

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Maestría en Salud Pública

Tesis

**“Rehabilitación cardiovascular y respiratoria:
Factores facilitadores de la integración a un grupo
de rehabilitación en el Hospital General de Agudos
Juan A. Fernández”**

Autora:

Lic. Natalia Lardiés

Director de Tesis:

Mg. Santiago Barragán

MARZO 2021

Agradecimientos: Mg. Santiago Barragán por la infinita paciencia y apoyo, Dr. Ignacio Previgliano, Lic. Célide Taglioretti, Lic. Julieta Lardiés por su inigualable generosidad, Lucas G. D'Amore, Agostina D'Amore, Carola D'Amore, Mg. Soledad Lardiés, Susana Catalano, Lic. Débora Szulman, Lic. Diana Díaz, Mg. Carolina Casullo y mis amigos y amigas de la Maestría y del Hospital.

Índice:

	Página
A. Introducción	3
B. Estado actual del conocimiento	5
Enfermedades crónicas no transmisibles y rehabilitación	5
Rehabilitación respiratoria	7
Rehabilitación cardiovascular	9
Apoyo social	13
C. La rehabilitación respiratoria y cardiovascular en el Hospital General de Agudos	
Juan A. Fernández	16
D. Plan de Trabajo: materiales, metodología utilizada y técnicas aplicadas	20
Presentación del problema	20
Hipótesis	20
Objetivos	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	21
Marco metodológico	21
E. Consideraciones éticas	29
F. Resultados obtenidos	31
Integración al grupo de rehabilitación	31
Factores personales	32
Factores socioeconómicos	40
Motivos de la no integración en el grupo de rehabilitación expresados por los pacientes	47
Otras evaluaciones	48
G. Discusión	48
H. Conclusiones	57
I. Bibliografía	60
J. Resumen	64
K. Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	65
L. Anexo 2. Consentimiento informado	66

A. Introducción:

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan una verdadera epidemia global y constituyen la principal amenaza para la salud y el desarrollo de los países y los pueblos. Son las responsables de más del 70% de todas las muertes anuales en todo el mundo, es decir, de 41 millones de personas. Esto incluye a 15 millones de personas que mueren prematuramente, entre los 30 y 69 años (Organización Mundial de la Salud, 2019)¹.

Las cardiopatías isquémicas, las infecciones respiratorias bajas, las enfermedades vasculares cerebrales, la enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se encuentran entre las primeras cinco causas de muerte en la Argentina (IHME, 2017)².

Estas patologías crónicas constituyen un problema importante para la salud pública tanto por el elevado número de sujetos afectados, como por su gravedad potencial. Ésta se basa no sólo en la mortalidad, sino también en las consecuencias del déficit producido tanto en el orden personal, como profesional, económico y social (Giménez M et al., 2001)³. Una vez ocurrido el daño por estas enfermedades suelen permanecer ciertas secuelas más o menos perdurables que dificultan el normal desenvolvimiento de los pacientes en la cotidianeidad e impactan en la calidad de vida. La calidad de vida es definida como la percepción personal de un individuo de su situación dentro del contexto cultural y de los valores en los que cree, y en relación con sus objetivos, expectativas y valores e intereses vitales. Es un concepto multidimensional que incluye percepciones y depende del estilo de vida del paciente (González Pérez U, 2002)⁴.

Con respecto a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, además del abordaje médico efectivo, es fundamental la rehabilitación de estos pacientes, estrategia fundamental de la prevención terciaria tendiente a minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (García C et al., 2002)⁵. La kinesiología como parte del equipo interdisciplinario de rehabilitación respiratoria (RR) y cardiovascular (RC) pretende aumentar la participación social: incluye actividades en la comunidad, con compañeros y amigos, que implican la interacción social con otros del individuo afectado por una enfermedad, reduciendo las secuelas que la misma le ha producido (Cacciavillani M et al., 2018)⁶.

La participación en el tratamiento se ve reflejada en la adherencia del paciente a los programas de rehabilitación. La adherencia de los pacientes a los programas de prevención secundaria a largo plazo representa un factor clave en cuanto a su éxito (Oldbridge NB, 1984)⁷. La adherencia puede definirse como la extensión en el tiempo en la cual el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones médicas o sanitarias como los tratamientos con fármacos, cumplimiento de las dietas o de cambios en el estilo de vida, u otros (Haynes RB, 1979)⁸. Es la adecuación de la conducta del paciente a las recomendaciones del profesional de la salud, la implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (Mejiá González F, 2007)⁹. Incluye seguimiento de pautas clínicas, conformación de grupos de rehabilitación, concurrencia a otros servicios, asistencia los mismos. Es un fenómeno multifactorial vinculado a las condiciones del paciente, las características del tratamiento, la dinámica del equipo de salud y el medio socioeconómico en el que el paciente se desarrolla (Mejiá González F, 2007)⁹. No se han encontrado experiencias publicadas en centros de la Argentina acerca de los motivos socioeconómicos, culturales y/o características propias del sistema de salud para investigar la adherencia a programas de rehabilitación (Boim C et al., 2014)¹⁰.

Hay grandes dificultades en este proceso de adherencia y diversas dimensiones que intervienen en él, relacionadas o no con el paciente. Lograr una buena adherencia en el tratamiento kinésico es un requisito importante, que debe cumplirse durante la atención en salud y que implica repercusiones en el ámbito personal, familiar, médico, social y económico tanto para el paciente como para los servicios de salud. Estos programas que implican cambios en la rutina de los pacientes o modificación en sus estilos de vida con ejercicios u otras recomendaciones son los más complicados, ya que deben hacer frente a las creencias y valores de la persona para promover cambios en su comportamiento. Esto implica entonces asegurarse que el paciente tenga claro su patología, los riesgos de no tener continuidad con el programa de rehabilitación y los beneficios de hacerlo (Tapias U, 2014)¹¹.

Unos de los pilares para mejorar la adherencia al tratamiento es la integración a los grupos de rehabilitación. Un grupo es un conjunto de personas que en su vivencia y conducta se hallan directamente relacionadas, dependen unas de otras (interactúan) y no solo aparecen como un conjunto de integrantes con similares objetivos hacia fuera, sino que se sienten ellas mismas homogéneas y lo expresan con una conciencia de nosotros. Tienen un objetivo común. La experiencia de tratamiento entre pares es un factor motivante y de persuasión para el paciente, promoviendo mejoras en su estado de ánimo y facilitando el intercambio de aprendizajes. Esto desalienta la pasividad y cambia su propia imagen. Incorporarse a grupos de rehabilitación alienta a los pacientes a

experimentar nuevas conductas de adaptación y los capacita a predecir y adecuarse a futuros cambios de su enfermedad. Los pacientes requieren apoyo, no sentirse responsables de su enfermedad y aumentar su seguridad personal (Draghi J & Sívori M, 2015)¹². Se señala que la duración y la intensidad de la intervención, además de la motivación del participante, se correlacionan con la mejora pronóstica (Galve E et al., 2014)¹³. Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre la adherencia terapéutica tiene una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier otro tratamiento médico específico (Draghi J & Sívori M, 2015)¹².

Tener conocimiento de los factores que favorecen la integración a los grupos de rehabilitación es factible que posibilite a los equipos profesionales enfocar sus esfuerzos en mejorar el seguimiento de dicho dispositivo, promover mayor asistencia a los grupos de rehabilitación y así facilitar la accesibilidad de los pacientes.

Este estudio se propone investigar el comportamiento de los factores facilitadores de la integración a los tratamientos de rehabilitación respiratoria y cardiovascular en el Hospital General de Agudos Juan A. Fernández (HF) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina. Esto brindará a los profesionales intervinientes conocimientos acerca de las variables a tener en consideración a la hora de idear programas y políticas de salud en este sentido que continúen permitiendo mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.

B. Estado actual del conocimiento:

Enfermedades crónicas no transmisibles y rehabilitación

Enfrentar una enfermedad crónica es un fenómeno que ha sido ampliamente estudiado desde el modelo de estrés propuesto por Folkman S y col. y Lazarus R (Folkman S et al., 1986)¹⁴ (Lazarus R, 1992)¹⁵. Desde esta perspectiva, se propone que tanto el diagnóstico de la enfermedad como las demandas asociadas con la condición de salud que vive el paciente, tales como la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y asumir un tratamiento, serán evaluadas por ellos como estresantes, y por ende requerirán de una serie de ajustes y del uso de diferentes recursos para una adaptación exitosa. Por esta razón, los investigadores proponen que, para entender las consecuencias asociadas

al enfrentamiento de una enfermedad crónica, es importante considerar la enfermedad del paciente (el "estresor"), los cambios en su vida asociados a dicha enfermedad (las demandas asociadas a esta situación) y las estrategias que posee para hacer frente a la misma. Más aún, estos autores proponen que es importante reconocer que la adaptación es un proceso dinámico que va cambiando a lo largo del tiempo y durante el transcurso de la enfermedad (Stanton A et al., 2007)¹⁶. El comportamiento adherente es la compleja interacción entre componentes biológicos, conductuales, cognoscitivos y emocionales, que lleva a un alto grado de seguimiento del tratamiento. Esto implica la necesidad de involucrar formas de abordaje más completas e integrales, consonantes con la dinámica biopsicosocial del ser humano (Rocha Nieto LM et al., 2017)¹⁷.

Existe la necesidad de entender mejor los factores relacionados con los pacientes y el sistema de salud para estudiar el acceso, la asistencia a los programas de rehabilitación y la cumplimentación de los mismos. Las barreras como la pérdida del transporte, la movilidad limitada y la distancia geográfica son limitaciones ampliamente estudiadas en la rehabilitación. Las potenciales soluciones para superar estas dificultades son: provisión de transporte o estacionamiento, sesiones de rehabilitación fuera de horarios laborales y mejorar la provisión de servicios incorporando profesionales practicantes. Otras estrategias estudiadas incluyen cartas motivacionales, llamadas telefónicas estructuradas, visitas domiciliarias realizadas por enfermeras, programas domiciliarios y con mínimos recursos o tele rehabilitación para aquellos que viven más lejos. Sin embargo, estas dos últimas propuestas pueden llegar a favorecer el aislamiento social de los pacientes. Capacitar a los médicos en este tipo de intervención y sus beneficios se ha estudiado que puede aumentar la derivación médica y el entusiasmo de los profesionales por este tipo de programas. Las falsas creencias de los pacientes respecto de los beneficios del ejercicio y sus temores a la falta de aire durante estos programas deben ser abordados por los profesionales suministrando educación e información sobre los reales riesgos y el manejo de los síntomas. Vivir solo y con escaso apoyo en el hogar en varios estudios se identificó que inhibe la asistencia y cumplimentación de los programas de rehabilitación (Narelle SC et al., 2017)¹⁸.

Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento son: socio económicos, costos de la medicación y cobertura, conflicto familiar, politerapias, comorbilidad, accesibilidad, relacionados con el paciente, mala información, falta de comprensión y baja motivación (Draghi J & Sívori M, 2015)¹².

Rehabilitación respiratoria

Existe una gran cantidad de entidades patológicas que puede requerir rehabilitación respiratoria: EPOC, Enfermedades intersticiales difusas (EPID), hipertensión pulmonar (HP), entre otras.

La EPOC es una enfermedad pulmonar progresiva, incurable y potencialmente mortal. El tratamiento puede aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de defunción. Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes (OMS, 2017)¹⁹. De acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos (OMS, 2017)¹⁹. Más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2017)¹⁹. La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). Otros factores de riesgo son la exposición al aire contaminado, tanto de interiores como de exteriores, así como al polvo y el humo en el lugar de trabajo. La exposición a la contaminación del aire en interiores puede afectar al feto y es un factor de riesgo de EPOC en una etapa posterior de la vida. Algunos casos de EPOC son consecuencia del asma crónica. La incidencia de la EPOC puede aumentar en los años venideros a causa de la mayor prevalencia de tabaquismo y al envejecimiento de la población en muchos países (OMS, 2017)¹⁹.

En Argentina, en 2015 se registraron en Argentina 3.263 muertes de personas entre los 40 y los 74 años por EPOC (MSAL, 2015)²⁰. Se estima que más de 2,3 millones de argentinos sufren EPOC con elevada tasa de subdiagnóstico y error diagnóstico (Ministerio de Salud de la Nación, 2015)²⁰. La prevalencia de la EPOC en la Argentina fue de 14,5 por 1000 (MSAL, 2016)²¹. Se encontró asociación significativa de EPOC con edad mayor a 50 años, el tabaquismo, el género masculino, el nivel socioeconómico bajo y el antecedente de tuberculosis (Echazarreta AL et al., 2018)²².

Dentro de las EPID se incluye la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). La prevalencia de FPI está influenciada por factores geográficos, étnicos, raciales y culturales. Ha variado de 2 a 29 casos por 100 mil en la población general. Un estudio en Estados Unidos la estimó entre 14 a 42,7 casos por 100 mil, dependiendo de la definición utilizada (Ganesh Raghu HR et al., 2011)²³.

En relación a la HP, los datos epidemiológicos provenientes de otros países demuestran de una prevalencia de 5 a 25 casos/millón de habitantes. El estudio escocés Scottish Pulmonary Vascular Unit halló una prevalencia de 52/millón habitantes de 16 a 65 años y el Registro francés, 15/millón adultos.

Estos constituyen los límites máximos y mínimos de prevalencia estudiados en el mundo (SAC/AAMR/SAR/SAP y FAC, 2017)²⁴.

La RR es un componente moderno y fundamental en el tratamiento del paciente con enfermedades respiratorias crónicas pero especialmente la EPOC. Se define como una intervención abarcativa basada en la evaluación del paciente y seguida por tratamientos, no solo limitados al entrenamiento por ejercicio, la educación y cambios de conducta, designada a mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedades respiratorias crónicas y promover a largo plazo cambios que mejoren el estilo de vida saludable (Spruit M et al., 2013)²⁵.

En los últimos años se ha documentado el resultado positivo del entrenamiento aeróbico de miembros inferiores en la mejoría de la tolerancia al ejercicio, alivio de la disnea, mejoría de la calidad de vida y disminución de las reagudizaciones/hospitalizaciones. También el entrenamiento de miembros superiores genera resultados positivos en la mayor capacidad de trabajo de los músculos de la cintura escapular y alivio de la disnea. Sólo queda restringido para un subgrupo pequeño de pacientes el entrenamiento de músculos respiratorios (Sívori M et al., 2004)²⁶.

Los pacientes que pueden beneficiarse con la RR son los que padecen patologías como EPOC, asma, bronquiectasias, fibrosis quísticas, fibrosis intersticial, enfermedades ocupacionales o ambientales, sarcoidosis, enfermedades de tejido conectivo, neumonía por hipersensibilidad, linfangioleiomiomatosis, sobrevivientes de síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), enfermedades de la pared torácica, cifoescoliosis, espondilitis anquilosante, síndrome post tuberculosis. Otras condiciones son: cáncer de pulmón, HP, pre y post operatorio de cirugía torácica abdominal, pre y post trasplante pulmonar, pre y post cirugía de reducción de pulmón, dependencia de asistencia respiratoria y obesidad relacionada con enfermedad respiratoria (Draghi J & Sívori M, 2015)¹².

Los pacientes que se deben excluir de alguno de los componentes de la RR son: estenosis valvular aórtica severa, HP con historia de síncope, insuficiencia hepática severa, neoplasia diseminada y trastornos metabólicos descompensados (Draghi J & Sívori M, 2015)¹².

Los principales objetivos de la RR en EPOC son la mejoría de la tolerancia al ejercicio, la reducción de la percepción de la disnea, la disminución de la ansiedad y la depresión, la mejoría de la calidad de vida relacionada a la salud y la mejoría de la sobrevida (Draghi J & Sívori M, 2015)¹². El análisis de la

evidencia científica demuestra la efectividad de la rehabilitación para reducir la disnea, mejorar la capacidad de ejercicio físico y la calidad de vida en pacientes con EPOC (Lacasse Y et al., 2002)²⁷ (Cambach W et al., 1999)²⁸.

Las enfermedades respiratorias crónicas están en el tercer lugar entre las enfermedades crónicas de creciente repercusión económica para los sistemas de salud. En cuanto a los alcances de la RR, Foglio K y col. determinaron que los pacientes con EPOC que reciben este tratamiento, mantienen el beneficio en relación a la reducción en el número de hospitalizaciones durante un período de dos años y que, nuevamente, el mayor beneficio observado es en la esfera de la reducción del número de exacerbaciones anuales. Hasta el momento no hay evidencias firmes que demuestren que la RR prolongue la sobrevida de los pacientes con EPOC (Foglio K et al., 2001)²⁹.

Se disponen de pocos estudios epidemiológicos acerca de la disponibilidad real de la RR, pero se supone que existe poca disponibilidad de centros para tal fin. Existen en Argentina dos encuestas a profesionales médicos: Benzo R y Richh L constataron que el 91,7% de los encuestados conocían la RR y solamente el 48,6% disponían de ella para derivar a sus pacientes, y Sívori M y Raimondi GA constataron que el 59,4% de los médicos tenían la posibilidad de derivar a RR (Benzo R & Ricch L, 2002)³⁰ (Sívori M & Raimondi GA, 2014)³¹.

El promedio de discontinuidad en los programas de RR asciende al 40% en los países emergentes a pesar del impacto positivo que ejerce sobre el individuo y la disminución de los costos en el sistema de salud (Garrod R et al., 2006)³².

Rehabilitación cardiovascular

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo (OMS, 2017)³³. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los Accidente Cerebro Vascular (ACV) (OMS, 2017)³³. De los 17 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a ECNT, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV (OMS, 2017)³³. La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas inadecuadas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias

que abarquen a toda la población. Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular, debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes (DBT), la hiperlipidemia (DLP) o alguna ECV ya confirmada, son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda (OMS, 2013)³⁴.

Según la OMS se calcula que al menos 20 millones de personas sufren y sobreviven a ataques cardíacos y cerebrales cada año, con un costo socioeconómico muy grande en atención médica inmediata, y a largo plazo por las secuelas que dejan (OMS, 2005)³⁵. En los países más desarrollados, la toma de conciencia de la magnitud de este fenómeno llevó a la instrumentación de programas y campañas dirigidas a la población con la finalidad de educar, controlar y tratar los principales factores de riesgo (Grupo de trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, 1995)³⁶ (Zavala DC & Mazzei JA, 1996)³⁷.

En nuestro país, las ECNT son responsables del 73,4% de las muertes, el 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (MSAL, 2018)³⁸. En cuanto a la mortalidad por grupos de ECNT, el 39,3% corresponde a enfermedades cardiovasculares (MSAL, 2019)³⁹.

En 2017 fueron 17.894 las muertes por infarto agudo de miocardio (IAM), lo que representó el 5% de las muertes en la Argentina (MSAL, 2017)⁴⁰. La cantidad de muertes por enfermedades isquémicas del corazón fueron 22.393 y por insuficiencia cardíaca, 22.701 en el mismo año (MSAL, 2017)⁴⁰.

