

Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAdAC)

Programa de Educación Terapéutica para personas con **EPOC**

*Le acompañamos en su autocuidado
paso a paso*



PROGRAMA de educación terapéutica para personas con EPOC [Recurso electrónico]: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PADAC (2025-2028) / [Dirección Trinidad Rus Molina; Coordinación técnica Susana Rodríguez Gómez, Roberto Lara Romero; Redacción Nieves Lafuente Robles...et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2026.

Texto electrónico (pdf), 43 p.

ISBN 978-84-129052-3-6

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2. Enfermedad crónica. 3. Planes y programas de salud. 4. Autocuidado. 5. Folleto informativo para paciente. 6. Andalucía. I. Lafuente Robles, Nieves. II. Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

QZ 185

Dirección

Trinidad Rus Molina. Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Coordinación técnica

Susana Rodríguez Gómez. Subdirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Roberto Lara Romero. Enfermero. Asesor Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación del programa

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Redacción

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Alejandra Adalid Ortega. Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud

Serafín Fernández Salazar. Técnico Asesor. Estrategia de Cuidados de Andalucía

Eva Martín Ruiz. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Juan Carlos Morilla Herrera. Enfermero. Director Unidad de Residencias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud

Validación final

Carmen Jódar Casanova. Médica de Familia. Distrito Sevilla. Servicio Andaluz de Salud

Jose Antonio Lis Jiménez. Enfermero. Hospital Alto Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud

Francisco de Borja López Casanova. Coordinación de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Miriam Gómez Gómez. Enfermera Especialista en Pediatría, Familiar y Comunitaria. Asesora Técnica. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Álvaro Sánchez Parra. Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Asesor Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Revisión

Carmen Pérez Romero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Diana Gosálvez Prados. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Título: Programa de educación terapéutica para personas con EPOC: Plan andaluz de atención a la cronicidad PadAC (2025-2028).

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2026

Responsable de la edición: Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones

Diseño y maquetación: Juan Antonio Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-129052-3-6

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Contenido

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
Principios metodológicos que guían el programa.....	6
A. Alfabetización en salud	6
B. Incorporación sostenible de hábitos de vida saludables	6
C. Mejora de la autoeficacia en la gestión del plan terapéutico.....	7
D. Entorno social y motivación.....	7
Objetivos del programa.....	9
Evidencias.....	9
Población destinataria.....	10
Estructura del Programa de Educación Terapéutica.....	11
A. Pacto de metas y objetivos	16
B. Contenidos del plan	16
C. Metodología y dinámica de las sesiones.....	16
Propuesta de intervenciones	24
Sesión 1: Conociendo la EPOC.....	25
Sesión 2: Tratamiento y uso correcto de inhaladores. Oxigenoterapia	28
Sesión 3: Alimentación y hábitos saludables ²⁷	30
Sesión 4: Actividad física adaptada y ejercicio terapéutico	33
Sesión 5: Bienestar emocional y sueño reparador	35
Visitas de seguimiento	38
Evaluación	46
Referencias.....	48
Anexos	51
Anexo1: Valoración a personas con EPOC	53
Anexo 2: Encuesta de satisfacción y calidad del programa	65
Anexo 3: Protocolo para derivación a sesiones grupales y coordinación.....	68
Anexo 4: Recomendaciones básicas para profesionales	73

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es actualmente la tercera causa de muerte global, situándose como una de las principales fuentes de carga sanitaria por discapacidad y mortalidad prematura¹. En España, el estudio EPI-SCAN II (2019) estima que la prevalencia de EPOC en personas mayores de 40 años es del 11,8%, con una afectación del 14,6% en hombres y del 9,4% en mujeres². Estas cifras reflejan un notable infradiagnóstico y un desafío constante para los sistemas sanitarios.

Es una afección pulmonar heterogénea que se caracteriza por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, producción de esputo y exacerbaciones) debidos a anomalías de las vías respiratorias (bronquitis, bronquiolitis) y/o de los alveolos (enfisema) que provocan una obstrucción persistente, a menudo progresiva, del flujo de aire, siendo el tabaquismo la causa principal. A esto se suman otros factores como la exposición laboral, la contaminación ambiental y factores genéticos como el déficit de alfa-1 antitripsina. Además, las exacerbaciones frecuentes y la presencia de comorbilidades incrementan la gravedad, reducen la calidad de vida y elevan el riesgo de hospitalización y mortalidad.

Frente a esta realidad, la **educación terapéutica estructurada** se consolida como una estrategia esencial y efectiva. Se trata de un proceso activo, participativo y adaptado que busca empoderar a las personas con enfermedades crónicas (y a las personas que las cuidan) para adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para **tomar decisiones informadas, mejorar la adherencia terapéutica y fomentar la corresponsabilidad en su salud**.

La evidencia científica es sólida³: los programas de educación terapéutica **mejoran el control clínico, disminuyen los ingresos hospitalarios, aumentan la autoeficacia, reducen complicaciones, elevan la calidad de vida y optimizan el uso de los recursos sanitarios**. Además, permiten avanzar hacia un modelo de atención más **personalizado, equitativo y centrado en la persona**.

Este programa autonómico de educación terapéutica para personas con EPOC, impulsado en el marco del **Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAAdAC) 2025–2028**, ha sido diseñado con una visión integradora y flexible, capaz de desarrollarse tanto en modalidad grupal como individual. Su estructura se apoya en **cuatro pilares metodológicos fundamentales** que dan coherencia y eficacia a toda la intervención:

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

1	Alfabetización en salud	● Brindar una comprensión clara, accesible y adaptada sobre la enfermedad, su evolución y su tratamiento.
2	Incorporación sostenible de hábitos de vida saludables	● Fomentar cambios realistas y duraderos en alimentación, ejercicio, descanso, bienestar emocional y abandono de hábitos nocivos.
3	Mejora de la autoeficacia	● Aumentar la capacidad de la persona para tomar decisiones, afrontar obstáculos y mantener conductas beneficiosas a largo plazo.
4	Implicación del entorno social y fomento de la motivación	● Apoyar las intervenciones en la red social de la persona y utilizar estrategias que aumenten la motivación en llevar a cabo el cambio conductual.

Este enfoque no solo promueve el autocuidado, sino que sitúa a la persona como protagonista activa de su proceso de salud, en estrecha colaboración con profesionales de los servicios sanitarios y su entorno.

Principios metodológicos que guían el programa

Este programa se sustenta en una metodología pedagógica sólida, estructurada en **cuatro pilares fundamentales** que actúan de forma sinérgica para lograr un cambio sostenible en el manejo de la enfermedad y una mejora real en la calidad de vida de las personas participantes.

A

Alfabetización en salud

La alfabetización en salud es **la capacidad de las personas para obtener, comprender, evaluar y aplicar la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud**. En el contexto de la EPOC implica conocer qué es la enfermedad, cómo evoluciona, qué tratamientos existen y qué deben hacer para prevenir las complicaciones.

Un adecuado conocimiento de estos contenidos permite que la persona comprenda mejor su diagnóstico, reduzca los miedos y mitos asociados a la enfermedad, identifique signos de alarma y participe activamente en la toma de decisiones. La evidencia muestra que niveles más altos de alfabetización en salud se asocian con un mejor manejo de la enfermedad y menor riesgo de complicaciones.

B

Incorporación sostenible de hábitos de vida saludables

Este pilar hace referencia a la adquisición de comportamientos saludables — como una alimentación equilibrada, la práctica regular de actividad física, el abandono del tabaco, el bienestar emocional y una adecuada higiene del sueño— que se integren de forma realista y mantenida en el estilo de vida de cada persona.

No se trata solo de "dar recomendaciones", sino de acompañar a cada persona para que pueda adaptar los cambios a su realidad personal y familiar, superando barreras, estableciendo metas realistas y desarrollando estrategias prácticas. El impacto de este enfoque sostenido se refleja en

mejoras metabólicas, reducción de la medicación, aumento del bienestar general y prevención de otras enfermedades crónicas.

C

Mejora de la autoeficacia en la gestión del plan terapéutico

La autoeficacia es la percepción que tiene la persona de su capacidad para afrontar situaciones, tomar el control de su salud y mantener los comportamientos necesarios para gestionar su plan terapéutico. Este concepto, basado en la teoría de Bandura⁴, es esencial en cualquier proceso de cambio de conducta.

Incrementar la autoeficacia es clave para que la persona pase de una actitud pasiva a una gestión activa de su salud. Las intervenciones del programa están orientadas a reforzar la confianza en sí mismo, reconocer logros, afrontar recaídas y empoderarse como protagonista del proceso terapéutico. La percepción de las personas de niveles elevados de autoeficacia se asocia con una mejor adherencia al tratamiento, mayor perseverancia en el mantenimiento de hábitos saludables y mejores resultados clínicos⁵.

D

Entorno social y motivación

El entorno social de la persona con EPOC (familia, personas allegadas, profesionales de la salud...) tiene un impacto directo sobre los hábitos de vida que desarrolla en su vida diaria. La **Teoría de Conducta Planificada**⁶ la define como norma subjetiva y recomienda que se incorpore en cualquier estrategia educativa como mecanismo para disminuir barreras en el autocuidado.

La motivación supone un concepto transversal en cualquier cambio conductual y se encuentra mediado por la intención. Este elemento no supone que se vaya a realizar fehacientemente la conducta objetivo, pero es una aproximación que describe la voluntad de realizar el cambio propuesto en un periodo de tiempo próximo.

PILARES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

1

ALFABETIZACIÓN EN SALUD



Conocimientos sobre autogestión de la enfermedad.

2

INCORPORACIÓN DE HáBITOS SALUDABLES



Incorporar y mantener una alimentación saludable, práctica habitual de ejercicio físico y bienestar emocional.

3

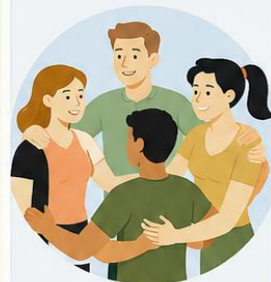
FOMENTO DE LA MOTIVACIÓN Y AUTOEFICACIA



Fomentar la motivación duradera mediante estrategias de refuerzo positivo, entrevistas motivacionales.

4

INCORPORACIÓN DEL SOPORTE SOCIAL



Fomentar la participación activa de la comunidad y los apoyos familiares para reforzar el autocuidado.



SE DEBE REALIZAR UNA VALORACIÓN PREVIA INDIVIDUALIZADA, REFORZANDO EL ENFOQUE PARTICIPATIVO Y COLABORATIVO.



Objetivos del programa

- **Mejorar el conocimiento sobre la EPOC**
- **Favorecer la autonomía en el autocuidado**
- **Reducir el número y la gravedad de las agudizaciones**
- **Optimizar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico**
- **Promover la actividad física adaptada y la alimentación saludable**
- **Involucrar a la familia y al entorno cercano como apoyo en el proceso**

Evidencias

Diversos estudios internacionales han demostrado la efectividad de los programas estructurados de educación terapéutica en personas con EPOC⁷⁻¹⁴. La mejora del autocuidado, la adherencia al tratamiento, el control de síntomas y el manejo precoz de las descompensaciones contribuyen significativamente a reducir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.

N.º	Título de la publicación	Tipo de evidencia	Conclusión principal
1	Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD 2026)	Guía de práctica clínica	Incluye la educación/automanejo como parte esencial del manejo integral
2	Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease	Revisión sistemática	Reduce hospitalizaciones y mejora la calidad de vida con programas de autogestión

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

3	Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane Review and meta-analysis	Revisión sistemática	Los telecuidados tienen resultados en la reducción de las visitas a urgencias y hospitalización
4	Reduction of hospital utilization in patients with COPD: A disease-specific self-management intervention	Ensayo clínico aleatorizado	Programa de autogestión disminuye ~39% las hospitalizaciones por EPOC
5	Chronic disease self-management program: 2-year outcomes	Estudio longitudinal	Mejora la autoeficacia y reduce uso de recursos en enfermedades crónicas
6	Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms	Revisión teórica	La autoeficacia es un mecanismo clave que mejora los resultados
7	Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in COPD: A population-based cohort	Cohorte prospectiva	La actividad física regular se asocia a menor ingreso y mortalidad en EPOC.
8	Randomized trial of an Internet-based dyspnea self-management program for COPD	Ensayo clínico aleatorizado	El automanejo vía web/telemedicina mejora síntomas y es factible como alternativa.

La implementación de programas de educación terapéutica en personas con EPOC estable, especialmente tras una hospitalización o diagnóstico reciente, debe integrarse como parte del abordaje terapéutico estructurado¹⁵⁻¹⁹. Su combinación con intervenciones educativas mejora la autoeficacia, la funcionalidad y la percepción de salud de la persona, para el éxito de estos programas. El uso de metas **SMART** (específicas, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo límite), el refuerzo positivo y el acompañamiento por parte de profesionales sanitarios se asocian con mejores resultados en salud.

Población destinataria

El programa debe ir dirigido a todas las personas diagnosticadas de EPOC, especialmente en el momento del diagnóstico y siempre que se considere necesario reiniciar la intervención o reforzar alguna de sus partes.

Siguiendo las recomendaciones de la GOLD 2026⁷, es relevante conocer y tener en consideración la clasificación de las personas con EPOC en función del grado de obstrucción al flujo aéreo (GOLD 1-4), los síntomas mediante cuestionario CAT (*COPD Assessment Test*), mMRC (Escala de disnea modificada del *British Medical Research Council*) y grupo clínico ABE, considerando el antecedente de exacerbaciones, para de esta manera, planificar y consensuar el itinerario de ruta asistencial más adecuado para

cada persona.

En cuanto a la educación sanitaria y el seguimiento, se recomienda considerar cualquier antecedente de exacerbación. Para clasificación GOLD 2026 se tendrá en cuenta al menos una exacerbación moderada o grave en el año previo. Para la toma de decisiones sobre el tratamiento farmacológico, se propone seguir las recomendaciones de GesEPOC²⁰, basadas en el riesgo clínico, el fenotipo, el recuento de eosinófilos y la presencia de rasgos tratables, con el fin de individualizar el tratamiento.

Criterios de exclusión

- **Negativa expresa a participar en el programa**
- **Déficit cognitivo severo que impida la participación activa o el aprendizaje**
- **Incapacidad física o social que imposibilite el seguimiento de las estrategias de autocuidado (salvo adaptación muy específica)**

Se deberá adaptar el formato de las intervenciones a las necesidades y circunstancias de cada persona, incorporando, cuando sea necesario, a la persona cuidadora y adecuando la modalidad de intervención mediante atención telefónica o visita domiciliaria. La exclusión del programa de educación terapéutica deberá contemplarse únicamente cuando, pese a la aplicación de los ajustes razonables disponibles, no resulte viable su participación.

Estructura del Programa de Educación Terapéutica

La eficacia de los programas de educación terapéutica no depende únicamente de los contenidos impartidos para mejorar los conocimientos, sino de cómo se estructura y personaliza el acompañamiento terapéutico. En el caso de personas con EPOC, las intervenciones que se pongan en marcha deben garantizar la continuidad del aprendizaje, la coherencia entre los distintos contenidos adaptados a sus necesidades y la incorporación progresiva de habilidades que favorecen la autogestión de la salud.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Se ha diseñado un programa con una estructura clara y flexible que permite su adaptación individual o grupal a las personas a las que va dirigido. Además, debemos acompañar y evaluar de manera consensuada los avances conseguidos e ir modulando las intervenciones cuando sea necesario.

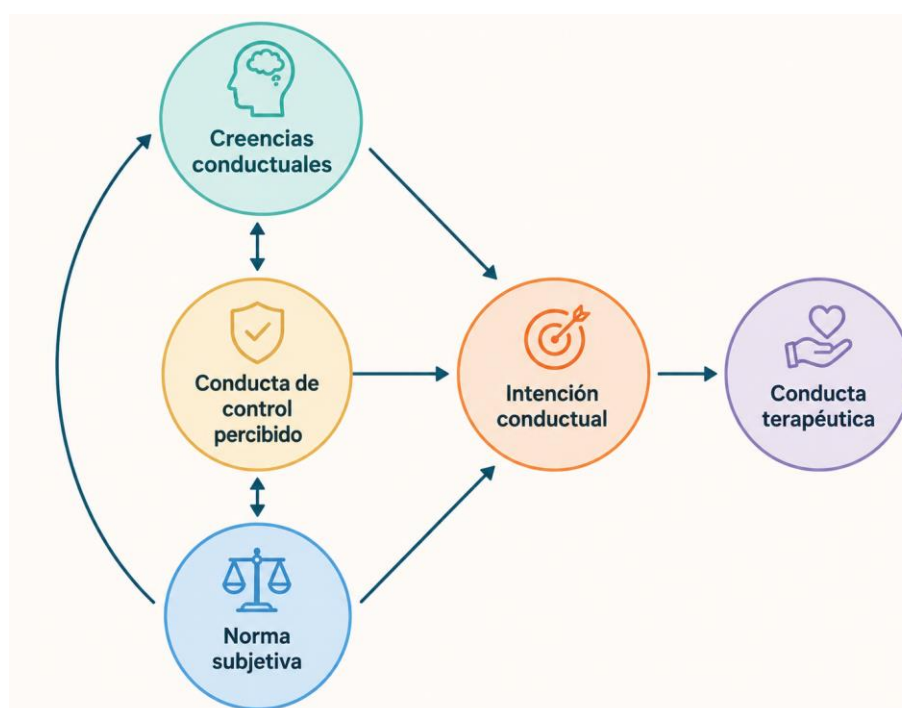
La evidencia científica ha mostrado cómo aquellos programas educativos vertebrados en modelos teóricos, mejoran los resultados en salud y ayudan a reducir la distancia entre las expectativas de las personas con EPOC y los objetivos esperados por profesionales de la salud. Este aspecto es clave para conseguir que los resultados perduren a largo plazo y se consoliden los cambios conductuales en el tiempo. Uno de los modelos más completos, utilizado ampliamente en la adquisición de habilidades de autocuidado en enfermedades crónicas, es la **Teoría de Conducta Planificada**^{6,21}. Este modelo propone que la conducta se encuentra modulada por cuatro constructos, sobre los cuales habría que trabajar para conseguir el cambio conductual:

Creencias conductuales	Tanto nuestras creencias como la evaluación (positiva o negativa) que hacemos de las mismas tienen una importante influencia en nuestros actos. Aportar conocimientos puede ayudar a modificar las creencias erróneas y consolidar las acertadas, aunque en ocasiones no es suficiente.
Conducta de control percibido	Supone una aproximación al concepto de autoeficacia. Tener confianza en la capacidad para poder ejecutar determinadas habilidades de autocuidado es un elemento clave que debe trabajarse. De igual forma, deben identificarse las barreras que median en que se pueda desarrollar la conducta esperada.
Norma subjetiva	Nuestro entorno social también tiene un impacto fundamental en el desarrollo de nuestra conducta. La familia, la existencia de una red social, el soporte de profesionales de la salud (entre otros), pueden contribuir al cambio hacia una conducta favorable o, por el contrario, a consolidar hábitos inadecuados.

