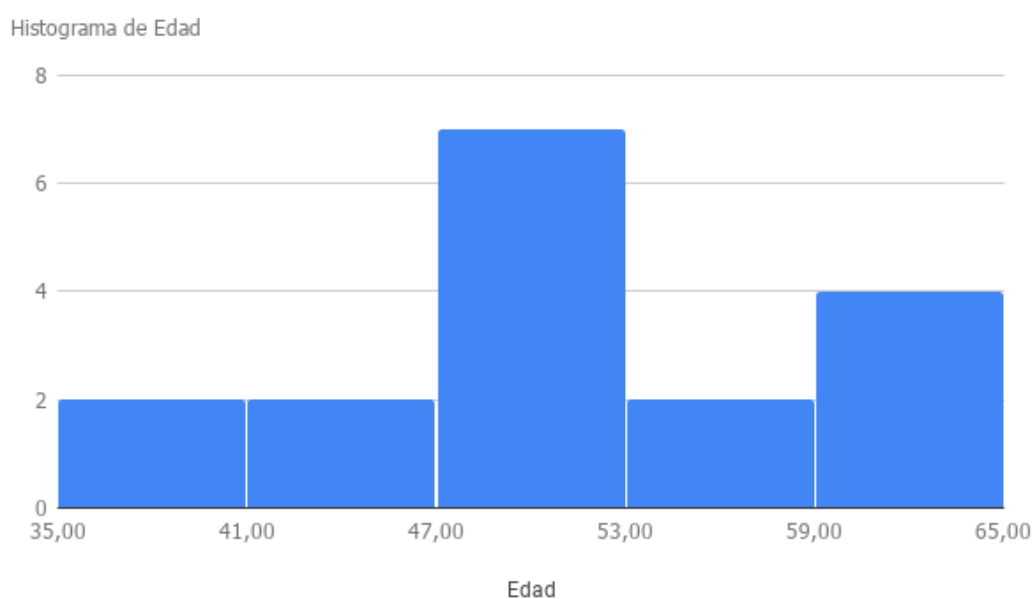
Se generó un registro en base de datos de para el análisis de las variables:

- Variables cuantitativas utilizadas: edad, sexo, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, la realización de actividad física, diabetes mellitus y RCV
- Variables cualitativas: el nivel de estrés, las condiciones socioeconómicas, antecedentes familiares, el nivel educativo.

Los resultados del análisis de revisión de planillas de tratamientos prolongado relevo que de un total de 42 pacientes estaban diagnosticados con HTA el 59.3%, Diabetes 18.6% y Dislipemia 22 %. Pero aplicando los criterios de inclusión y exclusión, antes mencionados, se obtuvo una muestra de 20 pacientes para el análisis de situación del problema a través de los registros de Historias Clínicas.

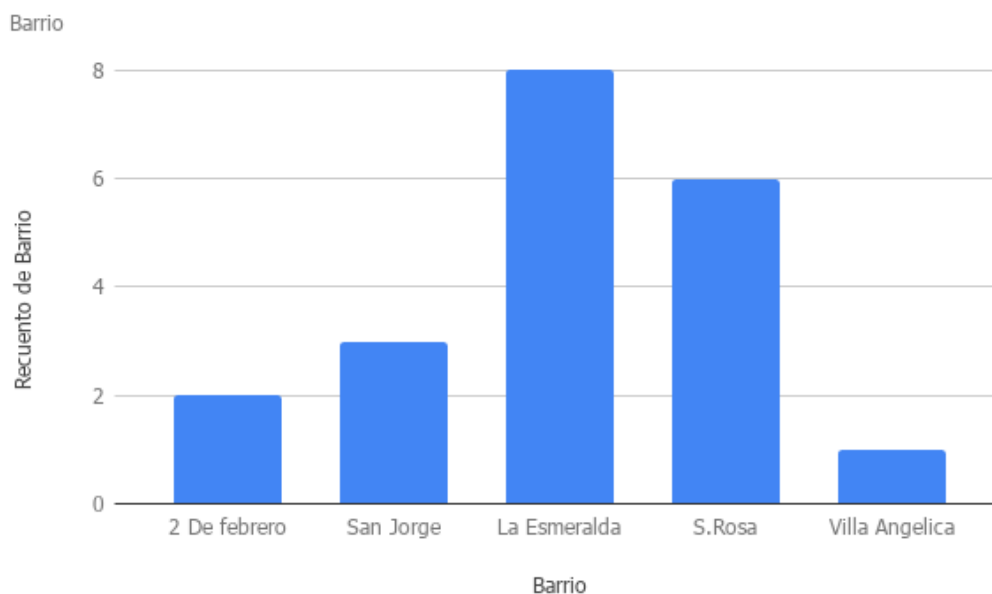
En cuanto a las edades la Media fue de 55 años, la Máxima de 65 y Mínima de 35.

Gráfico I Resultados: Histograma de Edad.



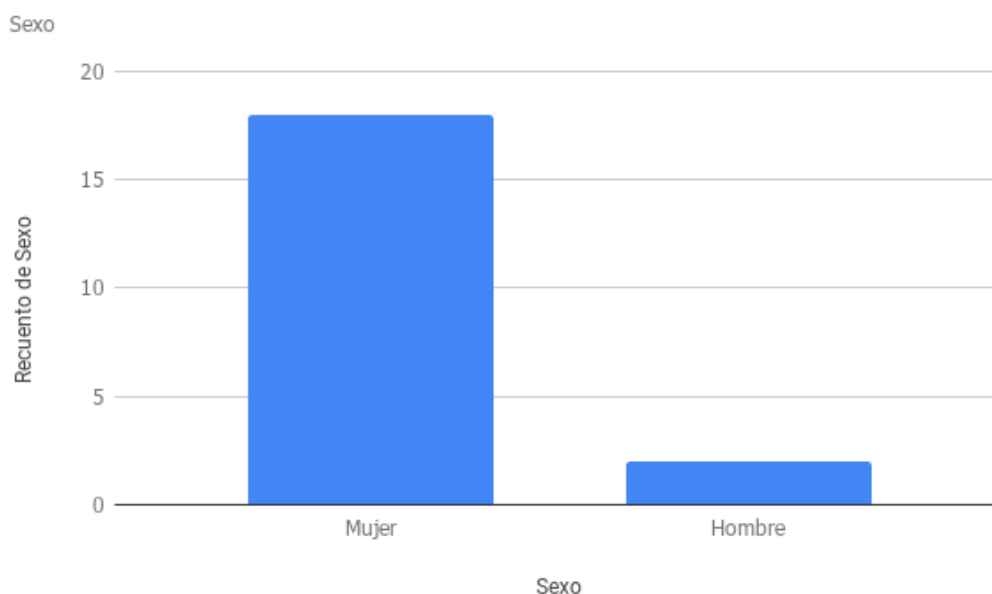
Los Pacientes del estudio pertenecen casi un 40% al área programática del centro de salud, y la mitad restante al área de influencia.

Gráfico II Resultados: Barrio de residencia de Pacientes de la muestra.



