

***COACHING DE SALUD DIRIGIDO A
PERSONAS AFECTADAS POR EPOC COMO
CONSECUENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO.***

**Health coaching in primary care for
individuals affected by COPD as a result of
tobacco use.**

Alejandro Lobsang Camacho Molina

Amaia Guillén Elizari

Marta Gutiérrez Montoya



Acreditati Formación s.l.
C/Diego Velázquez, nº 3 C.P. 26007 La Rioja
e-mail: editorial@acreditiformacion.com
www.acreditiformacion.com

El contenido de este libro
es responsabilidad exclusiva de los autores.
La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN:

INDICE

INDICE.....	3
RESUMEN:	5
1) INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. SALUD COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA 15	
1.2. COACHING DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE CUIDADO PRIMARIO	22
1.3. HISTORIA NATURAL Y SOCIAL DE LA EPOC...25	
1.4. OBJETIVOS	32
2) METODOLOGÍA	34
3) DESARROLLO	38
3.1. ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR EPOC EN EL CONTEXTO DE LA APS.....	38
3.1.1. Atención a personas afectadas por EPOC en el contexto de la APS según CC.AA.	53

3.1.2. Coaching de salud en el proceso de atención de personas afectadas por EPOC en AP.	60
3.2. COACHING DE SALUD EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO PRIMARIO DE PERSONAS AFECTADAS POR EPOC COMO CONSECUENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO.....	75
4) CONCLUSIONES.....	79
5) REPERCUSIONES.....	82
6) BIBLIOGRAFÍA.....	89
7) ANEXOS	101

RESUMEN:

El coaching de salud se ha convertido en una intervención cada vez más popular en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Este trabajo revisa la literatura científica disponible sobre su utilización y eficacia como estrategia de cuidado primario en personas con EPOC como consecuencia del hábito tabáquico. Los estudios revisados muestran que el coaching de salud es efectivo en la mejora de la calidad de vida, la actividad física, la capacidad funcional y la autoeficacia de los pacientes con EPOC. Además, el coaching de salud también se ha demostrado efectivo en la reducción de la frecuencia de exacerbaciones y hospitalizaciones relacionadas con la EPOC. Estos hallazgos sugieren que el coaching de salud puede ser una intervención importante en el manejo de la EPOC, proporcionando una guía útil para el desarrollo de programas de coaching personalizados y efectivos para pacientes con EPOC dentro del contexto del nivel primario de atención. Por su parte, este método de cuidado primario está siendo cada vez más empleado en

nuestro sistema de salud. Sin embargo, muchos servicios de salud, en particular dentro de la atención primaria, aún no mencionan ni ofrecen esta modalidad de cuidado.

En conclusión, el coaching de salud puede ser considerado como una estrategia de cuidado primario para mejorar los resultados clínicos y la experiencia de los pacientes con EPOC.

Palabras clave: Coaching, Coaching en salud, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Coaching en salud y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Coaching en salud en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Salud comunitaria, Atención primaria, Enfermería comunitaria, Tratamiento EPOC.

ABSTRACT:

Health coaching has become an increasingly popular intervention in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). This paper reviews the available scientific literature on its use and effectiveness as a primary care strategy for individuals with COPD as a result of tobacco consumption. The reviewed studies show that health coaching is effective in improving the quality of life, physical activity, functional capacity, and self-efficacy of patients with COPD. Additionally, health coaching has also been shown to be effective in reducing the frequency of exacerbations and hospitalizations related to COPD. These discoveries suggest that health coaching may be an important intervention in the management of COPD, providing useful guidance for the development of personalized and effective coaching programs for COPD patients within the context of primary care. However, many healthcare services (particularly within primary healthcare) still do not mention or offer this modality of care.

In conclusion, health coaching can be considered as a primary healthcare option to improve clinical outcomes and the experience of patients with COPD.

Keywords: Coaching, Health coaching, Chronic obstructive pulmonary disease, Health coaching & Chronic obstructive pulmonary disease, Health coaching in people with Chronic obstructive pulmonary disease, Community health, Primary care, Community nursing, COPD treatment.

1) INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad y supone un importante problema de salud pública. Está considerada como una enfermedad crónica común que afecta a hombres y mujeres de todo el mundo. Es la tercera causa de muerte en el mundo, la cual ocasionó 3,23 millones de defunciones en 2019 según la OMS (1). Además, el EPOC es una enfermedad prevenible con una prevalencia y morbilidad altas, asociadas con significantes costes socioeconómicos (2).

La EPOC es una de las patologías más frecuentes en España entre la población adulta. Según el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2020-2021) la prevalencia en la población a partir de 40 años se sitúa en 33,9 casos por cada 1.000 habitantes, lo que supone más del doble en hombres que en mujeres (47,7 frente a 21,3). Desde el punto de vista autonómico, las prevalencias más altas en esta franja de edad se registran en la Comunidad Valenciana (47,4), Andalucía

(46,1) y Baleares (42,1), mientras que las más bajas en Extremadura (15,3) y Castilla-La Mancha (16,1) (3).

El estudio epidemiológico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España (IBERPOC) identificó en 2005 una prevalencia de EPOC del 9,1% de la población adulta, la cual afecta al 14,3% de los varones y al 3,9% de las mujeres. Incluyendo el hábito tabáquico, la prevalencia fue del 15% en fumadores, el 12,8% en exfumadores y el 4,1% en no fumadores (4).

Los datos anteriores evidencian que a mayor edad se registra un aumento de la prevalencia, situándose el punto más alto entre los 80 y los 84 años (78,0). La incidencia de esta enfermedad es mayor en personas fumadoras (12,8 por 1000) frente a no fumadoras (3,9 por 1000) (5).

En 2011, constituyó la quinta causa de muerte para los varones (51,3 por 100.000 habitantes) y la séptima en mujeres (17,2 por cada 100.000), con una tasa bruta anual de 34 por 100.000 habitantes. (3) En España, constituyó la 4ª causa de mortalidad en 2011 (6).

En investigaciones recientes, se estima que el riesgo absoluto de desarrollar EPOC entre fumadores es 9 o 10 veces superior que entre no fumadores (7,8). El 50% de dichos fumadores desarrollarán a lo largo de su vida una EPOC, lo cual será diagnosticado a través de una espirometría. En nuestro país, el riesgo es proporcional al consumo acumulado de tabaco, por lo que el riesgo pasa del 26% en los fumadores de 15-30 paquetes al año, al 51% en los fumadores de más de 30 paquetes al año (6).

Por tanto, el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de la EPOC. Hasta el 80-85% de los pacientes con EPOC, padecen esta enfermedad por haber sido fumadores. Además, hasta un 40-55% de los pacientes diagnosticados de EPOC continúan fumando (9). (Ver Tablas 1 y 2)

En España, el tabaco causa 60.000 muertes cada año, lo que significa la causa más importante de EPOC y de cáncer de pulmón. En los últimos años han surgido diferentes encuestas (SEPAR, CIS, OCU, CNPT) que han estudiado la prevalencia del tabaquismo en nuestro país

con una metodología, diseño y resultados muy similares (9).