Intención conductual

Tal y como recogen otros modelos teóricos, querer cambiar la conducta es esencial para que se implemente el cambio. Aunque estar motivado para realizar una conducta de cumplimiento terapéutico no supone que se haga de forma efectiva, sí que es un requisito indispensable. Se debe, por lo tanto, trabajar los elementos que activan esa motivación, sin olvidar que pueden existir mecanismos comunes y otros individuales.

La **Teoría de la Conducta Planificada** proporciona un marco claro para entender y cambiar conductas mediante la identificación y modificación de creencias subyacentes a la **actitud, a la norma social percibida y al control percibido**. Su fortaleza radica en integrar factores personales y sociales con la percepción de capacidad o autoeficacia:



No hay que olvidar que, estos constructos que median la conducta, serán aplicables a cada una de las áreas clásicas de autocuidado. Así, una persona puede tener una creencia errónea sobre el tipo de actividad física que le será beneficiosa, pero faltarle capacidades para preparar una comida apetecible y saludable, mientras que otra puede tener un entorno social poco favorecedor al cambio y faltarle a su vez motivación. Aplicar este modelo nos permitirá individualizar las intervenciones educativas adaptándolas a las necesidades, realizando una atención centrada en la persona.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Sumado a esta teoría, el uso de metas SMART (identificadas por la propia persona) permite traducir los objetivos generales del programa en acciones concretas, alcanzables y medibles, lo que incrementa la adherencia, la motivación y el sentido de logro. La estructura del programa no solo organiza los contenidos, sino que constituye una herramienta estratégica para **fortalecer la autonomía de cada paciente, establecer un vínculo terapéutico eficaz y asegurar la sostenibilidad de los cambios adquiridos.**

El programa de educación terapéutica para personas con EPOC que se ha desarrollado permite su puesta en marcha **preferentemente con metodología grupal**, pudiendo ser adaptado con intervenciones individuales según las características y las necesidades de las personas.



EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Valoración inicial individualizada

La valoración inicial,^{7,22-24,26} es un componente clave del programa educativo, ya que permite personalizar los contenidos y estrategias de intervención en función de las necesidades reales de la persona con EPOC.

La valoración inicial se desarrolla más extensamente en el Anexo 1.

- Se realizará la valoración integral exhaustiva (VIE)
- Medidas antropométricas
- Valoración de hábitos
- Estado vacunal
- Estadio GOLD
- Escala mMRC
- Índice BODEX
- Cuestionario CAT
- Tratamiento actual
- Conocimientos
- Adherencia: (DecaMIRT, TAI), motivación y capacidad de comprensión



Estadio GOLD: Clasificación utilizada por la *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*.

Escala mMRC: Escala de disnea modificada del *British Medical Research Council*.

Índice BODEX: Índice multidimensional de pronóstico con cuatro dimensiones: *Body mass index* (índice de masa corporal), Obstrucción del flujo aéreo, Disnea y Ejercicio.

Cuestionario CAT: *COPD Assessment Test*.

DecaMIRT: Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT).

TAI: Test de Adhesión a los Inhaladores.

Esta valoración completa debe registrarse en la historia digital (Diraya) y permitirá definir el plan de acción personalizado, así como establecer una línea base para la evaluación posterior del programa educativo. En este sentido es altamente recomendable, para la evaluación de la situación basal y seguimiento posterior, la cumplimentación y administración de al menos las escalas mMRC, DecaMIRT y los cuestionarios TAI (Test de Adhesión a los Inhaladores) y CAT.

Plan de acción educativo

Cada profesional consensua con la persona, o con la persona encargada de su cuidado, un plan personalizado que consta de:

A**Pacto de metas y objetivos****B****Contenidos del plan****C****Metodología y dinámica de las sesiones****A**

Pacto de metas y objetivos

El establecimiento de metas u objetivos personalizados es un elemento esencial para promover cambios sostenibles en el comportamiento de las personas con EPOC. Las metas deben ser definidas de forma consensuada con la persona y, en su caso, con la persona encargada de su cuidado, fomentando su implicación activa y su sentido de autoeficacia.

Existen metodologías que pueden facilitar el establecimiento de objetivos, como la que se plantea en el **modelo SMART**: (**S**: Específica (*Specific*); **M**: Medible (*Measurable*) **A**: Alcanzable (*Achievable*) **R**: Relevante (*Relevant*); **T**: Temporal (*Time-bound*)).

Inicio del proceso

En la fase de valoración o en los primeros encuentros educativos, se exploran los hábitos, creencias y barreras de las personas. Podemos hacer preguntas abiertas como: ¿Qué significa este cambio para ti? ¿Qué has intentado hasta ahora? ¿Qué barreras has encontrado? ¿Con qué recursos cuentas? ¿Cuánto te importa lograrlo? Valóralo del 1 al 10.

Selección compartida

Ayuda a la persona a descubrir alternativas y valorar posibilidades: ¿Qué opciones tienes disponibles? ¿Qué ventajas e inconvenientes tiene cada una? ¿Qué necesitarías para llevarlas a cabo? ¿Quién puede apoyarte? ¿Qué opción te resulta más atractiva o viable? Se consensuan metas prioritarias que la persona esté motivada a trabajar.

Redacción de la meta SMART

Se concretan las metas de forma progresiva en los términos del modelo SMART, asegurándose de que sean claras, posibles y significativas.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Registro y seguimiento

Se anotan las metas en el documento de autocuidado. Deben revisarse en cada contacto posterior.

Revisión y refuerzo

En función del logro, se adapta, se redefine o se avanza hacia nuevas metas. El cambio necesita continuidad:

- Pactar consultas de seguimiento.
- Revisar los objetivos fijados.
- Ofrecer *feedback* positivo sobre los logros, por pequeños que sean.

Sin compromiso, no hay cambio real. El acompañamiento profesional, la escucha activa y el refuerzo positivo son claves para que las metas/objetivos se conviertan en motores de cambio y mejoras en el autocuidado.

B

Contenidos del Plan

El programa educativo encaminado a mejorar la alfabetización en salud y la incorporación de hábitos a la vida diaria se adaptará a las necesidades de la persona y/o grupo, basándonos en la **Teoría de Conducta Planificada**^{6,21}, desarrollada anteriormente, que cuenta con 4 conceptos o pilares:

Consolidación-modificación de creencias

Consiste en aportar conocimientos que faciliten la comprensión básica de la EPOC, sus causas, síntomas y medidas de autocuidado, mitos frecuentes y conceptos erróneos sobre la enfermedad, importancia del autocuidado activo y conocimiento de signos de alarma y el uso correcto de la medicación. Incluye conocer pautas básicas sobre alimentación, descanso, bienestar y actividad física.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Incorporación de hábitos saludables a la rutina diaria

Consiste en aportar habilidades que aumenten la capacidad de la persona para implementar el cambio conductual mediante hábitos saludables: deshabituación tabáquica, identificación alimentos saludables, ejercicio físico multicomponente adaptado, bienestar emocional y sueño reparador. Se incorporan metas acordadas con la persona con EPOC y estrategias para modificar conductas, favorecer la adherencia y superar barreras.

Incorporación de soporte social

Consiste, de forma transversal, en la identificación del soporte social que actúa como barrera o facilitador de la conducta terapéutica deseada. Se deben incorporar al proceso a familiares y personas allegadas que actúan como facilitadores (p.ej., incorporación en las sesiones de quién cocina en casa, persona cuidadora, información sobre grupos y actividades para realizar actividad física, activos comunitarios...).

Fomento de la motivación

Consiste en trabajar la intención hacia el cambio conductual a través de la motivación. Se deben utilizar estrategias propias de la entrevista motivacional y refuerzo positivo de los logros alcanzados.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Contenidos educativos

Tema	NOC	Indicadores del NOC	NIC	Actividades sugeridas
Conociendo la EPOC	• Conocimiento: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1848) • Automanejo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3103) • Autogestión de los cuidados (1613)	• Define qué es la EPOC • Describe factores de riesgo • Reconoce pruebas y valores normales • Reconoce la importancia del autocuidado diario e identifica rutinas de autocuidados • Participación activa • Muestra interés por mejorar • Identifica conductas a cambiar y las barreras que lo impiden	• Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) • Asesoramiento: Facilitar la implicación de el/la paciente (5240)	• Explicar las causas de la EPOC, los síntomas y las diferentes fases del curso de la EPOC • Relacionar síntomas con la fisiopatología • Beneficios del control de la enfermedad • Cómo actuar • Cuando pedir ayuda
Autogestión de la enfermedad. Detección y abordaje de las complicaciones	• Automanejo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3103) • Conocimiento: régimen terapéutico (1813) • Control de síntomas (1608) • Conducta de vacunación (1900) • Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402) • Estado respiratorio: ventilación (0403)	• Reconoce signos de descompensación • Controla síntomas de agudización • Adapta el uso de inhaladores según pauta • Cumple las vacunaciones para las enfermedades crónicas recomendadas • Disnea en reposo o a mínimos esfuerzos. • Somnolencia y cianosis. • Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria	• Asesoramiento (5240) • Control de riesgos (NIC 6530/6550) • Oxigenoterapia (3320) • Ayuda a la ventilación (3390)	• Enseñar técnica correcta de automedidas • Proporcionar pauta de inhaladores de rescate • Entrenar en la identificación de signos de alarma • Control de signos y síntomas • Informar al paciente sobre las inmunizaciones protectoras y el calendario de vacunación recomendado • Vigilar el cumplimiento del calendario recomendado.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Tema	NOC	Indicadores del NOC	NIC	Actividades sugeridas
Tratamiento farmacológico y adherencia terapéutica	• Conocimiento: medicación (1808) • Automanejo: régimen terapéutico (3129) • Conducta de adherencia: Medicación prescrita (1623)	• Toma la medicación correctamente • Describe su régimen farmacológico • Identifica efectos adversos comunes	• Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)	• Efectos terapéuticos de la medicación • Efectos secundarios de la medicación • Técnica correcta de uso de inhaladores • Técnicas para mejorar la adherencia
Alimentación saludable	• Conocimiento: dieta saludable (1854) • Conducta de adherencia: dieta saludable (1621)	• Describe los principios de la dieta mediterránea • Selecciona alimentos adecuados al plan nutricional • Controla el tamaño de las porciones • Mantiene una ingesta equilibrada • Planifica menú equilibrados • Interpreta correctamente las etiquetas	• Enseñanza: dieta prescrita (5614) • Asesoramiento nutricional (5246) • Manejo del peso (1260)	• Explicar los tipos de dieta recomendados: Mediterránea • Enseñar el uso del método del plato y lectura de etiquetas • Elaborar menús adaptados a las necesidades • Identificar barreras para una dieta saludable • Fomentar estrategias de planificación de comidas bajas en sodio • Explorar creencias erróneas
Actividad física y conservación de energía	• Conocimiento: actividad prescrita (1811) • Conducta de adherencia: actividad prescrita (1632) • Participación en el ejercicio (1633)	• Mantiene actividad física regular y adaptada • Reconoce límites y señales de fatiga • Aplica técnicas de ahorro de energía	• Fomento del ejercicio (0200)	• Establecer un plan progresivo de ejercicio • Enseñar técnicas de conservación de energía • Supervisar progresos y adaptar según tolerancia

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Tema	NOC	Indicadores del NOC	NIC	Actividades sugeridas
Bienestar emocional y redes de apoyo	• Conducta de favorecimiento de la salud (1602) • Soporte social (1504) • Conducta de mejora del sueño (1642)	• Expresa emociones relacionadas con la enfermedad • Identifica estrategias de afrontamiento • Reconoce a sus apoyos emocionales	• Apoyo emocional (5270) • Aumentar los sistemas de apoyo (5440)	• Fomentar la expresión emocional • Estrategias para controlar el estrés • Facilitar el acceso a redes y grupos de apoyo

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería (*Nursing Outcomes Classification*).

NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (*Nursing Interventions Classification*).

C

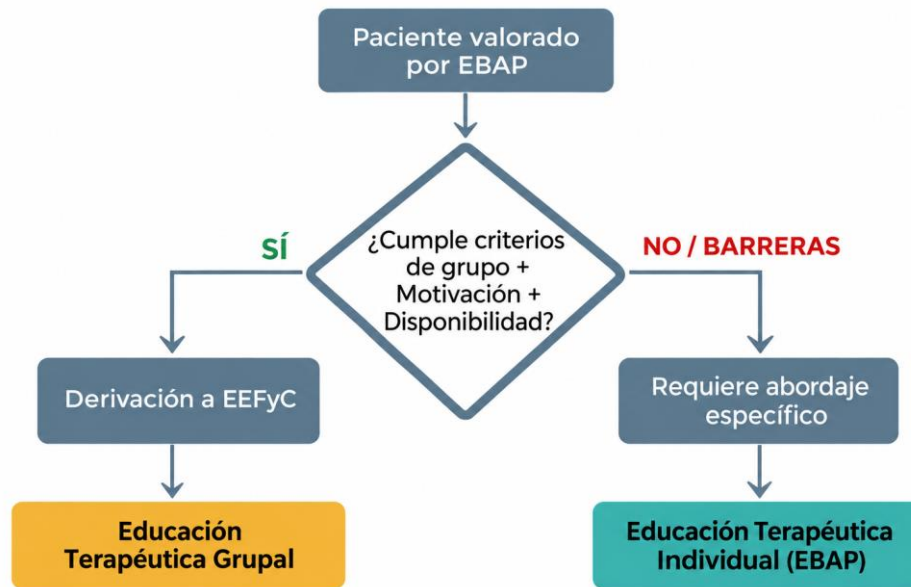
Metodología y dinámica de las sesiones

Tras un primer encuentro donde realizaremos la valoración, consensuaremos el plan de acción educativo y se ofrecerá la continuidad del resto de intervenciones de forma preferentemente grupal. Existen algunas circunstancias en las que es necesario plantear estas intervenciones con metodología individual.

Preferencias personales	Rechazo al grupo o barreras culturales/psicológicas.
Limitaciones funcionales o comorbilidades que le impidan el desplazamiento	Trastornos sensoriales, personas inmovilizadas, comorbilidades que dificulten asistir al grupo.
Necesidades individualizadas complejas	EPOC reciente que precise iniciar el programa educativo y aun no tengamos grupos previstos, pautas terapéuticas nuevas.
Barreras logísticas	Trabajo con turnos, áreas rurales o de baja densidad poblacional, donde no sea posible constituir un grupo.

La evidencia respalda que un modelo educativo adaptado al contexto y necesidades individuales tiene igual impacto clínico y mejora de la calidad de vida tanto si se realiza con metodología individual como grupal⁷⁻¹⁴. Lo importante es adaptarse a cada persona y/o grupo.

ALGORITMO PARA LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA



EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria.

EEFyC: Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Propuesta de intervenciones

Se presenta una propuesta de intervenciones educativas, preferentemente para uso con metodología grupal, pero adaptables al formato individual, que abordan los conocimientos y habilidades necesarios para incorporar hábitos saludables y adherirse a un plan terapéutico personalizado. Esta adaptación se realizará teniendo en cuenta las realidades, creencias y necesidades específicas de cada persona.

Las intervenciones pueden aplicarse de forma íntegra o parcial, ampliarse o ajustarse según la valoración inicial realizada a cada persona o grupo. Asimismo, se incluye una propuesta de contenido de las sesiones de seguimiento, orientadas a identificar y superar barreras, corregir creencias erróneas, reforzar logros y mantener la motivación hacia un cambio sostenible en los estilos de vida.

Aunque se recomienda realizar un seguimiento individualizado mediante visitas presenciales o telefónicas a los 3 y 12 meses en educación terapéutica grupal y cada cuatro meses coincidiendo con las actividades propuestas por la Vía de Atención Continuada para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja del PAdAC en educación terapéutica individual, también se puede contemplar la posibilidad de plantear visita a los 6 y 12 meses en grupo en lugar de individual, lo que puede permitir aprovechar el valor terapéutico del grupo para favorecer el cumplimiento y consolidación de los objetivos propuestos y mejorar la eficiencia.

