

**EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS
VINCULADOS EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PULMONAR.**

Estudiantes:

PAOLA ANDREA SEGURA GOMEZ.

MILEIDY CORDOBA CASTILLO.

Director:

FREISER ECEOMO CRUZ MOSQUERA.

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

**TERAPIA RESPIRATORIA
SANTIAGO DE CALI, 2019**

**EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS
VINCULADAS EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN PULMONAR**

**Estudiantes:
PAOLA ANDREA SEGURA GOMEZ.
MILEIDY CORDOBA CASTILLO.**

**Tutor:
FREISER ECEOMO CRUZ MOSQUERA
Mg. EPIDEMIOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
TERAPIA RESPIRATORIA
SANTIAGO DE CALI, 2019**

Contenido

INTRODUCCION	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Pregunta Problema.	7
2. JUSTIFICACION.....	8
3. OBJETIVOS.....	10
Objetivo general.	10
Objetivos específicos.	10
4. MARCO DE REFERENCIA.....	11
4.1 Estado del arte.	11
4.2 Marco teórico.	16
4.3 Marco conceptual.	22
4.4 Marco ético	23
4.4.1 Marco ético internacional	23
4.4.2 Marco ético nacional.....	25
4.4.3 Normativa Disciplinaria.....	27
4.5 Marco contextual.	30
4.5.1 Universidad Santiago de Cali	30
5. METODOLOGIA.	32
5.1 Tipo de diseño.	32
5.3 Unida de análisis	32
5.4 Criterios de estudio.	32
5.4.1 Criterios de inclusión.	32
5.4.2 Criterios de exclusión.	32
5.5 Fases de la investigación.	33
5.6 Consideraciones éticas.	35
6. DISCUSION.....	36
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37

INTRODUCCION

Se define la Educación para la Salud como un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.

La educación en los programas de rehabilitación pulmonar (PRP), tiene un impacto importante la cual permite que los pacientes identifiquen sus errores de auto cuidado y tengan un aprendizaje más profundo de su patología.

las ERC como aquellas enfermedades o alteraciones funcionales que comprometen no solo el pulmón, sino el sistema respiratorio visto integralmente como el conjunto funcional compuesto por las vías aéreas, el parénquima pulmonar, la circulación pulmonar, la pleura, los músculos implicados en la mecánica respiratoria y los mecanismos de control de la respiración. ⁽²⁾

Dentro de este grupo, una de las enfermedades más frecuente es la EPOC, con una prevalencia estimada en adultos mayores de 40 años de 9 a 10% ⁽²⁹⁾, otra enfermedad respiratoria crónica de gran impacto es el asma, la cual es una de las condiciones crónicas más comunes en el mundo, se estima que cerca de 300 millones de personas en el mundo sufren la enfermedad ⁽³⁰⁾.

La Rehabilitación pulmonar (RP) ⁽²⁾; ha surgido como una excelente alternativa de manejo integral que complementa el tratamiento terapéutico logrando disminuir el impacto de la ERC sobre las personas que la sufren y disminuir también sus consecuencias sociales y económicas.

El presente estudio se realizo con el objetivo de describir los beneficios educativos en pacientes con patologías respiratorias vinculadas en los programas de rehabilitación pulmonar, la investigación se realizo con revisiones literarias en el que se incluyo artículos científicos actuales de diferentes bases de datos confiables, donde se dio búsqueda de artículos en los cuales se hablaran de los beneficios, las estrategias y temas relacionados que abarquen la educación en los PRP.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las enfermedades pulmonares crónicas son trastornos que por general se desarrollan lentamente y empeora con el tiempo, entre ellas se destacan la EPOC, el asma, la fibrosis quística (FQ) y las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI). La organización mundial (OMS) reportó que para el 2016 251 millones de personas padecieron EPOC. ⁽¹⁾ En Colombia el ministerio de salud estableció que es una de las enfermedades más frecuentes con una prevalencia de 9 a 10%⁽²⁾.

Por las características de la enfermedad, garantizar una adecuada calidad de vida en este grupo de pacientes en gran parte de los casos exige su vinculación a programas de rehabilitación pulmonar, los cuales han mostrado un impacto favorable en este tipo de enfermedades como lo demuestran diversos estudios. Reyson et al ⁽³⁾, definen la Rehabilitación pulmonar como un programa estructurado de ejercicios y educación que se desarrollo para pacientes con enfermedades pulmonares crónicas como la EPOC, por otro lado, Suzanne, et al ⁽⁴⁾ definieron la rehabilitación pulmonar como un programa de educación y ejercicios que ayuda a pacientes con enfermedades respiratorias a que restablezcan parcialmente su función pulmonar, reduciendo así la frecuencia de presentación de los síntomas.

Los autores Prunera et al⁽⁵⁾ en un estudio de diseño cuasi experimental en el que se incluyeron pacientes con enfermedades pulmonares crónicas a quienes les evaluaron los cambios producido tras un programa de rehabilitación pulmonar de 8 semanas , encontraron que éste mejoraba la capacidad de realizar ejercicio, la disnea y la calidad de vida. Por otra parte Blázquez et al ⁽⁶⁾, tras evaluar la efectividad de un programas de rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC de grado leve, moderado y severo, encontraron que este generaba una mejoría estadísticamente significativa y clínicamente relevante para la calidad de vida, la

fatiga, la sintomatología, la capacidad de ejercicio, el grado de disnea y el riesgo clínico.

En el contexto de los programas de rehabilitación pulmonar uno de los puntos más importantes es la educación, desde la perspectiva de algunos autores como lo son Fernández et al ⁽⁷⁾, este elemento debe ser un componente básico de los PRP dado que potencia el autocuidado contribuyendo de esta manera a reducir la sintomatología.

En las últimas décadas se ha demostrado que la educación tiene un impacto importante en los pacientes de rehabilitación pulmonar; al respecto, Mendoza et al ⁽⁸⁾ evidenciaron que la educación individualizada en los PRP permite que los pacientes identifiquen sus errores de autocuidado, los objetivos de aprendizaje de la patología, y las estrategias para alcanzarlo. De igual manera recomiendan que la educación sea un proceso dinámico, es decir, que se vayan modificando tanto los objetivos como las estrategias en la medida que el paciente vaya adquiriendo los conocimientos propuestos.