Tabla 1: Prevalencia de tabaquismo en España (2006) en menores 16 años

PREVALENCIA	GLOBAL (%)	VARONES (%)	MUJERES (%)
Fumadores diarios	26.4	31.6	21.5
Fumadores ocasionales	3.1	3.8	2.4
Ex fumadores	20.5	28.1	13.2
Nunca han fumado	50	36.6	62.9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2006) realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm.

Tabla 2: Consumo de tabaco en España (2006) en menores 16 años

Fumadores de	≥ 20 c/d *	10-19 c/d	1-9 c/d
Global	42.3	32.9	24.8
Varones	50.8	29	20.8
Mujeres	31.6	38.2	30.1
* C/d = Cigarrillos/día			

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2006) realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm.

El coste anual de esta enfermedad se estima en torno a los 3.000.000 millones de euros, lo que puede verse aumentado con la gravedad espirométrica y está asociado fundamentalmente con las agudizaciones (aproximadamente un 60% de los costes directos) (5).

Por ello, es importante desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica, sobre los cuales basar la evaluación y las intervenciones de educación sanitaria que permitan a estos pacientes mantenerse estables y evitar

descompensaciones y sus consecuentes hospitalizaciones (2). El diagnóstico precoz en fases de obstrucción leve y moderada es asociado con una mayor supervivencia y menores costes (14 años y 9.730€), en comparación con los diagnosticados en fases de obstrucción grave (10 años de supervivencia y 43.785€ de los pacientes) (5).

Las revisiones actuales nos muestran que la herramienta del coaching de salud en el contexto de la atención primaria puede ser utilizada como método para promover hábitos de vida saludables y reducir los costes y el número de admisiones en pacientes con EPOC (10).

Mi motivación principal para elegir este tema de estudio se debe a mi convencimiento de la relación existente entre los hábitos de vida saludables y la salud de la persona, en la apuesta por un enfoque de intervención en clave salutogénica, más que patogénica. Los hábitos nocivos como el tabaco o el sedentarismo son hábitos modificables que favorecen potencialmente el estado de salud y la calidad de vida de la persona.

A continuación, se pasa a desarrollar los principales ejes teóricos del estudio:

1.1. SALUD COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

En 1948, la OMS definió la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A pesar de las numerosas críticas y reconstrucciones de este término, la definición se encuentra en vigor y es la definición más conocida y aceptada mundialmente.

Jaime Gofin y Rosa Gofin (2012) definieron la salud comunitaria como “... la expresión colectiva de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.” Por ello, una intervención comunitaria en salud puede definirse como una acción

realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación (11).

La *salud comunitaria* se caracteriza principalmente por cinco pilares: actuación enfocada a la comunidad, presentar un abordaje multisectorial, abordar una participación comunitaria, presentar modelos integrados y formarse por equipos multidisciplinarios (12).

Todas aquellas acciones o proyectos realizados con fines de salud comunitaria se engloban dentro de la acción comunitaria. Por tanto, desde la perspectiva ciudadana intercultural, “la *acción comunitaria* para la salud implica la contribución y el esfuerzo coordinado de recursos, instituciones y agentes sociales, aplicando métodos y estrategias orientados a incrementar el control de la comunidad sobre sus determinantes de salud, con el fin de mejorar las oportunidades de alcanzar el mayor nivel de salud posible, de manera participativa, equitativa y teniendo en cuenta la diversidad” (13).

El desarrollo de la perspectiva de la salud comunitaria dentro de nuestro sistema sanitario se articula dentro del nivel primario de atención, conocido como atención primaria (AP), según la Ley General de Sanidad de 1986. Los principios de esta ley se basan en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la superación de desequilibrios, en la igualdad, la concepción holística de la salud y del sistema sanitario, la participación de ciudadanos y autoridades, establecimiento de derechos y obligaciones para los usuarios, correctas prácticas profesionales y normas de uso de los servicios sanitarios (14).

La *atención primaria* fue definida por la OMS en la Conferencia de Alma-Ata (1978) patrocinada también por la OPS y UNICEF, como: “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada

una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (15).

La *atención primaria* (APS) forma parte tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo económico y social de la comunidad. “La AP constituye el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (15) Esta llevará a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, educación sanitaria y mantenimiento y recuperación de la salud, incluida la rehabilitación física y la reinserción social (16).

1.1.2. Enfermería Familiar y Comunitaria

El término *Enfermería familiar y comunitaria*, dentro de nuestro contexto cultural de referencia, viene precedido por una serie de antecedentes históricos que fueron conformándolo hasta convertirlo en un campo de conocimiento de la enfermería.

En primer lugar, podemos destacar las apariciones de las primeras enfermeras visitadoras en Liverpool en la segunda mitad del siglo XIX, el surgimiento de las enfermeras de Salud Pública creadas por Lillian Wald en Estados Unidos o más cercanamente la aparición de las primeras enfermeras visitadoras en nuestro país a principios del siglo XX (17). Estas son algunas de las causas de estas modificaciones.

La denominación original de Enfermería de Salud Pública siguió siendo utilizada hasta la década de los años 70, momento en el que la OMS junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se plantearon la necesidad de asentar la labor de la enfermera al mejoramiento de la salud de las comunidades.

El término “Enfermería Comunitaria” comienza a ser utilizado en 1974 por la OMS al convocar el primer congreso denominado “*Community Nursing*”. Este fue elaborado con el fin de definir y establecer un enfoque comunitario de los cuidados de enfermería. Esto determina la evolución de la denominación de enfermería de salud pública a enfermería de atención comunitaria.

En nuestro país, las diferentes legislaciones que mayoritariamente abarcan este término son por orden cronológico:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre las especialidades de Enfermería.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba el programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (14).

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria se basa en el concepto de salud comunitaria y se encarga de ejercer la labor de atención primaria. Dicha

especialidad tiene funciones propias de la participación profesional en el cuidado primario compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes niveles de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación, en su entorno y determinado contexto socio-cultural (17).

“La Enfermera de Salud Comunitaria es el profesional que a través de su mirada integral y holística de las personas y su entorno (familiar, laboral, social), le permite asumir la misión de acompañar a las personas desde su nacimiento hasta la muerte en el desarrollo de su potencial de salud, promocionando los diferentes entornos familiares, laborales y sociales para que éstos permitan y faciliten dicho desarrollo” (FAECAP. 2001).

Por tanto, la labor de la Enfermera de Salud Comunitaria dentro del contexto de la Atención Primaria de Salud desarrolla el ejercicio del cuidado primario mediante actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades o el fomento del autocuidado de la

sociedad, con la finalidad de resolver las necesidades de atención básicas.