Recomendaciones generales antes de empezar el grupo:

A	Comprobar que las personas componentes del grupo han sido remitidas según los criterios establecidos, por profesionales de referencia (medicina de familia o enfermería referentes de atención primaria) y no existen criterios de exclusión.
B	Cada grupo estará compuesto por un mínimo de 6 personas y un máximo de 12.
C	Las sesiones tendrán lugar una vez a la semana, con una duración aproximada de 1,5 horas, siendo recomendable el mismo día de la semana siempre que sea posible.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

D	El programa se desarrollará a través de 5-6 sesiones, con el siguiente esquema de trabajo sugerido y tiempos aproximados: • 15 minutos: Bienvenida y dudas/dificultades que se hayan presentado durante la semana. • 60 minutos: Desarrollo del taller con exploraciones participativas de conocimientos o creencias (lluvia de ideas, mapa mental, grupo de discusión...), breve exposición de los conceptos clave por parte de el/la profesional y talleres de habilidades y motivación. • 15 minutos: Cierre con las ideas fuerza y posibles tareas para la semana.
E	En general, las personas integrantes del grupo no repetirán el programa, salvo aquellas que pudiesen acudir a la siguiente edición para compartir su experiencia con el nuevo grupo.

Sesión 1: Conociendo la EPOC

Metodología preferentemente grupal, aunque puede adaptarse a sesión individual de al menos 30 minutos.

1. Duración: 90 minutos.

2. Objetivos de la sesión

- Comprender qué es la EPOC y cómo afecta a nuestro cuerpo.
- Identificar los factores de riesgo y síntomas.
- Poner de manifiesto la relevancia y el impacto del hábito tabáquico, vapeadores y exposición ambiental en el desarrollo de la EPOC.
- Reconocer los signos y síntomas de una exacerbación.
- Aprender a actuar de forma precoz ante una agudización.
- Determinar los criterios de gravedad, signos de alarma y circuito asistencial a seguir en cada caso.
- Determinar los criterios de gravedad, signos de alarma y circuito asistencial a seguir en cada caso.
- Aprender la técnica correcta de toma de automedidas, como la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría, la tensión arterial o el peso.
- Tomar conciencia del papel activo de la persona en el manejo de su enfermedad.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

3. Materiales necesarios

- Presentación en PowerPoint sobre el conocimiento de la EPOC.
- Cuaderno de autocuidado del programa.
- Modelo de Plan de Acción Individual.
- Pulsioxímetro.
- Pizarra o rotafolios para dinámicas.

4. Desarrollo central de la sesión

- Breve presentación de las personas participantes y del objetivo del programa.
- Dinámica de lluvia de ideas: ¿Qué sabes sobre la EPOC?
- Exposición didáctica:
 - Definición de EPOC y su progresión.
 - Diferencias entre bronquitis crónica, enfisema y asma.
 - Factores de riesgo: tabaco, vapeadores, contaminantes, exposición ambiental.
 - Deshabituación tabáquica: beneficios inmediatos y recursos de apoyo para dejar de fumar.
 - Principales síntomas: disnea, tos, esputo.
 - Parámetros a observar: uso del pulsioxímetro, disnea, esputo, tos, sueño, cansancio, actividad física.
 - Definición de exacerbación y su impacto en la evolución de la EPOC.
 - Criterios de gravedad y signos de alarma a tener en cuenta. Uso del semáforo de síntomas de agudización.
- Explicación del plan de acción individual ante exacerbaciones: cómo reconocer, qué hacer, cuándo acudir al centro de salud o urgencias, cómo continuar con el seguimiento.
- Explicación del concepto de “monitorización activa” por parte de la propia persona.
- Introducción al concepto de autogestión del plan terapéutico.

5. Cierre de la sesión

- Resumen participativo de lo aprendido.
- Invitación a preparar dudas o preguntas para la siguiente sesión.
- Planteamiento de una meta SMART individual, relacionada con el conocimiento (por ejemplo: *“Durante el próximo mes registraré mis síntomas respiratorios diariamente y consultaré si noto empeoramiento progresivo”, “Durante la próxima semana revisaré mi Plan de Acción ante exacerbaciones con mi profesional sanitario”*).
- Refuerzo verbal positivo.

6. Orientaciones para profesionales

- Invitar a la reflexión y al autoconocimiento.
- Fomentar la autonomía sin generar ansiedad.
- Fomentar la participación desde la confianza.
- Usar lenguaje claro, evitar tecnicismos innecesarios.
- Utilizar preguntas abiertas y reformular para promover la reflexión.
- Reforzar la autoeficacia, valorar lo que la persona ya sabe o hace bien como base de su autogestión.
- Fomentar la vigilancia de síntomas en casa: Cuestionario “qué síntomas siento e intensidad de la disnea”.
- Se recomienda incorporar un **plan de acción escrito e individualizado** que permita a cada persona reconocer precozmente los signos y síntomas de una agudización y establecer las medidas de actuación correspondientes, incluyendo el uso de la medicación de rescate prescrita, los criterios para contactar con los servicios sanitarios, cuándo acudir a urgencias y cuando iniciar el tratamiento con antibióticos y/o corticoides sistémicos si estaban previamente prescritos e indicados por su profesional sanitario de referencia. Se deberá realizar seguimiento clínico tras el episodio de exacerbación.
- No se recomienda la indicación generalizada de registro de automedidas domiciliarias (pulsioximetría, tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso), ya que la monitorización no justificada puede inducir hipervigilancia, estrés y ansiedad en la persona. La indicación de estas variables debe individualizarse y reservarse exclusivamente para perfiles clínicos seleccionados como en el caso de terapia con oxigenoterapia domiciliaria, inclusión en programas de telemonitorización, comorbilidades de alto riesgo, especialmente insuficiencia cardíaca, criterios de fragilidad, fenotipo exacerbador frecuente o por indicación expresa por parte del equipo sanitario responsable.
- En caso de personas que mantengan el consumo de tabaco, se deberá realizar un abordaje específico, priorizando la cesación tabáquica mediante identificación y valoración del consumo, consejo breve, intervención individualizada y, cuando proceda, tratamiento farmacológico y derivación a los recursos específicos del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA). Se realizará seguimiento de la intervención y prevención de recaídas, adaptando la intensidad de la intervención a las características y necesidades de cada persona.

Sesión 2: Tratamiento y uso correcto de inhaladores. Oxigenoterapia

Metodología preferentemente grupal, aunque puede adaptarse a sesión individual de, al menos, 30 minutos.

1. Duración: 90 minutos.

2. Objetivos de la sesión:

- Reconocer los principales tratamientos farmacológicos en la EPOC.
- Aprender a utilizar correctamente los dispositivos de inhalación.
- Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para el uso correcto y manejo de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Promover la adherencia terapéutica como pilar del autocuidado.

3. Materiales necesarios

- Presentación en PowerPoint sobre el tratamiento y uso correcto de inhaladores y oxigenoterapia.
- Inhaladores reales o simuladores: inhaladores presurizados de dosis medida (pMDI), inhaladores de polvo seco (DPI), inhaladores de niebla suave (SMI), cámaras espaciadoras.
- Folletos visuales con pasos de uso por tipo de dispositivo.
- Cuaderno de autocuidado.

4. Desarrollo central de la sesión

- Introducción breve sobre tipos de tratamiento, diferenciando entre: LABA (beta-2 agonistas de acción prolongada) / LAMA (anticolinérgicos de acción prolongada), doble broncodilatación, triple terapia, broncodilatadores de rescate.
- Explicación clara del papel de cada fármaco (control de síntomas, prevención de exacerbaciones).
- Uso de los inhaladores de rescate según plan de acción individualizado y prescrito.
- Demostración práctica con inhaladores: pasos correctos.
- Dinámica participativa: cada persona realiza la técnica con supervisión y *feedback*.
- Explicación sobre el manejo y los cuidados de la oxigenoterapia domiciliaria, incluyendo el cumplimiento de la pauta indicada (flujo y tiempo prescritos), el correcto manejo y mantenimiento del equipo, los cuidados de la piel y mucosas, las medidas de seguridad frente a incendios y fuentes de calor, la actuación ante incidencias y la importancia del seguimiento clínico y técnico.

- Discusión de barreras y facilitadores para la adherencia.

5. Cierre de la sesión

- Planteamiento de una meta SMART individual (por ejemplo: *“Practicaré mi técnica inhalatoria cada día esta semana y pediré revisión en mi próxima cita con enfermería”, “Durante las próximas 2 semanas, usaré el oxígeno todos los días según me lo han indicado y comprobaré que el equipo funciona bien”*).
- Refuerzo positivo y breve repaso visual de la técnica correcta.
- Entrega de hoja ilustrativa personalizada.
- Invitación a practicar con familiares si es posible.

6. Orientaciones para profesionales

- Verificar el tipo de inhalador que utiliza cada participante, comprobando su adecuación en función de: tipo de dispositivo, flujo inspiratorio suficiente, coordinación mano-inspiración, necesidad de cámara, destreza manual, cognición y limpieza periódica usando *Checklist*.
- Tener en consideración el papel limitado de los corticoides inhalados (ICS) ya que su indicación se realiza de forma individualizada, en función del historial y riesgo de exacerbaciones y del recuento de eosinófilos como predictor continuo de la respuesta preventiva. Asimismo, se valora individualmente el riesgo de neumonía, el fenotipo clínico y los rasgos tratables, con el objetivo de adecuar el tratamiento a las características y necesidades de cada persona.
- La oxigenoterapia es un tratamiento indicado en personas con EPOC e hipoxemia crónica grave, cuando se cumplen los criterios establecidos, y debe ser prescrita y ajustada de forma individualizada. En caso de que la persona tenga oxigenoterapia domiciliaria prescrita, se deberá verificar el tipo de dispositivo utilizado y su adecuación a la pauta establecida.
- Adaptar la explicación según el nivel de alfabetización.
- Corregir con respeto los errores, reforzando los aciertos.
- Emplear lenguaje accesible y ejemplos cotidianos.

Sesión 3: Alimentación y hábitos saludables²⁷

Metodología preferentemente grupal, aunque puede adaptarse a sesión individual de, al menos, 30 minutos.

1. Duración: 90 minutos.

2. Objetivos de la sesión

- Promover una alimentación saludable con adecuación energética a necesidades.
- Promover el consumo de comidas fraccionadas y de textura fácil, si disnea.
- Identificar una alimentación y cocina saludable.
- Orientaciones para la cesta de la compra saludable y sostenible.
- Concienciar sobre el papel de la vacunación recomendada como elemento de prevención esencial para la prevención de infecciones y complicaciones en personas con EPOC.
- Aprender hábitos saludables durante viajes y actividades de ocio en personas con EPOC.

3. Materiales necesarios

- Presentación PowerPoint de esta sesión.
- Etiquetas reales o simuladas de alimentos procesados. (preferentemente productos que cada participante traiga de su cesta de la compra habitual).
- Tabla visual de alimentos ricos en sal o grasas, y alternativas saludables.
- Cuaderno de autocuidado.
- Pizarra/rotafolios.

4. Desarrollo central de la sesión

- **Alimentación:**
 - Analizar conjuntamente con el grupo los hábitos alimentarios habituales y reconocer aquellos que pueden favorecer una alimentación equilibrada, tomando como referencia el **patrón de dieta mediterránea**.
 - Identificar áreas de mejora relacionadas con el **tamaño de las raciones, distribución de las comidas, consumo de sal, bebidas y alimentos ultraprocesados**, así como aspectos que pueden

facilitar la alimentación cuando existe disnea, como la postura o la planificación de la medicación.

- **Métodos de cocción:** recomendar **técnicas culinarias sencillas** como plancha suave, horno, al vapor o freidora de aire. Mantener una adecuada ventilación de la cocina para reducir la exposición a humos, vapores y otros irritantes respiratorios.
- Utilizar estrategias de ahorro de esfuerzo, como **verduras congeladas o previamente cortadas**, alimentos de preparación sencilla y elaboración de varias raciones para diferentes comidas.
- **Sodio y “sal oculta”:**
 - Aunque el foco en EPOC no es el edema, reducir sodio ayuda a limitar ultraprocesados y mejora la calidad de la dieta.
 - Leer etiquetas: sopas de sobre, conservas, salsas, fiambres, snacks → proponer alternativas.
- **Estrategias para comer con menos disnea:**
 - Realizar **comidas más pequeñas y frecuentes** si las comidas abundantes aumentan la sensación de falta de aire o plenitud.
 - Mantener una **postura erguida** durante las comidas y realizar pausas cuando sea necesario.
 - Utilizar **técnicas de control respiratorio**, como la respiración con labios fruncidos.
 - Si la persona tiene **prescrita medicación inhalada** de rescate o broncodilatadora antes de determinadas actividades, seguir las indicaciones establecidas en su plan de tratamiento.
 - En personas que utilizan **oxigenoterapia** durante las comidas, mantenerla conforme a la prescripción y al flujo indicado.
 - Evitar acostarse inmediatamente después de comer.
- **Texturas y energía:**
 - Cuando exista **fatiga durante la masticación o dificultad para comer**, adaptar la textura mediante preparaciones como guisos, purés, verduras bien cocinadas o carnes picadas.
 - En personas con **bajo peso, pérdida de peso involuntaria o disminución del apetito**, favorecer alimentos de elevada densidad nutricional, utilizando, por ejemplo, aceite de oliva, frutos secos y otras fuentes de energía y proteínas.
 - Los **suplementos nutricionales** deben utilizarse cuando estén **indicados y pautados por profesionales sanitarios**.
- **En caso de exceso de peso:**
 - Evitar dietas restrictivas sin supervisión profesional.
 - Reducir el consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas.
 - Favorecer una alimentación basada en verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y fuentes adecuadas de proteínas, adaptada a las necesidades individuales.

- Trabajar estrategias prácticas para facilitar una alimentación saludable y sostenible.
- **Hidratación y moco:**
 - Promover una **hidratación adecuada**, preferentemente agua, que puede contribuir a mantener unas secreciones respiratorias menos espesas, habitualmente 1,5–2 litros diarios, aunque es necesario individualizar esta recomendación en función de la edad, actividad física, situación clínica y posibles restricciones de líquidos, especialmente en personas con insuficiencia cardíaca o enfermedad renal.
 - Las infusiones pueden formar parte de una hidratación adecuada; los caldos deben preferirse bajos en sal.
- **Trabajo por parejas:**
 - Diseñar un **menú de 1 semana con 3 comidas principales y 3 cenas** (incluyendo una opción blanda/rápida).
 - Añadir idea de **bebida caliente** para el moco (infusión/caldo bajo en sal).
- **Debate grupal:**
 - **Sustituciones saludables** y trucos de **ahorro de esfuerzo** (verduras ya cortadas, congeladas...).
 - Agua/infusiones/caldos bajos en sal.
- **Vacunaciones:** Reforzar la importancia de la vacunación como medida fundamental de prevención, revisando el estado vacunal y las recomendaciones establecidas en el calendario vigente. Valorar la indicación de las vacunas frente a **gripe, neumococo, COVID-19, virus respiratorio sincitial (VRS) y herpes zóster, (VHZ) así como tétanos y difteria (Td) o tétanos, difteria y tosferina acelular (Tdpa) cuando corresponda.**
- **Ocio y Viajes:** Mantener una **vida activa y adaptar las actividades** a la capacidad de cada persona, planificando descansos cuando sea necesario. Antes de viajar, comprobar la estabilidad de la enfermedad, llevar medicación suficiente, inhalador de rescate e informe médico. Evitar situaciones de calor extremo, contaminación, humo y cambios bruscos de temperatura. En personas con oxigenoterapia o enfermedad avanzada, planificar con antelación los requerimientos de oxígeno y valorar especialmente los viajes en avión y a zonas de gran altitud.

5. Cierre de la sesión

- Resumen participativo y refuerzo positivo de lo aprendido.
- Planteamiento de una meta SMART individual, relacionada con los temas tratados en la sesión (por ejemplo: *“Durante la próxima semana, incluiré una fuente de proteína en mis comidas principales al menos 5 días por semana, con el objetivo de mantener mi fuerza y*

masa muscular”, “La próxima semana revisaré con mi enfermera qué vacunas tengo pendientes y me pondré las que me falten, siguiendo las recomendaciones”).

- Invitación a preparar dudas o preguntas para la siguiente sesión.

6. Orientaciones para profesionales

- Realizar valoración nutricional periódica, incluyendo **índice de masa corporal (IMC) y evolución del peso**, prestando especial atención a la pérdida de peso y masa muscular.
- Promover una **alimentación equilibrada y adecuada a las necesidades individuales**, junto con actividad física y ejercicio de fuerza.
- En personas con **bajo peso o desnutrición**, valorar soporte nutricional, ya que puede mejorar el peso, la fuerza muscular respiratoria y el estado de salud.
- En personas con **exceso de peso**, favorecer un control individualizado del peso mediante alimentación saludable y ejercicio, evitando la pérdida de masa muscular.
- Individualizar las recomendaciones nutricionales **según situación clínica, comorbilidades y estado nutricional**.
- **Revisar el estado vacunal** en las personas con EPOC y actualizar las vacunas indicadas según edad, factores de riesgo y calendario vigente, prestando especial atención a **gripe, neumococo, COVID-19, VRS, herpes zóster y Td/dTpa cuando proceda**.
- **Recomendar activamente la vacunación**, no limitarse a comprobar antecedentes vacunales. Aprovechar cualquier contacto asistencial para revisar y completar la vacunación.

Sesión 4: Actividad física adaptada y ejercicio terapéutico

Metodología preferentemente grupal, aunque puede adaptarse a sesión individual de, al menos, 30 minutos.

1. Duración: 90 minutos.

2. Objetivos de la sesión

- Fomentar la actividad física adaptada de forma segura.
- Incorporar técnicas de conservación de energía en el día a día, aprendiendo a adoptar posturas que faciliten respirar, control ventilatorio, coordinar el ritmo al hacer esfuerzos y usar técnicas de ahorro de energía para reducir el ahogo o disnea.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

- Aumentar la confianza para el ejercicio físico.

3. Materiales necesarios

- Presentación PowerPoint.
- Colchonetas o sillas para ejercicios suaves.
- Folleto con ejercicios sencillos (Vivifrail)²⁸.
- Cuaderno de autocuidado.
- Pizarra para plan de actividad.