La RC, según la OMS, es el conjunto de actividades necesarias para que el paciente llegue a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social por medio del cual pueda reintegrarse por sus propios medios a la vida familiar y profesional (OMS,1964)⁴¹. Se conforma por equipos multidisciplinarios, incluyen entrenamiento físico, pautas de atención psicológica y promueven el control de los factores de riesgo (Cano de la Cuerda R, 2001)⁴². Se brindan indicaciones de seguimiento, educación y motivación para el sostenimiento de los hábitos saludables y la adherencia al tratamiento (Anchique C, 2011)⁴³.

En cuanto a las indicaciones generales para el ingreso a un programa de RC podemos mencionar las siguientes:

- En pacientes cardiopatas: isquémicas (IAM, tras cirugía de revascularización miocárdica (CRM), tras angioplastias, angina de esfuerzo estable), trasplante cardíaco, valvulopatías operadas, congénitos operados, insuficiencia cardíaca (IC), marcapasos o desfibriladores implantados (Espinosa Caliani JS, 2000)⁴⁴.
- En sujetos sanos: con factores de riesgo (HTA, DBT, DLP, etc.), en edad media de la vida que inician actividades deportivas, astenia neurocirculatoria (Espinosa Caliani JS, 2000)⁴⁴.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la rehabilitación tiene tiempos de aplicación ya que en problemas cardiovasculares agudos o descompensados puede empeorar el cuadro. Por eso se suelen identificar ciertas contraindicaciones para iniciar la rehabilitación. Estas son el aneurisma disecante de aorta y la miocardiopatía hipertrófica obstructiva grave. Las contraindicaciones relativas son la angina inestable, las patologías descompensadas (DBT, IC, HTA grave), los procesos infecciosos en fase aguda (pericarditis, tromboflebitis, bronconeumopatías, etc.) y las arritmias supra o ventriculares importantes (Giménez M et al., 2001)³.

Los objetivos de la RC son la prevención de la arteriosclerosis y la muerte súbita, reducir los eventos coronarios, mejorar el umbral de angina y optimizar la calidad de vida de los pacientes (León AS et al., 2005)⁴⁵.

Los programas de RC se presentan como los más eficaces en la prevención secundaria de las ECV (García E et al., 2010)⁴⁶. Estos se proponen reducir la morbimortalidad de los pacientes y mejorar su calidad de vida. Deben promover comportamientos activos y saludables, propiciando la participación activa de los pacientes. La prevención, el tratamiento y la rehabilitación han mejorado el pronóstico de los pacientes con estas afecciones (Cano de la Cuerda R, 2001)⁴². Entre los objetivos psicosociales de la rehabilitación se encuentran: la reducción del estrés, de la ansiedad y de la depresión. Es también una meta importante de estos programas la independencia funcional de los pacientes, particularmente de los ancianos (Wenger NK et al., 1995)⁴⁷ (Piepoli MF et al., 2010)⁴⁸. Todos estos efectos impactan positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

La RC es considerada altamente recomendable (Clase I. Nivel de evidencia A) para pacientes después de un evento agudo de cardiopatía coronaria o de un procedimiento de revascularización coronaria (Piepoli MF et al., 2016)⁴⁹ (Amsterdam EA et al., 2014)⁵⁰ (Hillis LD et al., 2012)⁵¹.

La RC reduce la mortalidad cardiovascular, reduce las admisiones hospitalarias y mejora la calidad de vida (Anderson L et al., 2016)⁵². Existe evidencia de que con los programas de RC mejoran la

morbimortalidad cardiovascular en prevención 2º y 3º, marcando un descenso en las complicaciones y mortalidad cercanas al 40% en los pacientes de bajo riesgo (De Pablo C & Maroto JM, 2008)⁵³. Se ha demostrado que la participación en un programa de RC después de un IAM mejora la supervivencia, disminuye el riesgo de IAM recurrente y mejora la capacidad funcional de ejercicio (Witt BJ et al., 2004)⁵⁴ (Ades PA, 2001)⁵⁵ (Jolliffe JA et al., 2001)⁵⁶ (Lawler PR et al., 2011)⁵⁷.

La evidencia de que los programas de rehabilitación disminuyen la mortalidad y la morbilidad (20-30 %) a largo plazo en los pacientes que participan en ellos, es muy extensa (Witt BJ et al., 2004)⁵⁴. Sin embargo, Rosas Estrada GM y col. estudian que, a pesar de los beneficios de los programas de RC, se ha demostrado que el abandono, especialmente en las fases tempranas de la rehabilitación, es alto, aproximadamente de un 25% alcanzando un 50% a 75% en las etapas finales o avanzadas (Rosas Estrada GM et al., 2009)⁵⁸.

A pesar de los beneficios significativos, la RC sigue siendo subutilizada; la adherencia a los programas de RC es deficiente en todo el mundo:

- 13.9% IAM post agudo Y 31 % post CRM (Medicare –USA) (Lawler PR et al., 2011)⁵⁷ (Rosas Estrada GM et al., 2009)⁵⁸.
- 29 % IAM post agudo (Registro de Enfermedad Coronaria – Canadá) (Lawler PR et al., 2011)⁵⁷ (Rosas Estrada GM et al., 2009)⁵⁸.
- 50 % (Sistema Nacional de Salud – UK) Recomendaciones nacionales del 65% –70% (Lawler PR et al., 2011)⁵⁷ (Rosas Estrada GM et al., 2009)⁵⁸.

Algunas causas estudiadas fueron:

- Causas relacionadas con el paciente: posición económica, sedentarismo, tabaquismo, baja autoestima, responsabilidades de los pacientes (hogar, trabajo, etc.) entre otras (Rosas Estrada GM et al., 2009)⁵⁸ (Sergey K et al., 2017)⁵⁹.
- Causas relacionadas con el programa: ambiente de trabajo no amistoso, fallas de contra-transferencia, horarios o localización difíciles de adaptar o limitados, actividades poco estimulantes., inadecuada cobertura de salud (Rosas Estrada GM et al., 2009)⁵⁸ (Sergey K et al., 2017)⁵⁹.
- Causas externas a los componentes anteriores: causas diferentes a la patología, falta de apoyo administrativo y social, disfunción familiar, entre otros (Rosas Estrada GM et al., 2009)⁵⁸.
- Causas relacionadas con el sistema de salud: disponibilidad limitada de programas de RC en muchos países del mundo (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰ (Sergey K et al., 2017)⁵⁹.

Las barreras que impiden que el paciente se incorpore a los programas de RC son, entre otras, las cargas familiares, ser soltero, la comorbilidad, la percepción de que el ejercicio es doloroso, una gran distancia desde la vivienda hasta el centro de rehabilitación, el bajo nivel cultural, la baja capacidad funcional, la cobertura de seguros médicos y la edad avanzada (Pleguezuelos Cobo E et al., 2011)⁶¹. Los factores predictivos positivos y negativos de adherencia y participación para el programa de RC son variados. Entre los positivos se encuentran: derivación del paciente al programa de rehabilitación por parte de su médico, acceso fácil al centro de rehabilitación, facilidad o disponibilidad para el transporte, estatus socioeconómico alto, nivel educativo alto, ser diabético frente a otras comorbilidades, angioplastia y DLP (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰. Los factores predictivos negativos son: larga distancia centro - domicilio, ausencia de cobertura de seguro de salud, ser mujer, ser mujer casada, edad avanzada, obesidad, gravedad de la cardiopatía, mayor comorbilidad, obligaciones familiares, falta de motivación, factores económicos, presencia de carga familiar y reincorporación laboral (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰.

Otras características de los pacientes coronarios más consistentemente asociados con una baja adherencia y por consiguiente con altas cifras de abandono a los programas de rehabilitación cardíaca, son: fumadores, obreros u otros trabajadores manuales, obesos, anginosos, poca motivación, poco apoyo de su cónyuge, escasos hábitos de actividad física (Hamm LF & León AS, 1993)⁶².

Apoyo social

El rol del apoyo social, como un elemento que favorece la adaptación a una enfermedad crónica ha sido extensamente discutido en la literatura (Stanton A et al., 2007)¹⁶. Los estudios muestran que la red de apoyo social de la que dispone el paciente, puede jugar un rol importante tanto en términos de apoyo emocional, es decir para el manejo de las emociones negativas asociadas con la enfermedad, así como en términos instrumentales para resolver demandas específicas relacionadas con la enfermedad y tratamiento, por ejemplo, para obtener ayuda económica para comprar medicamentos o disponer de alguien que pueda acompañar a los controles médicos o ayudar a recordar tomar los medicamentos (Hamm LF & León AS, 1993)⁶² (Repetto L et al., 2011)⁶³.

En el caso específico de la EPOC, se ha investigado que aquellos pacientes que disponen de redes de apoyo social, presentan una mejor adaptación a su enfermedad y menos tasas de depresión. Marino y cols. estudiaron a 156 adultos mayores con EPOC y depresión (Marino P et al., 2008)⁶⁴. Encontraron que aquellos pacientes cuyo tamaño de red de apoyo era más grande y que a su vez reportaron

disponer de apoyo instrumental, presentaban mejor adaptación a la enfermedad. Por su parte, Blumenthal AJ y col. destacaron el rol de la red de apoyo y de los cuidadores de estos pacientes en la efectividad del tratamiento, proponiendo desarrollar intervenciones con ellos -no con los pacientes- dada la importancia del rol de cuidado que asumen (Blumenthal AJ et al., 2009)⁶⁵.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, si bien los beneficios de una red de apoyo son claros, en muchas ocasiones pueden generarse roces con las mismas personas que son parte de la misma. La relación con cercanos cambia como consecuencia de la enfermedad. Los pacientes se vuelven más dependientes debido a la presencia de los síntomas asociados a EPOC o al temor de que estos aparezcan. Estas nuevas dinámicas de relación se convierten en otro desafío para los pacientes, ya que muchas veces ellos desean conservar parte de su independencia, sentirse a la vez acompañados, y adicionalmente sentirse parte de grupos o redes sociales que les den apoyo y soporte (Halding A et al., 2010)⁶⁶.

En este contexto los grupos conformados por pacientes con EPOC cobran gran relevancia, ya que no solo se convierten en una instancia social en que ellos pueden compartir datos prácticos y recomendaciones en relación a su enfermedad, sino que también pueden desarrollar en dichos espacios el sentido de pertenencia a un grupo que es un predictor de bienestar en estos pacientes (Blumenthal AJ et al., 2009)⁶⁵. De acuerdo con algunos hallazgos científicos, los pacientes con EPOC manifiestan la necesidad de sentirse parte de grupos sociales en los que encuentren apoyo, en un ambiente que facilite el compartir experiencias asociadas a la enfermedad y en que se trabaje la confianza mutua. De esta forma, algunos pacientes manifiestan que preferirían recibir información respecto a su enfermedad en forma oral y en formato de grupo, en comparación a sólo recibir información escrita por parte de su médico (Wilson J et al., 2007)⁶⁷. Este sentido de pertenencia grupal que se lograría en la interacción de pacientes con EPOC, reforzaría además la autoestima de los pacientes, quienes perciben que sus propias experiencias y relatos pueden convertirse en una contribución positiva para el bienestar de sus pares (Blumenthal A J et al., 2009)⁶⁵.

Como afirman Finnegan DL y Suler JR (Finnegan DL & Suler JR, 1985)⁶⁸ y posteriormente Blumenthal y colaboradores (col.) (Blumenthal J et al., 1987)⁶⁹, la red de apoyo social de la persona puede influir en el mantenimiento de conductas deseables de salud, en el seguimiento de prescripciones médicas (dieta, medicación, ejercicio otros cambios en el estilo de vida) y en el cumplimiento de programas de rehabilitación, lo que estaría indicando la importancia tanto de las fuentes de apoyo como del tipo de apoyo que éstas proporcionen de cara al cumplimiento de las recomendaciones pautadas (Goodwin

et al., 2001)⁷⁰ (Martos C et al., 2008)⁷¹. Por ejemplo, se ha encontrado que existen diferencias significativas en adherencia al ejercicio físico en función del apoyo social de los amigos (Courneya et al., 2000)⁷² (Okun L et al., 2003)⁷³. En este caso, el apoyo social de los amigos ejerce mayor influencia en la realización del ejercicio físico que el apoyo familiar. El apoyo familiar, en cambio, será muy importante para el cumplimiento de la toma y administración de medicamentos (Courneya et al., 2000)⁷² (Okun et al., 2003)⁷³.

En pacientes con IAM se ha estudiado la variable de apoyo social y calidad de vida, llegando a la conclusión de que el apoyo aparece como una necesidad esencial del ser humano en épocas de crisis, en este caso cuando nos hallamos ante un individuo enfermo. Por tanto, cuando el paciente no tiene a su disposición familiares próximos, busca proveedores sustitutivos. Según dicho estudio, la integración del individuo en una red de gran tamaño supone para él tener mayores oportunidades de conseguir apoyo. No obstante, tener o no tener apoyo depende, decisivamente, de la estructura cualitativa de la red aún más que de sus aspectos cuantitativos. Es decir, de las numerosas oportunidades que la red ofrece sólo unas pocas llegan a materializarse en verdadero apoyo instrumental o emocional (Jiménez Muro M et al., 1999)⁷⁴.

Una revisión de estudios sobre enfermedad cardíaca y apoyo ha revelado que resulta clara la relación que se puede establecer entre la enfermedad cardíaca y el apoyo social (Elmasian M, 2012)⁷⁵. Por ejemplo, la satisfacción con el apoyo percibido y la disponibilidad de apoyo social se asoció con menores niveles de depresión en pacientes con enfermedad cardíaca (Park C et al., 2006)⁷⁶.

Dentro del apoyo social, es importante destacar que la integración de pacientes en Grupos de Ayuda Mutua (GAM) puede ser beneficioso, según indica la bibliografía revisada. En el tratamiento de usuarios en condición de enfermedad crónico-degenerativa de tres localidades del Estado de Hidalgo, México los GAM le brindaron al paciente sentirse parte de un sistema, de un grupo de apoyo que le permitió entender que existen personas como él/ella preocupadas y ocupadas de su salud física fomentando la convivencia social como estrategia de afrontamiento a esta situación (Hernández Moctezuma I, 2017)⁷⁷. En otro estudio se encontraron beneficios clínicos en la adherencia, dado que la mitad de las personas con diabetes tipo 2 que acudían a GAM lograron disminuir los niveles de glucosa por debajo de 140mg/dl, en tanto que solo una décima de los pacientes que no se integraron a estos grupos disminuyeron sus cifras de glucosa (García C et al., 2012)⁷⁸. Un investigador que estudió a pacientes con Virus de Insuficiencia Humana (VIH) desarrolló el concepto de adherencia simbólica

que, a diferencia de la terapéutica, viene a ser el apego a re-significaciones existenciales del diagnóstico a través de procesos de simbolización y narrativa (Nieto Espinoza JL, 2018)⁷⁹.

C. La rehabilitación respiratoria y cardiovascular en el Hospital General de Agudos Juan A. Fernández:

El HF pertenece al subsector público del sistema de salud dependiente del Gobierno de la CABA. Fue fundado el 22 de abril de 1889 como Dispensario de Salubridad y el Sifilicomio Municipal, a consecuencia de una importante epidemia de enfermedades de transmisión sexual. En la actualidad, se destaca tanto en atención primaria como en prácticas de mediana y alta complejidad en múltiples especialidades. Se ubica en el barrio de Palermo de dicha ciudad. Sin embargo, sus prestaciones cubren satisfactoriamente la demanda de un amplio abanico poblacional que incluye la CABA, el conurbano, provincias y algunos países limítrofes. Cuenta con 442 camas y 566 profesionales de la salud. Se atienden 1500 pacientes por día en los consultorios externos, 230 pacientes en el área de promoción y protección de la salud (Fundación Dr. Juan A. Fernández, 2018)⁸⁰.

A principios de la década de los 2000s, surgió la posibilidad de desarrollar al HF como centro para la realización de trasplante de pulmón. Un grupo de 30 profesionales del hospital conformado por personal médico (clínicos, neumólogos, cardiólogos, terapistas, cirujanos, anestesiólogos, entre otros) y no médico (kinesiólogos, nutricionista, psicólogos, servicio social, etc.) constituyó el equipo que realizó la propuesta que se presentó ante el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) para obtener la habilitación. Este trámite implicaba el desarrollo de una compleja estructura que debía cumplimentar con numerosas y estrictos requisitos y estándares, uno de los cuales era la existencia de un área de RR para el tratamiento pre y post trasplante.

Se habilitó un espacio físico ubicado en el segundo piso del edificio, en el ex Servicio de Quemados, para la instalación y desarrollo de la RR. Así empezó a funcionar con algunos pacientes, coordinado por dos kinesiólogos del hospital.

En el año 2003, el hospital logró cumplir con todos los requisitos necesarios y el INCUCAI lo habilitó como institución para realizar el procedimiento de trasplante de pulmón. No obstante, ello y por

diversos motivos, no llegó a concretarse el proyecto de Unidad de Trasplante y ningún paciente fue trasplantado a pesar de haber estado habilitado para eso, durante dos años y rehabilitado por dos años más. El equipo de profesionales inicialmente convocado para la realización de trasplantes se disolvió, pero el sector de RR siguió funcionando.

En el año 2005 se incorporó al hospital la práctica de cirugías cardiovasculares. Por esta razón una nueva población de pacientes comenzó a asistir al hospital. Es así que el Servicio de Kinesiología inició ese mismo año un programa de RC que se fusionó con el de RR existente.

Los pacientes son derivados a los grupos de rehabilitación desde los consultorios externos del hospital o desde las salas de internación. Los servicios hospitalarios que derivan a estos pacientes son: Neumonología, Cardiología y, en menor medida, Clínica Médica, Cirugía e Inmunología. Por primera vez en Octubre de 2018 se realizó una presentación del Grupo de Rehabilitación solicitado por el Servicio de Clínica Médica.

Para su ingreso al dispositivo, los pacientes son recibidos por un cardiólogo quien, luego de una evaluación clínica y revisión de estudios complementarios, brinda un apto cardiovascular. Se atienden personas mayores de 18 años.

Los grupos de rehabilitación funcionan cuatro veces por semana en sesiones de dos horas de duración. Los grupos no exceden los 15 pacientes por cuestiones de espacio y personal pero principalmente por la planificación del trabajo. Los pacientes asisten dos veces por semana. Sin embargo, es necesario resaltar que el trabajo en las sesiones es individual, cada uno realiza los ejercicios y son anotados por la kinesióloga sus estándares de cumplimiento de los mismos. No se fomenta un trabajo de interacción grupal más allá del festejo de cumpleaños, o el propiciar encuentros fuera del Hospital.

Aunque la estratificación del riesgo, las edades y los diagnósticos muestran una gran variabilidad, los pacientes trabajan juntos en grupo, sin embargo, cada paciente recibe un tratamiento individualizado guiado por un profesional kinesiólogo que supervisa el tratamiento atendiendo las posibilidades y necesidades de cada paciente, basándose en la capacidad funcional de cada uno.