En cuanto al Sexo de la muestra el 90% son mujeres y el 10% Hombres.

Gráfico III Resultados: Sexo de los pacientes de la muestra.

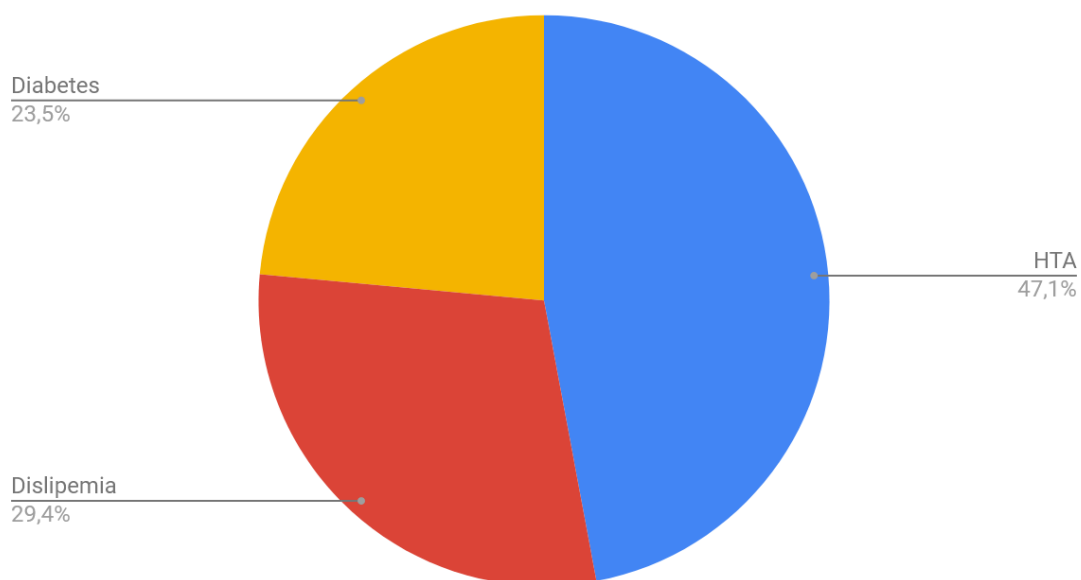


En orden con el propósito de la presente investigación se recopilieron datos relacionados con los Factores de Riesgo modificables: la realización o no de

Actividad Física, el Índice de Masa Corporal, el Colesterol Total, Hábito de Fumador. Con respecto al Diagnóstico que presenta la muestra evidenció que el 47.1% tiene HTA, el 29.4 Dislipemia y el 23.5% presenta Diabetes.

Gráfico IV Resultados: Diagnósticos de Enfermedad Crónica.

Recuento de Diagnósticos



En cuanto a la Dieta no se pudo obtener información relevante para el análisis ya que la misma no era parte de todas las historias. No obstante, ello, la gran mayoría mencionó que por el determinante socioeconómico presentaba la imposibilidad de preparación de más de una comida diferente, adaptada a la necesidad del paciente, lo que representa una limitación a la recomendación de una alimentación saludable.

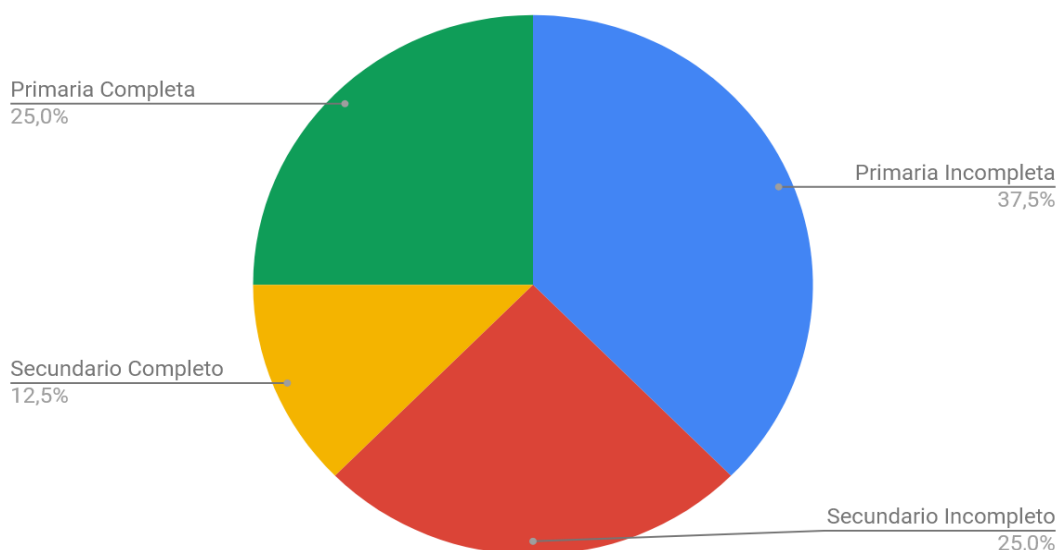
Además, en el análisis de los registros es importante mencionar, los antecedentes familiares de los pacientes, siendo éste un riesgo no modificable que se encontró presente en 14 de las Historias. La historia familiar de Enfermedad cardiovascular (ECV) prematura es un indicador de desarrollar ECV, que refleja tanto el rasgo genético como el medio ambiente compartido entre los miembros del hogar. Un Antecedente familiar positivo de muerte Cardiovascular prematura se asocia con un mayor riesgo de ECV temprana y de por vida.

En cuanto al nivel educativo, como se ha planteado en los datos epidemiológicos del país, no solo tiene una íntima relación con el desarrollo de los factores de riesgo cardiovasculares, sino también es un factor para considerar en cuanto a las

estrategias de intervenciones para prevenir los mismos. Solo 8 de las 20 Historias contaban con la información del nivel educativo de los pacientes resultando que el mayor porcentaje solo alcanza sus estudios Primarios.

Gráfico V Resultados: Relevamiento de nivel educativo de los pacientes de la muestra.

Recuento de Educacion



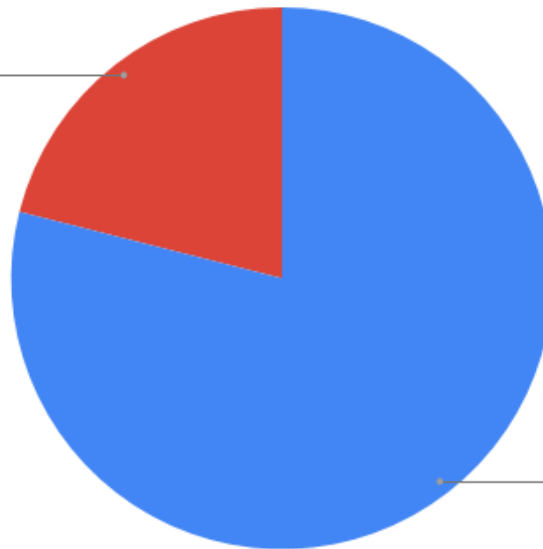
El bajo estatus socioeconómico, definido como bajo nivel educativo, bajos ingresos, vivir en una zona residencial pobre, confiere un mayor riesgo de ECV según con el puntaje de riesgo de Framingham, que agrega la privación social a la evaluación de riesgo CV.