A pesar de los beneficios de la educación en los PRP reportada por algunos autores, investigadores como Horta et al ⁽⁸⁾ afirman que siguen siendo limitadas las investigaciones que han evaluado el impacto de la educación en los principales resultados de la rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC, también refieren que faltan estudios que permitan identificar con más claridad los mecanismos más efectivos para la educación en el auto cuidado y en la mantención de los logros a largo plazo.

Dada la importancia de la educación en el marco de los PRP, se plantea la presente monografía de compilación a partir de la siguiente pregunta:

1.1 Pregunta Problema.

¿Cuáles son los beneficios de la rehabilitación pulmonar reportados por la literatura en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas?

2. JUSTIFICACION.

La educación es considerada un componente central de la rehabilitación pulmonar (PRP), caracterizada por reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida y aumentar la participación física y emocional de los pacientes en las actividades cotidianas, en vez de entregar conocimientos la tendencia actual es propiciar la autoeficacia del paciente dando especial énfasis a la enseñanza de las habilidades del autocuidado.

Diversos estudios realizados en Latino América refieren que la implementación y el crecimiento de los PRP han sido lentos y aprovechados todavía por una escasa población. Duran et al ⁽⁹⁾, en su estudio refiere que el 57,14% de los programas del estudio se desarrollan con una duración entre ocho y doce semanas; además, realizan seguimiento indefinido a los pacientes que terminan este periodo los cuales muestran una prevalencia de 8,9% en mayores de cuarenta años en la ciudad de Cali.

Martínez et al ⁽⁹⁾, en su estudio refieren que el impacto de los PRP, en pacientes con patologías respiratorias genera en el individuo afectado a nivel de su capacidad funcional, reducción de síntomas, solución de deficiencias a nivel nutricional, psicosocial y alteraciones en la calidad de vida.

La educación tiene una orientación individualizada de forma que les permite a los pacientes identificar sus propios errores en el autocuidado, y poder lograr sus grandes objetivos de aprendizaje y las consecuentes estrategias para alcanzarlos. Se recomienda que la educación sea un proceso dinámico, para así se pueda obtener que el paciente vaya mejorando en sus habilidades de autocuidado. ⁽¹⁰⁾

La presente revisión trae consigo múltiples beneficios, con relación a los profesionales y centros asistenciales, reconocer la importancia de la educación en el marco de los PRP ayuda a que esta se convierta en una práctica habitual lo que

se traduce en bienestar para los pacientes y menores costos asociados a la atención de sujetos con patologías respiratorias.

Para los profesionales de la salud la información obtenida en esta revisión constituye un soporte científico para futuras investigaciones sobre un tópico tan importante como la educación en salud. Con relación a los estudiantes involucrados en la revisión, la misma contribuye al desarrollo de competencias en materia de investigación lo cual aporta a una de las grandes apuestas de la Universidad.

Por último, la Universidad Santiago de Cali se verá con grandes beneficios con esta investigación dado que revisiones como estas brinda y contribuyen a la conservación de la salud de la nuestra comunidad en general.

3. OBJETIVOS

Objetivo general.

Describir los beneficios educativos en pacientes con patologías respiratorias vinculadas en los programas de rehabilitación pulmonar.

Objetivos específicos.

- Identificar las estrategias y temas reportados por la literatura.
- Establecer los beneficios de la educación en programas de rehabilitación pulmonar en los pacientes con patologías respiratorias.

4. MARCO DE REFERENCIA.

4.1 Estado del arte.

A lo largo de la historia diversos autores a nivel mundial y en particularmente en Latinoamérica han estudiado de manera minuciosa la educación en los programas de rehabilitación en los pacientes con patologías respiratorias abordando aspectos como su efectividad, recomendaciones, estrategias entre otros.

Moreno et al ⁽⁵⁾, en su estudio “efectividad de un programa educativo de rehabilitación respiratoria en atención primaria para mejorar la calidad de vida, la sintomatología y el riesgo clínico de los pacientes EPOC” realizado con el objetivo de determinar el impacto de un programa educativo para mejorar el manejo esta patología, en un grupo de adultos mayores en los que se evaluaron la calidad de vida (cuestionario de evaluación de la EPOC), la prueba de esfuerzo (prueba de la marcha de los 6 minutos), el grado de disnea (la escala modificada de Borg) y el riesgo clínico (índice de BODE), encontraron que tras el programa educativo muestran una mejora clínicamente relevante del 53,5% para la calidad de vida, fatiga, sintomatología, capacidad de ejercicio, grado de disnea y riesgo clínico.

Por otro lado, Mendoza et al publicaron un estudio cuyo objetivo era evaluar si la educación realizada en los programas de rehabilitación respiratoria afecta el rendimiento y la calidad de vida de los pacientes con EPOC, evaluaron a los pacientes portadores de EPOC con y sin insuficiencia respiratoria crónica que estaban en un programa de rehabilitación respiratoria, ellos sugieren que existen importantes beneficios de la educación del paciente respiratorio crónico, independientemente de la rehabilitación respiratoria, incluyendo la participación activa del paciente en asociación con los profesionales de la salud para lograr la colaboración en el auto cuidado y la adherencia del paciente al mejoramiento de su salud . ⁽⁸⁾

Un comité de expertos que incluían médicos y fisioterapeutas, realizaron un estudio sobre las recomendaciones en los programas de rehabilitación en sujetos con EPOC, actualizaron evidencias disponibles en RR a partir de estudios de calidad (revisiones, meta análisis y ensayos clínicos), incorporando nuevas estrategias e intervenciones, realizaron un abordaje multidisciplinario del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que permita hacer una adecuada valoración individualizada y seleccionar las intervenciones a realizar dentro del programa de RR, concluyeron que el entrenamiento físico sigue siendo la piedra angular de la RR. No obstante, existen diferentes intervenciones que pueden implementarse dentro de los programas de RR, de acuerdo con una valoración y selección adecuada de los pacientes; resaltan que faltan estudios que permitan identificar con más claridad los mecanismos más efectivos para la educación en el auto cuidado y en la mantención de los logros a largo plazo .⁽¹⁰⁾

Marín et al, ⁽¹¹⁾ tuvieron como objetivos establecer si los programas educativos ayudan a reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida y aumentar la participación física y emocional de los pacientes en las actividades cotidianas. Evidenciaron que el Entrenamiento físico y educación como parte de la rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC demuestra beneficios tanto físicos, psicológicos como sociales de los programas de rehabilitación pulmonar, sería interesante implementar programas basados en la fisiología del ejercicio, la teoría del entrenamiento y la educación para pacientes con EPOC.