Que el grupo funcione en el ámbito hospitalario brinda seguridad a los pacientes, pues ante cualquier emergencia se activa un operativo médico para acudir al gimnasio de rehabilitación, así como también existe la posibilidad de pueden acceder a los consultorios externos o a la guardia. La kinesióloga va

aumentando la exigencia a cada paciente durante el tratamiento y adaptando las indicaciones a sus necesidades.

El tratamiento kinésico se desarrolla en un gimnasio de rehabilitación, equipado para tal fin: cintas, bicicletas, elementos varios para entrenar la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio. Incluye ejercicio supervisado que trabaja sobre la resistencia aeróbica, la fuerza muscular, la flexibilidad y la coordinación. Se capacita permanentemente a los pacientes y sus familiares.

Hay un método para la activación del sistema de emergencia en caso de que ocurra algún evento adverso durante la rehabilitación. Los sujetos son inicialmente evaluados y firman un consentimiento informado. Se toman el cuestionario sobre respiración Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)(Jones PW et al., 1991)⁸¹(Jones PW et al. ,1992)⁸² (Ferrer M et al., 2016)⁸³, la prueba de marcha de seis minutos en el pasillo destinado y marcado para tal fin (ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories, 2002)⁸⁴, la clase funcional (Pleguezuelos Cobo E et al.,2011)⁶¹, una escala de disnea (Bestall JC et al., 1999)⁸⁵, la Visual Analogue Scale (VAS) (Draghi J & Sivori M, 2015)¹², se realizan las evaluaciones incrementales en cicloergómetro y cinta de deslizante (Saadia Otero MA et al., 2000)⁸⁶. Se registra carga máxima alcanzada (100%), saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y motivo de suspensión de la prueba. Dichas evaluaciones se suspenden en caso de aparición de sintomatología o signos que lo ameriten. Se enseña el plan de entrenamiento de ejercicios funcionales de miembros superiores y miembros inferiores, así como los ejercicios respiratorios que realizan también en el domicilio. Una vez evaluados los sujetos efectúan en cada sesión ejercicio supervisado por un kinesiólogo especializado. El entrenamiento de resistencia aeróbica se realiza en cicloergómetro y en cinta deslizante utilizando porcentajes de la carga máxima evaluada en la primera sesión. Se entrena la resistencia aeróbica con los métodos continuo variable y continuo constante con cargas del 40 y el 80 % de la carga evaluada. Se toman parámetros de saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y tensión arterial en reposo y en recuperación. Se realiza monitoreo de saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y percepción de la disnea con la Escala de Borg modificada durante el mismo (Draghi J & Sivori M, 2015)¹².

Se desarrolla durante las sesiones en el hospital un componente educativo, que consiste en informar al paciente acerca de los beneficios y la importancia de realizar ejercicio en forma diaria, el ritmo de caminata, las técnicas de conservación de energía durante las actividades de la vida diaria (AVD), así como estrategias de autocontrol para enfrentar las exacerbaciones de la enfermedad (Sandesara PB et al., 2015)⁸⁷.

Algunas estrategias del equipo tratante utilizadas para sostener y aumentar la continuidad en el HF fueron el seguimiento telefónico, recordatorios vía mensajes de telefonía celular, articulación con el médico tratante, interconsultas con salud mental en algunas situaciones, entre otras. Se refuerzan durante las sesiones de rehabilitación los beneficios de la misma, la importancia de obtener buenos resultados para una mejor calidad de vida. Se refiere a una acción de prevención terciaria donde es fundamental el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Los profesionales buscan comprometer a los familiares que en ocasiones acompañaron a los pacientes, transmitiendo la necesidad de la rehabilitación, sus consecuencias favorables. En ocasiones los pacientes solicitan a los kinesiólogos que expliquen a sus referentes afectivos los ejercicios o pautas a seguir en domicilio para que puedan acompañar la realización de los mismos y sean más efectivos.

Cabe detallar que el servicio de kinesiología del HF cuenta con kinesiólogos de planta, kinesiólogos de guardia y sus suplentes, kinesiólogos de refuerzo de guardia para atención de pacientes pediátricos en épocas de invierno y residencia de kinesiología. Los kinesiólogos de planta realizan atención de pacientes internados en las salas de internación cardiología y Unidad Coronaria, clínica médica, terapia intermedia, neurocirugía, cirugía, traumatología, pediatría, urología. También asisten pacientes que concurren al hospital en forma ambulatoria (consultorios externos principalmente dirigidos a pacientes derivados por afecciones traumatológicas, escuela de columna, rehabilitación vestibular, rehabilitación cardiovascular y respiratoria, consultorio de hombro). Los kinesiólogos de guardia cubren las áreas de terapia intensiva, terapia intermedia, emergentología y shock-room. Los kinesiólogos de refuerzo atienden pacientes pediátricos en forma ambulatoria en los consultorios de la guardia externa y la sala de internación de pediatría y neonatología. Los kinesiólogos residentes rotan por todas las áreas de atención.

Como forma de poder contar con cierto acercamiento a la cantidad de población atendida por el Servicio de Kinesiología del HF, se pudo obtener, a partir del sistema estadístico de información del HF, que durante 2018 se recibió a 107.171 para prestaciones a individuos en kinesioterapia, 12.145 en kinesioterapia grupal y 20.775 en fisioterapia individual. No solo se utiliza la metodología grupal en kinesioterapia en RR y RC sino también con patologías relacionadas con la columna, el hombro y el sistema vestibular.

D. Plan de Trabajo: materiales, metodología utilizada y técnicas aplicadas:

Presentación del problema

Es escasa la información sobre cuáles son los factores que favorecen la concurrencia y el mantenimiento del funcionamiento de los grupos de rehabilitación en el HF, y esto origina una incertidumbre para implementar acciones que prevengan el abandono del tratamiento por los pacientes. Desde el Servicio de Kinesiología se desconocen los motivos de la falta de continuidad en el grupo de rehabilitación kinésica, lo que implica ignorar las consecuencias que favorecen el abandono del tratamiento en la salud respiratoria y cardiovascular en sus posibilidades de reinserción social. Se trata de pacientes con mayor riesgo de que sus problemas de salud presenten complicaciones graves o evolucionen con la muerte.

Surgen entonces interrogantes sobre estas cuestiones. ¿Hay factores relacionados con la integración de los pacientes al tratamiento de rehabilitación? ¿Los factores personales como edad, sexo o patología, influyen en la continuidad y mantenimiento en el grupo de rehabilitación kinésica? ¿Los factores socioeconómicos (tiempo de acceso al grupo de rehabilitación desde el lugar de residencia, nivel de estudios, ocupación, medio de transporte utilizado para llegar al hospital) inciden en el mantenimiento del grupo de rehabilitación kinésica?

Hipótesis

Existen factores personales y socio económicos facilitadores de la **integración** de los pacientes a los grupos de rehabilitación.

Objetivos

Objetivo General:

Evaluar las características generales de los pacientes de los grupos de rehabilitación del Servicio de Kinesiología del HF e identificar los factores personales y socioeconómicos que facilitan la integración de los pacientes en dichos grupos.

Objetivos Específicos:

1. Estimar la ocurrencia de la integración a los grupos de rehabilitación kinésica.
2. Describir los factores personales (edad, sexo, nacionalidad, antecedentes médicos, factores de riesgo, enfermedad por la que se indica rehabilitación) y socioeconómicos (lugar de residencia, estado civil, grupo conviviente, nivel de estudios, ocupación, cobertura de salud, medios de transporte utilizados para llegar al hospital y tiempo al hospital) en los pacientes que han concurrido al Servicio de Kinesiología del HF a los grupos de rehabilitación.
3. Describir la especialidad médica derivante de los pacientes atendidos en rehabilitación en el Servicio de Kinesiología del HF.
4. Evaluar el impacto de los factores personales y factores socioeconómicos, en la integración a los grupos de rehabilitación kinésica de los pacientes atendidos en rehabilitación en el Servicio de Kinesiología del HF.

Marco metodológico

1. Tipo de Estudio: Transversal Analítico

Universo de estudio - muestra: Se incluyó en el estudio a la totalidad de los pacientes que se atendieron en el Servicio de Kinesiología en los grupos de rehabilitación del HF durante el período de estudio de recolección de datos (Enero 2010 a Julio 2018). No fue necesario estimar un tamaño muestral ni seleccionar un tipo de muestreo, ya que todos los pacientes atendidos en el servicio se incluyeron en el trabajo (es decir que el universo y la muestra, coincidieron).

Unidad de análisis/caso: Se consideró como unidad de análisis a cada uno de los individuos atendidos en los grupos de rehabilitación en el Servicio de Kinesiología del HF. Fueron hombres y mujeres mayores de 18 años que requerían rehabilitación según indicación médica y que asistieron por lo menos una vez a los grupos del Servicio de Kinesiología del mencionado hospital.

Período de estudio: Se realizó una única medición para el análisis de los pacientes que concurrieron a los grupos en dicho período. Se decidió analizar los casos que se atendieron solo desde que los registros del servicio fueron confiables: desde enero de 2010 hasta julio de 2018.

Recolección de datos: Las variables se midieron una sola vez de manera que se trata de un estudio transversal. En los pacientes que adhirieron al tratamiento de rehabilitación kinésica, los datos se

recolectaron de los registros del hospital y de las historias clínicas del Servicio de Kinesiología, luego de la definición “integración a grupo de rehabilitación’ (Ver variables). Las personas que no se integraron al grupo de rehabilitación, fueron contactadas telefónicamente, efectuando una encuesta a ellos o a sus familiares para la recolección de los datos.

2. Variables: las variables que se estudiaron fueron:

Dependiente (ocurre en función de las variables independientes):

Integración al grupo de rehabilitación:

Esta variable comprende las siguientes dimensiones:

- Adhesión al grupo: cuando cumple con los criterios de ingreso (indicación médica) y asistió a las dos sesiones iniciales.
- Continuidad: se considera que la persona continúa el tratamiento de rehabilitación, si asiste a por lo menos al 50% de las sesiones (Selzler A et al., 2012)⁸⁸ durante un tiempo mínimo de 12 semanas, y si acepta y respeta las normas del grupo. Los consensos de rehabilitación recomiendan 12 semanas como duración mínima del tratamiento (López Jiménez F et al., 2013)⁸⁹ (Draghi J & Sívori M, 2015)¹². Dicotómica: SÍ – NO
- Participación: el paciente interviene activamente en las actividades del grupo y adhiere a sus normas.

Independientes (determinan el cambio de valores de la variable dependiente):

Factores personales:

- a. Edad: variable cuantitativa discreta. Mide los años de vida del paciente desde su nacimiento al ingreso al grupo.
Sin embargo para el análisis se categorizó a la variable utilizando un punto de corte: 60 años. De esta manera se transformó a la variable en nominal dicotómica según la clasificación de pacientes según la categoría de adulto mayor planteado por la OMS (OMS, 2012)⁹⁰:
 - Mayores o igual a 60 años.
 - Menores o igual a 59 años.
- b. Sexo: Variable cualitativa dicotómica: Mujer - Varón
- c. Nacionalidad: Variable cualitativa dicotómica: Argentina – Extranjera. Se definió en relación a si el paciente nació en Argentina o en otro país.

- d. Antecedentes médicos: Variable nominal categórica: Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite darle seguimiento a su propia información de salud (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU, 2019)⁹¹.

Para simplificar el análisis, se diferenciaron en tres grupos de antecedentes de salud:

- Clínicos: enfermedades existentes en la biografía del paciente (Caramelo G, 2017)⁹².
 - Quirúrgicos: intervenciones quirúrgicas que el paciente se realizó previa a la indicación de rehabilitación.
 - Ningún antecedente: paciente que no poseía antecedentes médicos.
- e. Factores de riesgo: Variable nominal categórica: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2013)⁹³.

- DBT: es un grupo de enfermedades caracterizadas por un alto nivel de glucosa resultado de defectos en la capacidad del cuerpo para producir o usar insulina (American Diabetes Association, 2017)⁹⁴.
- HTA: cifras de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y de presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg en pacientes que no estén tomando medicación (OMS, 1999)⁹⁵.
- DLP: son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol (hipercolesterolemia) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG: hipertrigliceridemia) (Soca P, 2009)⁹⁶.
- Sedentarismo (SED): la ausencia de actividad física adecuada que altera la función endotelial y favorece la aparición de otros factores de riesgo como la hipertensión arterial, diabetes, alteraciones lipídicas, sobrepeso y obesidad (González Naya E, 2017)⁹⁷.
- Tabaquismo (TBQ): es una enfermedad adictiva crónica donde la nicotina es la sustancia responsable de la adicción ya que tiene las características de una droga de abuso: genera tolerancia, dependencia física y psicológica, y cuando no se consume se manifiesta por la aparición de síntomas de síndrome de abstinencia (Ángel A, 2017)⁹⁸. Se incluyó para esta investigación en esta categoría a TBQ activos (fumadores en la actualidad), pasivos (personas que conviven o convivieron con personas fumadoras) o ex TBQ (personas que en algún momento de su vida tuvieron el hábito tabáquico).
- Antecedentes Heredo Familiares (AHF): registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una

familia. También se llama antecedentes médicos familiares (López Jiménez F et al., 2013)⁸⁹.

- Consumo problemático de sustancias: se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (Ley 26934, 2014)⁹⁹. Para esta investigación se consideró el consumo de alcohol y de drogas (marihuana, cocaína, éxtasis, pasta base, etc.).
- Sobrepeso/Obesidad: se definen como el aumento anormal del peso corporal con acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud. Se midió a través del Índice de masa corporal (peso/talla²) (OMS, 2018)¹⁰⁰.
- Factores psicológicos: factores psicosociales y conductuales relacionados con el estado de ánimo. Se incluyó depresión, ansiedad, estrés (Patrick J et al., 2011)¹⁰¹.
- Postmenopausia: momento posterior al cese de los ciclos menstruales en la mujer y su cuadro clínico relacionado.
- Ningún factor de riesgo: paciente que no poseía ningún factor de riesgo.

f. Enfermedad por la que se indica la rehabilitación: una primera clasificación general se determinó a partir de los dos grandes grupos de derivaciones: Variable nominal dicotómica: Respiratoria y Cardiovascular.

Teniendo en cuenta la clasificación de estas patologías y según las encontradas en los pacientes estudiados, se realizó la siguiente agrupación:

- Las enfermedades respiratorias se sub agruparon en: EPOC, EPID e HP (Draghi J & Sívori M, 2015)¹².
- Las enfermedades cardiovasculares se sub agruparon en: cardiopatía isquémica, valvulopatías operadas e IC (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰.

Especialidad médica derivante:

Es el médico que indicó la RR o RC como tratamiento. Variable cualitativa nominal categórica: neumonólogo, cardiólogo, otros (Unidad de Terapia Intensiva, Clínico y demás especialidades).

Factores socio económicos:

- a. Lugar de residencia: Variable cualitativa dicotómica: CABA - Provincia de Buenos Aires. Se definió respecto del lugar donde vivía el paciente. En el caso de los pacientes internados en el hospital que concurrían al grupo de rehabilitación, se los consideró como residentes en CABA.
- b. Estado civil: Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Para simplificar el análisis en esta investigación se consideró:

- “Casado” (ya sea primera o múltiples nupcias o unido de hecho): para las personas que contrajeron matrimonio o conviven en pareja estable.
- “Otros” (Solteros, viudos o separados)

Se definen a continuación cada una de las subvariables mencionadas en “Otros”:

- Soltero: para quienes no formaron pareja estable conviviente.
- Viudo: para quienes ha fallecido su pareja.
- Separado (de hecho o con divorcio): para quienes terminaron su vínculo de pareja.

- c. Grupo de convivencia: mide la situación de convivencia del paciente con respecto a otras personas. Aunque esta variable parezca similar a la anterior, permitió conocer el detalle del porcentaje de personas que, aunque no estaba casado, vivía con algún otro integrante de la red familiar o social. Si bien las formas de categorizar esta condición pueden ser extensas se decidió centrarse en el efecto de vivir en soledad: se midió entonces si vivía acompañado o si vivía solo. No se tomaron en cuenta aquellos casos donde se vive con otros porque se subalquilan habitaciones. Se consideraron los casos en que convivir con otros integrantes de la red socio familiar implica organizarse cotidianamente, compartir gastos, tener un vínculo. Variable cualitativa nominal dicotómica: SÍ (vivía con algún integrante de la red socio familiar)- NO (vivía solo)
- d. Nivel de estudios: se consignó el máximo nivel de estudios alcanzado. Variable dicotómica que se agrupó en “Secundario Completo o mayor nivel educativo” (que incluyó las subvariables: Secundario completo – Terciario incompleto – Terciario completo– Universitario incompleto

– Universitario completo) y “Secundario Incompleto o menor nivel educativo” (que incluyó las subvariables: Sin estudios - Primario incompleto – Primario completo – Secundario incompleto- Sin datos del nivel exacto pero menor a Secundario Incompleto)

- e. Ocupación: describe la actividad para la subsistencia económica que realizan los pacientes. Se agrupó en las variables dicotómicas: “Activos” e “Inactivos”. Dentro de la variable ‘Activos’ se detallaron las subvariables cualitativas categóricas: empleados, trabajadores formales por cuenta propia, trabajadores informales. Dentro de la variable “Inactivos” se incluyó las categorías: jubilados -desempleados– pensionados por discapacidad - presidiario (que realizaba la rehabilitación con consigna policial por encontrarse privado de su libertad) y las personas inactivas de las que no se conoció su condición exacta.
- f. Cobertura de salud: variable cualitativa categórica: Se refiere al tipo de cobertura de seguridad social y de salud que tiene el paciente: sin cobertura de la seguridad social (estos pacientes en general se atienden en el subsector del Estado) y obras sociales (OOSS). Todos los pacientes que contaban con alguna cobertura de medicina prepaga, tenían además una OOSS. Para simplificar el análisis y en función de los objetivos de la investigación, se consideró a quienes contaban “Sólo con sistema público” o “Con OOSS”.
- g. Medio de transporte utilizado para llegar al hospital: Variable cualitativa dicotómica: “Un medio de transporte” (que incluyó las subvariables: colectivo, tren, subte, caminata, auto propio o taxi/remisse, un medio pero sin datos sobre cuál) y “Más de un medio de transporte” (que sumaba más de uno de los mencionados).
- h. Tiempo de acceso al grupo de rehabilitación desde el lugar de residencia: Expresa el tiempo que se tarda en el viaje para recibir la atención. Variable dicotómica: “Más de media hora en llegar al hospital” y “Menos de media hora en llegar al hospital”. Es similar a la distancia, pero se supone más exacta para evaluar la accesibilidad. Si una persona vivía en otra provincia o país y se mudó especialmente para asistir al tratamiento de rehabilitación, se consideró el tiempo de traslado desde su lugar de residencia actual.