Coincidiendo con los resultados preliminares de la 4^o Encuesta Nacional de Factores de riesgo (ENFR) el mayor porcentaje de los pacientes de la muestra no son fumadores.

Gráfico VI Resultados: Relevamiento del tabaquismo en pacientes de la muestra.

Tabaquismo

Si
21,1%



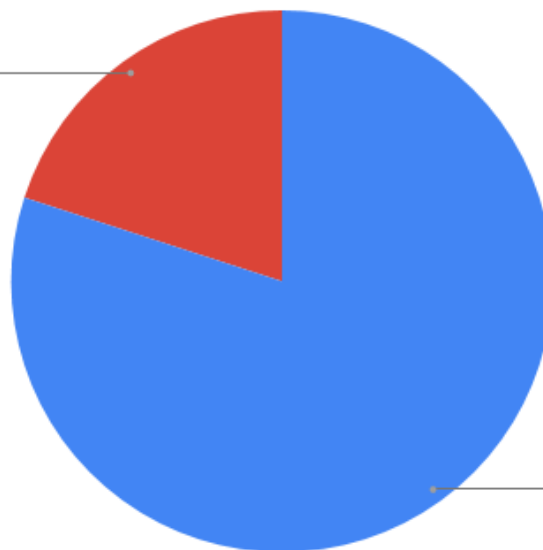
No
78,9%

El estudio permitió identificar que el factor de riesgo más prevalente en la población es la Obesidad (90%) y la ausencia de Actividad Física (80%) en similitud también con la ENFR 2019 en la cual la Actividad Física baja aumentó en un 10% desde el 2009 al 2018 siendo de un 64.9% y se registró obesidad en un cuarto de la población, indicador que aumentó 22% respecto de la edición 2013 y 74% respecto a la primera edición de 2005.

Gráfico VII Resultados: Realización de actividad física.

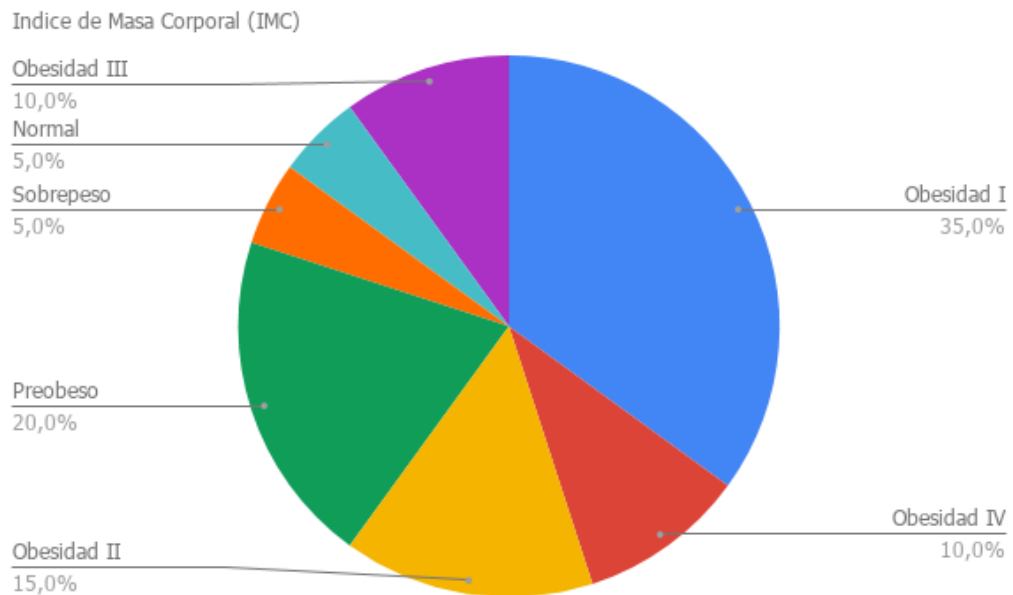
Actividad Fisica

Si
20,0%



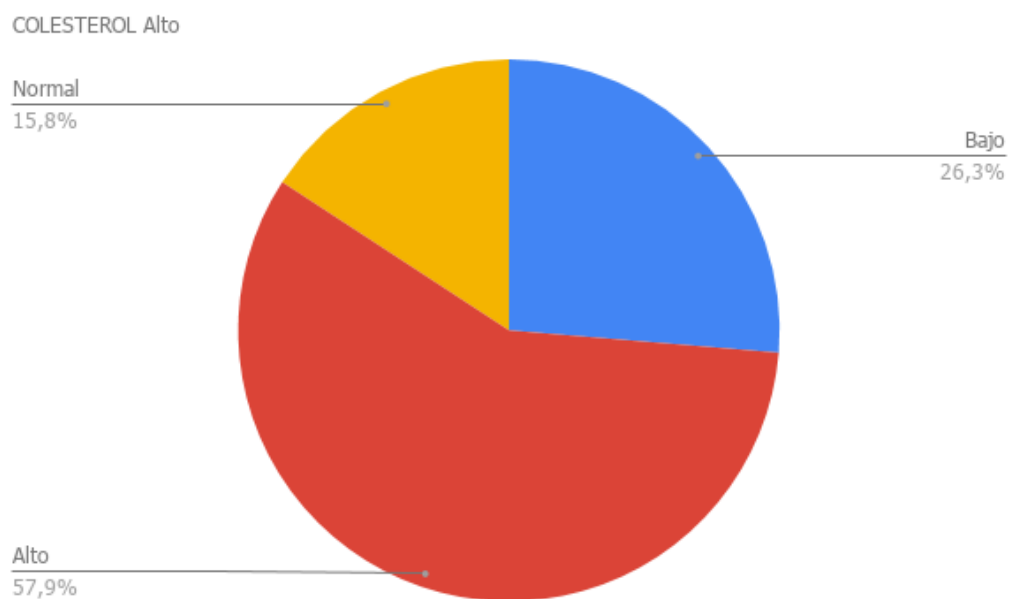
No
80,0%

Gráfico VIII Resultados de porcentaje de los distintos grados de obesidad en los pacientes de la muestra.