Por otra parte, en un estudio refiere Coll et al ⁽¹²⁾, que la educación debe ser un componente básico en la rehabilitación pulmonar, aunque un numero de programas no contemplan su inclusión donde realizaron un estudio el cual es conocer el estado actual de la educación para la salud en pacientes afectos de enfermedades respiratorias. Realizaron intervenciones las cuales van dirigidas a que el paciente aprenda las necesidades para cumplir con las pautas médicas e introducir comportamientos para controlar la enfermedad y el estado general.

Blázquez et al ⁽⁶⁾, refiere en su artículo donde tuvieron como objetivo determinar el impacto de un programa educativo para mejorar el manejo de la EPOC sobre la percepción de la calidad de vida, la capacidad de ejercicio, el grado de disnea y el riesgo clínico de los pacientes EPOC, hicieron un estudio de intervención no controlado para estudiar la efectividad de un programa educativo ambulatorio para pacientes con EPOC, en sujetos mayores 40 años, con diagnóstico de EPOC leve, moderado, grave o muy grave, los resultados de este estudio demuestran la efectividad del programa educativo realizado a los pacientes con EPOC de grado leve, moderado y grave, mostrando una mejoría estadísticamente significativa y clínicamente relevante para la calidad de vida, la fatiga, la sintomatología, la capacidad de ejercicio, el grado de disnea y el riesgo clínico, Además, los mismos pacientes que participaron en el programa quedaron muy satisfechos al haber acudido y así poder aumentar sus conocimientos para poder manejar mejor y más eficientemente su enfermedad crónica. En su revisión resaltan que el programa educativo de RHR ha demostrado tener un impacto positivo en aspectos clínicos relevantes que pueden permitir a los pacientes con EPOC disminuir en el futuro el número de exacerbaciones y aumentar su calidad de vida, por lo que hay que fomentar más la realización de programas educativos orientados a la población, ya que demuestran una mejora en la CVRS, la capacidad de ejercicio, el grado de disnea y el riesgo clínico.

Aguirre et al ⁽²⁴⁾, realizaron un estudio cuasi experimental prospectivo con grupo experimental y de control, donde propusieron evaluar el alcance de una intervención educativa multidisciplinaria sobre el nivel de conocimientos y autocuidado de pacientes con EPOC. Se realizó una adaptación cultural del “Programa de educación sanitaria al paciente con EPOC” El programa propuso enseñar al paciente sobre la EPOC y sus complicaciones; explicar el uso correcto de su tratamiento farmacológico; promover que el paciente conociera un plan de alimentación adecuado a su patología; incentivar el reconocimiento de la

importancia de la eliminación del hábito tabáquico y la exposición ambiental al humo; así como ayudar a que el paciente expresara sus sentimientos de ansiedad por la enfermedad crónica.

En una revisión sistemática Stoilkova et al ⁽²⁵⁾, refieren que los Programas educativos en intervenciones de gestión de la EPOC tuvieron como objetivo delinear temas educativos integrados en las intervenciones actuales de gestión de la EPOC; y para examinar las fortalezas, debilidades y métodos de entrega de los programas educativo, realizaron una búsqueda sistemática de literatura utilizando MEDLINE, PubMed, el Registro Cochrane Central de Ensayos Clínicos Controlados y Web of Science. En el cual se incluyeron 81 artículos que describen 67 intervenciones. La mayoría de los estudios incorporaron 10 o más temas educativos. Con frecuencia se abordaron los siguientes temas: dejar de fumar, medicación, ejercicio, estrategias de respiración, exacerbaciones y manejo del estrés. El material impreso y / o el folleto, las demostraciones y prácticas fueron la herramienta y el método predominante, respectivamente. Las enfermeras (75.8%), los médicos, los fisioterapeutas fueron los profesionales de la salud más involucrados; la heterogeneidad y la amplia variación en el contenido y el método de entrega de las intervenciones educativas estuvieron presentes. Se debe enfatizar la alineación entre los temas educativos incorporados en los programas existentes y los recomendados por las pautas de EPOC, la participación de varios profesionales y el uso combinado de métodos.

Capó et al ⁽²⁶⁾, en su revisión Efectividad de programas educativo terapéuticos en Fisioterapia cuyo objetivo es dar a conocer el beneficio de los programas educativo terapéuticos en fisioterapia como herramientas frente al dolor, en esta revisión se han incluido todos los artículos encontrados en las bases de PubMed, ENFISPO y PEDro que cumplieran los parámetros de búsqueda , tras esta revisión, se puede concluir que: El fisioterapeuta aporta estrategias educativo terapéuticas al usuario y a los familiares y que las pautas educativas terapéuticas del fisioterapeuta ofrecen unos buenos resultados sobre el nivel de salud y calidad de vida del usuario; en este mismo orden de ideas surgieron mas estudios metodológicamente sólidos para evaluar la rentabilidad económica de las medidas educativas terapéuticas, ofrecidas por la Fisioterapia.