Los que tardaban “Más de media hora” se detallaron en subvariables cualitativas ordinales para el estudio descriptivo:

- entre 30 y 60 min
- entre 61 y 120 min
- más de 121 min
- más de media hora pero sin datos del tiempo exacto

Motivos de no integración

A los pacientes que no presentaron integración al grupo de rehabilitación se les consultó sobre los motivos percibidos por ellos por los cuales dejaron de concurrir. A partir de las respuestas a esta pregunta abierta se obtuvieron las siguientes categorías para el análisis:

- Causas médicas: internación por diversos motivos que interrumpe el tratamiento, reagudización, embarazo, internación, intervención quirúrgica o accidente.
- Decisión personal: reconocimiento de la propia inconstancia para asistir al tratamiento, voluntad propia de no seguir concurriendo.
- Relacionadas al dispositivo grupal: cuestiones vinculadas al grupo de rehabilitación con su encuadre de trabajo, reglas, fines, tareas.
- Distancia al hospital
- Trabajo
- Conflictos familiares
- Condiciones climáticas

Evaluación del dispositivo grupal, del equipo profesional y de su percepción sobre la posibilidad de no continuar en el grupo (Preguntas adicionales a los pacientes que se encontraban participando del grupo al momento de la investigación) Se incluyeron algunas preguntas adicionales que resultaron evaluaciones subjetivas realizadas por aquellos pacientes que se encontraban participando del grupo durante el tiempo en que se desarrolló la investigación:

- Evaluación del paciente acerca de si hizo una buena elección al ingresar al grupo: Se consultó acerca de la opinión personal del paciente respecto de que si fue buena elección o no del ingreso al grupo. Variable cualitativa dicotómica: SÍ-NO
- Evaluación del paciente acerca de si el grupo favoreció la continuidad del tratamiento: se consultó respecto de la interpretación subjetiva del paciente acerca de si el grupo fue beneficioso para la continuidad del tratamiento de RR o RC. Variable cualitativa categórica: SÍ-NO-Indistinto
- Evaluación del paciente del desempeño del equipo de salud: se tomó la interpretación de los participantes subjetiva respecto del desempeño del equipo profesional. Se agrupó en categorías ordinales: Poco Eficiente - Eficiente - Muy Eficiente
- Evaluación del paciente acerca de la consideración de no continuar el tratamiento de RR o RC: se consultó en relación a si el paciente pensó en algún momento dejar el tratamiento. Variable cualitativa dicotómica: SÍ – NO.

3. Fuente de datos e instrumentos de recolección:

Datos primarios:

Son datos que se obtuvieron con el fin específico de la presente investigación. Estos datos se recolectaron con tres mecanismos:

- a. Entrevista dirigida basada en un cuestionario (Ver anexo N° 1):
Este cuestionario fue anónimo y se aplicó tanto en los pacientes que concurrían a los grupos de rehabilitación como a los que ya no lo hacían.
En caso de los pacientes que no asistían al servicio (ya sea porque no continuaron el tratamiento o por que fueron dados de alta) se realizó a los pacientes, o a sus familiares en caso del fallecimiento del paciente, por vía telefónica.
- b. Encuesta efectuada a participantes de los grupos al momento del estudio sobre la evaluación que realizan de la rehabilitación. Se realizaron algunas preguntas adicionales que se administraron solamente a los participantes de los grupos al momento del estudio, pero no fueron de carácter obligatorio.
- c. Observación de los grupos de rehabilitación. Durante las reuniones formales de los grupos, se realizó una observación sistematizada para evaluar la dinámica del funcionamiento de los grupos.

Datos secundarios.

La información recabada se complementó con datos secundarios obtenidos de los registros del hospital y de las historias clínicas del Servicio de Kinesiología, los cuales fueron útiles especialmente en los pacientes que ya no se encontraban en seguimiento por el equipo de rehabilitación. Estas fuentes sirvieron para recolectar datos como fecha de ingreso al grupo, asistencia, edad, nacionalidad, lugar de residencia, antecedentes médicos, factores de riesgo, enfermedad por la que fue derivado al grupo, estado civil, y cobertura de salud.

4. Análisis de los datos:

Considerando el primer objetivo específico (1. Estimar la ocurrencia de la adhesión a los grupos de rehabilitación kinésica), se presentó la cantidad de ingresos por año y luego se analizó la asistencia de los pacientes a los grupos de rehabilitación, según los criterios estipulados, separando en dos grupos a la muestra: quienes presentaron continuidad y quiénes no. Si bien habitualmente se consideran los egresos para estimar la ocurrencia de los fenómenos, dado que se trata de un dispositivo que atiende

a problemas crónicos y que en forma ideal no se deberían producir egresos, se consideraron los ingresos para el análisis.

Posteriormente, se realizó la descripción en frecuencia y porcentajes de las variables en estudio compuestas por los factores personales y socioeconómicos enumerados anteriormente para esta investigación, así como la especialidad médica derivante según los objetivos específicos 2 y 3 (2. Describir los factores personales y socioeconómicos en los pacientes que han concurrido al Servicio de Kinesiología del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández a los grupos de rehabilitación. y 3. Describir la especialidad médica derivante de rehabilitación en el Servicio de Kinesiología del HF) La edad también se tomó a través de la medida de resumen de la media (media de edad de los pacientes).

Para comparar las diferencias entre porcentajes y proporciones en relación al objetivo específico 4 (4. Evaluar el impacto de los factores personales y factores socioeconómicos, y de la especialidad médica derivante, en los pacientes atendidos en rehabilitación en el Servicio de Kinesiología del HF), se utilizó el Chi² o prueba exacta de Fisher en caso de observaciones pequeñas. Allí se comparó la cantidad de pacientes con continuidad y la cantidad de pacientes sin continuidad en el grupo de rehabilitación según las variables estudiadas.

Se utilizó el programa estadístico Startical Product and Service Solutions (SPSS) para obtener los resultados.

E. Consideraciones éticas:

El plan de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del HF. Las competencias de este Comité se relacionaban con los temas de investigación y los condicionamientos éticos relacionados en el ámbito donde se llevó a cabo este estudio.

Se respetaron los principios generales para las buenas prácticas de investigación en Salud. Se trata de un estudio transversal, es decir que no hay seguimiento de los pacientes ni intervención sobre los participantes del estudio. Es así que no corren riesgos para la integridad física, mental o social de tal forma que se ven reducidos al mínimo los riesgos sobre las personas y por lo tanto no requiere mecanismos de control. Previo a la realización de las entrevistas a los pacientes, se efectuó un proceso

de comunicación efectiva con ellos de manera que se garantizó la comprensión de los objetivos de la misma y el tratamiento que se daría a la información obtenida.

No existe ningún conflicto de interés de los participantes involucrados en el trabajo.

Los datos obtenidos en las entrevistas y los revisados en las historias clínicas fueron confidenciales, sólo se utilizaron a fines de obtener los datos para la investigación, reservando la identidad de quienes brindaron los mismos.

Los pacientes firmaron un consentimiento informado (CI) (Ver anexo Nº 2), cuya finalidad fue asegurar que los individuos participantes en la investigación acepten formar parte solo si coincidía con sus valores e intereses. El consentimiento informado es el acto por el cual un paciente brinda su conformidad (o rechazo) con la indicación o propuesta médica, luego de recibir la información completa, adecuada, clara y precisa acerca del diagnóstico que lo aqueja, el mejor tratamiento disponible, las alternativas terapéuticas, los beneficios y riesgos esperados y el pronóstico. En lenguaje bioético, el CI no hace más que concretar el principio de autonomía (Ley 26529, 2009)¹⁰². La autonomía es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales, que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de su propio sistema de valores (Garay O, 2017)¹⁰³. Ellos firmaron autónomamente y así expresaron su voluntad de participar de la investigación. Se les brindó información sobre:

- Las instituciones intervinientes en el estudio (HF y Universidad Nacional de La Plata).
- Los objetivos de la investigación.
- Procedimiento mediante entrevista y la información que se le solicitará. Tiempo y lugar de la misma.
- Datos filiatorios de las entrevistadoras.
- Beneficios del estudio al Servicio de Kinesiología, que se relacionan con la posibilidad de brindar elementos a los profesionales para mejorar la oferta de tratamientos de rehabilitación. Este estudio no reporta consecuencias inmediatas en los pacientes encuestados.
- Confidencialidad de la información.
- Datos de contacto de la investigadora principal.
- Datos de contacto del Comité de Ética del HF.

Se aclaró que los pacientes no recibirían un beneficio directo con su participación en el estudio y que los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que los pacientes no podrán ser identificados. A la vez se propuso que si alguna de las preguntas le hicieran sentir incómodo(a), tenía el derecho de no responderla. Se explicó que, si decidiera no participar, no afectaría de ninguna manera la forma en cómo lo tratan en los grupos de rehabilitación del hospital, en el Servicio de Kinesiología o en los que asistiera para su tratamiento.

F.Resultados obtenidos:

Durante el período de estudiado (Enero 2010-Julio 2018) se observó que 84 pacientes fueron admitidos en los grupos de rehabilitación del Servicio de Kinesiología del HF.

Se observa en el gráfico N° 1, la cantidad de ingresos por año a lo largo del período de estudio. La persistente baja de ingresos en 2013, 2014 y 2015 se debió a reducción de cantidad de profesionales del equipo que pasaron de ser tres a uno. En 2017 se dio un impulso al ingreso de pacientes por decisiones del equipo de kinesiología. En 2018 comenzaron a asistir pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar lo que incrementó el abanico de derivaciones. Cabe destacar que en 2018 se analizó únicamente el primer semestre.

Gráfico N° 1: Ingreso al grupo de rehabilitación según año de HF CABA. Enero 2010-Julio 2018



Integración al grupo de rehabilitación:

De los 84 pacientes analizados se observó que 58 (69%) presentaron continuidad en el grupo de rehabilitación, mientras que 26 (31%), si bien iniciaron el proceso, no cumplieron con los requisitos de

continuidad establecidos para este estudio. Esto da cuenta de una elevada adherencia al tratamiento propuesto por el equipo de salud del hospital. Ver gráfico N° 2.

Gráfico N° 2: Continuidad en el grupo de rehabilitación HF CABA. Enero 2010-Julio 2018



Con el fin de describir al grupo de pacientes estudiados, se identificaron factores personales y socioeconómicos. Respecto de los factores personales, se consideraron las variables: edad, sexo, nacionalidad, antecedentes médicos, factores de riesgo y enfermedad por la que se indicó RR o RC. Se relevó también el dato del médico derivante al grupo de rehabilitación.

En relación a los factores socioeconómicos, se tomaron las variables: lugar de residencia, estado civil, grupo conviviente, nivel educativo, ocupación, cobertura de salud, medio de transporte utilizado para concurrir al hospital y tiempo para llegar al hospital.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en relación a estos factores.

Factores personales:

a. Edad

Respecto de la edad de los pacientes participantes en los grupos, la media general fue de 61,4 años; en los pacientes con patologías respiratorias fue de 61,2 años y en los que padecían enfermedad cardiovascular, 61,6 años. El 63% era mayor de 60 años y el 37%, menores de 60 años, lo que muestra una población compuesta principalmente por personas adultas mayores.

Dentro de los pacientes mayores de 60 años, el 73,6% presentó continuidad en el tratamiento y el 26,4%, no. En relación a los pacientes menores de 60 años; el 61,3% presentaron continuidad y el

38,7%, no. El porcentaje de continuidad fue mayor en los mayores de 60 años, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la continuidad del tratamiento y la edad del paciente. Ver tabla N° 1.

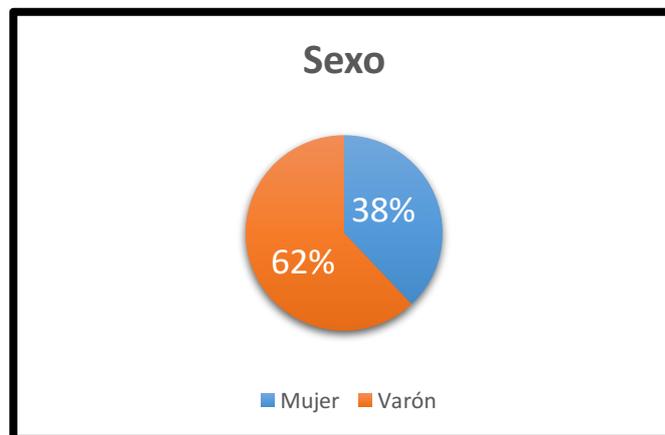
Tabla N° 1: Continuidad según edad HF CABA. 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Edad n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	>60	<60	
SI 58 (100)	39 (73.6)	19 (61.3)	0,24
NO 26 (100)	14 (26.4)	12 (38.7)	
Total 84 (100)	53 (100)	31 (100)	

b. Sexo.

El 62% de los integrantes de los grupos de rehabilitación fueron varones y el 38%, mujeres. Esto da cuenta de una proporción considerablemente mayor del sexo masculino por sobre el femenino en el grupo estudiado. Ver gráfico N° 3.

Gráfico N° 3: Sexo. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018



Al analizar la variable continuidad vinculada al sexo, el 71,2% de los varones continuaron en los grupos mientras que el 65,6% de las mujeres continuó. Los varones tuvieron un porcentaje levemente mayor de continuidad que las mujeres, sin embargo, no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la variable continuidad respecto del sexo. Ver tabla N° 2.

Tabla Nº 2: Continuidad según sexo. HF CABA. Enero 2010- Julio 2018 nº: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad nº (%)	Sexo nº (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Mujer	Varón	
SI 58 (100)	21(65.6)	37 (71.2)	0,59
NO 26 (100)	11 (34.4)	15 (28.8)	
Total 84 (100)	32 (100)	52 (100)	

c. Nacionalidad:

En los 84 casos estudiados, un porcentaje notablemente mayor eran personas de nacionalidad argentina (85,5%) mientras que un 15,5% eran de origen extranjero.

El 67,6% de los argentinos presentaron continuidad en los grupos y el 76,9% de los extranjeros mostraron continuidad. El porcentaje de continuidad fue mayor en los extranjeros, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia al tratamiento y la nacionalidad del paciente. Ver tabla Nº 3.

Tabla Nº 3: Continuidad según nacionalidad. H. F. CABA. Enero 2010-Julio 2018 nº: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad nº (%)	Nacionalidad nº (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Argentina	Extranjera	
SI 58 (100)	48 (67.6)	10 (76.9)	0,75
NO 26 (100)	23 (32.4)	3 (23.1)	
Total 84 (100)	71 (100)	13 (100)	

d. Antecedentes médicos:

Se recolectaron los siguientes datos sobre antecedentes de los pacientes del grupo estudiado: el 50% contaba con antecedentes clínicos, el 39 % no tenía ningún antecedente y el 11% tenía algún antecedente quirúrgico. Los porcentajes de continuidad en cada uno de los grupos (quienes tenían antecedentes clínicos, quienes presentaban antecedentes quirúrgicos y quienes no presentaban antecedentes) fueron similares, mayores al 70%. De todas formas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto de la continuidad en el tratamiento y los antecedentes médicos. Ver tablas Nº 4, 5 y 6.

Tabla N° 4: Continuidad según antecedentes clínicos. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	A. Clínicos n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	SI	NO	
SI 58 (100)	31(73.8)	27 (64.3)	0,34
NO 26 (100)	11(26.2)	15 (35.7)	
Total 84 (100)	42 (100)	42 (100)	

Tabla N° 5: Continuidad según antecedentes quirúrgicos HF CABA. Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	A. Quirúrgicos n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	SI	NO	
SI 58 (100)	7 (77.8)	51 (68)	0,71
NO 26 (100)	2 (22.2)	24 (32)	
Total 84 (100)	9 (100)	75 (100)	

Tabla N° 6: Continuidad según inexistencia de antecedentes médicos. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Ningún antecedente n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Sin antecedente	Con antecedente	
SI 58 (100)	20 (77.8)	38 (74.5)	0,17
NO 26 (100)	13 (22.2)	13 (25.5)	
Total 84 (100)	33 (100)	51(100)	

e. Factores de riesgo:

En cuanto a los factores de riesgo de los pacientes estudiados se encontró que el 62% de los pacientes eran TBQ; el 50% padecía HTA; el 42.7%, DLP, el 21.4% eran diabéticos, el 14.2% presentaban obesidad o sobrepeso, el 14.2%, tenían factores psicológicos (ansiedad o depresión) y el 10.7% eran sedentarios. El 8.3% refirió no presentar ningún factor de riesgo. Dos pacientes tenían antecedentes heredo familiares y dos pacientes presentaban consumo problemático de sustancias. De las 32 mujeres estudiadas, el 78% eran menopáusicas. Ver tabla N° 7.

Cabe aclarar que es posible que haya un subregistro de algunos de los factores de riesgo como el sedentarismo, el consumo problemático de sustancias o los factores psicológicos debido a que estos datos fueron obtenidos del relato de los pacientes en la entrevista inicial (sesgo de declaración).

Tabla Nº 7: Factores de riesgo. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (%)

Factores de riesgo	n°	%
TBQ	52	62
HTA	42	50
DLP	36	42.8
DBT	18	21.4
Obesidad/Sobrepeso	12	14.2
Psicológicos	12	14.2
SED	9	10.7
Ningún factor	7	8.3
AHF	2	2.3
Consumo problemático de sustancias	2	2.3
Menopausia	25/32 mujeres	78

En cuanto al factor de riesgo de diabetes fue similar el porcentaje de adherencia entre los que presentaban (66.7%) o no dicho factor (69.7%). En relación a los antecedentes de HTA, dislipemia y sedentarismo aquellos que lo presentaban tuvieron un porcentaje levemente mayor de continuidad en el tratamiento que a aquellos que no lo padecían, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Respecto a HTA, 71.4% quienes padecían HTA y 66.7% quienes no; respecto de dislipemia, 72.2% quienes padecían dislipemia y 66.7% quienes no; y respecto a sedentarismo, 77.8% quienes eran sedentarios y 68% quienes no.

Respecto al factor de riesgo de tabaquismo quienes no lo presentaban, tuvieron un porcentaje de continuidad de 75% mientras que quienes sí lo presentaban, continuaron en el grupo un 65%.

La presencia de los antecedentes heredofamiliares y de consumo problemático de sustancias era tan escasa que no permitió realizar el análisis.

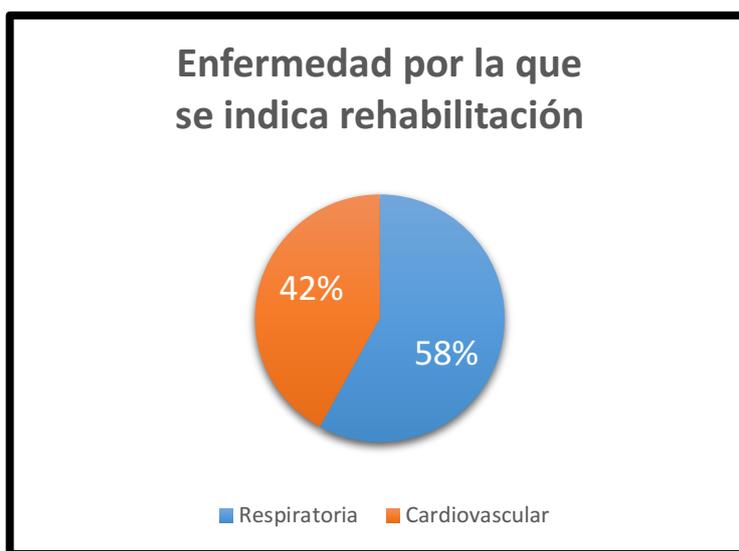
Las personas con sobrepeso u obesidad y aquellas que presentaban cuestiones psicológicas como factor de riesgo mostraron un porcentaje mayor en la continuidad que aquellas que no tenían estos factores de riesgo, aunque las diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas. Respecto a sobrepeso u obesidad, quienes sufrían sobrepeso 83.3% y 66.7% quienes no; y factores psicológicos, 83.3% quienes los presentaban y 66.7% quienes no.