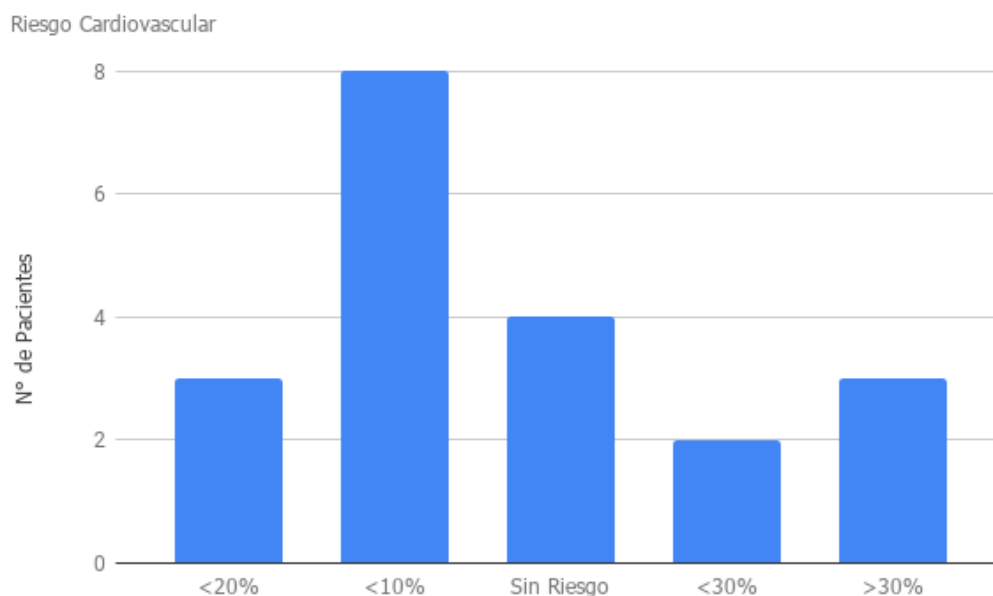
Otro de los factores de riesgo para tener en cuenta es el Colesterol total (es uno de los indicadores utilizados para determinar el Riesgo Cardiovascular) el cual se evidenció que en la mayoría de los pacientes se encontraba alto en los estudios de laboratorio de referencia.

Gráfico IX Resultados de porcentaje de Colesterol en los pacientes de la muestra de registros médicos.



Finalmente, en la observación del Riesgo Cardiovascular (RCV) el mayor porcentaje de los pacientes se encontraba sin riesgo o con bajo Riesgo Cardiovascular, según las tablas de RCV europeas utilizadas para determinarlo. (Tablas en ANEXO).

Gráfico X Resultados de cantidad de pacientes con Riesgo Cardiovascular, según los datos relevados.



Las Sociedades Científicas en sus recomendaciones para la prevención de la enfermedad coronaria utilizan estas tablas para identificar a los pacientes de alto riesgo, prioritarios para intervenir sobre los distintos factores de riesgo; las tablas que recomiendan para el cálculo de riesgo coronario (definido como angina, IAM y muerte coronaria) en un periodo de 10 años, utilizan las siguientes variables: edad (30-70 años), sexo, tabaco, colesterol total y presión arterial sistólica. Existen 2 tipos de tablas, dependiendo si el individuo es o no diabético. El nivel de riesgo viene representado en la tabla en colores, considerando por consenso un riesgo alto si alcanza o supera el 20% a los 10 años, o si supera el 20% al proyectarlo a la edad de 60 años.

Todos se encuentran realizando el tratamiento farmacológico de la enfermedad, y la mayoría registraba haber recibido la recomendación de dietas y estilo de vida activo.

A pesar de que los factores de riesgo psicosociales como el bajo estatus socioeconómico, la falta de apoyo social, el estrés en el trabajo y en la vida familiar, la hostilidad, la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales contribuyen al riesgo de desarrollar ECV, en la presente investigación no fue posible el análisis de los mismos, ya que no se encontraban registrados en las Historias Clínicas de la muestra.

Sin embargo, varios pacientes mencionaron su limitación económica como barrera para llevar a cabo las dietas recomendadas y en 4 de los registros a lo largo de sus consultas se mencionaron estados de angustia, estrés y depresión.

El factor de riesgo psicosocial actúa como barreras para la adherencia al tratamiento y los esfuerzos para mejorar el estilo de vida, así como también para promover la salud.

Los factores estresantes agudos pueden actuar como desencadenantes del síndrome coronario agudo (SCA). Estos factores incluyen la exposición a catástrofes naturales, así como factores estresantes personales resultan en fuertes emociones negativas. (38)

- 4- Centro Cultural Municipal N1
- 5- Polideportivo La Patriada.
- 6- CAPS Santa Rosa.

Macrogestión:

- 1- Universidad Nacional Arturo Jauretche
- 2- Secretaría de Salud de Florencio Varela
- 3- Municipio de Florencio Varela.
- 4- Hospital Mi pueblo
- 5- Centro Villa Vatteone

VIII. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN KINÉSICA COMUNITARIA

Basándose en los factores de riesgo identificados en el Diagnósticos socio-comunitario, a fin de generar una propuesta de intervención para llevar a cabo en la población de estudio a través de la intervención de la Kinesiología para la disminución de la prevalencia de los eventos cardiovasculares; Se realizó una revisión bibliográfica en las Bases de Datos Pubmed, Bireme, Scielo, Biblioteca Cubana de Rehabilitación y Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología de Argentina. Se utilizaron las palabras claves de la siguiente Tabla:

Tabla IV de Método de Revisión Bibliográfica.

Abreviación	Término en Español	Término en Inglés
A	Actividad Física [DeCS][MeSH]	Physical activity [DeCS][MeSH]
B	Estilo de Vida Saludable [DeCS][MeSH]	Healthy Lifestyle [DeCS][MeSH]
C	Kinesiología [DeCS][MeSH]	Physical Therapy [DeCS][MeSH]
D	Obesidad [DeCS][MeSH]	Obesity [DeCS][MeSH]
E	Factores de Riesgo [DeCS][MeSH]	Risk Factors [DeCS][MeSH]
F	Enfermedades Cardiovasculares [DeCS][MeSH]	Cardiovascular Diseases [DeCS][MeSH]
G	Atención Primaria [DeCS][MeSH]	Primary Care [DeCS][MeSH]
H	Diabetes Mellitus Tipo 2 [DeCS][MeSH]	Diabetes Mellitus, Type 2 [DeCS][MeSH]
I	Hipertensión [DeCS][MeSH]	Hypertension [DeCS][MeSH]
J	Estrés [DeCS][MeSH]	Estresse [DeCS][MeSH]

Criterios de inclusión:

- Estar escrito en inglés, español o portugués
- Fecha de publicación deberá ser dentro de los últimos 5 años.

Criterios de exclusión

- artículos enfocados hacia a una prevención terciaria y/o cuaternaria de la salud.