MARÍN et al ⁽²⁷⁾, en su artículo resaltan el entrenamiento físico y educación como parte de la rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC tienen como objetivo reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida y aumentar la participación física y emocional de los pacientes en las actividades cotidianas, refieren que se ha

comprobado en numerosos estudios que la rehabilitación pulmonar, y principalmente el entrenamiento físico, producen una mejoría significativa de la disnea, de la capacidad para realizar ejercicio y de la calidad de vida y refieren que educación a pacientes con EPOC aparece como uno de los componentes principales de los programas de rehabilitación pulmonar, mencionando como contenidos importantes: información sobre la enfermedad, técnica de inhalación, consejo antitabaco, dieta y ejercicio; los cuales concluyeron que la educación demuestra los beneficios tanto físicos, psicológicos como sociales de los programas de rehabilitación pulmonar, y surgieron que sería interesante implementar programas basados en la fisiología del ejercicio, la teoría del entrenamiento y la educación para pacientes con EPC.

Para finalizar Cano et al ⁽¹³⁾, realizaron una investigación donde el objetivo fue describir la eficacia de los programas de educación terapéutica y el papel de la rehabilitación respiratoria en el tratamiento del paciente asmático, concluyeron que a través de la educación, se van a poder conseguir cambios en las actitudes y conductas del paciente, que habrán de llevar, sin duda, a mejorar la calidad de vida de los mismos.

4.2 Marco teórico.

En 1.983, la O.M.S. definió el término *educación para la salud* como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas *deseen* estar sanas, *sepan* cómo alcanzar la salud, *hagan* lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y *busquen* ayuda cuando la necesiten. ⁽²⁸⁾

Desde el marco de Promoción de la Salud, en el que se encuadra la Educación para la Salud como elemento clave (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986), esta sería una forma concreta de trabajo orientada hacia la adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la Salud.

La Educación para la Salud, como herramienta de la Promoción de la Salud, tendrá que ocuparse además de crear oportunidades de aprendizaje para facilitar cambios de conducta o estilos de vida saludables, para que la gente conozca y analice las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en la Salud de la comunidad. ⁽²³⁾

En 1984 ⁽²³⁾, surge la idea de crear un departamento de educación para la salud que colaboraría directamente con la División de Enseñanza cuyo propósito tendría a implementar acciones de educación a los trabajadores en el Sector Salud, así como a la población usuaria de los servicios en el Instituto

La Unidad de Educación para la Salud inicia sus actividades en el año 2014, orientándose a crear y promover información médica para nuestros pacientes. Actualmente continúa la consolidación del área como un referente en materia de promoción de salud, prevención para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades y auto cuidado para nuestros pacientes, incluso población en general; así como un espacio de comunicación a distancia, telemedicina y educación médica continua. ⁽²⁴⁾

Por otra parte, la educación para la salud tiene un enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el auto cuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo. ⁽²⁴⁾

De igual modo es una estrategia de la salud pública y la promoción de la salud que utiliza diversos métodos educativos, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, el entendimiento de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectivo. ⁽²⁴⁾

En Colombia se vienen desarrollando los programas de RP desde 1996, se ha surgido como una excelente alternativa de manejo integral que complementa el tratamiento médico logrando disminuir el impacto de la ERC sobre las personas que la sufren y disminuir también sus consecuencias sociales y económicas. ⁽²⁾

La RP no es nueva, tiene una larga historia, actualmente, existen varios programas RP en Colombia los cuales sustentan sus intervenciones a partir de guías internacionales basadas en la evidencia apoyando incluso los procesos médicos de alta complejidad. ⁽²⁾

En la actualidad se considera que la RR ha demostrado ampliamente su eficacia en las ERC, La RR juega un papel fundamental en el actual esquema terapéutico de la ERC y ha demostrado ser eficaz con un alto nivel de evidencia científica en términos de mejora de los síntomas, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) aun cuando existan alteraciones irreversibles de la arquitectura pulmonar. ⁽²⁷⁾

La estrategia de atención primaria pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. ⁽²⁷⁾

La Educación para la Salud ⁽²⁷⁾, comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud.

Permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva.

Objetivos de la EPS.

Dentro de los objetivos en la educación de salud, ⁽²³⁾ encontramos el principal objetivo el cual es agrupar y resumir la mayor evidencia en cuidados y conocimientos científicos desarrollados en el cuidado de nuestros pacientes, familias y comunidad que se puedan mejorar con la aplicación de una adecuada y realista Educación para la Salud basada en la evidencia científica, siempre a través de los mejores formatos científicos: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, síntesis de evidencia.

Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.

Motivar a la población para que consiga hábitos más saludables.

Por otra parte, ayudar a la población a adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para mantener un estilo de vida saludable.

Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludable y una conducta hacia la Salud positiva.

Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los Agentes de Educación para la Salud de la Comunidad.

Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

Educación para la salud como proceso educativo

La Educación para la salud es considerada como un fenómeno pedagógico implica la existencia de un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Enseñanzas: Las actividades de enseñanza buscan desarrollar las facultades individuales para conseguir los objetivos de la acción de capacitación.

Aprendizaje: Es un proceso que se construye en función de las experiencias personales y que cuando es significativo, produce un cambio duradero en la forma de actuar, pensar y sentir de las personas.

NIVELES DE INTERVENCIÓN EN EDUCACION PARA LA SALUD.

El desarrollo de los niveles de intervención de la Educación para la salud depende del problema de salud que se quiera abordar, de la o las personas a que va dirigida y del escenario en el cual se va a implementar-ejecutar o realizar.⁽²⁷⁾

Ante cualquier intervención que se realice e independientemente del escenario (escolar, servicios de salud, laboral, comunitario, medios de comunicación), se han de considerar los contenidos que siguen:

Informar sobre la salud y la enfermedad a las personas y a la población en general, mediante formas que les permita proteger su propia salud.

Motivar a la población al cambio de prácticas y hábitos más saludables.

Ayudar a adquirir conocimientos y la capacidad para mantener hábitos y estilos de vida saludables.

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DE LOS NIVELES DE EDUCACION EN SALUD

Los programas de educación para la salud que tienen más posibilidades de ser exitosos son aquellos que tienen intervenciones en todos los niveles y que, además, son interinstitucionales e interdisciplinarios. Los niveles de intervención más utilizados son:

Educación Masiva

Descripción: intervención en salud utilizada cuando es necesario cambiar conductas o actitudes muy arraigadas en la población.