Fueron similares los porcentajes en la continuidad de quienes presentaban algún factor de riesgo (71.4% continuaron) y quienes, no (68.8% continuaron). Este análisis puede concluirse con que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adherencia en el tratamiento y los distintos factores de riesgo estudiados.

f. Enfermedad por la que se indica la rehabilitación:

De los pacientes analizados se observa mayor frecuencia de pacientes con enfermedades respiratorias (58%, 49 casos) con respecto de las cardiovasculares. (42%, 35 casos) Ver gráfico N° 4.

Gráfico N° 4: Enfermedad por la que se indica la rehabilitación. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018



Los porcentajes de adherencia al grupo de rehabilitación fueron similares en los pacientes derivados por enfermedad respiratoria o cardiovascular. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto de la enfermedad por la que se indicó rehabilitación. Ver tabla N° 8.

Tabla N° 8: Continuidad según la enfermedad por la que se indica la Rehabilitación. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad rehabilitación (%)	Enfermedad por la que se indica rehabilitación n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Respiratoria	Cardiovascular	
SI 58 (100)	34 (69.4)	24 (68.6)	0.93
NO 26 (100)	15 (30.6)	11 (31.4)	
Total 84 (100)	49 (100)	35 (100)	

Dentro de los casos que fueron derivados por enfermedades respiratorias, el subgrupo de pacientes con EPOC ocupa el primer lugar (42%), en segundo lugar, aparecen las EPID (12%) y en tercer lugar la HP (4%). En relación a las enfermedades cardiovasculares, se observa, en primer término, la cardiopatía isquémica (35%) seguida por la IC (6%) y la valvulopatía operada (1%). Ver tabla N° 9.

Tabla N° 9: Agrupación de enfermedades específicas. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Enfermedades específicas.	n°	%
Enfermedades respiratorias (subtotal)	49	58
EPOC	35	42
EPID	10	12
HP	4	4
Enfermedades cardiovasculares (subtotal)	35	42
Cardiopatía Isquémica	29	35
Valvulopatías operadas	1	1
Insuficiencia cardíaca	5	6
TOTAL	84	100

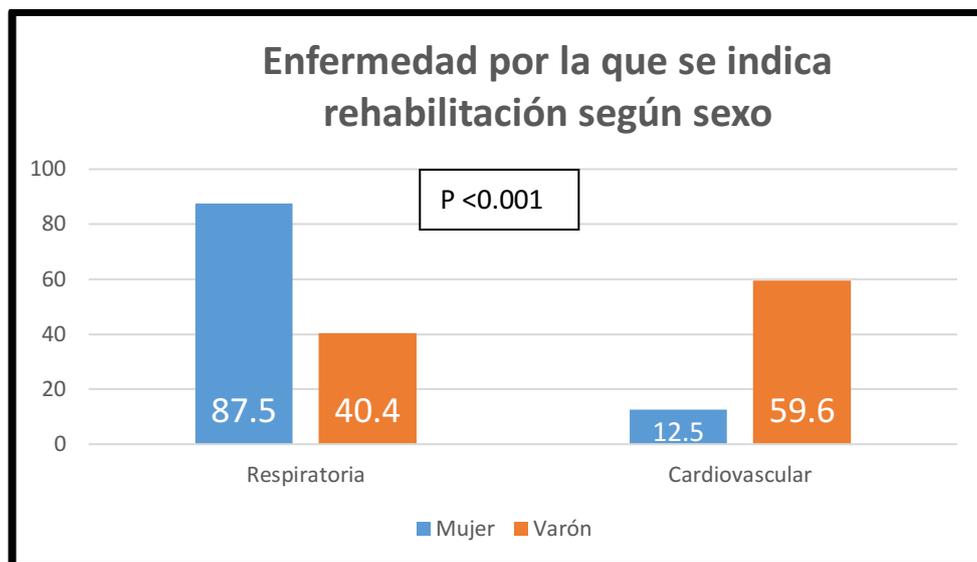
Dentro de las enfermedades respiratorias, el 57% eran mujeres y el 43% eran varones. Dentro de las enfermedades cardiovasculares, el 88,6% eran varones y el 11,4% eran mujeres.

Al describir al grupo de las 32 pacientes mujeres analizadas se observa que el 87.5% presentaban enfermedades respiratorias y el 12.5% cardiovasculares. En relación al grupo de los 52 pacientes hombres, el 40.4% presentaba enfermedades respiratorias y el 59.6% cardiovasculares. Con un 95% de confianza existe una asociación estadísticamente significativa entre sexo y enfermedad por la que se indica rehabilitación. Por lo tanto, las mujeres presentaron mayores posibilidades de tener patologías respiratorias que requirieron rehabilitación mientras que en los hombres fue más común que padezcan enfermedades cardiovasculares que requirieron rehabilitación. Ver tabla N° 10 y gráfico N° 5.

Tabla N° 10: Enfermedad por la que se indica rehabilitación según sexo. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Enfermedad por la que se indica Rehabilitación n° (%)	Sexo n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Mujer	Varón	
Respiratoria 49 (100)	28 (87.5)	21 (40.4)	<0,001
Cardiovascular 35 (100)	4 (12.5)	31 (59.6)	
Total 84 (100)	32 (100)	52 (100)	

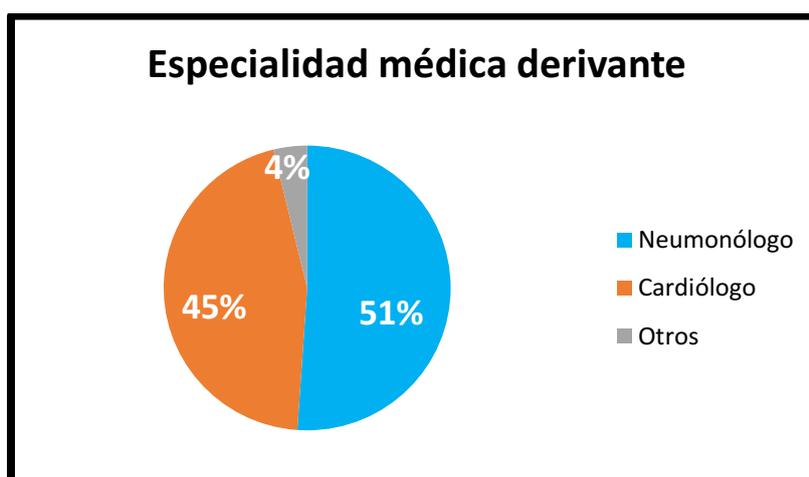
Gráfico N° 5: Enfermedad por la que se indica la rehabilitación según sexo. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018



g. Especialidad médica derivante:

El 51% de los pacientes fue derivado al grupo de rehabilitación por el neumonólogo, el 45 % por el cardiólogo y el 4% por otros especialistas (clínicos, unidad de terapia intensiva). Ver gráfico N° 6. Considerando que el 58% de los casos analizados tenían como diagnóstico enfermedades respiratorias (Ver gráfico N° 4), se observa que un 3% de estos pacientes fueron derivados por el servicio de cardiología y un 4% por las otras especialidades médicas.

Gráfico N° 6: Especialidad médica derivante. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018



Los pacientes derivados por el neumonólogo presentaron porcentajes similares de continuidad respecto de los derivados por otros especialistas (69,8% vs 68,3%). Ver tabla N° 11.

Tabla N° 11: Continuidad según la especialidad que deriva: Neumólogo. HF CABA. Enero 2010- Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Neumólogo n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	SI	NO	
SI 58 (100)	30 (69.8)	28 (68.3)	0.88
NO 26 (100)	13 (30.2)	13 (31.7)	
Total 84 (100)	43 (100)	41 (100)	

Los pacientes derivados por el cardiólogo con continuidad en el grupo, mostraron un porcentaje levemente menor a quienes fueron derivados por otro especialista (65,8% vs 71,7%). Ver tabla N° 12.

Tabla N° 12: Continuidad según la especialidad que deriva: Cardiólogo. HF CABA. Enero 2010- Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Cardiólogo n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	SI	NO	
SI 58 (100)	25 (65.8)	33 (71.7)	0.55
NO 26 (100)	13 (34.2)	13 (28.3)	
Total 84 (100)	38 (100)	46 (100)	

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia en el tratamiento y la especialidad médica derivante. Ver tablas N° 11 y 12.

Factores socioeconómicos:

a. **Lugar de residencia:**

La gran mayoría de los pacientes, un 70%, vivía en la CABA, mientras que el 30% residía en Provincia de Buenos Aires. Las personas que residían en Provincia de Buenos Aires presentaron un porcentaje mayor de continuidad en el grupo de rehabilitación. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia en el tratamiento y el lugar de residencia de los pacientes. Ver tabla N° 13.

Tabla N° 13: Continuidad según lugar de residencia. HF Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Lugar de residencia n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Provincia de Bs. As.	CABA	
SI 58 (100)	19 (76)	39 (66.1)	0.37
NO 26 (100)	6 (24)	20 (33.9)	
Total 84 (100)	25 (100)	59 (100)	

b. Estado civil:

De los 84 casos estudiados, el 50% de los pacientes se encontraba casado. Del resto de los No Casados: el 8.3% era soltero, el 15.5% era separado y el 16.7% era viudo, mientras que de un 9.5% no se pudo obtener el dato. Ver tabla N° 14.

Tabla N° 14: Estado civil. HF Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Estado civil	n°	%
Casado (subtotal)	42	50
No Casados (subtotal)	34	40.5
Soltero	7	8.3
Viudo	14	16.7
Separado	13	15.5
Sin datos (S/D)	8	9.5
TOTAL	84	100

En la comparación de los grupos estudiados si bien el porcentaje de continuidad en pacientes casados es levemente mayor que en la suma del resto de los estados civiles (71,4% vs 66,7%), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia en el tratamiento y el estado civil. Ver Tabla N° 15.

Tabla N° 15: Continuidad según estado civil. HF Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Estado civil n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Casado	Otros	
SI 58 (100)	30 (71.4)	28 (66.7)	0.63
NO 26 (100)	12 (28.6)	14 (33.3)	
Total 84 (100)	42 (100)	42 (100)	

c. Grupo conviviente:

La mayoría de los pacientes, un 65.5 %, vivían acompañados y el 34.5% vivía solo. Ver gráfico N° 7.

Gráfico N° 7: Grupo conviviente. HF CABA. Enero 2010-Julio 2018



Se encontró que tanto los que vivían acompañados como aquellos que vivían solos, tuvieron el mismo porcentaje de continuidad en el tratamiento (69,1% vs 69 %). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia en el tratamiento y la situación de convivencia. Ver tabla N° 16.

De los 55 pacientes que vivían acompañados (Ver tabla N° 16), 42 eran casados (Ver tabla N° 14). Esto evidencia que el resto de aquellos que vivían con alguien (13 pacientes) lo hacían con personas que configuraban otros vínculos como hijos, amigos, hermanos u otros.

Tabla N° 16: Continuidad según grupo de convivencia. HF Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Grupo de convivencia n° %)		Significancia estadística (valor de p)
	Vive con alguien	Vive solo	
SI 58 (100)	38 (69.1)	20 (69)	0.99
NO 26 (100)	17(30.9)	9 (31)	
Total 84 (100)	55 (100)	29 (100)	

d. Nivel de estudios:

El 59.5% de los casos analizados contaba con Secundario Completo (SC) o mayor nivel educativo, mientras que el 40.5% contaba con Secundario Incompleto (SI) o menor nivel educativo. Un 31% del grupo total de pacientes contaba con nivel Terciario o Universitario Incompleto o Completo lo que

indica un nivel educativo alto en el grupo. Solo un 2.4% no finalizó la escuela primaria. Ver tabla N° 17.

Tabla N° 17: Nivel de estudios. HF Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Nivel de estudios	n°	%
SC o mayor nivel educativo (subtotal)	50	59.5
Secundario Completo	24	28.6
Terciario/Universitario Incompleto	7	8.3
Terciario/Universitario Completo	19	22.6
SI o menos nivel educativo (subtotal)	34	40.5
Primario Incompleto	2	2.4
Primario Completo	8	9.5
Secundario Incompleto	12	14.3
S/D de nivel, pero menor a SI	12	14.3
TOTAL	84	100

Los porcentajes de continuidad fueron similares entre los que contaban con SC o mayor nivel y quienes presentaban SI o menor nivel (70% vs 67%). Además, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia en el tratamiento y el nivel de estudios de los pacientes. Ver tabla N° 18.

Tabla N° 18: Continuidad según nivel de estudios. HF Enero 2010-Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Nivel de estudios n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	SC o mayor nivel	SI o menor nivel	
SI 58 (100)	35 (70)	23 (67.6)	0.81
NO 26 (100)	15(30)	11 (32.4)	
Total 84 (100)	50 (100)	34 (100)	

e. Ocupación:

El 20.2% de los casos estudiados se encontraba activo, con una ocupación ya sea formal o informal. El 79.8% de pacientes (una amplia mayoría) se encontraban inactivos. Ver tabla N° 19.

Tabla Nº 19: Ocupación. HF CABA. Enero 2010 - Julio 2018 nº: número absoluto (% porcentaje)

Ocupación	nº	%
Activos (subtotal)	17	20.2
Empleado	9	10.7
Trabajo formal por cuenta propia	1	1.2
Trabajo informal	7	8.3
Inactivos (subtotal)	67	79.8
Jubilado/a	44	52.3
Desempleado/a	10	11.9
Pensión discapacidad	8	9.5
Preso	1	1.2
S/D de condición de inactividad	4	4.8
TOTAL	84	100

Si bien el porcentaje de adherencia de las personas activas fue mayor a las inactivas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre continuidad y ocupación (64,2% vs 88,2%). Ver tabla Nº 20.

Tabla Nº 20: Continuidad según ocupación. HF Enero 2010-Julio 2018 nº: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad nº (%)	Ocupación nº (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Activos	Inactivos	
SI 58 (100)	15 (88.2)	43 (64.2)	0.55
NO 26 (100)	2 (11.8)	24 (35.8)	
Total 84 (100)	17 (100)	67 (100)	

f. Cobertura de salud:

El 77% del grupo de pacientes, la mayoría, contaba con algún tipo de obra social y el 23% no poseía cobertura de la seguridad social. Quienes tenían seguridad social tuvieron un porcentaje mayor de continuidad en el grupo (72,3% vs 57,9%). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia en el tratamiento y la cobertura de salud de los pacientes. Ver tabla Nº 21.

Tabla Nº 21: Continuidad según cobertura de salud. HF Enero 2010-Julio 2018 nº: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad nº (%)	Cobertura de salud nº (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Estado	Seguridad social	
SI 58 (100)	11 (57.9)	47 (72.3)	0.23
NO 26 (100)	8 (42.1)	18 (27.7)	
Total 84 (100)	19 (100)	65 (100)	

En cuanto al tipo de cobertura por seguridad social, el 64.6% de los pacientes pertenecían al Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, y el resto a otras obras sociales o programas. Ver tabla Nº 22.

Tabla Nº 22: Seguridad Social. HF CABA. Enero 2010 - Julio 2018

Seguridad social	nº	%
PAMI	42	64.6
INCLUIR SALUD	5	7.7
Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA)	6	9.2
Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires (OBSBA)	2	3
Otras	10	15.4
TOTAL	65	100

g. Medio de transporte utilizado para llegar al Hospital:

El 70.2% de los pacientes que asistieron al Servicio, utilizaba un solo medio de transporte (29.8% llegaba al hospital en colectivo o tren, 11.9%, en auto, otro 14.2% caminando, 3.6% en taxi, mientras que no se obtuvo el dato de 9 personas sobre el medio que usaban pero era uno solo. El 29.8% utilizaban más de un medio de transporte. Ver tabla Nº 23.

Tabla Nº 23: Medio de transporte utilizado. HF CABA. Enero 2010 - Julio 2018

Medio de transporte utilizado	nº	%
Más de un medio (subtotal)	25	29.8
Un medio de transporte (subtotal)	59	70.2
Colectivo/tren	25	29.8
Auto	10	11.9
Caminando	12	14.2
Taxi	3	3.6
S/D sobre el medio de transporte único que usaban	9	10.7
TOTAL	84	100

Los porcentajes de continuidad entre quienes utilizaban más de un medio de transporte y quienes iban en uno solo fueron similares (69,5% vs 68%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia en el tratamiento y la utilización de uno o más medios de transporte. Ver tabla N° 24.

Tabla N° 24: Continuidad según medio de transporte. HF CABA Enero 2010- Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad n° (%)	Medio de transporte n° (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Más de un medio	Un medio	
SI 58 (100)	17 (68)	41(69.5)	0.89
NO 26 (100)	8 (32)	18(30.5)	
Total 84 (100)	25 (100)	59 (100)	

h. Tiempo de llegada al hospital:

Un tercio de la población estudiada (33.3%), de pacientes tardaba menos de 30 minutos, mientras que el 66.7% más de 30 minutos (26.1% entre 30 y 60 minutos, 31% entre 61 y 120 minutos, 3.6% más de 120 minutos y no se obtuvo el dato del tiempo exacto pero era mayor a media hora del 6% de los pacientes) Ver tabla N° 25.

Tabla N° 25: Tiempo de llegada al hospital. HF CABA. Enero 2010 Julio 2018 n°: número absoluto (% porcentaje)

Tiempo al hospital	n°	%
Menos 30 min (subtotal)	28	33.3
Más 30 min (subtotal)	56	66.7
30-60 min	22	26.1
61-120 min	26	31
Más de 121	3	3.6
S/D sobre tiempo exacto pero mayor a 30 minutos	5	6
TOTAL	84	100

La adherencia en los pacientes fue similar en los que llegaban al hospital en menos de media hora, como en los que lo hacían en más de 30 minutos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a tiempo de llegada al hospital y la continuidad en los grupos de rehabilitación (67.7% vs 69.6%). Ver tabla N° 26.