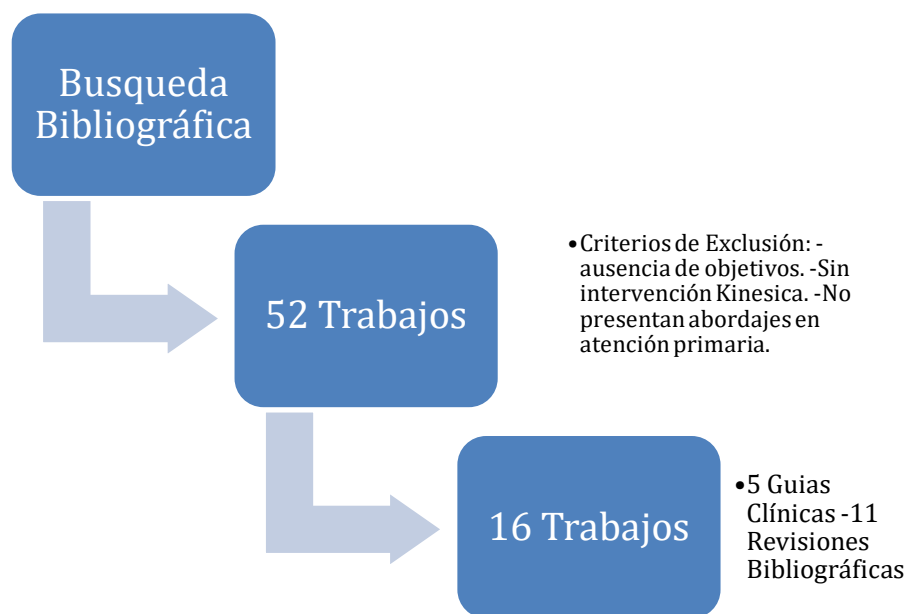
El propósito de esta investigación fue el rastreo de las intervenciones llevadas a cabo para la prevención de los eventos cardiovasculares desde las incumbencias de la Kinesiología a fin de formular la presente propuesta de intervención.

Mediante la búsqueda en las bases de datos se obtuvo como resultado una totalidad de 52 artículos de la combinación entre “c”, “f” y “g”. Se aplicaron los siguientes filtros: tiempo 5 años, texto gratis, revisión sistemática, humanos, guía práctica clínica y adultos. De los mismos se seleccionaron 16 artículos que refirieron a la intervención Kinesiológica ante los factores de riesgo cardiovasculares, los

resultados de los mismos se presentan la siguiente fase del trabajo para la formulación y justificación de las propuestas de intervención.

En cuanto a los demás ítems de la tabla se realizaron búsquedas individuales de cada término para el desarrollo y justificación de la tesina sobre bases científicas.

Gráfico XI Diagrama de Flujo de Búsqueda Bibliográfica.



La perspectiva, del desarrollo de la propuesta de intervención, supone una superación del modelo biomédico tradicional, estableciendo una relación de equilibrio entre el paciente y el profesional de la salud, donde la responsabilidad esté compartida y el primero participe activamente en el proceso asistencial. En la misma se enfocan al desarrollo de intervenciones principalmente sobre los factores de riesgo identificados en el análisis situacional: el exceso de peso y la ausencia de actividad física.

La presente propuesta de intervención se desarrolla basándose en la búsqueda anteriormente descrita y los conocimientos adquiridos en las asignaturas atravesadas en la formación de grado en Kinesiología.

La intervención propuesta se da desde las tres áreas de gestión, enfocándose la misma en la Mesogestión y Microgestión donde se llevan a cabo las incumbencias Kinésicas, sin embargo, se plantearán propuestas desde la Macrogestión ya que la APS de la presente investigación se plantea desde su definición como estrategia,

por lo cual depende de las políticas públicas y del Municipio en este caso, por lo tanto, se desarrolla su intervención a modo de propuesta.

Desde la **Macrogestión** se propone plantear a la misma:

- ❖ La implementación de políticas públicas para proponer la implementación de equipamiento para realizar actividad física en la plaza del barrio, mejorar el estado de las calles, garantizar el saneamiento del barrio, el agua, la recolección de residuos, el sistema de saneamiento cloacal y los servicios públicos.
- ❖ Proponer la incorporación de un profesional Kinesiólogo/a en el Centro de salud para un Abordaje Integral Comunitario ante el Municipio de Florencio Varela. La intervención del Kinesiólogo en la comunidad parece proporcionarle una situación ideal para implicarse activamente en los procesos de educación para la salud dirigidas a la prevención (40).
- ❖ Incorporar un espacio de articulación, en UNAJ, de Salud Comunitaria transversal a las carreras de Kinesiología, Trabajo Social, Medicina, Gestión ambiental, Enfermería, Licenciatura en Ciencias Agrarias y Economía. Esta propuesta tiene como propósito la conformación de equipos interdisciplinarios desde la formación de grado, para la implementación de estrategias que garanticen la globalidad de la solución ante una problemática, ya que la salud es multidimensional y es indispensable la comunicación y el trabajo en equipo para construir herramientas que mejoren la calidad de vida de la población.
- ❖ Articulación entre los/as Kinesiólogos/as de Primer y Segundo nivel de atención de la salud, para fomentar la comunicación entre los profesionales y plantear en conjunto estrategias de intervención en la comunidad a beneficio de la salud, para evitar el incremento de los factores de riesgo cardiovasculares y/o que sucedan de eventos cardiovasculares.

Desde la **Mesogestión** se propone:

- ❖ Articulación con el Centro Polideportivo La Patriada, espacio de Prácticas Kinésicas de la UNAJ para la implementación de talleres comunitarios y participar en los programas actuales del municipio sobre intervención y prevención de factores de riesgo cardiovasculares.

- ❖ Implementación de la herramienta de talleres en la comunidad mediante las redes identificadas (escuelas, Centro Cultural, Iglesias, Comedores) para promover estilos de vida saludable y aportar a la conciencia social sobre la prevalencia de las ECNT, la incidencia de los factores de riesgo cardiovasculares en la salud.
- ❖ Talleres y Charlas en las escuelas de primaria y secundaria, sobre estilos de vida saludable, alimentación y actividad física. Se identificó en el marco teórico la alta prevalencia de sedentarismo y obesidad en los jóvenes, además teniendo en cuenta según lo identificado en el mapeo territorial que la población del barrio La Esmeralda es relativamente joven, educar desde la formación escolar aportaría a la prevención de estos factores de riesgo.
- ❖ Reuniones vecinales itinerantes entre comunidad, agentes de salud y estudiantes de Kinesiología promoviendo acciones saludables adaptadas al medio y a sus ocupaciones diarias. Brindando herramientas y educando a la comunidad para mejorar su salud.
- ❖ Talleres comunitarios de Siembra, Manualidades, Pintura y meditación. Abordando la problemática del Estrés en la comunidad. Siendo el mismo un desencadenante de hábitos nocivos (adicciones, alcohol, tabaco) y como se ha mencionado un factor de riesgo cardiovascular modificable.

Finalmente, desde la **Microgestión** se propone:

- ❖ Consensuar con el paciente bajo previa evaluación, la planificación de ejercicio Físico adecuado para el beneficio de su salud y brindar herramientas para el manejo del estrés a cargo del Kinesiólogo/a tratante.
- ❖ Organizar encuentros grupales entre los pacientes del Centro que presentan Riesgo Cardiovascular y sus familias. En dichos encuentros se tendrá como primera iniciativa crear vínculos de confianza entre los/las profesionales y las familias, educar a los mismos sobre los factores de riesgo modificables para evitar los eventos cardiovasculares y promover estilos de vida saludables.
- ❖ Implementación de herramientas visuales de concientización mediante Folletos y Cartelerías en Sala de Espera.
- ❖ Abordaje integral con las familias de los pacientes con ECNT que se tratan en el CAPS. El paciente con ECNT requiere un abordaje complejo que

requiere para su bienestar un cambio en su estilo de vida, el cual va a requerir del grupo de apoyo que lo rodea familia y/o amistades, y los mismos también deben ser integrados al tratamiento y otorgarle espacios de escucha activa y ayuda si así lo requieren.