1.2. COACHING DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE CUIDADO PRIMARIO

El término “coaching” alude a un proceso de cambio que ayuda a pasar de una situación actual a una deseada a través de conversaciones entre el coach y el cliente sobre la situación planteada por éste. Se centra, entre otras, en el autoconocimiento, en la responsabilidad individual para realizar cambios que llevan a conseguir los objetivos a alcanzar (18).

Cuando hablamos de coaching de salud, nos referimos a la aplicación del coaching con el propósito de acompañar a las personas a encontrar o recuperar la capacidad para realizar los cambios de salud supervisados de su forma de vida, que manifiesten el mejor uso de las propias capacidades curativas naturales, para tener salud, comer más sano, ejercitarse más, eliminar el estrés, administrar el peso, hacer

cambios en su vida, o cultivar simplemente la salud y el bienestar (18).

La premisa del coaching hacia favorecer y mantener la salud de alguien no es hacer coaching a su enfermedad, sino a la persona que la padece y más concretamente a su reto. El coaching no sustituye al profesional de la salud, sino que complementa su trabajo, siempre manteniéndose dentro de lo que está científicamente validado (18).

El Coaching de salud orientado al profesional sanitario, (en este caso, al profesional de enfermería de atención primaria), se pone en práctica directamente mediante dos enfoques:

- *Enfoque hacia el paciente:* Consiste en acompañar al paciente desde la perspectiva de la educación en el manejo personal de su salud. Se busca fortalecer la confianza del paciente en su capacidad para realizar cambios en sus hábitos y establecer metas de acuerdo con sus prioridades y posibilidades. Se alienta al paciente a identificar las limitaciones que

enfrenta y brindarle la oportunidad de modificar sus creencias, pensamientos y actitudes para asumir mayor responsabilidad y participación en su propia salud. En resumen, se busca que el paciente se sienta más empoderado y menos enfermo.

- *Enfoque hacia el personal sanitario:* Este enfoque aborda la necesidad de proporcionar al personal sanitario una alternativa que complemente su ejercicio profesional, centrándose en el desarrollo del "ser" en relación con su "hacer" como profesionales de la salud. Se busca promover un cambio en su forma de relacionarse tanto con los pacientes como con el resto del equipo sanitario, brindando herramientas y habilidades que mejoren la comunicación efectiva en beneficio de todos. En definitiva, se busca mejorar las habilidades de comunicación y promover relaciones más efectivas y colaborativas entre el personal sanitario y sus pacientes.

1.3. HISTORIA NATURAL Y SOCIAL DE LA EPOC

Previamente a la caracterización de la historia natural de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se presenta una breve reseña histórica sobre el término EPOC.

El 5 de diciembre de 1952 ocurrió la “Gran Niebla de Londres” (un periodo de 5 días de contaminación ambiental), causando la muerte de aproximadamente 4,000 personas afectadas por bronquitis. Este evento aumento las investigaciones acerca de las enfermedades respiratorias (13).

A raíz de este evento, Gough realizó importantes contribuciones en cuanto al conocimiento anatomopatológico y la clasificación del enfisema. En 1958, se llevó a cabo un primer intento por denominar los conceptos de bronquitis crónica, enfisema pulmonar y EPOC, mediante la reunión de un grupo de expertos en la temática. Los resultados originados fueron publicados en el informe "Ciba Guest Symposium Report. Terminology, definitions and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions" (13).

Durante la década de los sesenta, el término *bronquitis crónica* se utilizaba en Europa para describir lo que en EE. UU. se definía como enfisema. Ya en los años ochenta, los descubrimientos de Snider, Thurlbeck, Reid, Burrows, Petty y Fletcher permitieron avanzar en la investigación y la clasificación de las enfermedades bronquiales, bronquiolares y alveolares. Esto permitió aumentar el conocimiento en la descripción y comprensión de la EPOC (13).

La última década del siglo XX destaca por el surgimiento de diversos avances. En primer lugar, las sociedades neumológicas de países desarrollados proporcionaron pautas de tratamiento, diagnóstico y prevención de la EPOC con el fin de unificar y mejorar la calidad en la atención a los pacientes. Además, se difundió ampliamente información sobre los efectos perjudiciales del tabaco y otros factores de riesgo, como el humo de leña y la exposición a gases, y su estrecha relación con las enfermedades pulmonares crónicas. También se incrementaron los estudios sobre el impacto económico y los costos sociales de la EPOC (13).

Un avance reciente (2017) ha sido la unificación de las directrices mundiales establecidas por la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD, por sus siglas en inglés), que tiene como objetivo unificar los criterios sobre esta enfermedad (19).

Situándonos dentro del contexto de la salud comunitaria, con relación a nuestro tema de estudio, se utilizan los aportes de la epidemiología en la identificación de la causalidad del fenómeno de la enfermedad. En concreto, el modelo descriptivo de la *historia natural y social de la enfermedad*.

En 1965, los autores Leavell y Clark crearon un paradigma o modelo descriptivo de causalidad, conocido como “historia natural de la enfermedad” y lo relacionaron con los niveles de prevención. Esta representación gráfica puede ser aplicada a cualquier tipo de enfermedad, ya sea aguda o crónica, transmisible o no transmisible. La historia natural de la enfermedad se define como el comportamiento de una enfermedad sin ninguna intervención terapéutica desde

antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas hasta la curación, secuela o muerte (Ver gráfica Anexo 1).

Ampliar el estudio de la historia natural de una enfermedad a *la dimensión social* implica analizar de qué manera influyen los factores de riesgo vinculados a ella; es decir, el análisis mismo de los determinantes de salud en cualquiera de sus clasificaciones.

La historia natural del EPOC podemos definirla como “variable”. La EPOC es una enfermedad progresiva, especialmente cuando mantiene la exposición a aquellos factores nocivos para los pulmones (mayoritariamente el humo de tabaco) y puede tener un curso variable. La mayoría de los enfermos reconoce presentar hábito tabáquico de muchos años de duración. El abandono de esta sustancia en cualquier etapa del desarrollo de la EPOC disminuye la evolución y la progresión de la pérdida de función pulmonar (20).

Los *síntomas principales* son: tos crónica, presentada de forma episódica o a diario (a menudo durante todo el día), expectoración crónica de esputo (en mayor

abundancia al levantarse por la mañana) y disnea (generalmente diaria y asociada primeramente al esfuerzo, aumentando con el paso de tiempo hasta evolucionar a disnea de reposo). Al contrario del asma, estos síntomas tienen poca variabilidad en un mismo día o durante pocos días consecuentes (20).

Los *signos* dependen de la etapa de la enfermedad (pueden no presentarse en la fase temprana de la EPOC, sobre todo durante la respiración normal) y de si predomina la *bronquitis* (sibilancias, roncus) o el *enfisema* (movilidad respiratoria del diafragma disminuida, percusión hipersonora, murmullo pulmonar disminuido y espiración prolongada). En la EPOC grave, se aprecia el uso de los músculos respiratorios accesorios, tiraje intercostal durante la inspiración, espiración con “labios fruncidos” y a veces cianosis central. En el caso de que exista “*cor pulmonare*¹”, los

¹ *Cor pulmonare*: “es una afección que causa insuficiencia del lado derecho del corazón, originada por una presión

signos de insuficiencia cardíaca derecha crónica derivan en insuficiencia cardíaca crónica, con el tiempo caquexia, alteración de la actividad de los músculos esqueléticos y depresión (22).