Objetivo: Poner en práctica formas de educación dirigidas a fomentar la salud pública de una área, región o país.

Ámbito de acción: población general.

Recursos educativos: folletos, carteles, trípticos, murales, uso de medios de comunicación: prensa, radio, televisión, Internet

Educación Grupal

Descripción: intervenciones dirigidas a grupos de personas para abordar determinados problemas de salud o aspectos de su salud.

Objetivo: Informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes de un determinado grupo poblacional con relación con su salud.

Ámbito de acción: centros educativos, comunidad, centros de trabajo, servicios de salud, escenario familiar, y grupos organizados.

Actividades Educativas: desarrollo de actividades como, talleres, charlas, cursos, utilizando diversas técnicas.

Educación individual.

Descripción: intervenciones dirigidas a individuos para abordar un problema de salud determinado o aspectos de su salud.

Objetivo: Informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes en los individuos con relación a su salud.

Ámbito de acción: servicios de salud, escenario familiar.

Actividades Educativas: conversación, consejo profesional, usando técnicas educativas de apoyo como: carteles, folletos, trípticos.

La coexistencia de los tres niveles de intervención, permite que los programas educativos sean continuos y complementarios, lo que da la oportunidad que ser más exitosos.

PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS EN SALUD

Al planificar un programa educativo para la salud a cualquier nivel se ha de considerar el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual se fundamenta tanto en el conocimiento de los educadores (personal de salud) respecto de cómo se enseña y cómo aprendemos los individuos.

Para este proceso es indispensable una buena planificación y conocer algunas técnicas educativas para llevar a cabo en forma exitosa un proyecto de educación, así como la participación de todos los miembros del Equipo de Salud.

ETAPAS DE LA PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS

- + Identificación de necesidades de salud
- + b. Elaboración de objetivos generales y específicos
- + c. Definición del contenido de las actividades
- + d. Definir estrategias metodológicas
- + e. Recursos materiales y humanos
- + f. Evaluación

Condiciones que se deben considerar.

- + En el momento de planificar programas educativos en salud se deben considerar algunos elementos que pueden hacer que el programa fracase:
- + El programa educativo no se adecua a las necesidades del nivel local.
- + El personal de salud responsable de la educación para la salud no está capacitado para tal fin.
- + Se pretende motivar a la población para incorporar conductas que no han sido adoptadas o incorporadas por el Equipo de Salud. Por ejemplo, el hábito del no fumador.
- + El material que se utiliza no se adapta a la población a la cual se dirige el proyecto. Por ejemplo, material escrito utilizado frente a un grupo de analfabetos.

4.3 Marco conceptual.

Rehabilitación pulmonar: En la actualidad se define en muchas ocasiones de diversas maneras. La más reciente definición “intervención integral, basada en la evaluación exhaustiva del paciente, seguida de terapias realizadas a la medida de sus requerimientos, entrenamiento físico, educación y modificación de hábitos, diseñadas para mejorar el estado físico y psicológico de personas con patologías respiratorias promover su adherencia a una mejor calidad de vida.”⁽¹⁴⁾

Enfermedades respiratorias crónicas: Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) son enfermedades crónicas de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón.⁽¹⁵⁾

Educación: Proceso mediante el cual la comunidad en general se le suministran herramientas y conocimientos esenciales para ponerlos en práctica en la vida cotidiana.⁽¹⁶⁾

EPOC: Es una patología que limita el flujo de aire en los pulmones y se caracteriza por síntomas que incluyen dificultad para respirar, tos, producción de mucosidad (esputo) y silbido al respirar.⁽¹⁷⁾

Programas: Es un conjunto de pasos donde se estipulan unas series de programaciones que nos permite realizar una tarea específica.⁽¹⁸⁾

Auto cuidado: Se refiere a la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades.⁽¹⁹⁾

Educación para la salud: implica proceso mediante el cual individuos y grupos de personas aprenden a comportarse de una manera que favorece la promoción prevención, el mantenimiento o la restauración de la salud.⁽²⁰⁾

4.4 Marco ético

4.4.1 Marco ético internacional

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”

1. La propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos y la investigación del material humano, es dada por la declaración de Helsinki promovida por la Asociación Médica Mundial.
2. La obligación del médico, es promover y custodiar por el bienestar de los participantes de la investigación.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
4. En la investigación médica, que se hace en seres humanos, ayuda con el progreso médico para encontrar causas, que ayudará con la prevención enfermedades.
5. El propósito de la investigación médica en seres humanos es poder comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades para mejorar la prevención, diagnósticos y terapias.
6. Los investigadores adoptan las normas éticas, que promueven el respeto a los seres humanos, protegen la salud y sus derechos humanos.
7. En esta investigación se consideran las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos.

Principios Bioéticos universales

Principio de no maleficencia: Este principio dice que los profesionales de la salud que trabajan con personas no debe hacer daño físico, social o psicológico, y deben realizar buena práctica en las intervenciones, a las personas ni a sus familiares. Deben hacer las intervenciones que no afecten la integridad de las personas y evitar las que causen algún daño en su integridad. Sin embargo se debe tener en cuenta que a veces es necesario realizar una acción riesgo/beneficio, ósea que las prácticas médicas pueden dañar para obtener un beneficio.

Principio de justicia: Es el principio que muestra a los profesionales de la salud cómo se deben tratar a las personas, basándose en que todas tienen los mismo beneficios, y que no se deben discriminar por su raza, sexo, religión o cualquier razón social, al igual que el uso de los recursos debe ser equitativo a las necesidades de los pacientes.

Principio de autonomía: La autonomía es capacidad que tienen las personas para actuar según su criterio, con independencia, respetando la opinión de las demás personas. Este principio indica a los profesionales que deben respetar la opinión y las decisiones de las personas o usuarios. Pero existe una excepción, y es cuando las personas no pueden ser autónomas o que presenten situaciones donde su autonomía se encuentre disminuida, como en personas con daño cerebral, o disminución del estado de consciencia.

Principio de beneficencia: Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios , ayudar al prójimo por encima de intereses particulares, en otras palabras, actuar en función del mayor beneficio posible para el paciente.