4. Desarrollo central de la sesión

- Lluvia de ideas sobre tipos de movimiento físico en el día a día.
- Rueda de experiencias sobre dificultades al moverse o hacer ejercicio.
- Beneficios del ejercicio físico en la EPOC: funcionalidad, estado de ánimo, control de síntomas.
- Recomendaciones prácticas: frecuencia, intensidad y señales de alarma.
- Ejemplos de actividades seguras: caminar, bici estática, ejercicios en silla.
- Ejercicios de movilidad articular, estiramientos y respiración (según capacidad del grupo).
- Técnica del “esfuerzo fraccionado” para tareas cotidianas.
- Práctica de ejercicios de respiración profunda diafragmática, valorando individualmente su indicación, especialmente en personas con EPOC avanzada, ya que no siempre resulta adecuada o beneficiosa; ejercicios de respiración con labios fruncidos y coordinación de la respiración con el movimiento, por ejemplo, al elevar los brazos.
- Control ventilatorio, posiciones de alivio de disnea, ritmo respiratorio durante esfuerzo y técnicas de ahorro de energía.
- Explicación y práctica de técnicas de eliminación de secreciones, como la tos eficaz y la técnica de *huffing*.
- Cada persona rellena su hoja de "Mi semana activa": qué días, cuánto tiempo, qué tipo de actividad.
- Revisión por parejas y asesoramiento grupal.

5. Cierre de la sesión

- Revisión grupal del compromiso con la actividad física.
- Refuerzo de la seguridad y control en el esfuerzo
- Entrega de guía visual de ejercicios básicos en casa.
- Planteamiento de una meta SMART individual, relacionada con los temas tratados en la sesión (por ejemplo: *“Durante las próximas 4 semanas, caminaré 15 minutos, al menos 3 días por semana,*

adaptando el ritmo a mi capacidad y controlando mi respiración para mejorar poco a poco mi resistencia”, “Durante las próximas 2 semanas, practicaré ejercicios de control de la respiración 10 minutos al día, al menos 3 días por semana, para aprender a controlar mejor mi respiración y sentir menos falta de aire”).

6. Orientaciones para profesionales

- Asegurar que las propuestas se adaptan a la clase funcional de la persona con EPOC.
- Estimular el autocuidado sin generar miedo.
- Promover la repetición como vía de aprendizaje.
- Informar sobre los activos comunitarios para ejercicio y ocio que haya disponibles en la zona y que puedan utilizar según su capacidad funcional y preferencias (programa “Por un millón de pasos”, parques urbanos o áreas para caminar, actividades en centros sociales y comunitarios, etc.).
- Considerar criterios de derivación a fisioterapia/rehabilitación respiratoria y evitar técnicas innecesarias en pacientes sin secreciones.

Sesión 5: Bienestar emocional y sueño reparador

Metodología preferentemente grupal, aunque puede adaptarse a sesión individual.

1. Duración: 90 minutos.

2. Objetivos de la sesión

- Identificar emociones frecuentes en el manejo de la EPOC.
- Reconocer estrategias prácticas para mejorar el bienestar emocional y el descanso.
- Potenciar la autoeficacia y resiliencia ante dificultades.

3. Materiales necesarios

- Presentación PowerPoint sobre bienestar emocional y sueño reparador.
- Fichas de reflexión personal.
- Infografías sobre higiene del sueño y gestión emocional.
- Grabación o guía breve de respiración consciente.
- Cuaderno de autocuidado del programa.

- Mapa de redes de apoyo social.

4. Desarrollo de la sesión

Taller emocional: “Gestionar emociones, vivir mejor”

- Breve exposición interactiva:
- Emociones y dificultades comunes en personas con EPOC: ansiedad relacionada con la sensación de falta de aire y posibles episodios de pánico, depresión, culpa, frustración, aislamiento social, miedo a realizar esfuerzos, problemas de sueño y proceso de adaptación al uso de oxígeno o ventilación no invasiva (VNI).
- Cada persona elige una ficha que representa su estado emocional.
- Rueda de expresiones: compartir cómo se sienten.
- El impacto del diagnóstico y la cronicidad.
- ¿Qué papel juegan las emociones en nuestras decisiones?
- Relación entre emoción – conducta – salud.
- Técnicas de relajación.
- Actividad participativa:
 - “Mi termómetro emocional”: Rellenar una ficha con 3 emociones frecuentes y cómo las gestionan.
 - Rueda grupal: ¿Cómo me cuido emocionalmente? ¿Qué me calma?

Dinámica de autoeficacia: “Sí puedo”

- En pequeños grupos, compartir estrategias personales que les han funcionado.
- Pregunta motivadora: *“¿Qué te dirías a ti mismo/a si fueras tu mejor amigo/a?”*
- Planteamiento de una nueva meta SMART que refuerce una conducta emocional positiva o de autocuidado.

Mini taller: Dormir bien para vivir mejor

- Exposición breve y visual sobre:
 - Ciclo del sueño, trastornos frecuentes.
 - Higiene del sueño: rutina, pantallas, actividad física, cenas, estrés.
 - Relación entre descanso y control metabólico.
 - Actividad práctica: “Mi plan para dormir mejor”
- Rellenar un compromiso personal (por ejemplo: dejar móvil 30 min antes, cena ligera...).

Relajación guiada

- Ejercicio sencillo de respiración consciente o relajación progresiva.
- Evaluación del nivel de bienestar antes y después (escala del 1 al 10).

5. Cierre de la sesión

- Frase colectiva motivadora (cada persona aporta una palabra).
- Revisión de lo trabajado.
- Entrega de materiales y recordatorio de próxima sesión (mes 3).
- Invitación a escribir en el cuaderno: *“¿Qué he aprendido hoy que me ayude a seguir cuidándome?”*

6. Orientaciones para profesionales

- Fomentar el vínculo entre las personas participantes: se apoyan y se inspiran entre ellas.
- Usa lenguaje emocional positivo y validación continua.
- Observar signos de posible ansiedad o depresión que precisen derivación, abordaje individualizado o remisión a Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria (GRAFA).
- Se deben evitar técnicas de relajación que impliquen mantener, contener o forzar la respiración, especialmente si pueden aumentar la disnea, generar malestar o provocar mareo.
- Reforzar los avances: emoción, motivación, pequeños hábitos.
- Repaso y seguimiento de metas SMART.

A continuación, proponemos el contenido mínimo de las intervenciones de seguimiento, aunque se recomienda realizar un seguimiento individualizado mediante visitas presenciales o telefónicas cada cuatro meses durante los 12 meses de duración del programa, también se puede contemplar la posibilidad de plantear la visita de los 6 o 12 meses en grupo en lugar de individual, lo que nos puede permitir aprovechar el valor terapéutico del grupo para favorecer el cumplimiento y consolidación de los objetivos propuestos y mejorar la eficiencia.

Otra opción adecuada sería hacer coincidir estas visitas con las recomendadas por el PAdAC en la Vía de Atención Continuada para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja; es decir a los 4 meses en personas con patología estable.

Visitas de seguimiento

Tras finalizar las sesiones que hayan sido necesarias para la alfabetización en salud, se deben realizar contactos de acompañamiento y motivación, por parte del equipo responsable de atención primaria. En estos contactos, que podrán ser grupales/individuales, presenciales o telefónicos, debemos seguir avanzando en la **incorporación sostenible de hábitos de vida, la mejora de la autoeficacia y la Implicación del entorno social**.

La frecuencia de las visitas se adaptará a las necesidades de cada persona para asegurar el cumplimiento de sus metas y objetivos. En el caso de la educación terapéutica individual, se realizarán contactos al menos cada cuatro meses, coincidiendo con el seguimiento de la Vía de Atención Continuada del PAdAC. Para la educación terapéutica grupal, el seguimiento se hará a los tres y doce meses. En ambos casos, esta pauta se mantendrá hasta cumplir doce meses desde la finalización del programa intensivo de aprendizaje.

Objetivo general:

Consolidar los logros alcanzados en el desarrollo del programa, identificar barreras persistentes, reforzar la autoeficacia y renovar el compromiso con el autocuidado a largo plazo.

Objetivos específicos:

- Reforzar los aprendizajes clave de las sesiones educativas.
- Reforzar la autopercepción positiva de competencia y autoeficacia.
- Valorar la incorporación práctica de los hábitos saludables.
- Valorar los cambios positivos conseguidos en estilo de vida, control glucémico, factores de riesgo vascular y bienestar.
- Compartir experiencias, emociones y estrategias utilizadas para superar barreras.
- Detectar barreras o situaciones que puedan dificultar el autocuidado.
- Reforzar la confianza personal en la capacidad de mantener los hábitos saludables.
- Fortalecer el sentido de comunidad y apoyo mutuo.
- Ajustar o adaptar el plan terapéutico, si fuera necesario.
- Fomentar la continuidad del autocuidado más allá del programa.

Contenidos a tratar:

1. Revisión de las metas/objetivos

- ¿Qué cambios se han mantenido?
- ¿Qué ha resultado más fácil y qué más difícil?
- Reevaluar o reajustar las metas si fuera necesario.

2. Seguimiento de hábitos saludables

- Cuestionario CAT²⁶.
- Adherencia al tratamiento: DecaMIRT²⁹.
- Revisión de técnica inhalatoria y test de adherencia a los inhaladores (TAI)³¹.
- Revisión de Plan de Acción Individual ante exacerbaciones.
- Alimentación (Adherencia a la dieta mediterránea).
- Actividad física (nivel según Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)³⁰.
- Descanso y sueño.
- Revisión de las biomedidas pactadas.

Son de especial relevancia, para la evaluación inicial y seguimiento, las escalas mMRC y DecaMIRT así como los cuestionarios TAI y CAT.

3. Valoración del estado emocional y afrontamiento

- Validación de emociones, dudas o miedos.
- Identificación de factores de desmotivación o sobrecarga.

4. Autoeficacia y preparación para el cambio

- Evaluar la confianza en seguir adelante con los cambios.
- Identificar refuerzos internos y externos.

5. Utilizar técnicas de entrevista motivacional si fuera necesario.

Orientaciones para profesionales:

- Refuerza verbalmente los logros, aunque hayan sido pequeños. Podemos utilizar frases inspiradoras como:
“No se trata de hacerlo perfecto, sino de hacerlo tuyo.”
“Eres el protagonista de tu salud”.
“Lo que has aprendido no se borra, te acompaña”.
- Normaliza las dificultades y recaídas como parte del proceso de cambio.
- Ofrece vías de continuidad (cita telefónica, seguimiento con enfermería, recursos comunitarios...).

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

- El abandono del hábito tabáquico constituye una intervención prioritaria en las personas fumadoras con EPOC. Se recomienda incluir el consejo breve, la entrevista motivacional, la derivación a programas específicos de deshabituación tabáquica y, cuando esté indicado, el tratamiento farmacológico.
- Si detectas síntomas depresivos o ansiedad persistente, valora la derivación a grupos GRAFA.
- Valorar, si procede, derivación a Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

A los 12 meses de seguimiento se aconseja entregar un diploma o certificado simbólicos de participación en el programa.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Tabla resumen

Bloque/Sesión	Objetivos clave	Duración	Metodología
1. Conociendo la EPOC	• Qué es la EPOC; factores de riesgo; importancia de deshabituación tabáquica; reconocer los signos y síntomas de una exacerbación; autovigilancia; plan de acción ante agudización; papel activo y fijación de metas.	90 min ≥30 min	Grupal o individual
2. Tratamiento y uso correcto de inhaladores. Oxigenoterapia	• Tipos de fármacos; manejo correcto de dispositivos de inhalación y técnica inhalatoria; efectos secundarios; adherencia; cuidados de oxigenoterapia; rutina terapéutica.	90 min ≥30 min	Grupal o individual
3. Alimentación y hábitos saludables	• Planificar alimentación; adherencia dieta mediterránea; adecuación de alimentación a necesidades: manejo energía, disnea, fatiga, necesidades nutricionales; vacunación recomendada como elemento de prevención; ocio y viajes.	90 min ≥30 min	Grupal o individual
4. Actividad física adaptada y ejercicio terapéutico	• Evitar sedentarismo; tipos de ejercicio; plan adaptado; conservación de la energía; técnicas de control y ejercicio respiratorio; práctica supervisada.	90 min≥30 min	Grupal o individual

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Bloque/Sesión	Objetivos clave	Duración	Metodología
5. Bienestar emocional y sueño reparador	Gestión emocional; relajación; calidad del sueño; motivación; autoeficacia.	90 min ≥30 min	Grupal o individual
Visitas de seguimiento (cada 4 meses)	- Evaluar objetivos/metas. - Revisión individual de hábitos; control clínico; autovigilancia; revisión de adherencia terapéutica y técnica inhalatoria; revisión de plan de acción individual; motivación para sostenibilidad de los cambios. - Evaluar el apoyo familiar/social.	20-30 min	Individual
Cierre del programa (12 meses)	Evaluación final; celebración de logros; entrega de diploma y motivación para continuidad de seguimiento.	20-30 min	Individual

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Puntos clave del diseño del programa:

- **Personalización:** Todas las sesiones pueden adaptarse a formato individual/grupal.
- **Evaluaciones recomendadas:**
 - Escala de disnea modificada del MRC (mMRC)²², Índice BODEX²⁴, Escala RADAR²⁵, lista de verificación uso y selección de dispositivo de inhalación.
 - Cuestionario CAT²⁶.
 - Seguimiento de adherencia: DecaMIRT²⁹ / IPAQ³⁰ / TAI³¹ / Dieta Mediterránea.
- **Seguimiento estructurado:** Cada 4 meses hasta los 12 meses de cierre del programa en educación terapéutica individual y a los 3 y 12 meses en el caso de educación terapéutica grupal, con posibilidad de apoyo presencial/telefónico adicional.
- **Materiales comunes:** Cuaderno de autocuidados.

Bloques de contenido del programa de Educación Terapéutica en EPOC

Conociendo la EPOC



- Qué es la EPOC
- Identificación de factores de riesgo
- Tabaquismo
- Criterios de control
- Plan de acción ante exacerbaciones

Alimentación y hábitos saludables



- Planificar alimentación
- Dieta mediterránea
- Vacunación
- Ocio y viajes

Actividad física adaptada y ejercicio terapéutico



- Identificar ejercicios adaptados
- Practicar ejercicio físico según recomendaciones
- Conocer técnicas de conservación de la energía
- Control ventilatorio

Tratamiento y uso correcto de inhaladores. Oxigenoterapia



- Tipos de fármacos
- Efectos secundarios.
- Mejorar la adherencia
- Rutina terapéutica

Bienestar emocional y sueño reparador



- Gestión emocional, relajación
- Calidad del sueño
- Motivación
- Autoeficacia

El número de sesiones y la metodología se adaptarán a cada persona.



Contactos para seguimiento

Cada 4 meses en educación individual
A los 3 y 12 meses en educación grupal



Presencial o telefónico



Cierre del programa los 12 meses



Evaluación de barreras en autocuidado.



Seguimiento de adherencia: TAI / DECA-MIRT / IPAQ / Dieta Mediterránea

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

DecaMIRT: Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT).

IPAQ: Cuestionario Internacional de Actividad Física.

TAI: Test de Adhesión a los Inhaladores.

Programa de Educación Terapéutica para personas con EPOC

Recomendaciones de seguimiento:

Seguimiento según el perfil de la persona con EPOC, deberá adaptarse el seguimiento a la Vía de Atención Continuada para personas con enfermedades crónicas.

Personas con EPOC estable

- Seguimiento periódico cada 4 meses: Evaluar situación clínica y metas y objetivos.
- Uso de Escala RADAR.
- Especial atención si son frágiles, mayores, dependientes o con cronicidad compleja.
- Ajustar y renovar tratamiento si procede.
- Revisar el cuaderno de autoseguimiento y Plan de Acción.
- Analítica y espirometría según vía clínica.

Personas con EPOC tras alta hospitalaria reciente en telecuidados/ telemonitorización

- Seguimiento según se establece en vía de atención continuada de paciente crónico complejo priorizado (CCP).
- Contacto telefónico en 24-48 h.
- Visita presencial/domiciliaria en los primeros 7-10 días.
- Revisión al mes del alta.
- Seguimiento al menos cada 1-3 meses según riesgo. Escala RADAR.
- Individualizar frecuencia según situación y objetivos educativos.
- Conciliación de la medicación.
- Revisar el cuaderno de autoseguimiento y Plan de Acción.
- Analítica y espirometría según vía clínica.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ECG: Electrocardiograma.

Evaluación

Indicadores de Proceso

Indicador	Fórmula / Método	Meta
Asistencia al programa	Participantes que completan el programa de Educación Terapéutica / Total de personas con EPOC.	≥ 70%

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Indicadores de Resultado (impacto en conocimientos y habilidades y autocuidado)

Indicador	Fórmula / Método	Meta
Incremento en conocimiento sobre la EPOC	Diferencia pre-post en cuestionario validado.	>30%
Adherencia terapéutica (DecaMIRT)	Porcentaje de personas que refieren adherencia alta tras el programa.	≥ 75%
Mejora de adherencia Inhalatoria (TAI)	Porcentaje de personas con EPOC que experimentan una mejoría significativa en la adherencia al tratamiento con un incremento ≥ 3 puntos en el TAI al finalizar el programa respecto a la valoración inicial.	≥ 55%

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

DecaMIRT: Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT).

TAI: Test de Adhesión a los Inhaladores.