Trasladando el modelo de Historia Natural y Social de la enfermedad de Leavell y Clark, la descripción de la EPOC contemplaría lo siguiente:

- *Periodo prepatogénico*, en el que se situaría la prevención primaria. En el caso del EPOC, está directamente enfocada a la deshabitación del hábito tabáquico, el cual supone el principal factor de riesgo de contraer la enfermedad.
- *Periodo patogénico*, podemos distinguir dos susperiodos diferentes:
 - El *periodo subclínico*, donde la enfermedad ya está originada pero no manifiesta

arterial alta prolongada en las arterias pulmonares, con afectación subsecuente del ventrículo derecho” (21).

síntomas, ya que el daño pulmonar aún no es significativo.

- El *periodo patogénico*, en el que aparecen síntomas como falta de aire (especialmente durante la actividad física), sibilancias, tos crónica (que puede cursar con la aparición de esputo) o infecciones respiratorias frecuentes. A nivel fisiológico se da una limitación del flujo aéreo y una disminución de la PaO₂ arterial.

La *prevención secundaria* incluida en este periodo patogénico se basa en el diagnóstico precoz y el tratamiento. A través de pruebas diagnósticas como la espirometría se puede observar una relación FEV₁/FVC menor del 70, lo que refleja una limitación del flujo aéreo (el aire expulsado en el primer segundo de la prueba es menor del 70%) (22).

La gasometría arterial diagnostica la patología cuando la presión arterial de O₂ (PaO₂) es inferior a 60 mmHg con o sin hipercapnia asociada (presión arterial de CO₂ [PaCO₂] > 45

mmHg). La SaO₂ no presenta la misma validez diagnóstica, aunque es muy útil la monitorización diaria de los pacientes (22).

La *prevención terciaria* se basa también en frenar la historia natural del consumo de tabaco y disminuir la morbimortalidad asociada (22).

1.4. OBJETIVOS

Como *Objetivo General* se plantea describir la importancia de aplicar las técnicas de coaching de salud en pacientes que padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) como consecuencia del hábito tabáquico dentro del contexto de la atención primaria.

Como *objetivos específicos* se plantean:

- Describir la historia natural y social de la EPOC.
- Caracterizar el coaching de salud como herramienta de cuidado primario.
- Identificar la técnica del coaching de salud utilizada en personas afectadas por EPOC a

consecuencia del hábito tabáquico, como herramienta del cuidado primario.

2) METODOLOGÍA

La metodología propuesta para la elaboración de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica narrativa, estructurada en dos fases:

- Fase I: Revisión bibliográfica de los antecedentes teóricos del tema de estudio
- Fase II: Revisión de las evidencias publicadas desde atención primaria en relación con el tema de estudio.

La revisión bibliográfica se ha basado en la búsqueda de artículos, libros, publicaciones científicas y guías oficiales de los últimos 13 años (desde 2010) sobre “Coaching en salud en personas con EPOC”.

La base de datos principalmente utilizada para esta búsqueda bibliográfica ha sido PUBMED. Además, han sido consultados las páginas webs de diferentes organismos oficiales como la OMS, INE, Ministerio Sanidad, así como la de los diferentes Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas incluidas en nuestro estudio.

Los *criterios de inclusión* utilizados han sido:

- Fuentes de datos cuya fecha de publicación no sea superior a 13 años (se hayan publicado en 2010 o posteriormente)
- Fuentes de datos cuya temática principal sea el “coaching en salud en personas con problemas de salud crónicos, particularmente con EPOC”.
- Fuentes de datos relacionadas con el EPOC
- Fuentes de datos en inglés y español
- Bases de datos de acceso gratuito

Como criterios de *exclusión* hemos seleccionado los siguientes:

- Fuentes de datos publicadas en años anteriores a 2010.
- Fuentes de datos con idiomas diferentes del inglés y el español
- Bases de datos de acceso no gratuito

Las *palabras claves* que hemos utilizado para realizar nuestras búsquedas son: Coaching, Health Coaching, Coaching en salud, Coaching de salud y problemas

crónicos de salud, Chronic obstructive pulmonary disease, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Coaching en salud y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Coaching en salud en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Salud comunitaria, Atención primaria, Enfermería comunitaria, Tratamiento EPOC.

Los *operadores booleanos* que hemos utilizado en nuestras búsquedas son “and” y “or”.

A continuación, se presenta una tabla resumen del proceso de búsqueda realizado:

Tabla 3: Resumen del proceso de búsqueda de información.

BUSCADORES/ BASE DE DATOS	Nº DOCUMENTOS / ARTICULOS ENCONTRADO S	Nº DOCUMENTOS / ARTICULOS SELECCIONADO S
PubMed	116	21

Ministerio Sanidad	35	3
OMS	1	1
Dialnet	1	1
Archivos de Bronconeumología	1	1
SEPAR	1	1
Revista Médica	1	1
MedlinePlus	1	1
OPS	1	1
Servicio Castilla La-Mancha de Salud (SESCAM)	3	3
Servicio Madrid de Salud (SERMAS)	2	2
Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)	2	2

Servicio Cántabro de Salud (SCS)	1	1
Servicio Canario de Salud	1	1
Otros (Colegio Enfermería Alicante, Escuela de Coaching de Salud, etc)		9
TOTAL	313	49

*Fuente: Elaboración propia

3) DESARROLLO

3.1. ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR EPOC EN EL CONTEXTO DE LA APS

En el contexto de la APS, el proceso de diagnóstico y tratamiento de la EPOC sigue las directrices de la *Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud de 2014* (23).

Una vez que el paciente consulta por síntomas respiratorios crónicos (tos, disnea o expectoración), el médico de Atención Primaria suele ser el primer contacto de este. Si además es fumador, se debe valorar la posibilidad de que se trate de una EPOC. La adecuada anamnesis, exploración, espirometría, y demás pruebas que se consideren oportunas, nos confirmará, o no, el diagnóstico de esta enfermedad (24).

La Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud ya proponía en 2009 directrices de formación para enfermeros y médicos de atención primaria, recalcando la importancia de desarrollar habilidades en la realización e interpretación de espirometrías, prevención del tabaquismo, diagnóstico precoz, tratamiento, educación para la salud de pacientes y cuidadores, uso de inhaladores, así como cuidados paliativos relacionados. También, incluía la necesidad de coordinación entre Atención Primaria y Especializada para un manejo integral del paciente con EPOC. En la Actualización de la Estrategia publicada en 2014, se apuesta por potenciar la formación de todos los profesionales implicados en la atención de la EPOC y por

la coordinación entre el nivel primario y secundario de atención (25).