4.4.2 Marco ético nacional.

Resolución 008430

Este proyecto se realizó bajo los parámetros establecidos en la resolución No.008430 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia (4 DE OCTUBRE DE 1993) en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según esta normatividad, esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo, según lo establecido en el artículo 11, numeral, del título 1.

Título 1

Disposiciones generales

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

Capítulo 1: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a). Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizarán ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

b). Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termo grafías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

c). Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución,

ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

El estudio es considerado como una investigación sin riesgo según esta resolución, estipulado en el artículo 11 dado que no se realizará intervenciones con los individuos ni manipulación alguna a los mismos, no se realizarán pruebas de laboratorio o ningún procedimiento que afecte la integridad física moral o psicológica de las personas.

4.4.3 Normativa Disciplinaria.

Ley 1240 de 2008 (julio 30) Por la cual se dictan disposiciones en materia de Responsabilidad Deontológica para el ejercicio profesional de la Terapia Respiratoria en Colombia.

Principios y valores éticos de la terapia respiratoria

Artículo 1°.Respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos humanos. Sin distinción de sexo, edad, credo, raza, lengua, cultural, condición socioeconómica o ideología política, el respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos humanos son los principios y valores que orientan al profesional de Terapia Respiratoria.

Artículo 2°. De los principios éticos y bioéticas. Los principios éticos de veracidad, igualdad, autonomía, beneficencia, mal menor, no maleficencia, totalidad y causa de doble efecto orientarán la responsabilidad de la Terapia Respiratoria en Colombia.

Parágrafo 1°. La veracidad es la coherencia entre lo que es, piensa, dice y hace la persona que ejerce la profesión de Terapia Respiratoria.

Se debe manifestar oportunamente la verdad a los atendidos por parte de quienes ejercen la profesión.

Parágrafo 2°. La igualdad implica reconocer a todos el mismo derecho a la atención y a la buena calidad; diferenciándose el trato individual de acuerdo a cada necesidad.

Parágrafo 3°. La autonomía es la capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y/o a los demás, deberán ser respetadas. El afectado, o en su defecto su representante legal, es quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia y oportunidad de los actos que atañen principalmente a sus intereses y derechos.

Parágrafo 4°. La beneficencia implica brindar a cada ser humano lo más conveniente, donde predomina el cuidado sobre el más débil y/o necesitado; procurando el mayor beneficio y la menor demanda de esfuerzo en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituyen motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano.

Parágrafo 5°. El mal menor consiste en elegir la alternativa que genere consecuencias menos graves de las que se deriven de no actuar; y en obrar sin dilación en relación con la opción seleccionada, evitando transgredir el derecho a la integridad del atendido.

Parágrafo 6°. La no-maleficencia consiste en que el personal de Terapia Respiratoria realice acciones que aunque no generen algún beneficio sí puedan evitar daños.

La omisión de estas acciones será sancionada cuando se desencadene o se ponga en peligro de una situación lesiva.

Parágrafo 7°. La totalidad significa que los órganos o partes de un individuo puedan ser eliminados en servicio del organismo, siempre y cuando sea necesario para la conservación de su salud. Para aplicarlo se debe tener en cuenta:

- a) Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento constituya una seria amenaza o daño a todo el organismo.
- b) Que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente.
- c) Que el porcentaje de eficacia de la mutilación según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción.
- d) Que se prevea por la experiencia y los recursos con que se cuenta.

Parágrafo 8°. La causa de doble efecto significa que es éticamente admisible realizar una acción que en sí misma sea buena o indiferente y que pueda producir un efecto bueno o uno malo.

Artículo 3°. Del cuidado del terapeuta respiratorio. El acto del cuidado del terapeuta respiratorio se fundamenta en sus principios científicos, investigativos, tecnológicos y de conocimientos actualizados en las ciencias biológicas y humanísticas.

4.5 Marco contextual.

4.5.1 Universidad Santiago de Cali

La Universidad Santiago de Cali, es una corporación de carácter civil, privada, de utilidad común, sin ánimo de lucro, fundada en el año de 1958, con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Justicia mediante la Resolución No. 2.800 del 02 de septiembre de 1959 y reconocida como Universidad por el Decreto No. 1297 de 1964 emanado del Ministerio de Educación Nacional, con domicilio en la ciudad de Santiago de Cali, Departamento del Valle del Cauca, República de Colombia.

La Universidad Santiago de Cali surgió de la iniciativa de un grupo de profesionales, conocidos como Socios Fundadores, preocupados, entre otras cosas, por las dificultades por la cual atravesaba la juventud Vallecaucana que estaba interesada en realizar estudios de derecho y que tenía como única opción la de desplazarse, forzosamente, a realizar esos estudios en universidades localizadas en otras regiones del país. El "Acta de Fundación de la Universidad Santiago de Cali" se firmó el 16 de octubre de 1958 y se protocolizó notarialmente el 23 del mismo mes. La apertura de la Universidad y la de la Facultad de Derecho se llevaron a efecto el 17 de noviembre de 1958 siendo presidente de la Corporación el Dr. Alfredo Cadena Copete, Rector de la Universidad el Dr. Demetrio García Vásquez y Decano de la Facultad de Derecho el Dr. Rafael Martínez Sarmiento. A la creación de la Facultad de Derecho le siguieron la de las Facultades de Educación y de Contaduría y Administración que iniciaron labores en febrero de 1962 y mayo de 1966, respectivamente. Del Acta de Fundación se conservan dos consideraciones fundamentales que se han aceptado como principios rectores del quehacer institucional y que han constituido una práctica de nuestra Universidad, coincidentes con el espíritu universal y pluralista expresado en los principios fundamentales de nuestra Constitución Política actual (1991).

A pesar de la claridad y loables propósitos Democráticos con que la Universidad Santiago de Cali se fundó, su estructura administrativa no estuvo acorde con las exigencias de modernidad y de cambio que caracterizó universalmente a la década del 60.