Indicadores de Satisfacción

Indicador	Fórmula / Método	Meta
Satisfacción general con el programa	Encuesta de satisfacción (1–5).	≥ 4
Utilidad percibida del programa	Porcentaje de personas que refieren “muy útil” o “útil” en la encuesta.	≥ 85%
Recomendación del programa a otras personas	Porcentaje de personas que responde “sí” a la pregunta: “¿Lo recomendarías a otra persona con EPOC?”	≥ 90%

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Indicadores de impacto en salud

Indicador	Fórmula / Método	Meta
Mejoría o mantenimiento de limitación funcional relacionada con disnea en personas con EPOC, medida mediante la escala mMRC, al finalizar el programa	Porcentaje de personas con EPOC que no presentan un aumento de la puntuación mMRC respecto a la visita inicial al finalizar el programa.	75%
Mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud en personas con EPOC al finalizar el programa	Porcentaje de personas con EPOC que presentan una reducción de ≥ 2 puntos en la puntuación del CAT al finalizar el programa, con respecto a la valoración inicial.	55%
Cumplimiento del calendario vacunal recomendado. Vacunación: Porcentaje de personas con cumplimiento de calendario vacunal recomendado al finalizar el programa educativo	Porcentaje de personas con EPOC que presentan cumplimiento del calendario vacunal recomendado y vigente al finalizar el programa educativo (gripe, neumococo, COVID-19, VRS, herpes zóster y Td/Tdpa cuando proceda).	80%

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [consultado 30 Ene 2026]. Disponible en: [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))
2. Soriano JB et al. Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2021 Jan;57(1):61-69. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2020.07.024. Epub 2020 Sep 17. PMID: 32950310.
3. Cano-De La Cuerda R et al. Eficacia de los programas de educación terapéutica y de rehabilitación respiratoria en el paciente con asma [Effectiveness of therapeutic education and respiratory rehabilitation programs for the patient with asthma]. Arch Bronconeumol. 2010 nov; 46(11):600-6. Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2010.07.003. Epub 2010 Sep 16. PMID: 20846775.
4. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
5. Olivari Medina C, Urra Medina E. Autoeficacia y conductas de salud. Cienc Enferm.2007;13(1):9–15. doi: 10.4067/S0717-95532007000100002
6. Ajzen I. The theory of planned behaviour. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991; 50(2):179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD 2026) [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2025 [consultado 29 May 2026]. Disponible en: <https://goldcopd.org/2026-gold-report/>
8. Schrijver J et al. Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Jan 10;1(1):CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub4. PMID: 35001366; PMCID: PMC8743569.
9. McLean S et al. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane Review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2012 Nov;62(604): e739-49. doi: 10.3399/bjgp12X658269. PMID: 23211177; PMCID: PMC3481514.
10. Bourbeau J et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med. 2003 Mar 10;163(5):585-91. doi: 10.1001/archinte.163.5.585. PMID: 12622605.
11. Lorig KR et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001 Nov;39(11):1217-23. doi: 10.1097/00005650-200111000-00008. PMID: 11606875.
12. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003 Aug;26(1):1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01. PMID: 12867348.
13. Garcia-Aymerich J et al. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. Thorax. 2006 Sep;61(9):772-8. doi: 10.1136/thx.2006.060145. Epub 2006 May 31. PMID: 16738033; PMCID: PMC2117100.

14. Nguyen HQ et al. Randomized controlled trial of an internet-based versus face-to-face dyspnea self-management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease: pilot study. *J Med Internet Res*. 2008 Apr 16;10(2): e9. doi: 10.2196/jmir.990. PMID: 18417444; PMCID: PMC2483918.
15. Effing TW et al. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur Respir J*. 2016 Jul;48(1):46-54. doi: 10.1183/13993003.00025-2016. Epub 2016 Apr 13. PMID: 27076595.
16. Lenferink A et al. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Aug 4;8(8):CD011682. doi: 10.1002/14651858.CD011682.pub2. PMID: 28777450; PMCID: PMC6483374.
17. Miravittles M et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021: Updated Pharmacological treatment of stable COPD. *Arch Bronconeumol*. 2022 Jan;58(1):69-81. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2021.03.005. Epub 2021 Mar 17. PMID: 33840553.
18. Wigal JK et al. The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest*. 1991 May;99(5):1193-6. doi: 10.1378/chest.99.5.1193. PMID: 2019177.
19. Zwerink M et al. Self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 19;2014(3):CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jan 10;1:CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub4. PMID: 24665053; PMCID: PMC7004246.
20. Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez JT, Trigueros JA, et al. Actualización 2025 de la Guía Española de EPOC (GesEPOC): Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. *Arco Bronconeumol [Internet]*. 2025;61(12):766–82. doi: 10.1016/j.arbres.2025.10.008
21. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promot*. 1996 nov-dec;11(2):87-98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87. PMID: 10163601.
22. Cruz Rueda JJ et al. Valoración del paciente con disnea. Escalas de medición. En: Soto Campos JG, editor. *Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología*. 3ª ed. Sevilla: Neumosur/Ergon; 2016. p. 253-264.
23. Escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC) [Internet]. Diraya; 2024 [consultado 17 dic 2025].
24. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Sánchez LS, Tordera MP, Sánchez PR. Severe exacerbations and BODE index: two independent risk factors for death in male COPD patients. *Respir Med*. 2009 May;103(5):692-9. doi: 10.1016/j.rmed.2008.12.005. Epub 2009 Jan 7. PMID: 19131231.
25. Soler-Cataluña JJ, Villagrasa M, Catalán P, Alcázar-Navarrete B, Calle Rubio M, Miravittles M. Risk validation of a new quantitative score for clinical control of chronic obstructive pulmonary disease: The RADAR score. *Arch Bronconeumol*. 2026;62(1):28-34. doi: 10.1016/j.arbres.2025.06.003.
26. COPD Assessment Test (CAT). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [Internet]. London: GlaxoSmithKline Services Unlimited; 2026 [consultado 30 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.catestonline.org/>

27. Maqueda RA et al. Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria. Modelo de atención para promover la actividad física y la alimentación equilibrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2020. 128p.
28. Proyecto Vivifrail. Nuevos materiales en formato audiovisual [Internet]. Navarra: Vivifrail; 2026 [consultado 30 Ene 2026]. Disponible en: <https://vivifrail.com/es/documentacion/>
29. Torres Pérez LF et al. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos. Emergencias. 2013;25(5):353–360.
30. Andalucía Saludable. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) [Internet]. Sevilla: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias de la Junta de Andalucía; 2026 [consultado 30 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.miguiadesalud.es/es/cuestionario-internacional-de-actividad-fisica-ipaq>
31. Taitest [Internet]. Taitest.com; [consultado 22 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.taitest.com/>
32. Rodríguez González-Moro JM et al. Oxigenoterapia continua domiciliaria. En: Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias 2020. Madrid: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2020. p. 33-45.

Anexos



Valoración

Anexo1: Valoración a personas con EPOC

a. **Valoración Integral Exhaustiva (VIE)**, prestando especial atención a comorbilidades frecuentes y fragilidad: cribado de ansiedad/depresión, cardiopatía, osteoporosis, caídas, fragilidad, apnea del sueño, cáncer de pulmón según criterios, desnutrición y soporte social.

b. **Hábitos de vida**

Valoración en el módulo DIRAYA destinado para ello.

Resumen de hábitos de salud



c. **Medidas antropométricas**

- Talla / Peso / Índice de masa corporal (IMC).
- Perímetro abdominal.
- Presión arterial (PA).
- Frecuencia cardíaca (FC).
- Saturación de O₂.

d. **Estadio GOLD⁷** (VEF₁ postbroncodilatador):

Sistema para clasificar la gravedad de la limitación del flujo de aire en los pulmones de una persona con EPOC.

- GOLD 1 leve $\geq 80\%$ GOLD 2 moderada: 50-79%
- GOLD 3 grave: 30-49% GOLD 4 muy grave: $<30\%$

e. Escala de disnea modificada del MRC (mMRC), British Medical Research Council²²

Objetivo: Cuantificar la gravedad de la disnea percibida por la persona con EPOC y su impacto directo en las actividades de la vida cotidiana.

Grado	Descripción
0	Me falta el aire solo con ejercicio intenso.
1	Me falta el aire al andar rápido o subir una cuesta.
2	Camino más lento que personas de mi edad o debo parar.
3	Me detengo tras 100 m o pocos minutos por falta de aire.
4	Me falta el aire al vestirme o al estar en casa.

Criterio de gravedad: Se considera disnea significativa una puntuación mMRC ≥ 2 , lo que indica un impacto clínico relevante en la capacidad funcional de la persona y determina la necesidad de optimizar el tratamiento broncodilatador y la intervención educativa.

f. Índice BODEX²⁴

Objetivo: evaluar el pronóstico en EPOC incluyendo variables clínicas y funcionales.

Parámetro	Valoración	Puntuación
IMC	$<21 = 1$ / $\geq 21 = 0$	
VEF1 % predicho	$\geq 65 = 0$ / $50-64 = 1$ / $36-49 = 2$ / $\leq 35 = 3$	
Disnea (mMRC)	$0-1 = 0$ / $2 = 1$ / $3 = 2$ / $4 = 3$	
Exacerbaciones/año	$0-1 = 0$ / ≥ 2 sin ingreso = 1 / ≥ 1 con ingreso = 2	

La puntuación total de BODEx se divide en cuartiles para clasificar la gravedad de la EPOC:

- **Cuartil 1:** 0-2 puntos, indica un riesgo bajo de gravedad.
- **Cuartil 2:** 3-4 puntos, indica un riesgo moderado de gravedad.
- **Cuartil 3:** 5-6 puntos, indica un riesgo alto de gravedad.
- **Cuartil 4:** 7-9 puntos, indica un riesgo muy alto de gravedad.

g. Cuestionario CAT (COPD Assessment Test)²⁶

Objetivo: evaluar el impacto de la EPOC en la vida de la persona.

Escala de 0 a 5 puntos por ítem. Total, máximo: 40 puntos.

	0	1	2	3	4	5
Tengo tos						
Tengo flemas (esputo)						
Tengo presión en el pecho						
Me falta el aire al subir cuestras o escaleras						
No puedo realizar tareas en casa						
No me siento seguro/a saliendo de casa						
No duermo bien						
No tengo energía						

Puntuación total CAT:

Interpretación de la puntuación CAT:

- **0-10 puntos:** impacto bajo de la EPOC.
- **11-20 puntos:** impacto moderado de la EPOC.
- **21-30 puntos:** impacto alto de la EPOC.
- **31-40 puntos:** impacto muy alto de la EPOC.

h. Lista de verificación uso y selección de dispositivos

Lista de verificación: selección y uso individualizado del Dispositivo Inhalador

- ☐ Se ha verificado el **tipo de dispositivo** que actualmente tiene prescrito la persona que presenta EPOC (MDI: Inhalador en cartucho presurizado / DPI: Inhalador de polvo seco / SMI: Inhalador de niebla fina).
- ☐ La persona presenta un **flujo inspiratorio suficiente** para Dispositivos de polvo seco (DPI). (Nota: Debe ser de al menos 30-60 L/min según el dispositivo; si no es capaz de hacer una inspiración enérgica y profunda, se desaconseja el DPI).
- ☐ La persona presenta una **coordinación mano- inspiración** adecuada que asegure el correcto uso del dispositivo (especialmente crítico si utiliza cartuchos presurizados MDI tradicionales).
- ☐ La persona dispone de la suficiente **destreza manual** para el uso del dispositivo de inhalación (abrir el dispositivo, presionar el gatillo, romper la cápsula o girar la rosca).
- ☐ Existe la necesidad de uso de **cámara de inhalación** para asegurar la correcta administración y dispensación del fármaco (imprescindible en personas con mala coordinación, flujos bajos o ancianos frágiles).
- ☐ El **grado cognitivo** de la persona a la que se le ha prescrito el dispositivo es el adecuado para comprender y realizar la secuencia de pasos que asegura su correcto uso de forma autónoma.
- ☐ La persona usuaria y/o su cuidadora tiene los **conocimientos y habilidades** necesarias en cuanto a la higiene, conservación, limpieza y revisión periódica del dispositivo de inhalación.

i. Adherencia al tratamiento

Cuestionario (DecaMIRT)²⁹

Evaluación de la adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas. Indique su grado de acuerdo con cada afirmación.

DECA - MIRT					Puntuación
1. Descripción del proceso de la enfermedad					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
2. Descripción de la justificación del régimen terapéutico					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
3. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
4. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
5. Descripción de los efectos esperados del tratamiento					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
6. Descripción de la dieta prescrita					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
7. Descripción de la medicación prescrita					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
8. Descripción de la actividad prescrita					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
9. Descripción de los procedimientos prescritos					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
10. Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad					
Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5	
SUMATORIO					

Cuando el sumatorio de las puntuaciones **sea igual o inferior a 30**, puede presentar problemas de gestión del tratamiento, por lo que se iniciarán intervenciones.

En caso necesario, se complementará con la valoración de la capacidad de la familia y de la red de soporte para el apoyo.

j. Adherencia inhaladores: Cuestionario TAI³¹

	Puntuación
1. En los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales? ☐ 1. Todas ☐ 2. Más de la mitad ☐ 3. Aprox. la mitad ☐ 4. Menos de la mitad ☐ 5. Ninguna	
2. Se olvida de tomar los inhaladores: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad, deja de tomar sus inhaladores: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
4. Cuando está de vacaciones o de fin de semana, deja de tomar sus inhaladores: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
5. Cuando está nervioso/a o triste, deja de tomar sus inhaladores: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
9. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos: ☐ 1. Siempre ☐ 2. Casi siempre ☐ 3. A veces ☐ 4. Casi nunca ☐ 5. Nunca	
Las dos siguientes preguntas las deberá responder el profesional sanitario responsable del paciente según los datos que figuran en su historial clínico (pregunta 11) y tras comprobar su técnica de inhalación (pregunta 12)	
11. ¿Conoce o recuerda el paciente la pauta (dosis y frecuencia) que se le prescribió? ☐ 1. No ☐ 2. Si	
12. La técnica de inhalación del dispositivo del paciente es: ☐ 1. Con errores críticos ☐ 2. Sin errores críticos o correcta	
PUNTUACIÓN TOTAL	

A continuación, se detallan los rangos de puntuación para el nivel de adhesión y el tipo de incumplimiento que permite identificar el test TAI.

TAI 10 ítems Nivel de adhesión	
PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
=50 puntos	Buena adhesión
Entre 46 y 49 puntos	Adhesión intermedia
≤ 45 puntos	Mala adhesión

TAI 12 ítems Tipo de incumplimiento*	
PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
Ítems del 1 al 5 < 25	Incumplimiento errático
Ítems del 6 al 10 < 25	Incumplimiento deliberado
Ítems del 11 al 12 < 4	Incumplimiento inconsciente

* Una misma persona puede presentar más de un tipo o patrón de incumplimiento. Además, una persona puede obtener 50 puntos —lo que indica una adhesión óptima en el cuestionario de 10 ítems—, pero durante la evaluación práctica el profesional puede detectar que no realiza la apnea posterior o que no tiene suficiente fuerza inspiratoria. En ese caso, en la evaluación completa de 12 ítems, se clasificaría formalmente como incumplidora inconsciente.

Los niveles de adhesión que identifican el TAI de 10 ítems son los siguientes:

- **Buena adhesión:** Conducta cumplidora óptima.
- **Adhesión intermedia:** Incumplimiento moderado.
- **Mala adhesión:** Incumplimiento severo o generalizado.

El significado de los tipos de incumplimiento que puede identificar el TAI de 12 ítems es el siguiente:

- **Incumplimiento errático:** paciente que olvida la toma de la medicación.
- **Incumplimiento deliberado:** paciente que no la toma porque no quiere hacerlo.
- **Incumplimiento inconsciente:** paciente que no toma la medicación correctamente por desconocimiento de la pauta terapéutica y de la utilización del dispositivo inhalador.

k. Escala RADAR²⁵

Evaluar el nivel de control de la EPOC en la vida cotidiana basándose en 4 factores clínicos predictivos, cuyo sumatorio determina el riesgo de sufrir resultados desfavorables: medicación de rescate, agudizaciones, disnea, actividad física.

(R) Medicación de rescate: si la persona utiliza broncodilatador de rescate más de 3 veces por semana, se suman 3 puntos.

(A) Exacerbaciones agudas: presentar ≥ 1 exacerbación moderada o grave en los últimos 3 meses añaden 2 puntos.

(D) Disnea (mMRC): presentar un grado de disnea ≥ 2 en la escala mMRC suma 2 puntos.

(A) Actividad física: caminar menos de 30 minutos al día de promedio añade 1 punto.

(R) Riesgo: La puntuación total de la escala varía de 0 a 8 puntos y clasifica el riesgo de la persona usuaria en tres niveles:

- **Riesgo Bajo (0 puntos):** La enfermedad se considera controlada de forma óptima.
- **Riesgo Intermedio (1 a 3 puntos):** Precisa revisión de la técnica de inhalación, adherencia y optimización farmacológica.
- **Riesgo Alto (≥ 4 puntos):** Alerta clínica de mal control; se requiere una intervención educativa intensiva inmediata y la reevaluación del tratamiento.

I. Motivación

- Nivel de motivación para el cambio (Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente).