- ❖ Talleres educativos para promotores de salud siendo el Kinesiólogo/a un Facilitador, que provee la preparación adecuada para que el promotor puedan identificar los factores de riesgo cardiovasculares, sean capaces de brindar información y sensibilizar sobre los mismos a la comunidad, para ayudar a las personas a modificar conductas para lograr salud.
- ❖ Establecer una comunicación directa con el Promotor de salud para la intervención temprana por parte del Kinesiólogo/a a personas que así lo requieran.
- ❖ Incorporar al Centro de Salud un día y horario accesible para un espacio permanente de Asesoría y Consejerías sobre Kinefilaxia y estilos de vida saludables.
- ❖ “Consejerías para dejar de fumar” para consumidores tabaquistas con el propósito de prevenir el factor de riesgo cardiovascular y fomentando el abandono del tabaco.
- ❖ Promover el uso de hábitos saludables para el manejo del estrés.
- ❖ Seguimiento de la comunicación con los pacientes con riesgo cardiovascular moderado y alto, durante la primera etapa de intervención.

En la Microgestión se destaca el hacer kinésico en la salud comunitaria como parte integrante del equipo de salud. Dentro del mismo incluye la gestión y la posibilidad de plantear iniciativas de índole comunitario, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población y analizando los procesos desde una visión global. (40)

La Kinesiología Comunitaria es la parte de la salud comunitaria que está relacionada con los contenidos científicos y profesionales de la Kinesiología, que se encarga de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes, y dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar la enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, con la potenciación de la capacidad de las personas y de los grupos para el

tratamiento de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud relacionadas con esta especialidad.(41)

La proximidad del Kinesiólogo al entorno ha de buscar la comprensión del contexto del problema y el diseño de planes globales de actuación. La intersectorialidad y la interdisciplinariedad son aspectos cruciales para tener una perspectiva integradora. (43)

Las conductas que nos permiten mejorar la salud se desarrollan a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de los problemas de salud. Estos 3 niveles pueden abordarse desde la Kinesiología: orientar en la realización de ejercicio físico como hábito de vida, higiene postural y adaptación ergonómica, identificación de factores de riesgo, prevención de deficiencias por hipo movilidad, etc. (42)

Además, la intervención del Kinesiólogo en este ámbito debe tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona, así como también el contexto social y el entorno que fueron destacados en el diagnóstico socio-comunitario de esta investigación.

Los Kinesiólogos están formados para trabajar en zonas urbanas y rurales, contribuyendo de manera relevante a la salud comunitaria. Pueden proporcionar intervenciones de promoción, prevención y atención directa en salud; formar a otros profesionales y comunidad; ofrecer consejo, apoyo y supervisión a otros profesionales de la salud y sociales; emprender, coordinar o gestionar programas de intervención; asesorar a la Administración, asociaciones no gubernamentales, etc. (44)

En el presente apartado se explicita “el hacer” del Kinesiólogo/a en el abordaje de los “Factores de Riesgo Cardiovasculares” a través de su rol en el desempeño de las distintas técnicas y acciones en la prevención primaria de la salud para el desarrollo de las intervenciones propuestas.

- *Manejo del Estrés:*

-Técnicas de control de respiración: estas permiten normalizar patrones alterados de respiración, ayudando a controlar la profundidad y la frecuencia respiratoria,

además de la postura y el empleo de la musculatura adecuada; producen el efecto contrario del estrés y su respiración rápida, superficial e ineficaz. (35)

-Biofeedback: Ha sido empleado con éxito en diversos tipos de trastornos producidos por estrés. Un ejemplo de ello es el electromiográfico para reducir la tensión de determinados músculos. (35)

-Técnicas de relajación física: La relajación es un estado del organismo caracterizado por la ausencia de tensión o activación. (35)

-Ejercicio Físico Aeróbico: La fisiología del ejercicio aeróbico es una gran medicina contra el estrés, con un claro componente normalizador del sistema nervioso autónomo, y de mediación en los niveles de cortisol, ACTH, opiáceos endógenos, etc.

-Masoterapia: El masaje es una ciencia con beneficios que llegan hasta la actualidad evolucionando desde las técnicas más simples para proporcionar relajación y favorecer el sueño, hasta el desarrollo específico de algunas más complejas para aliviar o eliminar dolencias concretas del cuerpo o el organismo.

-La acupresión, se ha aplicado experimentalmente para disminuir la ansiedad y el estrés verbal. Asimismo, se ha mostrado significativamente efectiva en pacientes con ansiedad y, en experimentos en humanos, se ha demostrado su influencia en los niveles de dopamina para atenuar los cambios que el estrés produce en este neurotransmisor. (35)

Frente a los demás factores de riesgo se valorará el rol del Kinesiólogo/a como profesional experto en la planificación e indicación del Ejercicio Físico adecuado de forma individualizada para cada paciente al cual va a estar dirigida esta propuesta.

El ejercicio físico ejerce sus efectos a través del descenso de la presión arterial, mejoras del perfil lipídico y del metabolismo de los hidratos de carbono con incremento en la sensibilidad a la insulina, disminución de la obesidad, acciones directas sobre el endotelio, modificación de la agregación plaquetaria, aumento de la fibrinólisis, acciones coadyuvantes sobre la supresión del hábito tabáquico, además de efectos psicológicos beneficiosos. (45)

- *Obesidad:*

La Guía de Práctica Clínica Nacional sobre el Manejo de la Obesidad, sugiere que el abordaje de las personas con obesidad sea realizado por un equipo interdisciplinario. Estos equipos pueden estar conformados por distintos profesionales de la salud: Enfermeros/as, Médicos/as generales y/o especialistas, Kinesiólogo/as, Nutricionistas, Psicólogos/as con el fin de facilitar las herramientas para el cambio y lograr los objetivos.

El Licenciado/a en Kinesiología lleva a cabo la planificación del Ejercicio físico para el individuo que presenta el FR en análisis.

La Guía recomienda indicar sesiones cortas y frecuentes. De carácter continuo o intermitente. Progresivamente ir aumentando la intensidad del ejercicio. El tiempo dependerá de la posibilidad de cada individuo. Se prefiere trabajar con ejercicios que mejoren la calidad de las estructuras musculares y articulares. Que favorezcan el equilibrio y el reconocimiento del propio cuerpo en el entorno. (46)

Acondicionamiento: muscular y articular. Acciones musculares progresivas, de inicio suave, que incrementen la temperatura muscular, y ligeramente la ventilación y frecuencia cardíaca.

Ejercicios aeróbicos: evitando grandes desplazamientos. Se puede utilizar elementos como aros, sogas, elásticos, pelotas. También proponer el uso de bicicletas para el traslado o caminatas continuas por 30' mínimo diarios.