En los años 90 la Universidad logró dotarse de la infraestructura indispensable para cumplir adecuadamente sus tareas educativas, en relación con planta física y dotación de medios para la enseñanza, el incremento significativo de programas y estudiantes, los espacios e implementos para la recreación y el deporte. Sin lugar a dudas fueron logros trascendentales que permitieron fortalecer la calidad de la educación ofrecida.

Más que en ninguna otra época de la historia, hoy la Universidad Santiago de Cali, patrimonio cultural de la ciudad, necesita tener un direccionamiento claro, basado en una Misión y Visión que inspire, comprometa y sirva de guía a su comunidad en la construcción de la Universidad del siglo XXI.

Misión. Formar profesionales integrales, éticos, analíticos y críticos, que contribuyan al desarrollo sostenible y la equidad social, brindando para ello una educación superior humanista, científica e investigativa, con perspectiva internacional y criterios de pertinencia, calidad, pluralidad y responsabilidad social.

Visión. En 2024 la USC es una de las primeras universidades de docencia e investigación de Colombia, reconocida y referente por la alta calidad en sus funciones misionales, la pertinencia y relevancia de sus programas, el impacto social y el aporte al desarrollo con equidad de la región suroccidental, con un modelo educativo incluyente, centrado en valores humanistas, con perspectivas pedagógicas y curriculares de carácter global, fortalecida en sus procesos de internacionalización, con valiosas relaciones de cooperación y una administración basada en principios de buen gobierno.

5. METODOLOGIA.

5.1 Tipo de diseño.

El presente estudio constituye una monografía de compilación en la que se revisará la literatura médica referente a los beneficios educación en el marco de los programas de rehabilitación pulmonar

5.2 Área de estudio.

El estudio se realizó en el campus virtual de la biblioteca de la Universidad Santiago de Cali en el que reposan distintas bases de datos de ciencias de la salud.

5.3 Unida de análisis

La unidad de análisis serán todos los artículos científicos publicados en español, portugués e inglés durante el periodo 2000- 2019 en los que se evalúe los beneficios educación en el marco de los programas de rehabilitación pulmonar.

5.4 Criterios de estudio.

5.4.1 Criterios de inclusión.

- Artículos con cualquier tipo de diseño publicados durante los años 2000 - 2019
- Artículos cuyos idiomas de publicación sean español, portugués e inglés.

5.4.2 Criterios de exclusión.

- Artículos científicos a los que no se pueda acceder a la información en extenso.

5.5 Fases de la investigación.

Fase 1. Construcción del anteproyecto.

En primera instancia se construyó en anteproyecto teniendo como base los lineamientos establecidos por el eje de investigación del programa de Terapia Respiratoria y el comité de ética de la facultad de salud de la Universidad Santiago de Cali.

Fase 2. Búsqueda y selección de la literatura.

La búsqueda de la literatura se realizó en las bases de datos Scopus, Sciences Direct, Pubmed y EMBASE. Inicialmente se identificaron los términos Mesh y Entre para palabras claves como rehabilitación pulmonar, educación en salud, enfermedad respiratorias crónicas; dichos términos fueron combinados utilizando los operadores booleanos “OR” Y “AND”. La selección preliminar de los artículos se realizó a partir del título y abstract y posteriormente se accederá al texto en extenso.

Fase 3. Extracción de la información.

La información de cada artículo seleccionado será digitada en una matriz en Microsoft Excel a partir de la cual se extraerá la información sustancial que aporta cada investigación a los fines de la presente monografía. *Ver instrumento.*

5.6 Consideraciones éticas.

Para la presente investigación, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki, las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud establecidas mediante la resolución No 008430 y lo estipulado por la Ley 1240 de 2008 a través de la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia. Es importante puntualizar que el presente estudio no presenta riesgo alguno dado que es una revisión

6. DISCUSION

En primera instancia es importante traer a colación que la identificación de los casos de pacientes con patologías respiratorias en los PRP, para saber la importancia de la educación en estos pacientes.

La frecuencia de la EPOC es del 10% encontrado por Mendoza ⁽²⁹⁾, diversos estudios realizados en Latino América refieren que la implementación y el crecimiento de los programas de rehabilitación pulmonar han sido lentos y aprovechados todavía por una escasa población. Duran et al ⁽⁹⁾, en su estudio refiere que el 57,14% de los programas del estudio se desarrollan con una duración entre ocho y doce semanas; además, por otra lado Martínez et al ⁽⁹⁾, en su estudio refieren que el impacto de los programas de rehabilitación pulmonar en pacientes con patologías respiratorias genera en el individuo afectado a nivel de su capacidad funcional, reducción de síntomas, solución de deficiencias a nivel nutricional, psicosocial y alteraciones en la calidad de vida.

Es importante resaltar que la educación en los pacientes vinculados a los PRP, permite que los pacientes tengan conocimiento de su patología e identifiquen sus errores de auto cuidado.

Respecto a las limitaciones en el estudio con respecto a las fuentes de información no se encontraron múltiples artículos sobre estos temas y los encontrados pocos eran actualizados; pero los cuales brindan información importante relacionados con el tema tratado.

Para terminar, resulta importante mencionar que el hecho de estos artículos se ha sacado de diferentes fuentes reconocidas donde han ayudado a profundizar los temas mencionados anteriormente.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En resumen, principalmente la educación orientada al auto cuidado dentro de los programas de rehabilitación pulmonar sigue siendo en alguna parte limitados. se Incluyen principalmente la prevención y el tratamiento de las exacerbaciones agudas. No obstante, en la práctica habitual existen importantes beneficios de la educación del paciente respiratorio crónico, independientemente de la rehabilitación respiratoria, incluyendo la participación activa y con responsabilidad de parte del paciente en conjunto de los profesionales de la salud para así poder lograr la calidad de vida más funcional del paciente.

Por otro seguir en la búsqueda investigativa para así poder identificar diversos estudios que faltan permitan identificar con más claridad los mecanismos más efectivos para la educación en el auto cuidado y en la mantención de los logros a largo plazo. (8)

A manera de recomendación, es indispensable que los PRP, incluyan la participación activa del paciente con los profesionales de la salud para lograr la colaboración en el auto cuidado y conocimiento de su enfermedad y mejoramiento de su patología.