FASES O ESTADIOS DEL CAMBIO		TIPO DE INTERVENCIÓN
PRECONTEMPLACIÓN	La persona no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio. Ejemplo de verbalizaciones: "Yo bebo cerveza sin alcohol y esa no es mala", "Como poca grasa...", "Es que salimos con los amigos y todos..."	CONSEJO HÁBITOS SALUDABLES Informar de los riesgos para la salud en relación con sus hábitos.
CONTEMPLACIÓN	Se da cuenta de que hay un problema y se mueve entre los motivos a favor y en contra de la conducta problema (ambivalencia), pero no se ha comprometido a cambiar. Ejemplo de verbalizaciones: "Sé que tengo que dejar de estar sentado todo el día, pero me va a costar mucho", "Ahora.... no es un buen momento".	CONSEJO HÁBITOS SALUDABLES Ayudar para que la ambivalencia se resuelva hacia el cambio. Fomentar su autoeficacia y los beneficios del cambio.
PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN	La persona tiene la intención de tomar medidas para solucionar el problema. Esto requiere la aceptación (está convencida de que el cambio es bueno) y la creencia de que él o ella puede hacer cambios. Ejemplo de verbalizaciones y actividades: "He empezado a pasear alguna tarde", "Me gustaría empezar a realizar actividad física por ejemplo la semana que viene".	INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL (Entrevista Motivacional) o AVANZADA GRUPAL .
ACCIÓN	La persona está modificando el comportamiento o conducta, comienza a actuar. Ejemplo de actividades: "Aprovechando una crisis..., he empezado a caminar todas las tardes...dejado de fumar", "Llevo una semana paseando, aunque el fin de semana no he salido".	INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL (preferiblemente) o AVANZADA INDIVIDUAL .
MANTENIMIENTO	El cambio es sostenido y nuevos comportamientos sustituyen a los de antes. El reto es mantener los cambios y prevenir recaídas. Ejemplo: "Ya llevo caminando 6 meses y estoy estupendamente; y estoy más tranquila".	INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL o INDIVIDUAL Seguimiento para reforzar y prevenir recaídas.
RECAÍDA	La persona vuelve a su comportamiento de antes. Es una etapa más dentro del proceso. Incluso es preferible un intento con recaída que ningún intento, ya que la recaída aporta una situación de aprendizaje y normalmente no se vuelve a la etapa inicial (precontemplativa). Ejemplo: "He tenido discusión en casa y no he podido aguantar..., lo llevaba muy bien, pero salí de fiesta y ..."	No culpabilizar Diferenciar deslíz de recaída. Volver a valorar motivación y adecuar intervención. Entrevista motivacional.

- Capacidad para comprender instrucciones sanitarias.
- Preferencias de aprendizaje (visual, auditivo, práctico).
- Necesidad de materiales adaptados (pictogramas, lenguaje sencillo).

m. Plan de Acción Individual ante una exacerbación

MI PLAN DE ACCIÓN PARA LA EPOC

Este plan me ayuda a reconocer los síntomas de empeoramiento, saber que hacer y cuando pedir ayuda.

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Profesional sanitario de referencia: _____
 Teléfono de contacto: _____



Este plan es personal. Léele, complétalo junto a tu profesional sanitario y tenlo siempre a mano.



1. DÍA HABITUAL (ESTABLE)



Me encuentro bien,
mis síntomas están
controlados.

¿CÓMO ME ENCUENTRO?

- ✓ Falta de aire habitual que puedo controlar.
- ✓ Tos y expectoración habituales.
- ✓ Puedo realizar mis actividades diarias.
- ✓ Duermo bien.

¿QUÉ DEBO HACER?

- Tomar mi tratamiento habitual tal como me la han habido.
- Realizar actividad física adaptada a mi capacidad.
- Vacunarme según recomendaciones.
- No fumar y evitar el hame y otros irritantes.
- Beber agua y alimentarme de forma saludable.

¿QUÉ EVITAR?

- Humo, polvo, contaminación y cambios bruscos de temperatura.
- Contacto con personas con infecciones respiratorias.
- Estrés y esfuerzos innecesarios.



Revisar periódicamente mi plan con mi profesional sanitario.

2. EMPEORAMIENTO (EXACERBACIÓN)



Mis síntomas han
empeorado.
Debo actuar.

¿CÓMO LO RECONOZCO?

- Aumento de la falta de aire.
- Más tos de la habitual.
- Más cantidad de esputo o cambio de color (amarillo, verde, excore).
- Más cansancio, pitillos en el pecho.
- Necesito usar más veces la medicación de rescate.

¿QUÉ DEBO HACER?

1. Usar mi medicación de rescate según la pauta habcada.
2. Seguir las instrucciones que me ha haticado mi profesional sanitario en estos casos (por ejemplo: inicio de antibiótico y/o corticoide si están previamente pautados).
3. Continuar con mi tratamiento habitual.
4. Contactar con mi centro de salud si los síntomas on mejoran an 24-48 horas o si empoeron.

CONTACTAR CON:

- Centro de salud: _____
- Teléfono: _____
- Horario: _____

MEDICACIÓN DE RESCATE (rellenar con la pauta indicada por mi profesional sanitario)

Medicamento de rescate: _____
 Pauta indicado: _____



No iniciar antibióticos ni corticoides por mi cuenta.
 Solo los tomaré si mi profesional me ha indicado previamente cuando y cómo hacerlo.

3. EMERGENCIA



Síntomas graves.
Necesito ayuda
urgente.

¿CUÁNDO PEDIR AYUDA URGENTE?

- Falta de aire intensa o que empeora rápidamente, incluso en reposo.
- Dificultad para habiar o hacer actividades básicas.
- Confusión, somnolencia o desorientación.
- Dolor en el pecho.
- Coloración osulada de labios o cara.
- No mejora con la medicación de rescate.
- Empeoramiento rápido o sensación de gravedad.

¿QUÉ HACER?

1. Solicitar atención sanitaria urgente. Llamar al 112.
2. Sentarme y mantener la calma. Usar mi medicación de rescate mientras llega la ayuda.
3. Si tengo oxígoneterapia, usaría según la pauta indicada.
4. Llevar conmigo mi plan de acción y la lista de medicación.



Fecha de revisión del plan: _____ / _____ / _____



Mi compromiso:
 Cuidar mi salud cada día para respirar mejor y disfrutar de mi vida.



Lleva siempre esta lista contigo y móstrala a tu profesional sanitario en cada visita o si tienes que acudir a urgencias.



MIS MEDICAMENTOS



Nombre: _____



Fecha: _____

MIS MEDICAMENTOS PARA LA EPOC



Nombre del medicamento	Cantidad que tomo y cuándo lo tomo	Para qué lo tomo	Instrucciones especiales

MIS OTROS MEDICAMENTOS



Nombre del medicamento	Cantidad que tomo y cuándo lo tomo	Para qué lo tomo	Instrucciones especiales

RECUERDA

- ☒ Toma la medicación tal como te la han indicado.
- ☒ No suspendas ni cambies la medicación sin consultar con tu profesional sanitario.
- ☒ Lleva siempre tu plan de acción y tu medicación contigo.
- ☒ Consulta cualquier duda con tu profesional sanitario.



NOTAS IMPORTANTES



Este plan es una guía personal. Revisa y actualiza tu plan periódicamente junto a tu profesional sanitario.



Encuesta de satisfacción

Anexo 2: Encuesta de satisfacción y calidad del programa

Por favor, marque la opción que mejor refleje su opinión:

1 = Nada 2 = Poco 3 = Regular 4 = Bastante 5 = Mucho

		1	2	3	4	5
Valoración General						
1	¿En qué medida está satisfecho/a con el programa?					
2	Te has sentido comprendido					
3	¿Recomendaría este programa a otras personas con su mismo problema de salud?					
Contenidos y aprendizaje						
4	Los contenidos de las sesiones fueron claros y comprensibles					
5	Los objetivos de cada sesión estaban bien definidos y se cumplieron					
6	He mejorado mi conocimiento sobre mi problema de salud y como cuidarme					
Metodología y dinámicas						
7	Las dinámicas grupales fueron motivadoras y participativas.					
8	Las actividades prácticas (talleres, estaciones) me ayudaron a aprender.					
9	El ritmo y duración de las sesiones fueron adecuados.					
Facilitadores y recursos						
10	Los profesionales estuvieron preparados y resolvieron mis dudas.					
11	Los materiales (infografías, guías, materiales...) fueron útiles.					
12	Los recursos telemáticos (si se usaron) funcionaron correctamente.					
Impacto Percibido						
13	Me siento más capacitado/a para tomarme la tensión, el peso, la glucemia...					
14	He tomado conciencia de mi rol activo en el autocuidado.					
15	Aplicaré en mi día a día lo aprendido en el programa.					

¿Qué aspecto del programa considera de más interés?

¿Qué mejoraría o incluiría en futuras ediciones?

DIPLOMA DE FINALIZACIÓN

SE OTORGA A

PROGRAMA: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Por haber completado con éxito el Programa de Educación Terapéutica,
desarrollado por la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias Sanitarias de la Junta de Andalucía
y el Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad



Gracias por su esfuerzo y participación hoy ganas conocimiento y salud

¡ ENHORABUENA !

Fecha: __ / __ / __

Profesional referente

Coordinación del Programa



Protocolo de derivación a sesiones

Anexo 3: Protocolo para derivación a sesiones grupales y coordinación

DERIVACIÓN AL GRUPO DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

El cribado inicial se realiza en la consulta de medicina de familia y/o enfermería de atención primaria de la persona, identificando a las personas que cumplen con los criterios de inclusión establecidos para cada programa.

En el caso de la EPOC la población destinaria son personas diagnosticadas de EPOC:

- En el momento del diagnóstico inicial.
- Ante cambios terapéuticos importantes.
- Tras hospitalizaciones por exacerbaciones.
- Cuando se detecten dificultades de autocuidado o baja alfabetización en salud.
- En situaciones de alta vulnerabilidad social o emocional.

Una vez valorada los criterios de inclusión, el personal de medicina **de familia o de enfermería de atención primaria** facilitarán información básica sobre el grupo de educación terapéutica: objetivos, contenidos, beneficios esperados y modalidad de trabajo. Es esencial transmitir que **la participación en el grupo** forma parte del tratamiento y constituye uno de los pilares fundamentales para mejorar el control de la enfermedad y promover la autonomía en el autocuidado.

Posteriormente, se propondrá una **entrevista de valoración con el equipo de enfermería de atención primaria**, que confirmará la idoneidad de inclusión en el grupo, valorará la disposición y compromiso para asistir a las sesiones grupales, y recogerá información clínica y motivacional relevante mediante la valoración propuesta (ver Anexo 1).

Para formalizar la derivación, se recomienda el uso de la **hoja de derivación estandarizada** que se adjunta, registrando la valoración en la historia clínica.

La hoja de derivación se enviará al personal de enfermería especialista en familiar y comunitaria o el personal de enfermería responsable de las sesiones grupales, que **registrará en DIRAYA la evolución y asistencia** de cada participante, de modo que el equipo de referencia pueda conocer su progreso y reforzar en consulta individual los contenidos aprendidos y continuar con el seguimiento.

CIRCUITO DE DERIVACIÓN A PROGRAMAS DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA



(Para personas con Diabetes tipo 2, HTA, EPOC, IC, Obesidad)



INICIO EN CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA O ENFERMERA DE AP:

- Cribado según criterios de inclusión
- Información inicial sobre el programa



PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN EN GRUPO → ENTREVISTA DE VALORACIÓN (ENFERMERA AP):

- Confirmación de criterios clínicos
- Exploración de motivación, expectativas, barreras y disponibilidad
- Confirmar consentimiento y compromiso



No cumple criterios para ET grupal o rechaza participar



CONTINUACIÓN CON PROGRAMA METODOLOGÍA INDIVIDUAL

- Registro en DIRAYA



Sesiones de seguimiento
Cada 4 meses



CUMPLE CRITERIOS PARA INCLUSIÓN EN GRUPO



SESIONES EDUCATIVAS ADAPTADAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO

- Registro en DIRAYA



Sesiones de seguimiento
A los 3 y 12 meses

HTA: Hipertensión Arterial.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

IC: Insuficiencia Cardíaca.

AP: Atención Primaria.

ET: Educación Terapéutica.

DIRAYA: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria.

Hoja de derivación al grupo

Centro de Salud:

Nombre:

Fecha:

Número de teléfono:

Profesional que deriva:

VALORAR SI CUMPLE CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Problemas de salud: ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Obesidad ☐ EPOC ☐ Insuficiencia Cardíaca

Diagnostico reciente: ☐ SÍ ☐ NO

Cambios terapéutico importante: ☐ SÍ ☐ NO

Descompensaciones / hospitalizaciones: ☐ SÍ ☐ NO

Dificultades de autocuidado o baja alfabetización en salud: ☐ SÍ ☐ NO

Actitud receptiva por parte de la persona hacia el aprendizaje de nuevas habilidades:

☐ SÍ ☐ NO

Compromiso a realizar el programa: ☐ SÍ ☐ NO

VALORAR SI CUMPLE CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Menor de 18 años * ☐ SÍ ☐ NO

Padecer sintomatología grave con interferencia importante en su funcionamiento diario:

☐ SÍ ☐ NO

Déficit cognitivo severo o diagnóstico psiquiátrico grave que impida la participación o el aprendizaje:

☐ SÍ ☐ NO

Incapacidad física o social que imposibilite el seguimiento de las estrategias de autocuidado:

☐ SÍ ☐ NO

CONFIRMAR CON LA PERSONA PARTICIPANTE

Disponer de tiempo para asistir a la totalidad del programa (4-5 sesiones de 2 horas, una vez a la semana):

☐ SÍ ☐ NO

Disponibilidad de asistir en horario establecido para el grupo: ☐ SÍ ☐ NO

Observaciones:



Recomendaciones para profesionales

Anexo 4: Recomendaciones básicas para profesionales

Basado en las recomendaciones de la guía GOLD 2026⁷.

Diagnóstico y clasificación de la EPOC:

La **sospecha** diagnóstica de EPOC se plantea ante disnea, tos crónica y/o expectoración, especialmente en personas con antecedente de exposición a factores de riesgo como el consumo de tabaco. La **confirmación diagnóstica** se realiza mediante espirometría, demostrando una relación volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) y la capacidad vital forzada (FVC) **FEV₁/FVC postbroncodilatador <0,70**. Una vez confirmado el diagnóstico, se debe realizar una valoración integral que incluya la **gravedad de la obstrucción al flujo aéreo, la carga sintomática y el riesgo de exacerbaciones**, con el objetivo de orientar un manejo individualizado.

La clasificación **GOLD ABE** se utiliza para orientar el tratamiento farmacológico inicial, considerando la carga de síntomas y el historial de exacerbaciones.

- **Grupo A:** pocos síntomas y 0–1 exacerbación moderada sin hospitalización en el año previo.
- **Grupo B:** mayor carga sintomática y 0–1 exacerbación moderada sin hospitalización en el año previo.
- **Grupo E:** ≥2 exacerbaciones moderadas o ≥1 exacerbación que haya requerido hospitalización, independientemente de la carga sintomática.

Síntomas: valorar mediante mMRC y/o CAT.

Exacerbación: empeoramiento de la disnea y/o tos y esputo que se produce durante un periodo de hasta 14 días, habitualmente asociado a un aumento de la inflamación de las vías respiratorias y/o pulmonar.

NIVELES DE GRAVEDAD DE LA LIMITACIÓN DEL FLUJO AÉREO EN LA EPOC SEGÚN GOLD. (Con base al FEV ₁ post broncodilatador) FEV ₁ /FVC < 0,7				
	I LEVE 	II MODERADA 	III GRAVE 	IV MUY GRAVE 
FEV ₁	>80%	<80 % y ≥50%	<50 % y ≥30%	< 30% o <50% + insuficiencia respiratoria crónica

La valoración de la funcionalidad y el deterioro cognitivo para instaurar un plan de acción personalizado es clave: en personas con gran dependencia, deterioro cognitivo grave y con esperanza de vida limitada, debe reflexionarse y pactarse la adecuación o no de iniciar el programa de intervenciones avanzadas, o limitar la intervención a la disminución de síntomas y mejora la calidad de vida (inclusión en cuidados paliativos).

Recomendaciones:

- El **programa educativo** para personas con EPOC estable debe basarse en: la gestión eficaz del plan terapéutico, mejorar sus hábitos de vida, reconocer los síntomas de exacerbaciones y actuar según las recomendaciones pactadas.
- Se recomienda proporcionar material de apoyo para facilitar el aprendizaje y reforzar los conocimientos adquiridos, como infografías y folletos. La **Biblioteca para Pacientes de SEPAR**, es un espacio digital de la **Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica** que ofrece guías y recursos prácticos sobre salud respiratoria para pacientes con EPOC.
- El **abandono del tabaquismo** constituye una intervención prioritaria en las personas con EPOC que continúan fumando, ya que es la medida con mayor capacidad para modificar la evolución de la enfermedad, además de mejorar los síntomas y reducir las exacerbaciones. Por ello, se recomienda ofrecer consejo breve y apoyo para la deshabituación tabáquica en cada contacto asistencial y, cuando la persona esté preparada para realizar un intento de abandono, facilitar su acceso a un programa de deshabituación tabáquica.
- Incluir derivación a programas de **rehabilitación respiratoria**, en caso de disponibilidad, tras ingreso/exacerbación, disnea persistente, limitación funcional o bajo nivel de actividad.
- La **técnica inhalatoria** debe evaluarse de forma periódica, mediante observación directa de la utilización del dispositivo, no limitarse a preguntar a la persona si sabe utilizarlo. Se recomienda utilizar una *checklist* específica para identificar y corregir errores y garantizar una administración adecuada del tratamiento.
- La **farmacoterapia** puede reducir los síntomas de la EPOC, reducir la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones, y mejorar el estado de salud y la tolerancia al ejercicio.
- Cada tratamiento **farmacológico debe ser individualizado** y guiado por la gravedad de los síntomas, el riesgo de exacerbaciones, los efectos secundarios, las comorbilidades y la respuesta, preferencia y capacidad de la persona para usar varios dispositivos de administración de medicamentos.
- El **recuento de eosinófilos en sangre (RES)** puede ayudar a estimar la probabilidad de una respuesta preventiva beneficiosa a los corticoides inhalados (ICS) añadidos al tratamiento broncodilatador. Por ello, se considera un biomarcador complementario que debe interpretarse junto con la valoración clínica, especialmente el historial de exacerbaciones, para orientar las decisiones sobre el uso de ICS.
 - > Según la guía sobre oxigenoterapia editada por la SEPAR en 2020³²
- La oxigenoterapia continua está indicada en pacientes con EPOC con PaO₂ en reposo ≤55mmHg o PaO₂ en reposo entre 56-59mmHg con evidencia de daño orgánico por hipoxia (evidencia clínica o electrocardiográfica de hipertensión pulmonar, un hematocrito superior al 55% o signos de insuficiencia cardíaca derecha)
- La oxigenoterapia durante el ejercicio puede mejorar la calidad de vida en pacientes que experimentan desaturación durante el esfuerzo (SpO₂≤88%), requiriéndose para su

prescripción la demostración de una mejoría de la disnea o de la tolerancia al esfuerzo con la administración de oxígeno.