Además de la estrategia nacional del EPOC, es importante destacar a nivel nacional la *Guía española de la EPOC* (GesEPOC), nombrada anteriormente. La GESEPOC es una guía de práctica clínica desarrollada por un grupo de expertos en EPOC en España, actualizada periódicamente para incluir las últimas investigaciones y recomendaciones sobre el tratamiento de la enfermedad. Estas recomendaciones son útiles para guiar a los profesionales de la salud en el manejo de la enfermedad y con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC (26).

El primer factor clave para tener en cuenta para el diagnóstico y futuro tratamiento de la EPOC es la evaluación del nivel de riesgo. Este sirve como factor pronóstico, además de establecer la probabilidad que tiene el paciente de presentar exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad. La EPOC es una enfermedad crónica que suele presentarse ligada a otras patologías, por lo que es necesario realizar una

evaluación holística y multidisciplinar, tanto en fase estable como en las exacerbaciones graves, y así utilizar servicios adecuados al nivel de riesgo del paciente.

La *Guía Española de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica* (GesEPOC) (ver Anexo 2) clasifica a los pacientes en nivel de riesgo bajo o alto de la siguiente manera (26):

- *Riesgo bajo*: deben de cumplir estos tres criterios: 1. FEV1 postbroncodilatación $\geq 50\%$. 2. Grado de disnea mMRC 0-2 (Tabla 1). 3. Una o ninguna exacerbación en el último año (sin ingreso).
- *Riesgo alto*: debe de cumplir al menos un criterio: 1. FEV1 postbroncodilatación $< 50\%$. 2. Grado de disnea mMRC > 2 o igual a 2 si tiene pautado tratamiento (Tabla 1). 3. Dos o más exacerbaciones o un ingreso hospitalario en el último año.

Las guías GOLD (26) utilizan un sistema diferente, el cual clasifica a los pacientes en 4 grupos (A,B,C,D) según el grado de disnea [mMRC] (ver Tabla 3), el número y las

características de las agudizaciones y el impacto de la EPOC en la calidad de vida del paciente medido con el cuestionario CAT (ver Tabla 4).

Tabla 4: Escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC)
2018

Grado de afectación	Tipología
0	Ausencia de disnea, excepto al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar de prisa en llano o al subir una pendiente poco pronunciada
2	Disnea que impide seguir el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar

	a descansar al andar en llano a propio paso
3	Disnea que le obliga a parar a descansar al andar unos 100 m o pocos minutos en llano
4	Disnea que te impide salir de casa o aparece ante actividades aparentemente livianas (como vestirse o desvestirse)

Fuente: Estrategia nacional en EPOC. Disponible en:
https://www.semg.es/images/documentos/2018/manejo_derivacion_EPOC_AP.pdf

Tabla 5:

Cuestionario CAT de evaluación de la EPOC*

CUESTIONARIO CAT							
Yo nunca toso	0	1	2	3	4	5	Toso todo el tiempo
No tengo flema (moco en el pecho)	0	1	2	3	4	5	Tengo el pecho lleno de flema (moco)
No siento el pecho oprimido	0	1	2	3	4	5	Siento el pecho oprimido.
No me falta el aliento al subir pendientes o escaleras	0	1	2	3	4	5	Me falta el aliento al subir pendientes o escaleras.
No tengo limitación para tareas del hogar	0	1	2	3	4	5	Estoy totalmente limitado para las tareas del hogar
No tengo problemas para salir de mi casa	0	1	2	3	4	5	No me siento seguro para salir de mi casa
Duermo profundamente	0	1	2	3	4	5	Mi problema respiratorio me impide dormir
Tengo mucha energía	0	1	2	3	4	5	No tengo nada de energía

RESULTADO (Las puntuaciones de cada apartado se gradúan entre 0 y 5 puntos. La suma obtiene una puntuación total que puede ir desde 0 (mejor percepción de la calidad de vida) hasta 40 puntos (peor percepción de la calidad de vida) **E INTERPRETACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:** Se han sugerido una serie de escenarios de impacto de la EPOC sobre la calidad de vida de los enfermos atendiendo a la puntuación total obtenida en el CAT:

Bajo impacto (1-10 puntos):

La mayoría de los días son «días buenos», pero la EPOC es la causa de alguna de sus limitaciones.

Impacto medio (11-20 puntos):

Existen pocos «días buenos» en una semana y la EPOC es uno de los principales problemas del paciente.

Impacto alto (21-30 puntos):

No hay «días buenos» en una semana media normal y la EPOC es el problema más importante.

Impacto muy alto (31-40 puntos):

La limitación que produce la enfermedad es máxima.

Fuente: Guía Española de la EPOC (GesEPOC).

Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-guia-espanola-epoc-gesepoc-tratamiento-articulo-S0300289612001159>. (*): Test de impacto de la EPOC y calidad de vida

Los límites de la AP en este diagnóstico se dan cuando no se dispone de espirómetro o personal cualificado para realizar una espirometría de calidad y/o cuando surjan dudas diagnósticas tras la realización de pruebas disponibles en AP. En estos casos, se derivará en la atención especializada (27).

El tratamiento individualizado del paciente con EPOC debe tratar de cumplir una serie de objetivos generales en dos niveles. A corto plazo: mejorar los síntomas, capacidad de ejercicio y calidad de vida; a largo plazo: reducir el riesgo (evitando agudizaciones, ralentizando la evolución de la enfermedad y reduciendo la mortalidad) (25).

En cuanto a las *medidas farmacológicas*, el tratamiento con broncodilatadores (ver Anexo 3) es la principal intervención. Sin embargo, la medida más eficaz es conseguir que los pacientes con EPOC que continúan fumando dejen de hacerlo (27). En nuestro sistema sanitario, la posición del médico de AP para conseguir la cesación del hábito tabáquico es primordial (25).

Como síntesis general, los objetivos generales del tratamiento de la EPOC se resumen en: atenuar los síntomas crónicos de la enfermedad, reducir la frecuencia y gravedad de las agudizaciones y mejorar el pronóstico. Se debe tratar de cumplir tanto los objetivos a corto plazo (control de la enfermedad) como los objetivos a medio y a largo plazo (reducción del riesgo de agudizaciones, caída acelerada de función pulmonar o muerte) (26).

Únicamente la deshabituación tabáquica y la oxigenoterapia domiciliaria cambian positivamente la evolución. Teniendo en cuenta esta consideración, existen tratamientos que mejoran la sintomatología y, en gran medida, la calidad de vida. No todos los

fumadores desarrollan obstrucción al flujo aéreo, con lo que uno de los grandes retos fijados es identificar a los fumadores “susceptibles”. Además, se han descrito fenotipos distintos en pacientes con EPOC con manifestaciones clínicas similares. La identificación de dichos fenotipos específicos relacionados con la EPOC conlleva a la posibilidad de mejorar el diagnóstico y el tratamiento precoz (25).