REFERENCIAS.

1. Organización mundial de la salud, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, repor 2017, disponible en [who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
2. AIRE, CON UN SEGUNDO. Convenio 519 de 2015.
3. Christopher J. Ryerson, Cindy Cayou , Pulmonary rehabilitation improves long-term outcomes in interstitial lung disease: a prospective cohort study, *neumología*, vol 108, 2014, P203-210
4. Suzanne C. Lareau RN, MS, Bonnie Fahy RN, MN. Pulmonary rehabilitation. *American Thoracic Society*, Vol 188, 2013 P5-P6
5. PRUNERA-PARDELL, María Jesús, et al. Effectiveness of a respiratory rehabilitation programme in patients with chronic obstructive pulmonary
6. BLÁNQUEZ, C. Moreno, et al. Effectiveness of an educational program for respiratory rehabilitation of chronic obstructive pulmonary disease patients in primary care in improving the quality of life, symptoms, and clinical risk. *Atencion primaria*, 2018, vol. 50, no 9, p. 539-546.
7. R.Coll-Fernández, M.T.Pascual, R.Coll, Current status of health education in the respiratory rehabilitation programs, *rehabilitacion*, vol 45, 2014, P159-165.
8. MENDOZA, LAURA; HORTA, PAULA. Educación en los programas de rehabilitación respiratoria de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 2011, vol. 27, no 2, p. 134-138.
9. PALOMINO, Diana Duran; LUNA, Esther Cecilia Wilches; SANTA, Jaime Martínez. Descripción y análisis del estado actual de los programas asistenciales de rehabilitación pulmonar en cuatro ciudades de Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 2010, vol. 8, no 1.
10. MARCO, E., et al. Recommendations of the Spanish Society of Cardiorespiratory Rehabilitation on pulmonary rehabilitation programmes in patients with chronic obstructive pulmonary disease *Rehabilitación*, 2016, vol. 50, no 4, p. 233-262.disease. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 2018, vol. 28, no 1, p. 5-12.
11. MARÍN, KATHERINE; LAUDE, REBECA; MORALES, CECILIA. Exercise training and education as part of pulmonary rehabilitation for COPD patients. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 2008, vol. 24, no 4, p. 286-290.
12. COLL-FERNÁNDEZ, R.; PASCUAL, M. T.; COLL, Rosa., 2011, vol. 45, no 2, p. 159-165.
13. CANO-DE LA CUERDA, Roberto; USEROS-OLMO, Ana Isabel; MUÑOZ-HELLÍN, Elena. Effectiveness of therapeutic education and respiratory rehabilitation programs for the patient with asthma. *Archivos*

- de Bronconeumología ((English Edition))*, 2010, vol. 46, no 11, p. 600-606.
14. MENDOZA, LAURA; HORTA, PAULA. Educación en los programas de rehabilitación respiratoria de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 2011, vol. 27, no 2, p. 134-138.
 15. RABELO PADUA, Gladys; DÍAZ PIÑERA, Waldo Jacobo. Enfermedades no transmisibles. Tendencias actuales. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 2012, vol. 13, no 2, p. 50-54.
 16. GONZÁLEZ-CHÁVEZ, Antonio, et al. Prevalencia del síndrome metabólico entre adultos mexicanos no diabéticos, usando las definiciones de la OMS, NCEP-ATPIIIa e IDF. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 2008, vol. 71, no 1, p. 11-9.
 17. CANO VALLE, Fernando. Día Mundial de la EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 2006, vol. 19, no 4, p. 247-247.
 18. BONAL RUIZ, Rolando; CASCARET SOTO, Xiomara. ¿ Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?: Acercamiento a su análisis e interpretación. *Medisan*, 2009, vol. 13, no 1, p. 0-0.
 19. TERRIS, Milton. Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública. En *Discusiones Técnicas sobre Promoción de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
 20. T. Effing, E.M. Monnikhof, P.D.L.P.M. van der Valk, J. van der Palen, C.L.A. van Herwaarden, M.R. Partidge, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, (2007)
 21. TORRES, INNA ELIDA FLÓREZ; PRIETO, AMPARO MONTALVO; LIÁN, ARLETH HERRERA. Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. *Avances en Enfermería*, 2010, vol. 28, no E, p. 52-60.
 22. MACIAS, Adriana Ivette; GORDILLO, Lucero Guadalupe; CAMACHO, Esteban Jaime. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 2012, vol. 39, no 3, p. 40-43.
 23. Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS de Colombia, Instituto Proinapsa-UIS. (2014). La ruta de la educación y comunicación para la salud. Orientaciones para su aplicación estratégica. Este material se desarrolló en el marco del Convenio 970 establecido para el desarrollo del Proyecto: Línea 5 – desarrollo de guías de educación para la salud y la movilización social para fortalecer la promoción de la salud en los actores del sistema a nivel territorial. p 17-18.
 24. AGUIRRE PRADO, M. H., et al. Intervención educativa multidisciplinaria favorece el autocuidado en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Nure investigación*, 2016, vol. 13, no 84, p. 1-9
 25. Stoilkova A 1 , Janssen DJ , Wouters EF . Programas educativos en intervenciones de gestión de la EPOC: una revisión sistemática. *Respir medi* 2013 vol 107 P. 1-5.
 26. CAPÓ-JUAN, M. A. Efectividad de programas educativo-terapéuticos en Fisioterapia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2016, vol. 23, no 3, p. 154-158.

27. MARÍN, KATHERINE; LAUDE, REBECA; MORALES, CECILIA. Entrenamiento físico y educación como parte de la rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 2008, vol. 24, no 4, p. 286-290.
28. FIGUEROA, Isabel Valadez; FARÍAS, Martha Villaseñor; ALFARO, Noé Alfaro. Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Rev. de Educación y Desarrollo*, 2004, vol. 1.
29. Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JRB, Muiño A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2005 Nov 26 [cited 2016 May 17]; 366(9500):1875–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16310554>
30. Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL study). *Chest* [Internet]. 2008 Feb [cited 2016 May 17];133(2):343–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17951621>