Tabla Nº 26: Continuidad según tiempo de llegada al Hospital. HF CABA. Enero 2010- Julio 2018 nº: número absoluto (% porcentaje)

Continuidad nº (%)	Tiempo al hospital nº (%)		Significancia estadística (valor de p)
	Menos de 30 min	Más de 30 min	
SI 58 (100)	19 (67.9)	39 (69.6)	0.86
NO 26 (100)	9 (32.1)	17(30.4)	
Total 84 (100)	28 (100)	56 (100)	

Motivos de la no integración en el grupo de rehabilitación expresados por los pacientes:

Se indagó a los pacientes que no presentaron integración en los grupos de rehabilitación acerca de los motivos de no adherencia. No se pudieron obtener datos solo de cuatro casos. Las razones referidas por los 22 pacientes restantes fueron (Ver tabla Nº 27):

- Causas médicas: internación por diversos motivos que interrumpen el tratamiento, reagudización, embarazo, internación, intervención quirúrgica o accidente: 30.7% (8/26)
- Decisión personal: Reconocimiento de la propia inconstancia para asistir al tratamiento, voluntad propia de no seguir concurriendo: 19.2% (5/26)
- Relacionadas al dispositivo: 11.3% (3/26)
- Distancia al hospital: 7.8% (2/26)
- Trabajo: 7.8% (2/26)
- Conflictos familiares: 3.8% (1/26)
- Condiciones climáticas: 3.8% (1/26)

Tabla Nº 27: Motivos de la no integración en grupo de rehabilitación. Enero 2010 Julio 2018. HF CABA nº: número absoluto (% porcentaje)

Motivo de no integración expresado por el paciente	nº	%
Causas médicas	8	30.7
Internación que interrumpe rehabilitación	3	11.5
Reagudización	2	7.8
Embarazo	1	3.8
Intervención quirúrgica	1	3.8
Accidente	1	3.8
Decisión personal	5	19.2
Reconocimiento de la propia inconstancia para asistir al tratamiento	4	15.3
Voluntad propia de no seguir concurriendo	1	3.8
Relacionados con el dispositivo	3	11.5
No se sentía cómodo/a	2	7.8
Falta de comunicación con equipo tratante	1	3.8

Distancia al hospital	2	7.8
Trabajo	2	7.8
Conflictos familiares	1	3.8
Condiciones climáticas	1	3.8
Sin datos	4	15.3
TOTAL	26	100

Otras evaluaciones

Evaluación subjetiva de los pacientes respecto del dispositivo grupal

Como se mencionó en el marco metodológico se realizaron algunas preguntas adicionales a los sujetos que al momento de la investigación se encontraban participando de los grupos de rehabilitación. La totalidad de los pacientes encuestados (39) refirieron haber hecho una buena elección al ingresar al grupo de rehabilitación.

De los 39 pacientes encuestados, 34 (87%), aseguraron que el grupo favorece la continuidad en el tratamiento de rehabilitación, una persona dijo que el grupo no favorecer la continuidad, mientras que cuatro expresaron que no veían diferencia en realizar el tratamiento en grupo o sin él.

De los 39 pacientes encuestados, 34 (87%) afirmaron que el desempeño del equipo de salud fue muy eficiente y cinco (13%) eficiente, enfatizando en el rol de apoyo y orientación de la coordinadora del grupo.

La totalidad de los encuestados consideró por lo menos eficiente, al desempeño del equipo, resaltando la función de la kinesióloga a cargo del grupo. Del total 32 personas (82%) respondieron que nunca pensaron en dejar el grupo de rehabilitación, mientras que dos, reconocieron que sí.

G. Discusión:

En nuestra investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia a los grupos de rehabilitación y los factores personales y socio económicos analizados. Un posible motivo podría ser el tamaño muestral. Parece necesario aumentar la cantidad de casos a investigar como forma de obtener diferencias reveladoras sobre los factores facilitadores de la integración a los grupos de RR y RC.

El aporte fundamental del presente estudio es que constituye el primero que aborda en conjunto la adherencia a los grupos de rehabilitación de pacientes con enfermedades respiratorias y cardiovasculares, en nuestro medio.

En relación a la adherencia en el tratamiento y la especialidad médica derivante no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Si bien no se ha encontrado bibliografía que haya analizado la mayor adherencia dependiendo de la derivación de un neumólogo, un cardiólogo, un clínico, un terapeuta y otros, se ha hallado evidencia del poco reconocimiento de la RR por parte de los médicos en estudios de Johnston y col. (Johnston KN et al., 2012)¹⁰⁴ (Johnston KN et al., 2013)¹⁰⁵. En Argentina una encuesta dio cuenta que solo el 48,6% de los médicos que conocían la RR derivaban a sus pacientes (Sívori M & Raimondi GA, 2014)³¹, y otro en otro estudio se constató que el 59,4% de los médicos tenían la posibilidad de derivar a RR (Draghi J & Sívori M, 2015)¹². Sean R y col. han relevado que, a pesar de la evidencia de los beneficios de la RC, la derivación a la misma sigue siendo baja y es necesario desarrollar intervenciones para aumentar su utilización (Sean R et al., 2017)¹⁰⁶.

Un estudio toma otro aspecto de la derivación, obteniendo que las personas adherentes a programas de RR tenían buena relación con su médico, a quien respetaban (Arnold E et al, 2005)¹⁰⁷.

Continuidad en el grupo de rehabilitación

De los 84 pacientes analizados se encontró que el 69% presentó continuidad en el grupo de rehabilitación.

Los pacientes con enfermedades respiratorias tuvieron una continuidad del 69,4%, superior a los valores obtenidos por Garrod R y col. que fueron de 60% (Garrod R et al., 2006)³².

El porcentaje de continuidad de pacientes con enfermedad cardiovascular fue de 68,6%, porcentaje levemente por encima del hallado en programas de RC estudiados por Rivas E y col. con una cifra de adherencia de un 66% a los 12 meses (Rivas E et al, 1994)¹⁰⁸.

Factores personales

Edad

Respecto de la edad de los pacientes participantes en los grupos, la media fue de 61,4 años. Oates G y col. estudiaron que en 455 pacientes en RR, la media de edad fue de 66,1 años. (Oates G et al., 2017)¹⁰⁹, siendo mayor que la resultante en esta investigación para los pacientes con dicha patología (61,2 años). Zhang L y col. encontraron en 590 pacientes en RC que la edad media era 60,1 años, (Zhang L et al., 2017)¹¹⁰ media similar a la hallada para las personas con este diagnóstico (61,6) en nuestro estudio. Otro estudio de Gaalema D y col. obtuvo en 1658 pacientes en RC una media de 63,86 años, superior a las mencionadas (Gaalema D et al., 2017)¹¹¹.

La edad avanzada no fue para este estudio una barrera que impidió que el paciente se integre a los grupos de rehabilitación como sí lo encontraron Pleguezuelos Cobo E y col. y Borg S y col. en RC (Pleguezuelos Cobo E et al., 2011)⁶¹ (Borg S et al., 2019)¹¹². En su investigación Gaalema y col. hallaron asociación significativa entre menor edad y menor continuidad en RC, similar al estudio de Zhang L y col. y Turk Adawi y col. donde la edad avanzada se asoció con mejor adherencia en RC (Gaalema D et al., 2017)¹¹¹ (Zhang L et al., 2017)¹¹⁰ (Turk Adawi et al., 2013)¹¹³.

No se encontró asociación entre edad y adherencia en RR en el estudio de Boim C y col. al igual en el nuestro (Boim C et al., 2014)¹⁰. Oates G y col. tampoco obtuvieron diferencias significativas en relación a la edad entre categorías de alta, media y baja adherencia en RR (Oates G et al., 2017)¹⁰⁹.

Sexo

En relación a la variable sexo, en el presente estudio el 62% eran varones, mientras que en el estudio de Oates G y col. de pacientes en RR el 56% eran varones y en el de Zhang L y col. sobre RC el 60,8% eran varones (Oates G et al., 2017)¹⁰⁹ (Zhang L et al., 2017)¹¹⁰. Otro estudio encontró en pacientes en RC que el 72,8% eran varones, porcentaje superior a los mencionados (Gaalema D et al., 2017)¹¹¹.

Zhang L y col. y Gaalema D y col. en RC no encontraron diferencias significativas según sexo al igual que en nuestro estudio (Zhang L et al., 2017)¹¹⁰ (Gaalema D et al., 2017)¹¹¹. Borg y col. obtuvieron que el sexo masculino era menos adherente que el femenino en RC (Borg S et al., 2019)¹¹². A su vez Oates G y col. no observaron diferencias significativas en relación al sexo entre categorías de alta, media y baja adherencia a RR (Oates G et al., 2017)¹⁰⁹. El presente trabajo no pudo encontrar esas diferencias en cuanto a adherencia relacionadas con el sexo.

Nacionalidad

El 85,5% del total de sujetos estudiados eran de nacionalidad argentina. No existe en la literatura, según lo que se pudo relevar, estudios que hayan descripto esta variable en vinculación a grupos de rehabilitación. En esta investigación no se halló significancia estadística respecto de la nacionalidad y continuidad en el grupo de rehabilitación.

Antecedentes médicos

En este estudio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación a los antecedentes clínicos y la continuidad en el tratamiento. Borg S y col., Brujal y col. y Dunlay y col., por el contrario, hallaron que las personas con mayor presencia de antecedentes clínicos fueron menos adherentes a la RC que las que tenían menor historial (Borg S et al., 2019)¹¹² (Brujal J et al., 2010)¹¹⁴ (Dunlay SM et al., 2009)¹¹⁵.

No se halló, dentro de nuestro conocimiento, bibliografía referente a la influencia de antecedentes quirúrgicos y estos tipos de rehabilitación.

Factores de riesgo

Ninguno de los factores de riesgo estudiados en nuestro trabajo fue predictores para este estudio de mayor adherencia.

Tabaco

Respecto del consumo de tabaco se halló en el 62% de los encuestados, siendo superior al 22,2% registrado como prevalencia de consumo en la población argentina en la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (CENFR) (MSAL, 2018)¹¹⁶. Esto es posible este relacionado con que el tabaquismo es uno de los principales factores determinantes de muchas de las patologías que demandan RC y RR. Distinto a lo encontrado en este estudio donde ser fumador no influyó estadísticamente en forma significativa en la adherencia, fue, para varios autores, un factor relacionado con la disminución en la continuidad de la RC (Rosas Estrada et al, 2009)⁵⁸ (Hamm LF y León AS, 1993)⁶² (Gaalema D et al., 2017)¹¹¹ (Borg S et al., 2019)¹¹² y de la continuidad de la RR (Oates G y col, 2017)¹⁰⁹ (MC Carron EP et al., 2019)¹¹⁷ (Young et al., 1999)¹¹⁸ (Hayton C et al., 2013)¹¹⁹.

Hipertensión

En cuanto a la hipertensión, apareció en el 50% de los casos estudiados en el presente estudio, siendo una prevalencia inferior a la prevalencia en la población argentina en la CENFR de un 61,8% en mayores de 65 años (MSAL, 2018)¹¹⁶.

Se encontró una asociación entre la presencia de hipertensión arterial y la continuidad en RR en el trabajo de Boim y col. (Boim C et al., 2014)¹⁰, discrepando con nuestro estudio donde no se halló una diferencia reconocible entre ambas variables.

Entre los factores clínicos estudiados por Borg y col. también se observó la hipertensión entre los pacientes menos adherentes a RC (Borg S et al., 2019)¹¹².

Dislipemia

En relación al autorreporte de colesterol fue de 42,8% en este estudio, mayor al 28,9% de prevalencia autorreportada en la CENFR (MSAL, 2018)¹¹⁶.

Smith KM y col. hallaron que los pacientes con dislipemia participan más de los grupos de RC (Smith KM et al., 2006)¹²⁰. En el presente estudio esto no pudo observarse ya que la asociación no fue significativa.

Diabetes

La prevalencia de glucemia elevada/diabetes en la población total (18 años y más) por autorreporte fue de 12,7% en la CENFR (MSAL, 2018)¹¹⁶.

Ser diabético no fue un factor predictivo para una mayor adherencia al programa de rehabilitación en los resultados de la presente investigación al igual que en lo observado por Zhang L y col. en RC (Zhang L et al., 2017)¹¹⁰, pero sí lo fue para Galdas PM y col., Turk Adawi y col. en RC (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰ (Turk Adawi et al., 2013)¹¹³. Smith KM y col. hallaron mayor participación en diabéticos en RC (Smith KM et al., 2006)¹²⁰. Por otro lado, Bullard T y col. afirmaron que la evidencia científica actual sugiere que las personas con diabetes son capaces de mantener la actividad física aeróbica por más de tres meses como forma de tratamiento (Bullard T et al., 2019)¹²¹. Contrariamente, entre los factores

clínicos estudiados por Borg S y col. y Worcester MUC y col. se halla la diabetes entre los pacientes menos adherentes a RC (Borg S et al., 2019)¹¹² (Worcester MUC et al., 2004)¹²².

Obesidad

La prevalencia de exceso de peso por autorreporte (sobrepeso + obesidad) en la CENFR fue de 61,6%, siendo considerablemente superior al 14,2% hallado en este estudio (MSAL, 2018)¹¹⁶.

En este estudio tener exceso de peso no influyó en forma estadísticamente significativa en la continuidad en el tratamiento al igual que en el estudio de Gaalema D y col. en RC (Gaalema D et al, 2017)¹¹¹.

Ser obeso fue un factor predictivo negativo para la adherencia en Galdas PM y col., Hamm LF y León AS y Borg S y col. en RC (Galdas PM et al, 2018)⁶⁰ (Hamm LF & León AS, 1993)⁶² (Borg S et al., 2019)¹¹². Pero fue un predictor positivo en RR en Boim C y col. (Boim C et al., 2014)¹⁰. Smith KM y col. hallaron mayor participación en RC en pacientes con obesidad (Smith KM et al., 2006)¹²⁰.

A su vez Oates G y col. no obtuvieron diferencias significativas en relación a la obesidad entre categorías de alta, media y baja adherencia a RR (Oates G et al, 2017)¹⁰⁹.

Sedentarismo

El sedentarismo autorreportado de la población estudiada fue de 10,7%, inferior al 44,2% de la prevalencia de actividad física baja descrito en la CENFR que se refiere a población general (MSAL, 2018)¹¹⁶.

No se hallaron estudios en la literatura que relacionen la adherencia al tratamiento de rehabilitación con el sedentarismo. En el presente estudio la asociación no fue significativa.

Enfermedad por la que se indica rehabilitación

Respecto a la enfermedad por la que se indica rehabilitación y la especialidad médica derivante no hubo diferencias estadísticamente significativas en la población estudiada en relación a la adherencia. No se tuvo conocimiento de bibliografía que trabaje con grupos de rehabilitación mixtos con patologías respiratorias y cardiovasculares.

A partir de los datos hallados, se obtuvo una diferencia reconocible en el presente estudio en relación a la patología por la que se indicó rehabilitación y la variable sexo, siendo las mujeres derivadas con más frecuencia por patologías respiratorias y los hombres, por cardiovasculares. Respecto de la menor cantidad de mujeres derivadas por patología cardíaca se puede relacionar con lo estudiado por Yoo BW y Wenger NK acerca que mujeres mayores con enfermedad cardiovascular experimentan tasas más bajas de derivación, participación y finalización de la rehabilitación cardíaca. Múltiples barreras sociales y del sistema de atención médica afectan la participación de esta población, incluidas las limitaciones en la accesibilidad y el transporte, las responsabilidades cuidadoras en las familias y la falta de conocimiento entre las pacientes y el médico derivante sobre el valor de la RC (Yoo BW & Wenger NK, 2017)¹²³. También Bittner V comprobó que es más común la subutilización de servicios de RC en mujeres en comparación con los hombres (Bittner V, 2018)¹²⁴. La menor consulta en mujeres puede ser atribuida también a lo encontrado en estudios acerca que los varones padecen enfermedad cardíaca con más frecuencia que las mujeres en prácticamente todos los países desarrollados, lo que condiciona directamente que la mortalidad causada por la enfermedad cardíaca sea más habitual en varones (Elvira Martínez C, 2009)¹²⁵.

Sería de interés investigar acerca del reconocimiento de las enfermedades cardíacas en mujeres, si subestiman estas enfermedades y su adherencia a los tratamientos de rehabilitación. Esto es similar a lo planteado por Pleguezuelos Cobo E y col. en relación a que debería ser un objetivo que mayor cantidad de mujeres con patología cardíaca acudan a los grupos de rehabilitación. Afirman que las diferencias de género son muy marcadas entre los integrantes de la rehabilitación cardíaca, a pesar de que el infarto provoca más defunciones en mujeres que todos los cánceres juntos. Estudiaron que acuden menos a los programas de rehabilitación cardíaca porque se las deriva en menor medida que a los varones, presentan mayor comorbilidad, mayor número de familiares a su cargo y menor capacidad económica. Observaron que la tasa de abandono es mayor (Pleguezuelos Cobo E et al., 2011)⁶¹.

Factores socio económicos

Lugar de residencia

En relación a la lejanía al centro de rehabilitación o la residencia en Provincia de Buenos Aires no fue un predictor de menor adherencia al compararlos con los que residían en CABA, distinto a lo estudiado por Galdas PM y col. , Pleguezuelos Cobo E y col. y Borg S y col. en grupos de RC que encontraron que

una gran distancia al centro afectaba la adherencia (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰ (Pleguezuelos Cobo E et al., 2011)⁶¹ (Borg S et al., 2019)¹¹². Draghi J y Sivori M hallaron también que la lejanía al centro se relacionaba con falta de adherencia en RR (Draghi J & Sivori M, 2015)¹². Boim C y col. en 388 pacientes con EPOC, obtuvieron que la falta de adherencia se relacionó con la distancia al centro asistencial mayor a 10 km (Boim C et al., 2014)¹⁰.

A su vez Oates G y col. en RR no descubrieron diferencias significativas en relación a la adherencia alta, media y baja respecto de la distancia al centro de rehabilitación (Oates G et al., 2017)¹⁰⁹. French DP y col. en RC hallaron que la distancia no influía en mayor participación (French et al., 2005)¹²⁶.

Estado civil

Con respecto al estado civil tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en nuestro estudio; Galdas PM y col. hallaron significancia en ser mujer casada en grupos de RC como un factor predictivo negativo de la adherencia en RC (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰. Ser soltero no fue un factor predictivo negativo para que el paciente se incorpore a los programas de rehabilitación como sí lo encontraron en RC Pleguezuelos Cobo E y col. (Pleguezuelos Cobo E et al., 2011)⁶¹.

Varios estudios mostraron que vivir en pareja o estar casado aumentó las posibilidades de participación en los programas de RC, mientras que vivir solo o estar soltero las redujo (Brual J et al., 2010)¹¹⁴ (Smith KM et al., 2006)¹²⁰ (McKee G et al., 2014)¹²⁷ (Mikkelsen T et al., 2014)¹²⁸ (Chamosa S et al., 2015)¹²⁹ (Beauchamp A et al., 2013)¹³⁰ (Nielsen KM et al., 2008)¹³¹ (Cupples ME et al., 2010)¹³² (Parashar S et al., 2012)¹³³.