Los resultados del estudio del National Emphysema Treatment Trial Research Group sobre la indicación de la cirugía de reducción de volumen, el trasplante pulmonar o la rehabilitación respiratoria, o los nuevos métodos para paliar la dependencia al tabaco, junto con la introducción de nuevos fármacos, abren expectativas para mejorar el tratamiento a largo plazo de los pacientes con EPOC (28).

Por último, el resultado de la enfermedad es una enfermedad crónica, con lo que el tratamiento y el cuidado recibido irá encaminado a mejorar los síntomas. En el Anexo 3 se muestran los fármacos inhalados para

el tratamiento de la EPOC según la Estrategia Nacional en EPOC.

Por otra parte, la base del *tratamiento no farmacológico* es la deshabituación del hábito tabáquico. El objetivo de abstinencia tabáquica es prioritario (25).

El abordaje del tabaquismo en la consulta de AP es necesario en todos los fumadores (y mayoritariamente en aquellos que padecen EPOC). El paciente que, pese a ser diagnosticado de EPOC, continúa fumando, suele presentar algunas características diferentes al resto de fumadores: suelen fumar más, inhalan el humo más profundamente, retienen más en los pulmones, tienen un mayor nivel de dependencia, menor motivación para dejar de fumar y mayor prevalencia de depresión. Habitualmente, van a requerir apoyo con terapia conductual, además del tratamiento farmacológico. En todo caso requieren una relación basada en la empatía y comprensión hacia su dependencia (25).

En caso de fracaso o imposibilidad de abordaje en Atención Primaria, deben derivarse a unidades especializadas (25).

Dentro del abordaje del proceso de deshabituación tabáquica, múltiples fármacos han demostrado eficacia, como la terapia sustitutiva de la nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. Estudios recientes establecen a la vareniclina como el tratamiento de elección en los pacientes EPOC fumadores. La duración habitual de los tratamientos es de 12 semanas, pero en los pacientes EPOC con elevada dependencia, en aquellos que tienen historial de fracasos anteriores, o en aquellos que no logran controlar los síntomas de abstinencia, se recomienda prolongar durante 6 meses el tratamiento y/o asociarlo con TSN (25).

En aquellas personas que no presenten la intención de dejar de fumar, la línea de tratamiento mencionada anteriormente puede ayudarles a conseguir una reducción del hábito, lo que supone un paso previo a la cesación definitiva. A pesar de la controversia actual la función del cigarrillo electrónico, no se recomienda su

utilización como terapia de deshabituación tabáquica (25).

Además, de la deshabituación del hábito tabáquico, se dan otra serie de medidas de prevención. Estas son principalmente la actividad física y rehabilitación pulmonar, la vacunación (se recomienda la vacunación antigripal y antineumocócica), las habilidades en autocuidado y la oxigenoterapia en el domicilio (25).

Con respecto a la mejora de la actividad física, los pacientes con EPOC son de los pacientes con patologías crónicas que más beneficio pueden obtener de realizar una actividad física adecuada, ya que habitualmente tienden al sedentarismo a causa de la disnea. Antes se hacía hincapié en fortalecer la musculatura respiratoria, pero todavía es más importante potenciar la musculatura de piernas y brazos para lograr una mayor tolerancia al ejercicio (25).

Las actividades de consejo y control sobre la actividad física deben ser diseñadas y aplicadas desde Atención Primaria. La rehabilitación pulmonar ha demostrado su eficacia en la EPOC moderada y grave, donde los

resultados obtenidos respaldan su hipótesis como parte fundamental del tratamiento (29).

La rehabilitación, unida al ejercicio, abarca otras intervenciones como educación, apoyo psicológico o consejo nutricional. Además, requiere de equipos multidisciplinares generalmente vinculados con atención especializada (27).

En cuanto a la vacunación, se recomienda la vacunación antigripal y antineumocócica a todas las edades y en todos los niveles de gravedad de la enfermedad, con la finalidad de prevenir infecciones y sus consecuentes complicaciones (25).

Otra línea de atención es el fomento de las habilidades de autocuidado a través de programas de educación que contengan formación sobre ejercicio, alimentación correcta para mantener un peso adecuado, comprensión del mecanismo de acción de los medicamentos y cuándo utilizarlos y reconocimiento de síntomas de agudización. En cuanto a esto último, generalmente se actúa sobre todas aquellas actividades que ayuden a mejorar su calidad de vida (25).

En cuanto al abordaje psicológico de del tabaquismo, la Estrategia Nacional en EPOC no ofrece ninguna referencia. Sin embargo, podemos encontrar el Manual de Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria del Gobierno de Cantabria, el cual nos ofrece tanto herramientas psicológicas como farmacológicas para manejar el tabaquismo. El protocolo de actuación de este manual nos indica que se debe aplicar la sencilla intervención de las “5 aes”: averiguar y registrar; aconsejar, apreciar o valorar la disposición para el cambio, ayudar y acordar un seguimiento (30).

Las medidas psicológicas de este manual para combatir el tabaquismo se resumen en diversas técnicas psicológicas, intervenciones motivacionales y prevención de recaídas. Las técnicas psicológicas más destacadas son los autorregistros, los contratos conductuales y el entrenamiento en autoinstrucciones. Todas estas medidas son técnicas cognitivo-conductuales efectivas, las cuales logran un nivel de abstinencia de hasta un 40-50% a lo largo de un año (30).

En el Anexo 4 se muestra el resumen de las recomendaciones de la GesEPOC para el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC.

3.1.1. Atención a personas afectadas por EPOC en el contexto de la APS según CC.AA.

En nuestro contexto, cada comunidad autónoma en España tiene autonomía en la organización y gestión de su sistema de salud, por lo que pueden existir diferencias en la implementación de las recomendaciones de la GesEPOC a cerca del tratamiento de la EPOC (26). Además, puede haber diferencias en la disponibilidad de recursos y en la accesibilidad de los tratamientos, lo que puede afectar la atención y el manejo de la EPOC. Por lo tanto, es importante que los pacientes consulten con los profesionales del equipo de salud de su centro de salud de referencia (24).

En base a lo anterior, se han consultado diferentes carteras de servicio de diferentes servicios de salud de nuestro contexto, para poder realizar un

contraste comparativo que ofreciera una panorámica más representativa sobre el tema de estudios.

En primer lugar, se ofrecen las evidencias recabadas en el **Servicio de Salud de Castilla-La Mancha** (SESCAM), por ejemplo, existen protocolos específicos para la atención y el tratamiento de la EPOC que se ajusten a las necesidades y características de la población de esa comunidad.

En cuando a las medidas de la EPOC que se dan en nuestra comunidad autónoma, se resumen en dos documentos diseñados por el Boletín Farmacoterapéutico del SESCAM. Estos documentos son “Dispositivos de inhalación para asma y EPOC” (31) y *“Actualización del manejo de la EPOC”* (32).

El primer documento corresponde a un manual acerca del uso de estos dispositivos. Hace hincapié en la comprensión del mecanismo de acción de los medicamentos y cuándo utilizarlos, lo cual es una de las principales medidas no farmacológicas de la AP nombradas anteriormente (31).