- La oxigenoterapia nocturna puede considerarse en pacientes con demostración de desaturación nocturna de oxihemoglobina ($SpO_2 < 90\%$ durante al menos un 30% del tiempo total de registro) y secuelas relacionadas con la hipoxia.
- En personas con EPOC e hipercapnia crónica grave y antecedentes de hospitalización por insuficiencia respiratoria aguda, puede considerarse la ventilación no invasiva (VNI) a largo plazo. En pacientes seleccionados, especialmente aquellos con hipercapnia persistente tras una hospitalización reciente, la VNI puede mejorar la supervivencia libre de hospitalización y reducir el riesgo de reingreso.
- Se recomienda mantener actualizado el **calendario vacunal** de las personas con EPOC. Las vacunas frente a gripe, neumococo y VRS reducen la incidencia de infecciones del tracto respiratorio inferior, y la vacunación frente a COVID-19 debe realizarse según las recomendaciones vigentes.
- Es fundamental ayudar a la persona a conseguir la puesta en marcha y mantenimiento de una **alimentación equilibrada** encaminada a obtener un peso adecuado. Un bajo peso, se asocia a sarcopenia, va a tener un profundo impacto en el pronóstico y en la evolución clínica, ya que repercute negativamente en la pérdida de función pulmonar (FEV_1), deterioro del tejido pulmonar (más enfisema, disminución capacidad del ejercicio y aumento mortalidad), afectando a la musculatura, extremidades y sistema inmunitario. El sobrepeso y la obesidad contribuyen al empeoramiento de la sintomatología y el pronóstico de la EPOC.
- Las recomendaciones con más evidencia apuntan a recomendar una alimentación rica en legumbres, semillas, cereales integrales, frutos secos, verduras, frutas, aceite de oliva, y pescado azul para el aporte de grasas saludables, reducir la ingesta de sal y evitar el consumo de productos refinados o procesados y bebidas con gas. Las nuevas evidencias en el campo de la nutrición hacen hincapié en no dar recomendaciones basadas en el consumo de nutrientes, sino en el de grupos de alimentos y, sobre todo, en el de **patrones alimentarios**.
- Los patrones alimentarios de base vegetal, bajos en ácidos grasos saturados, colesterol y sodio, con un alto contenido en fibra y ácidos grasos insaturados, son beneficiosos y reducen la expresión de los factores de riesgo cardiovascular (RCV).
- Deberá evitar alimentos que precisen una masticación prolongada y fuerte, así como aquellos que causan flatulencia y/o digestiones pesadas (col, coliflor, cebolla, etc.). **Evitar la ingesta excesiva de hidratos de carbono** (pan, patatas, pastas, arroz, etc.), así como las bebidas gaseosas. También deberá **evitar tomar alimentos muy fríos, muy calientes** o aquellos que le provoquen, por su experiencia, irritación faríngea, porque pueden provocar la aparición de tos.
- La combinación de dieta mediterránea con reducción moderada de hidratos de carbono se perfila como una muy buena opción, ya que **el exceso de hidratos de carbono favorece la hipercapnia**.
- Se recomienda priorizar el consumo de **grasas insaturadas**, especialmente procedentes del aceite de oliva, aguacate y frutos secos, en sustitución de las grasas saturadas. En cuanto

a las proteínas, es preferible moderar el consumo de carne, elegir piezas magras y evitar embutidos y carnes procesadas, priorizando el **pescado, al menos 3 veces por semana**, incluyendo pescado azul. Los **huevos y los lácteos** pueden formar parte de una alimentación saludable sin necesidad de restringirlos de forma general. Se aconseja incorporar **legumbres 3–4 veces por semana**, preferentemente junto con cereales integrales, y consumir **frutos secos** habitualmente, unos 30 g, preferentemente crudos y sin sal.

Métodos recomendados para cuantificar cantidades de alimentos: Método del plato (visual, accesible):

- 50 % verduras y hortalizas
- 25 % proteínas saludables
- 25 % hidratos de carbono complejos
- 1 fruta como postre
- Agua como bebida principal



Método del semáforo (por frecuencia de consumo):

- Verde - consumo habitual: verduras, agua e infusiones sin azúcares añadidos.
- Amarillo - consumo moderado: frutas, legumbres, cereales integrales y otros alimentos que, aunque saludables, deben ajustarse a las necesidades y raciones recomendadas.
- Rojo- consumo ocasional: bollería, fritos, alimentos ultraprocesados y productos con elevado contenido en sal, azúcares o grasas poco saludables.

Guía de porciones *utilizando la mano*

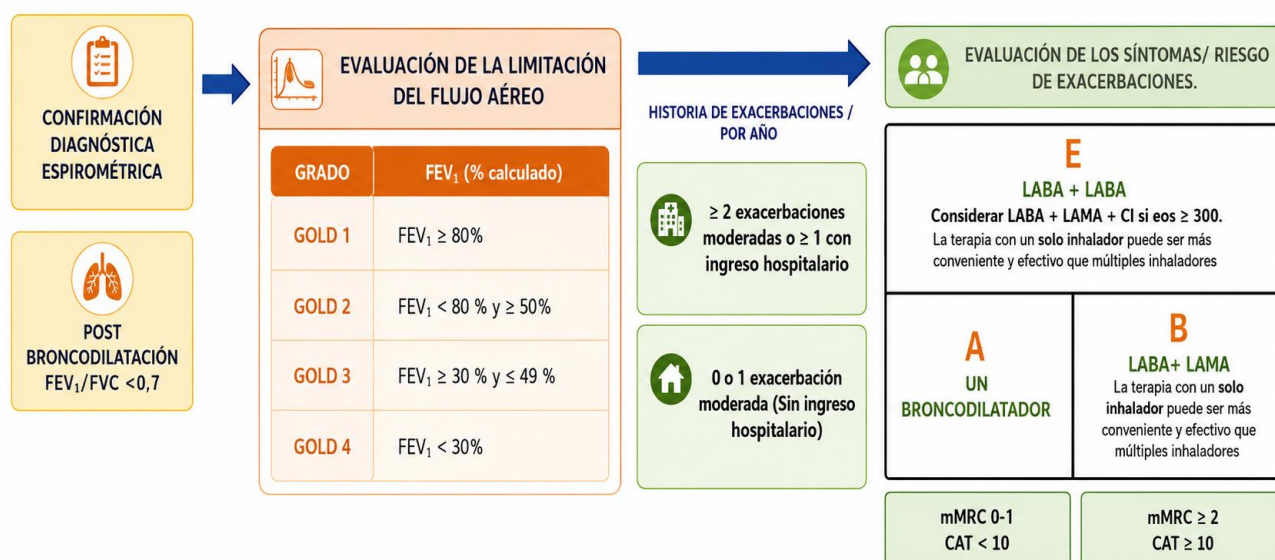


- Se deben implementar **programas de educación terapéutica** con sus componentes principales, incluido el **entrenamiento físico combinado** con la educación específica de la enfermedad, mejora la capacidad de ejercicio, los síntomas y la calidad de vida en todos los grados de gravedad de la EPOC.
- El **ejercicio y la actividad física** deben promoverse de forma individualizada en las personas con EPOC, teniendo en cuenta sus síntomas, capacidad funcional, riesgo de exacerbaciones, comorbilidades y preferencias. Se recomienda valorar la derivación a rehabilitación pulmonar en personas con síntomas relevantes y/o alto riesgo de exacerbaciones, ya que mejora la disnea, el estado de salud y la tolerancia al ejercicio. También debe considerarse de forma prioritaria tras una **exacerbación que haya requerido hospitalización**, una vez superada la fase aguda, por sus beneficios sobre la capacidad funcional, la calidad de vida y la reducción de futuros reingresos.
- Las **técnicas de control respiratorio**, como la respiración con labios fruncidos y la coordinación de la respiración con el movimiento, pueden ayudar a manejar la disnea durante el esfuerzo. La **respiración diafragmática debe valorarse de forma individual**, ya que no es adecuada para todas las personas con EPOC. En algunos casos, especialmente en EPOC avanzada, puede no resultar beneficiosa e incluso aumentar el trabajo respiratorio o la sensación de disnea.
- La **sarcopenia** se caracteriza por la pérdida progresiva de **fuerza y masa muscular**, que puede acompañarse de un deterioro del rendimiento físico. En las personas con EPOC es más frecuente, especialmente en fases avanzadas, y puede afectar a la capacidad funcional

y a la autonomía para realizar las actividades cotidianas. Se recomienda **valorar su presencia**, especialmente ante baja actividad física, pérdida de peso o deterioro funcional. Su detección precoz permite establecer medidas individualizadas, incluyendo **alimentación adecuada y suficiente**, con especial atención al aporte de **proteínas y energía**, **ejercicio físico** —especialmente entrenamiento de fuerza— y **rehabilitación pulmonar**.

- **Abordaje paliativo en la EPOC avanzada:** los cuidados paliativos deben integrarse de forma progresiva en el manejo de las personas con EPOC avanzada y elevada carga sintomática, con el objetivo de **prevenir y aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida** de la persona y su entorno. Deben contemplar el control de síntomas, especialmente la disnea, así como las necesidades psicológicas, sociales y de apoyo a la familia, y facilitar la planificación anticipada de la atención. En este contexto, es recomendable **informar y facilitar la toma de decisiones sobre las preferencias de cuidados y tratamientos futuros**, respetando la autonomía de la persona, promoviendo en su caso el registro de **Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)**, documento en el que la persona puede expresar sus preferencias sobre cuidados y tratamientos sanitarios para el caso de que en el futuro no pueda manifestar su voluntad.

Tratamiento aconsejado en la EPOC:



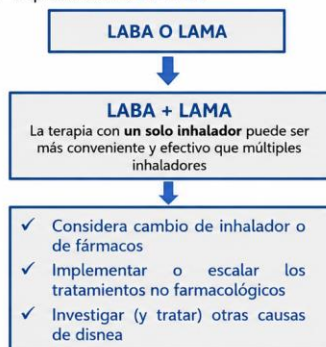
Definición de abreviaturas: **FEV₁**: volumen espirado forzado en el primer segundo; **FVC**: capacidad vital forzada; **mMRC**: cuestionario Modified British Medical Research Council; **CAT**: cuestionario COPD Assessment Test.

Fuente: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD 2026) [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2025.

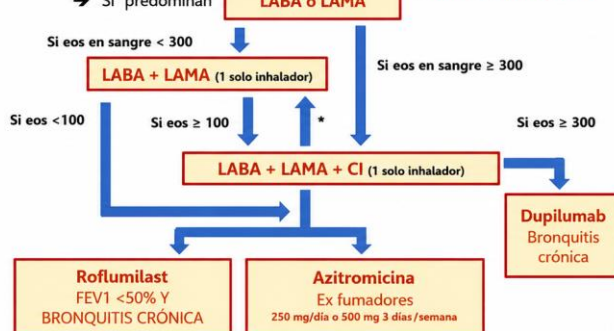
Si no responde al tratamiento:

Revisar la adherencia, la técnica de inhalación y del posible efecto de las comorbilidades
 Considerar el rasgo predominante a tratar (Disnea o Exacerbaciones).
 Utilice el protocolo de exacerbación si exacerbaciones y disnea deben de ser tratadas.
 Coloque al paciente según corresponde en relación al tratamiento actual y siga las indicaciones.

→ Si predomina la **DISNEA**:



→ Si predominan las **EXACERBACIONES**:



(*) Considerar desescalar los corticoides inhalados si neumonía u otros efectos secundarios.
 En el caso de eos > 300 desear los 2s más probable ser asociado con el desarrollo de exacerbaciones.
 (Estas referencias al número para año).

Fuente: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD 2026) [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2025.

FACTORES A CONSIDERAR CUANDO SE INICIA UN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES INHALADOS

Factores a considerar cuando añadimos un corticoide inhalado a un broncodilatador de larga duración
 (Diferenciar de la retirada de los corticoides inhalados).

FAVORECEN FUERTEMENTE EL USO	Historia de hospitalización (es) por exacerbación de EPOC (A pesar de un adecuado tratamiento de mantenimiento con broncodilatadoras de larga duración)
	≥ 2 exacerbaciones moderadas de EPOC por año (A pesar de un adecuado tratamiento de mantenimiento con broncodilatadoras de larga duración)
	≥ 300 cél/μL Eosinófilos en sangre
	Historia de/o asma concomitante
FAVORECEN EL USO	1 exacerbación moderada de EPOC por año (A pesar de un adecuado tratamiento de mantenimiento con broncodilatadoras de larga duración)
	De 100 a < 300 cél/μL Eosinófilos en sangre
EN CONTRA DE SU USO	Procesos repetidos de neumonía
	< 100 cél/μL Eosinófilos en sangre
	Historia de infección con micobacterias

LABA/CI COMBINACIÓN DE BETA 2 ADRENERGICOS DE LARGA DURACIÓN Y CORTICOIDES INHALADOS EN UN DISPOSITIVO		
Vilanterol/ Furoato de fluticasona	Ellipta®: 92/22 µg /inh (PS)	92/22 µg /24 horas
Formoterol/Budesónida	Turbuhaler®: 4,5/160 y 9/320 µg /inh (PS) Spiromax®: 4,5/160 y 9/320 µg /inh (PS) Easyhaler®: 4,5/160 y 9/320 µg /inh (PS) Forspiro®: 4,5/160 y 9/320 µg /inh (PS)	9/320 µg/12 horas
Salmeterol/propionato de fluticasona	Accuhaler®: 50/500 µg /inh (PS) Forspiro®: 50/500 µg /inh (PS)	50/500 µg /12 horas
Formoterol+ budesónida	Spirmotax® 4,5/160 y 320/9 ug Forspiro® 4,5/160 y 320/9 ug Easyhaler® 4,5/160 y 320/9 ug Turbuhaler® 4,5/80, 4,5/160 y 320/9 ug ICP 2.25/80	320/9 ug/ 1 o 2 veces al día
Formoterol / Propionato de fluticasona	ICP 5/50, 5/125 y 10/250 ug	10/250 ug 1 o 2 veces/ día
Indacaterol + furoato de mometasona	Breezhaler® 125/62,5, 125/ 127 y 125/ 260 ug	125/ 260 ug 1 o 2 veces al día
Formoterol/ Beclometasona	Nexthaler®: 100/6 ug /inh (PS) ICP Modutite® 100/6 µg /inh	200/12 µg/12 horas
SABA + SAMA. COMBINACIÓN DE BETA 2 ADRENERGICOS Y ANTICOLINÉRGICOS DE CORTA DURACIÓN EN UN DISPOSITIVO		
Salbutamol/ ipatropio	ICP 2,5 mg/ 0,5 mg	2,5/0,5 mg /6-8 horas
SAMA + CI		
	Salbutamol/ beclometasona	100/50 ug/ 4-6 horas
LABA/LAMA/CI. COMBINACIÓN DE BETA 2 ADRENERGICOS DE LARGA DURACIÓN, ANTICOLINÉRGICOS DE LARGA DURACIÓN Y CORTICOIDE INHALADO EN UN DISPOSITIVO		
Fluticasona/ Umeclidinio/ Vilanterol	Ellipta®: 92/55/22 µg /inh (PS)	92/55/22 µg/ 24 horas
Beclometasona/Formoterol/Glicopirronio	ICP: 88/5/9 µg /inh Nexthaler®: 88/5/9 µg /inh (PS)	88/5/9 µg /inh /12 horas
Budesonida/Formoterol/Glicopirronio	ICP: 160/5/7,2 µg /inh	160/5/7,2 µg /12 horas

DISPOSITIVO

- ✓ El número de pasos, para utilizar el dispositivo, reduce la facilidad de uso y la probabilidad de que los pacientes utilicen el inhalador correctamente.
- ✓ Puede haber diferencias significativas en la huella de carbono de los dispositivos que reflejan si contiene o no un gas propulsor, de que están hechos, como se fabrican y si se pueden reutilizar o reciclar
- ✓ La terapia con un solo inhalador puede ser más conveniente y efectivo que múltiples inhaladores

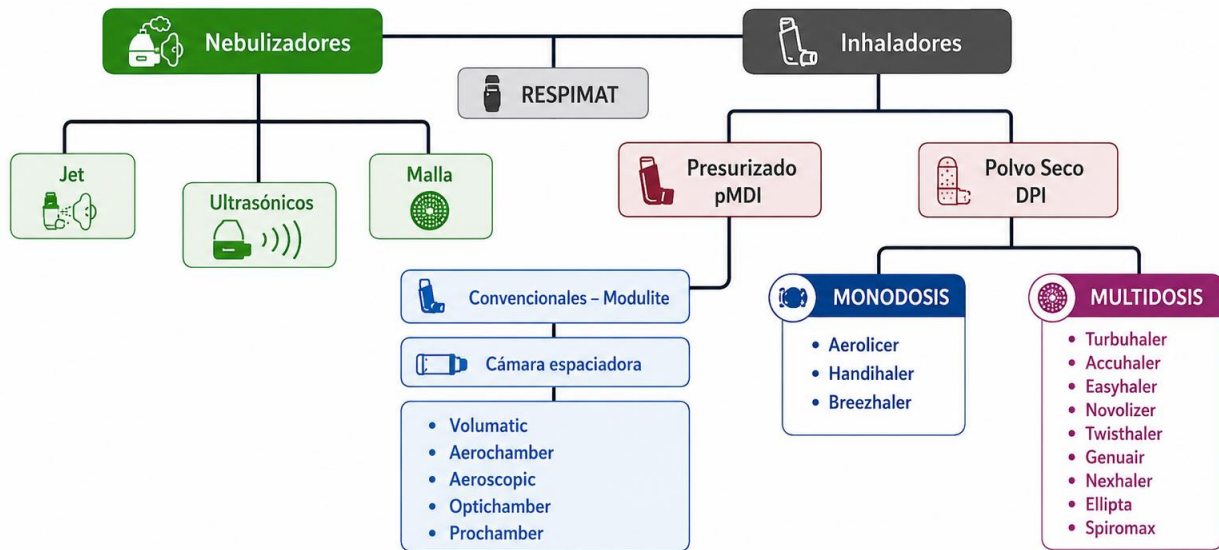
CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS INHALADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPOC

	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS RECOMENDADA
SABA BETA-2-ADRENÉRGICOS DE ACCIÓN CORTA	Salbutamol	ICP 100 µg/inh	200 µg/4-6 horas
	Terbutalina	Turbuhaler® 500 µg/inh (Polvo seco)	500 µg/4-6 horas
LABA BETA-2-ADRENÉRGICOS DE ACCIÓN LARGA	Salmeterol	ICP 25 µg/inh Accuhaler® 50 µg/inh (Polvo seco)	50 µg /12 horas
	Formoterol	ICP 12 µg/inh Turbuhaler® 9 µg/inh (PS) Aerolizer® 12 µg/inh (PS)	9-12 µg /12 horas
	Indacaterol	Breezhaler® de 150 µg o 300 µg/inh (PS)	150 µg/24 horas
	Olodaterol	Respimat® 2,5 µg/inh (Niebla)	5 µg /24 horas
SAMA ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN CORTA	Bromuro de ipatropio	ICP 20 µg/inh	20-40 µg/6-8 horas
LAMA ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN LARGA	Umeclidinio	Ellipta® 55 µg/inh (PS)	55 µg /24 horas
	Bromuro de tiotropio	Respimat® 2,5 µg/inh (N) Handihaler® y Glenmark® 18 µg/inh (PS) Zonda® 10 µg/inh (PS)	5 µg /24 horas 18 µg/24 horas
	Aclidinio	Genuair® 340 µg / inh (PS)	340 µg/24 horas
	Glicopirronio	Breezhaler® 50 µg/inh (PS)	50 µg /24 horas
LABA/LAMA COMBINACIÓN DE BETA 2 ADRENÉRGICOS Y ANTICOLINÉRGICOS DE LARGA DURACIÓN EN UN DISPOSITIVO			
	Umeclidinio/Vilanterol	Ellipta® 55/22 µg /inh (PS)	55/22 µg /24 horas
	Aclidinio/Formoterol	Genuair® 340/12 µg/inh (PS)	340/12 µg /24 horas
	Glicopirronio/Indacaterol	Breezhaler® 110/ 50 µg /inh (PS)	110/50 µg /24 horas
	Tiotropio/Olodaterol	Respimat® 2,5/2,5 µg /inh (N)	5/5 µg /24 horas

ICP: Inhalador de cartucho presurizado | PS: Polvo seco | N: Niebla (inhalador de niebla suave)

Fuente: Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD 2026) [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2025.

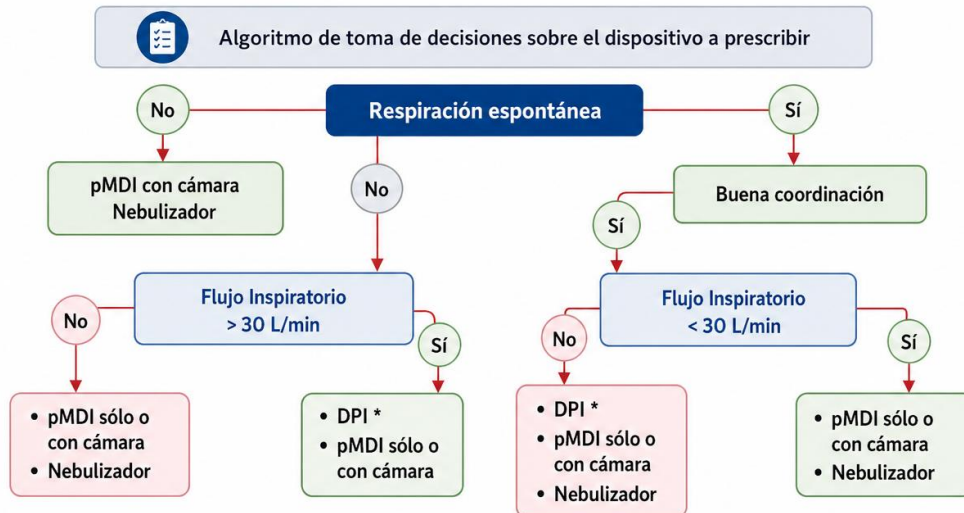
Tipos de inhaladores



Definición de abreviaturas: **FEV₁**: volumen espirado forzado en el primer segundo; **FVC**: capacidad vital forzada; **mMRC**: cuestionario Modified British Medical Research Council; **CAT**: cuestionario COPD Assessment Test.

Tipos de inhaladores

¿Qué dispositivo elegir?



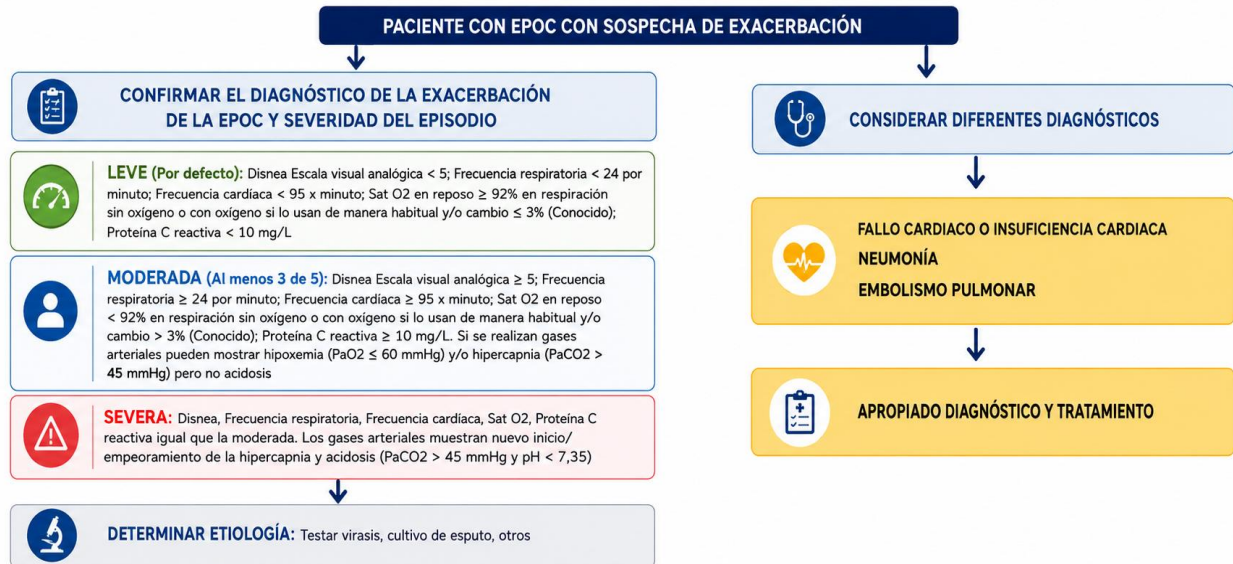
* Primera elección

Definición de abreviaturas: **FEV₁**: volumen espirado forzado en el primer segundo; **FVC**: capacidad vital forzada; **mMRC**: cuestionario Modified British Medical Research Council; **CAT**: cuestionario COPD Assessment Test.

Exacerbaciones:

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LAS EXACERBACIONES DE LA EPOC

(Adaptada de Belli BR, Fabbri LM, Aaron SD et al. 2021. An update definition and severity of COPD exacerbations: The Rome proposal. Amer J Critical Care Med 2021. 204 (11): 1251-58. <https://doi.org/10.1164/rccm.202108-1819PP>)



- Los agonistas beta2 inhalados de acción corta, con o sin anticolinérgicos de acción corta, se recomiendan como broncodilatadores iniciales para tratar una exacerbación aguda (**Evidencia C**).
- Los corticosteroides sistémicos pueden mejorar la función pulmonar (FEV₁), la oxigenación y acortar el tiempo de recuperación y la duración de la hospitalización. La duración de la terapia normalmente no debe ser superior a 5 días (**Evidencia A**).
- Los antibióticos, cuando están indicados, pueden acortar el tiempo de recuperación, reducir el riesgo de recaída temprana, fracaso del tratamiento y duración de la hospitalización. La duración del tratamiento normalmente debe ser de 5 días (**Evidencia B**).
- No se recomiendan las metilxantinas debido al aumento de los perfiles de efectos secundarios (**Evidencia B**).
- La ventilación mecánica no invasiva debe ser el primer modo de ventilación utilizado en personas con EPOC con insuficiencia respiratoria aguda y no tiene contraindicación absoluta porque mejora el intercambio gaseoso, reduce el trabajo respiratorio y la necesidad de intubación, disminuye la duración de la hospitalización y mejora la supervivencia (**Evidencia A**).

Infografías uso de inhaladores

Las siguientes infografías muestran algunos ejemplos de los diferentes sistemas y dispositivos de inhalación disponibles actualmente, como los inhaladores presurizados, monodosis, multidosis y Respimat. La técnica de uso puede variar según el tipo y modelo de dispositivo. Para ampliar información y consultar material específico sobre los diferentes dispositivos inhaladores, puede acceder a la página web de la **Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)**.

Sistemas presurizados:

USO CORRECTO DE INHALADOR PRESURIZADO CON CÁMARA ESPACIADORA



1 PREPARA EL DISPOSITIVO.
Destapa y agita el inhalador.



2 CONECTA LA CÁMARA.
Manteniendo el inhalador vertical conéctalo firmemente a la cámara.



3 EXHALA:
Vacía el aire de tus pulmones suavemente lejos de la cámara. Colócate con la espalda recta.



4 COLOCA LA BOQUILLA.
Coloca la boquilla de la cámara en tu boca. Sella bien los labios.



5 INHALA LENTA Y PROFUNDAMENTE:
Presiona el inhalador 1 vez para liberar el medicamento en la cámara. Inhala lenta y profundamente por la boca.



6 RETÉN LA RESPIRACIÓN:
Retira la cámara de tu boca. Aguanta la respiración durante 5-10 seg. Luego exhala suavemente.

5-10 seg.



7 ESPERA Y REPITE:
Si es necesaria otra dosis, espera 30-60 seg. y repite todos los pasos anteriores.

30-60 seg.



8 LIMPIEZA Y ENJUAGUE:
Enjuaga tu boca con agua al terminar. Desmonta la cámara según las instrucciones del fabricante. Lávala con agua tibia y jabón neutro al menos 1 vez a la semana. Deja secar al aire.





Una técnica adecuada mejora la llegada del medicamento a los pulmones y el control de los síntomas.



Si tienes dudas sobre la técnica consulta con tu profesional de salud.

Fuente: Imagen adaptada de Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Dispositivos de inhalación [Internet]. Barcelona: SEPAR.

Sistemas unidosis:

DISPOSITIVO DE INHALACIÓN DE POLVO SECO (DPI) MONODOSIS

El dispositivo mostrado es de carácter ilustrativo. Cada modelo cuenta con sus propias instrucciones de uso.



1 PREPARA EL DISPOSITIVO



Siéntate o ponte de pie con la espalda recta. Retira la tapa.



2 ABRE EL DISPOSITIVO

Abre el dispositivo como indica la flecha.



3 COLOCA LA CÁPSULA



Introduce la cápsula en el compartimento indicado. No la tragues.



4 PERFORA LA CÁPSULA

Cierra el dispositivo y pulsa los dos botones laterales **UNA SOLA VEZ**. Después, suéltalos.



5 EXHALA

Aleja el inhalador de la boca y saca todo el aire.

NO SOPLES DENTRO DEL DISPOSITIVO.



6 INHALA

Coloca la boquilla entre los dientes, cierra los labios e inspira **FUERTE, RÁPIDO Y PROFUNDO**.



7 MANTÉN LA RESPIRACIÓN

Retira el inhalador y aguanta la respiración unos 5-10 segundos, si puedes hacerlo cómodamente. Si es necesario, repite la inhalación para vaciar la cápsula.



8 FINALIZA

Retira la cápsula vacía y enjuágate la boca al finalizar.



ANTE CUALQUIER DUDA, CONSULTA CON TU PROFESIONAL SANITARIO DE REFERENCIA.

Sigue siempre las instrucciones específicas del dispositivo y del medicamento que te hayan indicado.

Fuente: Imagen adaptada de Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Dispositivos de inhalación [Internet]. Barcelona: SEPAR.

USO CORRECTO DEL INHALADOR DE POLVO SECO MULTIDOSIS



La forma de preparar o cargar la dosis puede variar según el inhalador. Sigue siempre las instrucciones específicas de tu dispositivo y las indicaciones de tu profesional sanitario.

1 PREPARA EL DISPOSITIVO

- Colócate sentado o de pie, con la espalda recta.
- Retira la tapa y carga/activa una dosis según el dispositivo.



2 EXHALA

- Aleja el inhalador de la boca.
- Vacía los pulmones completamente.



Nunca exhales dentro del inhalador.



3 COLOCA LA BOQUILLA

- Coloca la boquilla entre los dientes.
- Sella bien los labios alrededor de ella.
- No bloques la boquilla con la lengua.



4 INHALA

- Inhala por la boca de forma rápida y profunda, siguiendo la técnica indicada para tu dispositivo.
- Mantén una inhalación continua hasta llenar los pulmones.



5 RETÉN EL AIRE

- Retira el inhalador de la boca.
- Mantén la respiración 8-10 segundos, o el tiempo que puedas cómodamente.
- Después, exhala lentamente.



6 TERMINA

- Cierra el inhalador y guárdalo en un lugar seco.
- Si necesitas otra dosis, carga una nueva dosis y repite los pasos 2-5.
- Si contiene corticoide, enjuaga la boca con agua y escupe.



Consejos prácticos:

- ✓ Léete siempre las instrucciones del inhalador y consulta a tu profesional sanitario si tienes dudas.
- ✓ Realiza la inhalación en un entorno tranquilo.
- ✓ Mantén el inhalador limpio y en buen estado.



Dispositivo Respimat:

TÉCNICA CORRECTA DEL DISPOSITIVO RESPIMAT®

Respira mejor, usa Respimat correctamente



Respimat® es un inhalador que libera el medicamento en forma de niebla suave, lo que facilita que llegue a tus pulmones.



Usar correctamente el dispositivo garantiza que el medicamento llegue a tus pulmones y tenga el máximo efecto.

PASOS PARA UN USO CORRECTO

1 PREPARA EL RESPIMAT



- Mantén el capuchón cerrado.
- Gira la base transparente en la dirección de las flechas hasta oír un "clic" (medio giro).
- Ábre el capuchón completamente.

2 PRIMER USO: CARGA EL DISPOSITIVO



- Apunta el inhalador hacia el suelo.
- Pulsa el botón de liberación de dosis.
- Cierra el capuchón.
- Repite hasta que aparezca una niebla visible.
- El dispositivo ya está listo para usar (esto solo se hace la primera vez).

3 ANTES DE CADA USO



- Mantén el capuchón cerrado.
- Gira la base transparente hasta oír un "clic" (medio giro).
- Ábre el capuchón completamente.



Si no lo usas durante más de 7 días, repite el Paso 2 (una vez) hasta que aparezca niebla.

4 EXHALA



- Suelta el aire de los pulmones lentamente y por completo.
- No exhales dentro del dispositivo.

5 INHALA EL MEDICAMENTO



- Coloca el boquilla entre los labios sellándolos suavemente.
- Sin dejar de respirar, pulsa el botón de liberación de dosis.
- Inhala lenta, profunda y continuamente.



Verás niebla, es normal.

6 AGUANTA LA RESPIRACIÓN



- Retira el inhalador de la boca.
- Aguanta la respiración durante 10 segundos o todo lo que puedas sin esfuerzo.



Cuenta hasta 10

7 EXHALA SUAVEMENTE



- Suelta el aire lentamente y por la boca.



No exhale hacia el dispositivo.

8 CIERRA EL DISPOSITIVO



- Cierra el capuchón hasta que encaje.
- El dispositivo está listo para la próxima vez.

CONSEJOS IMPORTANTES



Usa tu Respimat todos los días según te haya indicado tu profesional sanitario, incluso cuando te encuentres bien.



No uses agua para limpiar el interior del dispositivo.



Si tienes dudas o dificultad para usarlo, pide ayuda a tu profesional sanitario.

LIMPIEZA SEMANAL

Limpia la boquilla al menos una vez por semana con un paño húmedo.



No desmontes el dispositivo.
No lo laves con agua.
No lo metas en el lavavajillas.

¿CUÁNDO CONSULTAR?

Consulta con tu profesional sanitario si:

- Tienes más dificultad para respirar.
- Notas que el medicamento no hace efecto.
- Tienes dudas sobre el uso del dispositivo.



Un buen uso hoy, mejores pulmones mañana.

Este material es informativo y no sustituye las recomendaciones de tu profesional sanitario.

Respimat® es una marca registrada.

Fuente: Imagen adaptada de Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Dispositivos de inhalación [Internet]. Barcelona: SEPAR.