Grupo conviviente

Respecto de la bibliografía revisada, Narelle SC y col. y Hayton C y col. estudiaron que vivir solo dificultaba la asistencia a la RR, cuestión que el presente estudio no pudo ser comprobada (Narelle SC et al., 2017)¹⁸ (Hayton C et al, 2013)¹¹⁹.

Young P y col. en RR hallaron que el grupo no adherente en comparación con el grupo adherente tenía más probabilidades de vivir solo y no recibir apoyo social en cuanto a su enfermedad (Young P et al., 1999)¹¹⁸. Tanto Arnold E y col. como Young P y col. identificaron sentimientos de aislamiento en los participantes previos al ingreso a los programas de RR (Arnold E et al, 2005)¹⁰⁷ (Young P et al., 1999)¹¹⁸. Sin embargo, Oates G y col. no obtuvieron diferencias significativas en relación a la adherencia alta, media y baja respecto de los pacientes que vivían solos en RR (Oates G et al, 2017)¹⁰⁹.

Nivel de estudios

El nivel educativo alto no fue un factor positivo para la adherencia al programa de rehabilitación en los resultados de la presente investigación como sí lo fueron para Galdas PM y col. y para Parashar S y col., en cuanto al nivel educativo alto para la RC (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰ (Parashar S et al., 2012)¹³³.

Ocupación

Surge de esta investigación que la mayoría (75%) de las personas asistentes al grupo no tenía actividades laborales que cumplir durante el día, lo que puede favorecer la concurrencia. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a esta variable (los que trabajaban vs los que no trabajaban), al igual que el estudio de Boim C y col. (Boim C et al, 2014)¹⁰. Sin embargo, se diferencian estos resultados de lo planteado por Sergey K y col. y Galdas PM y col. para la RC donde la ocupación incidía negativamente en la continuidad (Sergey K et al., 2017)⁵⁹ (Galdas PM et al, 2018)⁶⁰.

Borg S y col. encontraron asociación entre ser jubilado vs ocupado para la no adherencia en RC (Borg S, 2019)¹¹².

Beauchamp A y col. y Casey E y col. encontraron que los pacientes empleados tenían una mayor participación en RC en comparación con los pacientes desempleados (Beauchamp A et al., 2013)¹³⁰ (Casey E et al., 2008)¹³⁴.

Cobertura de salud

La falta de cobertura médica por obras sociales no fue una barrera que impidió que el paciente se incorpore a los programas de RC como sí lo encontraron Galdas PM y col. y Pleguezuelos Cobo E y col. para RC (Galdas PM et al, 2018)⁶⁰ (Pleguezuelos Cobo E et al., 2011)⁶¹. La presencia de cobertura social fue también un predictor de mejor adherencia a RR para Boim C y col., discrepando con los resultados por nosotros obtenidos (Boim C et al., 2014)¹⁰.

Zhang y col. estudiaron por otra parte que más de la mitad de los que no adhirieron a RC requerían un copago (Zhang L et al., 2017)¹¹⁰.

Medio de transporte utilizado

El medio de transporte utilizado para llegar al centro de rehabilitación no fue un factor predictivo positivo de la adherencia, en nuestro trabajo. Para Galdas PM y col. el acceso fácil al centro de RC, sí

lo fue (Galdas PM et al., 2018)⁶⁰. Para Hayton C y col. ir caminando al centro de RR en poca distancia fue un predictor de baja adherencia (Hayton C et al., 2013)¹¹⁹. Hansen D y col. observaron que los pacientes con dificultades de transporte tenían menor adherencia a los programas de RC (Hansen D et al., 2009)¹³⁵.

Tiempo en el llegar al hospital

Para el presente trabajo el tiempo en llegar al hospital no fue un factor predictivo de mayor continuidad en el grupo de rehabilitación. Boim C y col. hallaron que tardar menos de 60 minutos al centro de rehabilitación fue un predictor de mayor adherencia a RR, combinado con tener obra social e ingresos económicos (Boim C et al., 2014)¹⁰.

Motivo de no integración en el grupo de rehabilitación

Con respecto al motivo autorreportado de "no integración" a los grupos de RC y RR en este estudio se observaron las causas médicas como las más frecuentes (30%). Coincide con Fischer MJ y col. que investigaron que el 23% no completaron RR, de los cuales la mitad se debió a razones médicas (por ejemplo, exacerbaciones, hospitalizaciones) (Fischer MJ et al., 2009)¹³⁶. Guo SR y Bruce A estudiaron que la mayoría de las personas con EPOC necesitan ver las ventajas y beneficios de un programa RR antes de considerar comenzar y posiblemente completar un programa (Guo SE & Bruce A, 2014)¹³⁷.

Miller KK y col. identificaron varias razones para la falta de adherencia, que incluyen "hacer ejercicios diferentes a los que realiza el fisioterapeuta", como la razón más frecuente en un estudio sobre RC (Miller KK et al., 2016)¹³⁸. En la investigación de Marzolini S y col. sobre RC, los principales motivos de abandono fueron médicos (45%) y mudanzas (27%) (Marzolini S et al, 2020)¹³⁹. Hansen D y col. observaron que los pacientes desempleados dejaban los programas de RC al conseguir trabajo (Hansen D et al., 2009)¹³⁵.

H. Conclusiones:

La rehabilitación es una estrategia fundamental de la prevención terciaria con el fin de evitar mayores secuelas derivadas de las ECNT, favorecer la integración social y mejorar la calidad de vida de los pacientes, en particular para este estudio aquellos con enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Se mencionó que las ECNT producen una importante carga de enfermedad a través de muertes

prematuras y pérdida de la calidad de vida. El papel de la rehabilitación es fundamental para lograr cambiar el curso de estas enfermedades que ya se han instalado con secuelas y discapacidades. Es desafío de la prevención primaria, en cambio, brindar iniciativas a la comunidad en función de reducir los factores de riesgo que acrecientan las posibilidades de contraer estas patologías.

Este estudio se propuso investigar acerca de los factores facilitadores de la integración a los tratamientos de rehabilitación respiratoria y cardiovascular en el HF de CABA, lo que se ha alcanzado a través del cumplimiento del objetivo general de evaluar las características generales de los grupos de rehabilitación del Servicio de Kinesiología e identificar los factores personales y socioeconómicos de los pacientes. Si bien no se logró conocer cuáles de éstos facilitaron la integración a los grupos, se pudo elaborar una descripción inédita en la Argentina en cuanto a las características de los pacientes adherentes o no a este dispositivo. De lo relevado se obtuvieron resultados innovadores en una gran cantidad de variables analizadas: el 69% fue adherente al tratamiento, 61,4 años fue su edad promedio, el 62% eran varones, el 85,5% argentinos, el 70% residían en CABA, el 58% padecía enfermedades respiratorias, la mitad eran casados, pero el 65,5% vivían con otras personas, el 59,53% contaba con Secundario Completo o mayor nivel educativo, el 75% permanecían inactivos en cuanto a ocupación laboral, el 77% tenía una obra social, el 59,5% utilizaban un único medio de transporte para llegar al hospital y tardaban más de media hora en llegar el 51%. Se supo que un tercio de los que no se integraron a los grupos lo atribuyó a causas médicas.

Respecto de los objetivos analíticos se evaluaron con profundidad, pero no logro ponderar el impacto de los factores personales y socioeconómicos en la integración a los grupos de rehabilitación, posiblemente debido al tamaño muestral. Será necesario continuar estudiando el tema y aumentar el número de pacientes involucrados para así obtener diferencias significativas que permitan el análisis. A pesar de estas dificultades, se logró obtener una diferencia estadísticamente significativa en relación a la mayor derivación de mujeres al grupo por patologías respiratorias y de los hombres por cardiovasculares. Parece que se necesitan abordajes focalizados para aumentar la participación de las mujeres en la RC.

Este abordaje con patologías mixtas resultó con un buen porcentaje de adherencia. Si bien los datos no indicaron algún factor personal o socio económico de los pacientes en particular que requiera estrategias de mejora para lograr mayor adherencia, se puede sugerir que las acciones para fortalecer el dispositivo siempre son necesarias con el fin de mantener o mejorar la continuidad alcanzada. Este tratamiento es de por vida, lo que implica para la persona un compromiso con el mismo a largo plazo,

incluso cuando llega a una etapa de mantenimiento. La discontinuidad puede ser una decisión personal o bien por otros motivos que fueron abordados en este estudio. Una estrategia que es posible incorporar es la de la organización de charlas para pacientes, familiares y otros acerca de la rehabilitación y sus beneficios como forma de favorecer la mayor adherencia a las sesiones. A su vez es factible fortalecer la adherencia a RR y RC propiciando el uso de nuevas tecnologías siempre que sea posible.

Es recomendable considerar la realización de investigaciones posteriores sobre los lazos formados en los grupos y evaluaciones periódicas del trabajo grupal. Se ha observado durante las sesiones que los pacientes interactuaban entre ellos, cooperaban entre sí, prestaban atención a la presencia del otro, su estado de ánimo, su bienestar, se acordaban de datos y circunstancias vitales de quiénes ya no concurrían, había un buen clima de trabajo, acataban las consignas del coordinador y se preocupaban por los pacientes que estaban ausentes o dejaban de concurrir.

Se destaca la importancia de la coordinadora del grupo teniendo en cuenta que los pacientes reconocieron su nivel de eficiencia en la encuesta realizada.

Sería interesante proponer la aplicación de técnicas para la consolidación grupal con profesionales de salud mental del Hospital, estimulando metodologías propias de los grupos de ayuda mutua (GAM) (Hernández Moctezuma, 2017)⁷⁷ reforzando algunos de sus lineamientos lo que tal vez sea productivo para impulsar la continuidad en el grupo de rehabilitación en una articulación interdisciplinaria. Sería oportuno continuar profundizando en futuros estudios cómo se comporta este concepto en los pacientes que realizan RC y RR.

Frente a la importante adherencia de los pacientes al dispositivo grupal, daría la impresión que podría ampliarse el conocimiento de esta estrategia de rehabilitación por parte de los médicos tratantes, sobre todo los no especialistas en neumonología o cardiología, con el propósito de aumentar la indicación de este tratamiento tan beneficioso para los pacientes.

Como aporte para la continuación en el trabajo con este tipo de pacientes y a partir de este estudio se considera que es necesario profundizar en la investigación de las características psicológicas de los pacientes y la adherencia a los tratamientos de rehabilitación. También la incidencia que pueda tener el disfrute de las actividades desarrolladas y la vinculación con otros pacientes en la permanencia en los programas de rehabilitación.

Otra consideración relevante sería poder efectuar nuevas investigaciones sobre la comunicación entre los pacientes y el resto del equipo de salud que integran estos programas de rehabilitación más allá del kinesiólogo, así como fomentar también las interacciones entre el kinesiólogo y los demás profesionales tratantes de los pacientes como forma de facilitar un abordaje de salud integral e interdisciplinario e incluso intersectorial que promueva la continuidad en el tratamiento.

I. Bibliografía:

- ¹Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es
- ²Institute for Health Metrics and Evaluation (2017). *The Global Burden of Disease. Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME
- ³Giménez M et al. (2001). *Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica*. Editorial Panamericana.
- ⁴González Pérez U (2002). *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Revista Cubana Salud Pública; 28(2)
- ⁵García C et al. (2002). *Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2*. Salud en Tabasco; 8(1): 14-17
- ⁶Cacciavillani M et al. (2018). *Estrategias familiares que facilitan la participación social de los adolescentes con discapacidad*. Revista Argentina de Terapia Ocupacional. 1 (Año 4)
- ⁷Oldbridge NB (1984). *Efficacy and effectiveness: critical issues in exercise and compliance*. J Cardiac Rehabil.; 4-119.
- ⁸Haynes RB (1979). *Introduction*. En: Haynes, R B, et al editors. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1-10
- ⁹Mejiá González F (2007). *Análisis de la adherencia a los tratamientos kinésicos*. Revista del Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires, 12(1).
- ¹⁰Boim C et al. (2014). *Adherencia a un programa interdisciplinario de rehabilitación respiratoria*. Medicina (Buenos Aires); 74: 104-109
- ¹¹Tapias U (2014). *Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema*. CES Movimiento y Salud; 2 :23-30
- ¹²Draghi J & Sívori M (2015). *Manual de Rehabilitación Respiratoria*. Buenos Aires AAMR.
- ¹³Galve E et al. (2014). *Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca*. Revista Española de Cardiología; 67(3): 203–10
- ¹⁴Folkman S et al. (1986). *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms*. J Pers Soc Psychol; 50: 571-9.
- ¹⁵Lazarus R (1992). *Coping with the stress of illness*. WHO Reg Publ Eur Ser; 44: 11-31
- ¹⁶Stanton A et al. (2007). *Health psychology: Adjustment to chronic disease*. Annual Review of Psychology; 58: 565-92.
- ¹⁷Rocha Nieto L M et al. (2017). *Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial*. Revista colombiana de psicología. Bogotá. Colombia. Nº26; 1: 61-81
- ¹⁸Narelle SC et al. (2017). *Pulmonary rehabilitation referral and participation are commonly influenced by environment, knowledge, and beliefs about consequences: a systematic review using the Theoretical Domains Framework*. Journal of Physiotherapy; 303: 1-11
- ¹⁹OMS (2017). Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*
- ²⁰Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (2015). *Mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) DE 40 a 74 Años en Argentina. 1980-2015*. Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000820cnt-2017-09_boletin-actualizacion-EPOC-2015.pdf
- ²¹Ministerio de Salud de la Nación, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria y Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (2016). *EPOC.AR Estudio Argentino sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica* <http://www.aamr.org.ar/epocar/>
- ²²Echazarreta AL et al. (2018). *Prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en 6 aglomerados urbanos (CABA, Gran Buenos Aires, La Plata, Rosario, Córdoba, Mendoza) de Argentina: el estudio EPOC.AR*. Arch Bronconeumol; 54 (5): 260-269

- ²³Ganesh Raghu HR et al. (2011). *An official ATS/ERS/JRS/ALAT Statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence based guidelines for diagnosis and management*. Am J Respir Crit Care Med;183: 788-824
- ²⁴SAC/AAMR/SAR/SAP y FAC. (2017). *Guías Argentinas de Consenso en Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Pulmonar*. Revista Argentina de Cardiología. Vol. 85 (3)
- ²⁵Spruit M et al. (2013). *An official American Thoracic Society/ European Respiratory Society Statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation*. Am J Respir Crit Care Med; 188: 13-54
- ²⁶Sívori M et al. (2004). *Consenso de Rehabilitación Respiratoria*. Medicina N°64,4 Buenos Aires
- ²⁷Lacasse Y et al. (2002). *Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive lung disease*. The Cochrane database of systematic reviews; 4
- ²⁸Cambach W et al. (1999). *The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis*. Arch Phys Med Rehabil; 80: 103-11
- ²⁹Foglio K et al. (2001). *Is it really useful to repeat outpatient pulmonary rehabilitation programs in patients with in cronic airway obstruction? A 2-years controlled study*. Chest; 119: 1696-704
- ³⁰Benzo R & Ricchi L (2002). *Situación de la Rehabilitación Pulmonar en Argentina*. En Actas del XXX Congreso Argentino de Medicina Respiratoria; 2
- ³¹Sívori M & Raimondi GA (2014). *Encuesta sobre Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC*. En Actas del XXX Congreso Argentino de Medicina Respiratoria; 14
- ³²Garrod R et al. (2006). *Predictors of success and failure in pulmonary rehabilitation*. Eur Respir J; 27:788-794
- ³³Organización Mundial de la Salud (Mayo 2017). Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\) Enfermedades cardiovasculares](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) Enfermedades cardiovasculares).
- ³⁴Organización Mundial de la Salud. (Marzo 2013). *10 datos sobre las enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/index2.html
- ³⁵Organización Mundial de la Salud (2005). *Cardiovascular Disease: prevention and control*. - Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 3. Recuperado de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/prevention_control/en/
- ³⁶Grupo de trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (1995). *Rehabilitación del paciente coronario. Prevención Secundaria*. Revista Española de Cardiología; 48: 643
- ³⁷Zavala DC & Mazzei JA (1996). *Manual de Pruebas de ejercicio y rehabilitación cardíaca y pulmonar*. Buenos Aires. Fundación Falvaloro; 325
- ³⁸Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018) *Informe de Gestión*. Secretaría de Gobierno de Salud. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- ³⁹Ministerio de salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). DEIS Recuperado en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf>
- ⁴⁰Ministerio de Salud de la Nación (2017). *Anuario 2017*. <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>
- ⁴¹OMS (1964). *La rehabilitación en las Enfermedades Cardiovasculares. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Serie de informes técnicos Nro. 270
- ⁴²Cano de la Cuerda R et al. (2001). *Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual*. Sociedad Española de Cardiología.
- ⁴³Anchique C et al. (2011). *Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia (2010)*. Revista Colombiana de Cardiología. N° 18; 6: 305-315
- ⁴⁴Espinosa Caliani JS et al. (2000). *Rehabilitación cardíaca y Atención Primaria*. Editorial Médica Panamericana. Sociedad Española de Cardiología.
- ⁴⁵León AS et al. (2005). *Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease*. AHA Scientific Statement; 11: 369-376
- ⁴⁶García E et al. (2010). *Cardiología preventiva y rehabilitación*. Revista Española de Cardiología. 63 Suple 1:40-8
- ⁴⁷Wenger NK et al. (1995). *Cardiac rehabilitation*. Clinical practice guideline No.17. Rockville, MD: U.S. AHCPR Publication; 96-0672
- ⁴⁸Piepoli MF et al. (2010). *Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the cardiac rehabilitation section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. Eur J CardiovascPrevRehabil; 17:1-17
- ⁴⁹Piepoli MF et al. (2016). *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: TheSixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice*, EACPR; 37(29):2315-2381
- ⁵⁰Amsterdam EA et al.(2014). *AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*; 130(25):2354-2394
- ⁵¹Hillis LD et al. (2012). *ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*. J Thorac Cardiovasc; 143(1):4-34
- ⁵²Anderson L et al. (2016). *Journal of de American College of Cardiology*; N° 67, 1
- ⁵³De Pablo C & Maroto JM (2008). *El consentimiento informado en rehabilitación cardíaca*. Rev. Española de Cardiología; 61 Supl 1:97-108
- ⁵⁴Witt BJ et al. (2004). *Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community*. J Am CollCardiol.; 44: 988-996
- ⁵⁵Ades PA (2001). *Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease*. N Engl J Med.; 345: 892–902