Los dispositivos de inhalación sintetizados en esta guía se clasifican en tres grupos: inhalador en cartucho presurizado (ICP), dispositivos de polvo seco inhalado (DPI) y nebulizadores (31).

El segundo documento consiste en una actualización de la anterior guía *“EPOC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”*, elaborada por INSALUD (32).

En su actualización se muestran como métodos de diagnóstico y de abordaje terapéutico los similares a la GesEPOC. (32) Los grupos de riesgo son similares a los nombrados anteriormente por las guías GOLD (26).

El tratamiento farmacológico de la guía incluye contenido específico acerca de todos los medicamentos utilizados y sus distintos métodos de administración por inhaladores. En cuanto al tratamiento no farmacológico, este se resume en oxigenoterapia, rehabilitación respiratoria, ventilación Asistida invasiva (VMI) o no invasiva (VMNI) en caso de fracaso respiratorio, adecuar el tratamiento de base, seguimiento y criterios de valoración hospitalaria. La guía no ofrece tratamiento no farmacológico relacionado con la promoción de salud,

fomento de hábitos de vida saludables o la deshabituación del hábito tabáquico (32).

El Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid (SERMAS), podemos encontrar el *Plan Estratégico en EPOC*, elaborado en 2013 y actualizado en 2017 (33).

Este documento prioriza la prevención del tabaquismo en dicha comunidad. Según este plan, en 2008 el tabaco fue la sustancia adictiva que se empezó a consumir más tempranamente en la región. La edad media de inicio fue a los 13,3 años y la edad media de consumo diario a los 14,3 años. Por otra parte, el tabaco es la segunda sustancia más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años, de manera que un 44,6% afirmaba haber fumado tabaco alguna vez a lo largo de su vida, un 32,4% afirmaba haberlo hecho en el último mes y un 14,8% refería fumar diariamente, (porcentaje que alcanzaba un 31,7% entre los estudiantes de 18 años) (33).

Como consecuencia de estas estadísticas, surgen las líneas estratégicas establecidas en el Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo, iniciado en 2003 (y posteriormente actualizado en diversas ocasiones).

Dicho plan enmarca las actuaciones preventivas llevadas a cabo en materia de tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Estas intervenciones incluyen tanto intervenciones educativas dirigidas a que los jóvenes no se inicien en el consumo de tabaco (prevención primaria), como la oferta de alternativas para apoyar a que la población fumadora deje de fumar (prevención terciaria) (33).

La Tabla 6 muestra dichas líneas estratégicas y sus respectivos programas actuales frente al control del tabaquismo, desarrollados por el SERMAS:

Tabla 6: Líneas estratégicas y programas y actividades de control de tabaquismo
SERMAS 2017

LINEAS ESTRATÉGICAS	SERVICIOS / PROGRAMAS
<p>PREVENCIÓN AL INICIO DEL CONSUMO</p>	<p>Cartera de Servicios de AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción en la infancia de hábitos saludables • Promoción de la salud en la adolescencia
	<p>Clase sin humo</p>
	<p>Adolescentes sin tabaco</p>
	<p>Estudio ACEPTA (Actuación en Centros Educativos para la Prevención del Tabaquismo)</p>
<p>PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN FRENTE AL AIRE CONTAMINADO</p>	<p>Red de Hospitales sin Humo</p>

POR EL HUMO DEL TABACO		
		Red de Centros de Salud sin Humo
ATENCIÓN FUMADOR	AL	Unidad Especializada de Tabaquismo (UET)
OTRAS ESTRATÉGICAS	LÍNEAS	Red de Hospitales sin Humo
		Red de Centros de Salud sin Humo Cartera de servicios de AP: <ul style="list-style-type: none"> • Detección de problemas de salud prevalentes en el adulto • Atención al consumo de tabaco en el adulto

Fuente: Plan EPOC Comunidad de Madrid. Programas transversales en las líneas estratégicas Protección de la

población frente al aire contaminado por el humo del tabaco y Atención al fumador. (33)

Por otra parte, el **Servicio Canario de la Salud** (SCS) de la Comunidad Autónoma de Canarias, destaca la guía *“Manejo de la EPOC en la Atención Primaria de Salud”*. El documento prioriza la deshabituación del hábito tabáquico como la principal medida no farmacológica de prevención primaria y terciaria, ya que no es únicamente una intervención imprescindible, sino que también es el método más eficaz para prevenir el desarrollo de la enfermedad en personas sanas (34).

3.1.2. Coaching de salud en el proceso de atención de personas afectadas por EPOC en AP.

Según la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud, comentada anteriormente, el coaching de salud se incluiría dentro de las medidas no farmacológicas

para contribuir en la deshabitación del hábito tabáquico (25).

Por otra parte, uno de los abordajes principales que trata dicha estrategia es la formación de profesionales. Por ello, tiene el objetivo de potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario con el fin de corresponder adecuadamente a las necesidades de las personas con EPOC y favorecer el abordaje integral y holístico de la enfermedad, incluyendo su consecuente coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Además, este plan tiene como objetivo específico que el resto de las comunidades autónomas elaboren un Plan de Formación Continuada para la totalidad de profesionales que presten atención a las personas con EPOC (23).

Considerando el coaching en salud como una medida no farmacológica, esta ha sido estudiada como un método para impulsar la mejora de salud en pacientes con patologías crónicas (30).

Puesto que suprimir el tabaco y aumentar la actividad física requerirá de terapia conductual para favorecer el

proceso, la importancia de poner en práctica el coaching como cuidado primario aumenta (25).

A continuación, se presentan las evidencias recogidas con respecto al coaching de salud en materia de EPOC en el ámbito de la atención primaria.

Una revisión sistemática denominada *“Does health coaching improve health-related quality of life and reduce hospital admissions in people with chronic obstructive pulmonary disease? A systematic review and meta-analysis”* es la primera revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios sobre el coaching de salud para personas con EPOC, elaborada en 2019. Esta determina que el coaching de salud puede ser una intervención candidata para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y reducir las hospitalizaciones en personas con EPOC. Es necesario aumentar la efectividad de los componentes de coaching de salud, la modalidad de entrega y el impacto económico. El estudio también encontró que el programa tuvo un impacto positivo en la autoeficacia, la

calidad de vida y la percepción del control de los síntomas de los participantes (10).

Por otro lado, el ensayo clínico "*Promoting Chronic Obstructive Pulmonary Disease Wellness through Remote Monitoring and Health Coaching: A Clinical Trial*" realizado en 2022 tuvo como objetivo investigar la eficacia de una intervención de monitoreo remoto y coaching de salud en la mejora del bienestar y la reducción de la utilización de servicios de salud en personas con enfermedades crónicas. Los resultados indicaron que los participantes en el grupo de intervención tuvieron una mejora en la calidad de vida, una disminución en la frecuencia de hospitalización y una reducción en los costos de atención médica en comparación con el grupo de control. Además, los participantes reportaron una mayor satisfacción con su atención médica y una mayor participación en su cuidado de la salud (35).