Fortalecimiento muscular con carga (que puede ser su propio cuerpo): sin grandes desplazamientos o con pesos adicionales trabajando sobre diversas palancas. Estos ejercicios sostienen e incrementan la masa muscular, un tejido metabólicamente activo. Se puede comenzar a ejercitar con cargas bajas, altas repeticiones, 12 a 15 repeticiones o incluso más, e involucrando el mayor número de grupos musculares.

Se puede ejercitar realizando 2 a 4 circuitos de ejercicios con pausas completas entre ellos (por ejemplo, pausas de 3 minutos). La pausa es una variable de entrenamiento, y los intervalos de 60 segundos o más permiten una mayor recuperación de frecuencia cardíaca y presión arterial entre ejercicios, pero pausas más acotadas pueden servir para mejorar la adaptación cardiovascular. A medida que avanza el nivel de aptitud física se pueden incrementar gradualmente las cargas.

Finalmente debe favorecerse la elongación de los grandes grupos musculares antes y después del ejercicio. (46)

El Kinesiólogo como profesional del Ejercicio prescribe la Actividad Física, el tipo de ejercicio, intensidad, dosificación, frecuencia, duración, ritmo de progresión y lleva a cabo la elaboración de un Plan, control, evaluación y progreso del mismo a fin de formar parte del proceso de cambio y aprehensión de conductas más saludables para los sujetos de atención por lo cual es indispensable contar con su intervención en la atención primaria de salud ya que como se apreció en la investigación las recomendaciones de actividad física aportadas por el profesional Médico son generales, inespecíficas y no cuentan con un control determinado ni seguimiento. Por lo tanto, en la presente propuesta se pretende conformar un equipo interdisciplinario para llevar a cabo el seguimiento del paciente, educación e indicación adecuada de ejercicio físico personalizado para la disminuir la prevalencia del factor de riesgo cardiovascular que presenta.

La prescripción es de manera sistemática e individualizada, según las necesidades, las posibilidades y las preferencias de la persona, con el fin de obtener los mayores beneficios con los menores riesgos.

En adultos mayores es importante priorizar trabajar fundamentalmente sobre la postura, equilibrio, fortalecimiento de la masa muscular. En caso de no poder realizar la actividad física recomendada, debido a su estado de salud, recomendar mantenerse físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado. (46)

- Diabetes:

En cuanto al rol del Kinesiólogo en la atención primaria de la Diabetes se pueden destacar su intervención en la Prescripción de ejercicio físico adecuado y prevención de las comorbilidades de la enfermedad.

La actividad física mejora el control de la glucemia, y puede ayudar a disminuir las dosis de medicación en los diabéticos.

El ejercicio también puede disminuir el requerimiento de insulina, aunque no mejora el control glucémico a largo plazo (47) sin embargo, están los otros beneficios como la reducción del riesgo de enfermedades coronarias, cerebrovasculares y de las arterias periféricas.

*Beneficios del ejercicio físico en diabéticos:

-En pacientes Diabéticos tipo 2, disminución de la glucemia

-Mejora la sensibilidad a la insulina por 12 a 72 horas.

-Disminuye los niveles de hemoglobina glicosilada marcador de buen control metabólico.

-Disminuye los valores de tensión.

-Contribuye al control de peso.

-Mejora el perfil lipídico: triglicéridos y colesterol arterial.

-Mejora la función cardiovascular, ya que promueve una menor frecuencia cardiaca en reposo, aumento del volumen latido y disminución del trabajo del corazón.

-Estimula la función cardiovascular.

-Aumenta la fuerza y flexibilidad.

-Mejora la sensación de bienestar y la calidad de vida.(32)

Pero lo más importante es que el ejercicio físico regular ayuda a lograr un mejor control metabólico a largo plazo.

Durante el ejercicio físico el músculo utiliza su propia reserva de energía, el glucógeno, al cabo de unos minutos comienza a utilizarse la glucosa circulante en la sangre y es en esta fase cuando la glucemia tiende a bajar. Las grasas se utilizan permanentemente, aunque adquieren singular importancia en los ejercicios mayores a 30 minutos, con intensidad menor al 70 % de la frecuencia cardíaca máxima. (48)

El ejercicio físico es parte integral del tratamiento de la diabetes. Todos los diabéticos bien controlados deben ser instruidos para hacer ejercicio regular como parte integral de su tratamiento. Las recomendaciones deben ser individualizadas, hay que tener en cuenta el grado de control de la enfermedad, tipo de tratamiento y capacidad de autocontrol.

- Hipertensión Arterial e Hipercolesterolemia

Dentro de la planificación del ejercicio, cada tipo proporciona distintos beneficios. Los Ejercicios de resistencia: son el ejercicio cardio-respiratorio o aeróbico como caminar enérgicamente, nadar, bailar, andar en bicicleta, subir escaleras o cerros, trotar. Estos ejercicios mejoran la función cardiovascular y respiratoria, previenen la aparición de la enfermedad coronaria y la hipertensión. El mismo produce una reducción significativa en la presión arterial.

Los ejercicios deberían realizarse la mayor parte de los días de la semana, preferentemente de modo diario.

Hay una relación inversa entre el nivel de aptitud física alcanzado y las cifras de presión arterial. Las reducciones promedio alcanzan 10 mmHg en la presión sistólica y 7,5 mmHg en la diastólica. (49)

Los efectos beneficiosos del ejercicio surgen de la reducción de la resistencia periférica, el descenso de la actividad simpática, los niveles de catecolamina plasmática y las acciones sobre el endotelio vascular. Existe una relación directa entre nivel de aptitud física y reducción de riesgo en hipertensos con intensidades moderadas a intensas de ejercicios físicos programados. (49)

La disfunción endotelial fue identificada como un disparador de fenómenos isquémicos y constituye el primer paso para el desarrollo del proceso aterosclerótico. El entrenamiento regular favorece diferentes respuestas endoteliales. El ejercicio podría ser un estímulo para que el endotelio incremente la capacidad de transporte de L-arginina (precursor molecular del óxido nítrico) y aumenta la actividad del óxido nítrico sintetasa. (50)

Por otra parte, al incrementar la producción de superóxido dismutasa extracelular previene la ruptura precoz del óxido nítrico. La actividad física actúa sobre la microcirculación aumentando la respuesta vasodilatadora del lecho vascular a través de una sensibilización de las resistencias arteriolares a los efectos vasodilatadores de la adenosina. (51)

El ejercicio físico colabora en la mejoría de la distensibilidad de los vasos y este efecto cobra importancia en la tolerancia al esfuerzo y en la disminución de riesgo cardiovascular.

En cuanto a la Hipercolesterolemia se han descrito reducciones significativas de los triglicéridos y un incremento de 3,6% en HDL asociado a un aumento en ApoA-1 en individuos sin enfermedad coronaria sometidos a planes de entrenamiento. El HDL aumenta con entrenamientos prolongados e intensos, existiendo una relación de tipo dosis-dependiente. El ejercicio físico genera aumentos de lecitina colesterol-acil-transferasa, lipoproteinlipasa y descensos en la lipasa hepática. (52)

- Tabaquismo:

En cuanto a la intervención en los pacientes tabaquistas dentro del equipo interdisciplinario se deberá aportar la ayuda profesional a los mismos para dejar de fumar. A través de la implementación del sistema de las cinco A, que se lleva a cabo en el CAPS por los profesionales a cargo, en esta presente propuesta se recomienda incorporarla a la intervención para ayudar a la práctica clínica.