- ⁵⁶Jolliffe JA et al. (2001). *Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease*. Cochrane Database Syst Rev.
- ⁵⁷Lawler PR et al. (2011). *Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Am Heart J; 162: 571–584
- ⁵⁸Rosas Estrada GM et al. (2009). *Fisioterapia y Rehabilitación cardíaca*. Colombia. Fase I: Normalmente en esta fase el paciente se encuentra en U.C.I. o unidad de cuidado coronario; su objetivo principal es la estabilización hemodinámica, evaluar la naturaleza y comportamiento de la enfermedad de base; además, se inicia el manejo por un equipo interprofesional, enfocado a la educación sobre la enfermedad, modificación de factores de riesgo y prevención de los efectos del reposo prolongado en cama. Fase II: El paciente se encuentra en sala de hospitalización, en la cual se realiza seguimiento de la patología y valoración nuevamente por equipo de Rehabilitación para determinar el riesgo respecto a su enfermedad con pruebas especiales como ecocardiografía y prueba de esfuerzo, pruebas que servirán de base para la prescripción del ejercicio y para iniciar al programa por consulta externa en el Servicio de Rehabilitación. Fase III: Se ejecuta mediante sesiones por consulta externa durante un periodo aproximado de 3 a 4 meses; el paciente asiste al programa con 3 o 4 sesiones por semana; el objetivo principal es lograr en el paciente un acondicionamiento cardiovascular y modificación de hábitos de vida mediante la aceptación y concientización de su enfermedad. Fase IV: Después de haber conseguido un adecuado incremento en el nivel de actividad de la persona, se debe mantener la motivación. Por lo tanto, el paciente inicia un período en el cual asiste al programa de entrenamiento una o dos veces por mes. El objetivo principal es estimular la continuidad en la realización del ejercicio físico y sus nuevos hábitos de vida.
- ⁵⁹Sergey K et al. (2017). *Impact of cardiac rehabilitation and exercise training programs in coronary heart disease*. Progress in Cardiovascular Diseases, N° 60; 201: 103–114
- ⁶⁰Galdas PM et al. (2018). *Gender differences in the factors predicting initial engagement at cardiac rehabilitation* BJM. Open Heart
- ⁶¹Pleguezuelos Cobo E et al. (2011). *Principios de rehabilitación cardíaca*. Editorial Panamericana. Madrid.
- ⁶²Hamm L F & León AS (1993). *Exercise training for the coronary patient*. En: Wenger NK, ed. *Rehabilitation of the Coronary Patient*. New York: Churchill Livingstone
- ⁶³Repetto L et al. (2011). *Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Rev Chil Enf Respir; 27: 144-152
- ⁶⁴Marino P et al. (2008). *Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis; 3: 713-8
- ⁶⁵Blumenthal AJ et al. (2009). *Ca-regiver-assisted coping skills training for patients with COPD: background, design, and methodological issues for the INSPIRE-II study*. Clinical Trials; 6:172-84
- ⁶⁶Halding A et al. (2010). *'Belonging'. 'Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation*. Disability and Rehabilitation; 32: 1272-80
- ⁶⁷Wilson J et al. (2007). *Education in pulmonary rehabilitation: the patient's perspective*. Arch Phys Med Rehabil; 88: 1704-9
- ⁶⁸Finnegan DL & Suler JR (1985). *Psychological factors associated with maintenance of improved health behaviors in postcoronary patients*. The Journal of Psychology; 119: 87-94
- ⁶⁹Blumenthal J et al. (1987). *Social support, Type A behavior, and coronary artery disease*. Psychosomatic Medicine; 49: 331-340
- ⁷⁰Goodwin M et al. (2001). *The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer*. New England Journal of Medicine; 345: 1719-1726
- ⁷¹Martos C et al. (2008). *Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos*. Boletín de Psicología; 93: 59-77
- ⁷²Courneya RC et al. (2000). *Social support and the theory of planned behaviour in the exercise domain*. American Journal Health Behaviour; 24: 300-308
- ⁷³Okun L et al. (2003). *Social support and social norms: Do both contribute to predicting leisure-time exercise?* American Journal of Health Behaviour, 27 (5): 493-507
- ⁷⁴Jiménez Muro M et al. (1999). *Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado*. Revista Española de Cardiología. Vol. 52 Núm.7; 52: 467-74
- ⁷⁵Elmasian M (2012). *Revisión del papel del apoyo social en la enfermedad cardíaca*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires
- ⁷⁶Park C et al. (2006). *Social support, appraisals, and coping as predictors of depression on congestive heart failure patients*. Psychology and health; 21(6): 773-789
- ⁷⁷Hernández Moctezuma I (2017). *Adherencia al tratamiento en pacientes en condición de enfermedad crónica-degenerativa: reto constante*. Boletín científico de la Escuela Superior de Actopan; 4
- ⁷⁸García C et al. (2002). *Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2*. Salud en Tabasco; 8(1):14-17
- ⁷⁹Nieto Espinoza JL (2018). *El empoderamiento ante el diagnóstico VIH positivo: el caso de un grupo de ayuda mutua en la ciudad de Quito*. FLACSO Ecuador. Tesis de Maestría. Departamento de Antropología, Historia y Humanidades
- ⁸⁰Fundación Dr. Juan A. Fernández. http://www.fundacionfernandez.org/el_hospital.html. Recuperado en 2018
- ⁸¹Jones PW et al. (1991) *The St George's Respiratory Questionnaire*. Respir Med.; 85 Suppl B: 25-31; discussion 33-7.
- ⁸²Jones PW et al. (1992) *A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire*. Am Rev Respir Dis.; 145(6):1321–7.
- ⁸³Ferrer M et al. (2016) *Validity and reliability of the St. George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example*. EurRespir J.; 9(6): 1160-6

- ⁸⁴ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. (2002) *ATS statement guidelines for the six-minute walk test*. Am J Respir Crit Care Med; 166: 111-7.
- ⁸⁵Bestall JC et al. (1999). *Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Thorax; 54: 581-586
- ⁸⁶Saadia Otero MA et al. (2000). *Rehabilitación Respiratoria en pacientes con enfisema pulmonar. Nuevos enfoques metodológicos en programas de Rehabilitación Pulmonar*. Rev Argent Med Dep; XXII(69): 124-139.
- ⁸⁷Sandesara PB et al. (2015). *Cardiac Rehabilitation and Risk Reduction Time to “Rebrand and Reinvigorate”* J Am Coll Cardiol.; 65(4): 389-95
- ⁸⁸Selzler A et al. (2012). *Pulmonary Re- Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Predictors of Program Completion and Success*. COPD; 9: 538-545
- ⁸⁹López Jiménez F et al. (2013). *Consenso de rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología*. Avances Cardiol; 33(3):149-189
- ⁹⁰Organización Mundial de la Salud (2012). *La buena salud añade vida a los años*. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012. Recuperado de: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- ⁹¹Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Institutos Nacionales de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. GobiernoUSA.gov. *Diccionario de Cáncer*. Recuperado en 2019 de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antecedentes-medicos-personales>
- ⁹²Caramelo G (Marzo 2017). *Historia Clínica. Organización Mundial de la Salud*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/historia-clinica>
- ⁹³Organización Mundial de la Salud (2013). https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- ⁹⁴American Diabetes Association (Marzo 2017). *1. Información Básica de Diabetes*. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/>
- ⁹⁵Organización Mundial de la Salud (1999). *International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension*. Hypertension 1999; 17: 151-183
- ⁹⁶Soca P (2009). *Dislipemias*. Acimed; 20(6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012
- ⁹⁷ González Naya E (Abril 2017). *Sedentarismo y actividad física: cómo impactan en la salud*. Recuperado en: <https://www.sac.org.ar/institucional/sedentarismo-y-actividad-fisica-como-impactan-en-la-salud/>
- ⁹⁸ Ángel A (Mayo 2017). *Tabaquismo: impacto y riesgos de una epidemia que afecta a la población*. Recuperado de: <https://www.sac.org.ar/institucional/tabaquismo-impacto-y-riesgos-de-una-epidemia-que-afecta-a-la-poblacion/>
- ⁹⁹Ley 26934. *Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos*. Promulgada: Mayo 2014. Boletín Oficial.
- ¹⁰⁰Organización Mundial de la Salud (Febrero 2018). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- ¹⁰¹Patrick J et al. (2011). *Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento*. Revista Española Cardiología.; 64(10): 924–933
- ¹⁰²Ley 26529. *Derechos del paciente*. Promulgada Noviembre 2009
- ¹⁰³Garay O (Marzo 2017). *Consentimiento informado*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/consentimiento-informado>
- ¹⁰⁴Johnston KN et al. (2012). *Which chronic obstructive pulmonary disease care recommendations have low implementation and why? A pilot study*. BMC Res Notes; 5: 652
- ¹⁰⁵Johnston KN et al. (2013). *Barriers to, and facilitators for, referral to pulmonary rehabilitation in COPD patients from the perspective of Australian general practitioners: a qualitative study*. Prim Care Respir J; 22: 319–324
- ¹⁰⁶Sean R et al. (2017). *The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease*. Trends in Cardiovascular Medicine; 27(6): 420-425
- ¹⁰⁷Arnold E et al. (2005). *Adherence to pulmonary rehabilitation: A qualitative study*. Respiratory Medicine; 100: 1716-1723
- ¹⁰⁸Rivas E et al. (1994). *Cardiac Rehabilitation in Cuba: a latin american experience*. Intercontinental Cardiology.; 3: 30-2
- ¹⁰⁹Oates G et al. (2017). *Social Determinants of Adherence to Pulmonary Rehabilitation for Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. COPD. 2017 December; 14(6): 610–617
- ¹¹⁰Zhang L et al. (2017). *Predictors of Cardiac Rehabilitation Initiation and Adherence in a Multiracial Urban Population* Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention 2017; 37:30-38
- ¹¹¹Gaalema D et al (2017). *Patient Characteristics Predictive of Cardiac Rehabilitation Adherence*. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention 2017; 37:103-110
- ¹¹²Borg S et al. (2019). *Factors associated with non-attendance at exercise-based cardiac rehabilitation* BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation (2019); 11:13
- ¹¹³Turk-Adawi et al. (2013). *Cardiac rehabilitation patient and organizational factors: what keeps patients in programs?*. J. Am. Heart Assoc; 2: 5
- ¹¹⁴Brual J et al. (2010). *Drive time to cardiac rehabilitation: at what point does it affect utilization?* Int. J. Health Geogr; 9: 27
- ¹¹⁵Dunlay SM et al. (2009). *Barriers to participation in cardiac rehabilitation*. Am. Heart J; 158 (5): 852-859
- ¹¹⁶MSAL (2018) *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. MSAL.
- ¹¹⁷Mc Carron EP et al. (2019). *Improving the uptake: Barriers and facilitators to pulmonary rehabilitation*. Clinical Respiratory Journal. 2019 Oct;13(10):624-629
- ¹¹⁸Young P, et al. (1999). *Respiratory Rehabilitation in Chronic obstructive pulmonary disease*. Predictors of nonadherence. Eur Respir J; 13: 855-9

- ¹¹⁹Hayton C et al. (2013). *Barriers to pulmonary rehabilitation: characteristics that predict patient attendance and adherence*. *Respir Med* 2013; 107: 401–407
- ¹²⁰Smith KM et al. (2006). *Predicting cardiac rehabilitation enrollment: the role of automatic physician referral*. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. Off. J. Eur. Soc. Cardiol. Work Groups Epidemiol. Prev. Card Rehabil. Exerc. Physiol.*; 13 (1) : 60-66
- ¹²¹Bullard T et al. (2019). *A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease and diabetes*. *Bmc Public Health*; 19: 636
- ¹²²Worcester MUC et al. (2004). *Cardiac rehabilitation programmes: predictors of non-attendance and drop-out*. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. Off. J. Eur. Soc. Cardiol. Work Groups Epidemiol. Prev. Card Rehabil. Exerc. Physiol.*; 11 (4): 328-335
- ¹²³Yoo BW & Wenger NK (2017). *Gender disparities in Cardiac Rehabilitation among other women: key opportunities to improve care*. *Ann Agric Environ Med. Sept.* 21; 24(3): 517-521
- ¹²⁴Bittner V (2018). *Cardiac rehabilitation for women*. *Adv. Exp. Med. Biol.*; 1055: 565-577
- ¹²⁵Elvira Martínez C (2009). *Diferencias entre hombres y mujeres en la incidencia de las enfermedades del corazón*. En: López Farré, A. & Macaya Miguel, C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA; 637-642
- ¹²⁶French DP et al. (2005). *Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction?* *J. Psychosom. Res.*; 59 (5): 315-322
- ¹²⁷McKee G et al. (2014). *Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: what influences patients' intentions to attend?* *Eur. J. Cardiovasc. Nurs. J. Work Group Cardiovasc. Nurs. Eur. Soc. Cardiol.*; 13 (4): 329-337
- ¹²⁸Mikkelsen T et al. (2014). *Non-attendance and drop-out in cardiac rehabilitation among patients with ischaemic heart disease*. *Dan Med. J*; 61 (10): A4919.
- ¹²⁹Chamosa S et al. (2015). *Predictors of enrollment in cardiac rehabilitation programs in Spain*. *J. Cardiopulm.Rehabil. Prev.* ; 35 (4): 255-262.
- ¹³⁰Beauchamp A et al. (2013). *Attendance at cardiac rehabilitation is associated with lower all-cause mortality after 14 years of follow-up*. *Heart Br. Card Soc.*; 99 (9): 620-625
- ¹³¹Nielsen KM et al. (2008). *Cardiac rehabilitation: health characteristics and socio-economic status among those who do not attend*. *Eur. J. Pub. Health*; 18 (5): 479-483
- ¹³²Cupples ME et al. (2010). *Cardiac rehabilitation uptake following myocardial infarction: cross-sectional study in primary care*. *Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract.*; 60 (575): 431-435
- ¹³³Parashar S et al. (2012). *Predictors of early and late enrollment in cardiac rehabilitation, among those referred, after acute myocardial infarction*. *Circulation*; 126 (13) 1587-1595.
- ¹³⁴Casey E et al. (2008). *Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation*. *J. Behav. Med.*; 31 (5): 421–431
- ¹³⁵Hansen D et al. (2009). *Training adherence in early cardiac rehabilitation: effect of session duration*. *J. Cardiopulm Rehabil. Prev.*; 29 (3) 179-182
- ¹³⁶Fischer MJ et al. (2009). *Drop-out and attendance in pulmonary rehabilitation: the role of clinical and psychosocial variables*. *Respir Med.*; 103(10):1564-71
- ¹³⁷Guo SE & Bruce A (2014). *Improving Understanding of and Adherence to Pulmonary Rehabilitation in Patients with COPD: A Qualitative Inquiry of Patient and Health Professional Perspectives*. *PLoS One* 2014; 9(10)
- ¹³⁸Miller KK et al. (2016). *Exercise after Stroke: Patient Adherence and Beliefs after Discharge from Rehabilitation*. *Top Stroke Rehabil.* Mar;24(2):142-148
- ¹³⁹ Marzolini S et al. (2020). *Eligibility, Enrollment, and Completion of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation Following Stroke Rehabilitation: What Are the Barriers?* *Phys Ther*; 100(1):44-56

ANEXO 1:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nombre de pila del paciente:

1. Fecha (mes y año) de inicio en grupo de rehabilitación:
2. Continuidad en la asistencia al grupo de rehabilitación: SI – NO
3. Fecha (mes y año) de no continuidad en el grupo de rehabilitación (si correspondiera):
4. Edad:
5. Sexo: Mujer - Varón
6. Nacionalidad: argentino - extranjero
7. Antecedentes Médicos: Clínicos – Quirúrgicos – Ningún Antecedente
8. Factores de riesgo: DBT – HTA – DLP – SED – TBQ- AHF – Consumo problemático de sustancias – Sobrepeso/Obesidad – Factores psicológicos – Postmenopausia – Ningún factor de riesgo
9. Enfermedad por la que se indica la rehabilitación: Respiratoria – Cardiovascular. Especificar.
10. Especialidad médica derivante: Neumólogo – Cardiólogo - Otros
11. Lugar de residencia: CABA – Pcia. de Bs. As.
12. Estado civil: soltero – casado – viudo -separado
13. ¿Vive con alguien?: SI – NO
14. Nivel de estudios del paciente: Secundario Completo o mayor Nivel Educativo - Secundario Incompleto o menos nivel educativo
15. Ocupación del paciente: Activos – Inactivos
16. Cobertura de salud: Solo con sistema público – Con OOSS
17. Medio de transporte utilizado: uno – más de uno
18. ¿Cuánto tarda en minutos para llegar desde su residencia hasta el Hospital?: menos de 30 min – más de 31 min
19. Motivo por el que no continuó en el grupo de rehabilitación en caso de haberlo dejado:

Preguntas para participantes de los grupos al momento del estudio (adicionales y no obligatorias):

1. ¿Considera haber realizado una buena elección al ingresar al grupo? SI – NO – NO SÉ. Se toma la interpretación subjetiva de los participantes.
2. ¿El grupo favoreció que continúe en rehabilitación? SI – NO – IGUAL. Se toma la interpretación de los participantes subjetiva respecto de su relación con otros y repercusiones en su vida cotidiana.
3. ¿El trabajo que desarrolla el equipo de salud es eficiente? Muy Eficiente – Eficiente – Poco Eficiente. Se toma la interpretación de los participantes subjetiva respecto del desempeño del equipo profesional.
4. ¿Ha pensado en no continuar en el grupo? SI – NO. Pregunta con respuesta dicotómica.

ANEXO 2:

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández

Servicio de Kinesiología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto de Investigación: Rehabilitación cardiovascular y respiratoria: Factores facilitadores de la integración a un grupo de rehabilitación en el Hospital General de Agudos Juan A. Fernández

Estimado(a) Señor/Señora:

El Servicio de Kinesiología del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández está realizando un proyecto de investigación en colaboración con la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de La Plata.

El objetivo del estudio es Evaluar las características generales de los pacientes integrantes de los grupos de rehabilitación cardiovascular y respiratoria e identificar los factores personales y socioeconómicos que facilitan la conformación y mantenimiento de dichos grupos.

El estudio se está realizando en este Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.

Procedimientos: Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente: le haremos algunas preguntas acerca de nivel de estudios, ocupación, tiempo de acceso al servicio desde su lugar de residencia, medio de transporte utilizado, si vive solo y cuestiones generales acerca de la continuidad del tratamiento que realiza.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Lo entrevistaremos en el Hospital General de Agudos Juan A. Fernández en el horario que concurre a los grupos de rehabilitación cardiovascular y respiratoria. La entrevista será grabada y le solicitamos su autorización.

Le aclaramos que la entrevista será tomada por el investigador principal Lic. Natalia Lardiés y por la Responsable de los grupos de Rehabilitación Lic. Julieta Lardiés.

Su colaboración con este estudio posibilitará al Servicio de Kinesiología implementar mecanismos de gestión para favorecer la concurrencia de pacientes a los grupos de rehabilitación cardiovascular y respiratoria.

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Hospital General de Agudos Juan A. Fernández para mejorar la calidad de vida de los pacientes con patologías cardiovasculares y respiratorias e idear políticas para favorecer la accesibilidad de los pacientes al tratamiento.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los grupos de rehabilitación cardiovascular y respiratoria del Hospital, en el Servicio de Kinesiología o en los que asista para su tratamiento.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: Lic. Natalia Lardiés al siguiente número de teléfono 39664148.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética e Investigación del Hospital Juan A. Fernández Dra. María Laura Garau al teléfono 4808-2618 O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico fernandez_cei@buenosaires.gob.ar

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.