Cinco A:

- Preguntar (ask): identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cualquier oportunidad.
- Valorar (assess): determinar el grado de adicción del paciente y su disponibilidad para abandonar el hábito.
- Aconsejar (advice): exhortar de forma inequívoca a todos los fumadores para que abandonen el tabaquismo.
- Asistir (assist): llegar a un acuerdo sobre la estrategia de abandono del tabaquismo que incluya asesoramiento sobre el comportamiento, tratamiento de sustitución de nicotina y/o intervención farmacológica.
- Establecer (arrange) un programa de visitas de seguimiento. (53)

Se han observado beneficios en la reducción del hábito de fumar en aquellas personas que desarrollan actividad física. (54)

Por lo cual mediante esta intervención a través de la prescripción del ejercicio adecuado por el/la Kinesiólogo/a se puede intentar sobrellevar o en algunos casos reducir el impacto de este factor de riesgo.

Para llevar adelante las intervenciones mencionadas por parte del kinesiólogo y los demás actores sociales involucrados, se propone como estrategia principal la implementación de Consejerías de Estilos de vida saludables a fin de promover los beneficios de los mismos en la salud de los individuos.

Según el informe del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) de 2003 sobre el asesoramiento para adultos con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), se encontró evidencia adecuada de que las intervenciones de consejería conductual intensiva tienen beneficios moderados para el riesgo de ECV en adultos con sobrepeso u obesos que tienen un mayor riesgo de ECV, incluidas las disminuciones de la presión arterial, los niveles de lípidos y de glucosa en ayunas y el índice de masa corporal (IMC) y aumentos en los niveles de actividad física. (45)

IX. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- Los objetivos de la propuesta de intervención son los siguientes:
 1. Disminuir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares identificados en los pacientes.
 2. Demostrar la importancia del aporte de la intervención Kinésica como parte conformante del equipo de atención primaria de la salud.
 3. Prevenir el incremento de Eventos Cardiovasculares en la población de estudio.
 4. Promover el estilo de vida saludable en la población.
 5. Fomentar la práctica de actividad física a las actividades de la vida diaria de la comunidad.
 6. Integrar a la familia como parte del grupo de apoyo del paciente.
 7. Promover la formación de equipos interdisciplinarios de estudiantes.

8. Profundizar en la articulación y comunicación de las redes de salud para la planificación de estrategias de “prevención de Factores de Riesgo cardiovasculares” en conjunto entre los agentes de salud del segundo nivel de atención, los estudiantes de salud de la UNAJ y la comunidad.
9. Hacer protagonista a la comunidad de su propia salud, dándole herramientas para su cuidado.
10. Fomentar la conciencia social en cuanto a la prevención de riesgos cardiovasculares.

X. ACTIVIDADES

Las actividades que se abordarán en esta propuesta de intervención serán de carácter de intervención desde la Meso gestión y Microgestión principalmente como fue desarrollada cada área en ítem anterior. Se plantearán las actividades por separado para una mejor interpretación de las mismas.

En el marco de la presente propuesta de intervención, plantea el desarrollo de la misma basándose en el abordaje kinésico desde sus incumbencias desde la Mesogestión y la Microgestión planteada, sin embargo, debido que la disminución de los determinantes sociales de la salud e implementación de políticas públicas deben ser llevadas a cabo desde la Macrogestión brindada por el Municipio, se plantean a modo de solicitud en esta propuesta su intervención al respecto. Además, desde la Macrogestión se plantean a modo de propuesta acciones de articulación entre la Universidad Nacional Arturo Jauretche y la comunidad.

Tabla 8 Análisis FODA de la Propuesta De Intervención

N e g a t i v o s	Debilidades	Amenazas
	Ausencia de Kinesiólogo/a en el CAPS	Inestabilidad Laboral y Desempleo en aumento
	Formación Kinésica en APS	Reducción Presupuestaria de Programas Nacionales de Salud
	Escasos recursos Físicos.	
P o s i t i v o s	Fortalezas	Oportunidades
	Sentimiento de Partencia de la comunidad con el CAPS y sus Profesionales de Salud.	Participación Estudiantil y articulación entre las carreras de salud
	Evidencia de los beneficios de la prevención Eventos Cardiovasculares.	Trabajo en Red
	Capacitaciones en Salud	Articulación entre los distintos niveles de atención Kinésica
	Interdisciplinariedad	Formación de Kinesiólogos en UNAJ

XIII. CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN PERSONAL

En esta investigación se presenta como una importante limitación para llevar a cabo las propuestas de intervención, la ausencia de profesionales Kinesiólogos/as en el CAPS La Esmeralda y el hecho de que el Centro ya no es un espacio de prácticas Kinésicas. Por lo cual ante la investigación se intenta reflejar la importancia de la Kinesiología en el campo de la atención primaria de la salud para la incorporación del mismo.

En cuanto a la población de estudio fue un limitante la ausencia de datos sociodemográficos y clínicos relevantes para la investigación, teniendo que acotar la muestra a solo 20 de los 42 pacientes en tratamiento prolongado en la institución.

Esta Tesina intentó reflejar la situación de la población, los determinantes sociales y su relación frente a los factores de riesgo cardiovasculares, a modo de plantear una estrategia de intervención viable a desarrollar en el CAPS.

Sin embargo, debido a la muestra acotada de registros analizados con los que se pudo contar, los datos no pueden ser tomados como concluyentes, por lo cual sería importante ampliar la muestra y extender esta investigación a otros centros de atención primaria, para evidenciar la situación de salud de la población respecto a los factores de riesgo cardiovasculares, y la importancia del profesional kinesiólogo en dicha intervención primaria.

Debido a la alta prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares, es importante una intervención temprana en la población para evitar la incidencia de los Eventos Cardiovasculares. Ya que para la reducción de los FR en la población se requiere de un cambio del estilo de vida tanto de quien padece el riesgo, como también el acompañamiento de la familia, es primordial que el abordaje sea integral y mediante un equipo de salud interdisciplinario conformado por Kinesiólogo/as, Médico/as, Psicólogo/as, Promotores de salud, que acompañen y generen adherencia al tratamiento.

Se considera necesario desarrollar esta dimensión del campo científico y profesional de la kinesiología en la prevención primaria, que se abre como consecuencia de la demanda social de mejorar su calidad de vida, lo que hace que se requieran más prestaciones de salud, nuevos requerimientos que rompan los moldes tradicionales de la atención sanitaria.

Por lo tanto, a modo personal considero que la propuesta de intervención kinésica comunitaria planteada podría ser exitosa desde el abordaje interdisciplinario, fomentando las redes comunitarias, el vínculo con la comunidad y haciendo protagonista a la misma de su propia salud.