El estudio originado en 2016 "*Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehospitalization. A Randomized Study*" concluyó que el

coaching de salud puede representar una intervención factible y posiblemente efectiva diseñada para reducir las rehospitalizaciones por EPOC (36).

Según la investigación *“The effect of health coaching on treatment adherence, self-efficacy, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease”* realizada en el año 2018, se recomienda la intervención de coaching de salud con el fin de facilitar la adherencia al tratamiento y aumentar las habilidades de autoeficacia al mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por ello, además de en relación con el hábito tabáquico, el coaching también influye en el resto de los procesos que intervienen en el manejo y tratamiento de la enfermedad (37).

Los resultados del estudio *“Health coaching to improve self-management and quality of life for low income patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): protocol for a randomized controlled trial”* en el año 2017 evidencian la eficacia y factibilidad del coaching de salud para mejorar la autogestión y la

calidad de vida de pacientes urbanos desfavorecidos con EPOC moderada a grave (38).

La revisión “Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease”, elaborada en el año 2022 concluye que las intervenciones de autocuidado para personas con EPOC se asocian con mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), medida con el “*Saint George’s Respiratory Questionnaire*” (SGRQ), y una menor probabilidad de ingresos hospitalarios relacionados con problemas respiratorios (39). Los resultados de este estudio proporcionarán evidencia sobre la eficacia y factibilidad del coaching de salud para mejorar el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes urbanos desatendidos con EPOC de moderada a grave.

Por último, el estudio realizado por Benzo et al. (2016) tenía como objetivo desarrollar y evaluar la viabilidad de un programa personalizado de coaching de bienestar para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El programa involucraba a un equipo multidisciplinario de sanitarios que brindaban coaching

personalizado a los participantes durante un período de 12 semanas con el objetivo principal de conseguir la deshabituación del hábito tabáquico (o reducirlo en la medida de lo posible) e incentivar otros hábitos de vida saludables. Según los resultados del estudio, se puede concluir que el programa de coaching de bienestar personalizado fue viable y aceptable para los participantes con EPOC. Los participantes informaron niveles elevados de satisfacción con el programa, y la mayoría completó las 12 sesiones de coaching (40).

Además de la EPOC, también existe una positiva evidencia científica acerca del coaching en salud en otras patologías crónicas (diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión, etc). Estos son algunos estudios que lo reflejan:

El estudio “Problematizing health coaching for chronic illness self-management” del año 2012 nos ofrece el coaching de salud como una estrategia de implementación para apoyar el cambio a la autogestión, ya que alienta a los pacientes a realizar cambios en el

estilo de vida para mejorar la gestión de enfermedades crónicas. (41)

Otro estudio del año 2013 denominado “Health Coaching in Diabetes: Empowering Patients to Self-Manage” nos indica que el coaching de salud mejoró las glucemias y ciertos marcadores de salud mental en una población con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de bajo nivel socioeconómico (42).

Por otro lado, el estudio “Effectiveness of Health Coaching in Diabetes Control and Lifestyle Improvement: A Randomized-Controlled Trial” publicado en el año 2013, nos indica que el coaching de salud puede favorecer el control de la glucemia y la alimentación saludable de los pacientes con DM2, aunque también reconoce que se necesitan más estudios sobre el coaching en salud con una evidencia de mayor calidad (43).

A nivel nacional de salud, el empleo del coaching en salud tiene cada vez más repercusión. Los diferentes

servicios de salud elaboran ciertos contenidos (guías, documentos, formaciones, etc.)

En las diferentes carteras de servicio consultadas podemos observar las siguientes intervenciones en materia de coaching de salud, llevadas a cabo por el profesional de enfermería.

La única comunidad autónoma que ofrece contenido relacionado con el coaching de salud, sin concretar en materia de EPOC es el servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Este nos ofrece el “*Manual Breve de Coaching*”, donde se muestra el concepto de coaching, el proceso del coaching, sus fases y sus objetivos (44).

Dentro del proceso del coaching, clasifica la metodología utilizada en análisis de la situación, identificación de los objetivos que la persona desea realizar, detección de carencias en su objetivo, definir el plan de acción y realizar el seguimiento.

Esta guía distingue las siguientes fases de actuación:

- *Fase de acuerdo*, en la que se comunica con la persona para explicar el proceso y la manera de

hacerlo, además de recibir el permiso de la persona para comenzar. Antes de la fase de acuerdo, al coach le corresponde una fase preparatoria, donde se recomienda investigar la situación que se le presenta.

- *Fase de ejecución del proceso*, donde se incluyen las sesiones de *coaching* propiamente dichas:

Estas sesiones de coaching se pueden clasificar a su vez en:

- *Sesión inicial o exploratoria*: En la *sesión inicial* se analiza la situación en la que la persona se encuentra, se analizará el futuro cercano, se diseñarán áreas de confort y de disconformidad, se llegará al escenario deseado, se detectarán posibles alianzas y se planificarán las metas y objetivos a cumplir. La duración de esta sesión suele ser mayor. Por ello, puede ser de utilidad solicitarle a la persona que traiga una hoja escrita con su situación por escrito. Tiene como objetivo conocer bien los términos, las responsabilidades, las expectativas del

individuo y cómo se puede establecer una buena relación en base al conocimiento de su contexto (45).

- *Sesiones de desarrollo o regulares:*

Las sesiones posteriores a la sesión inicial son denominadas *sesiones de desarrollo*. La finalidad de estas tiene como objetivos:

- Elaborar el consecuente seguimiento de los compromisos fijados en la sesión anterior y evaluar su grado de cumplimiento, estudiando las limitaciones y ayudas en el camino.
- Analizar la necesidad de mantener o, si fuera necesario, reformular los objetivos y metas propuestas.
- Valorar la transformación de la persona, su nuevo posicionamiento personal y profesional, etc. (45).

En estas sesiones el *coach* es “directo”. Este realiza preguntas posibilitadoras y peticiones, evalúa los avances obtenidos en los diferentes encuentros y

reenfoca la sesión dependiendo de los resultados. El *coach* no proporciona una respuesta a la persona. Este sólo le cuestiona con el fin de que la persona pueda por sí misma encontrar las respuestas. “El *coach* está presente para ayudarle a descubrirse y a conocer lo que puede hacer para que se produzcan cambios en su vida. Actúa como compañero y guía, no como profesor, para que encuentre las fuerzas que necesita para implementar cambios positivos” (45).

- Las *sesiones regulares* mantienen una estructura similar, la cual se puede resumir en tres pasos:
 - Elaborar la agenda, con los objetivos correspondientes: identificar aquello en lo que se quiere mejorar.
 - Identificar el momento adecuado para ejercer el *coaching* (momento idóneo para hacer preguntas de autodescubrimiento, reflexión, etc.).
 - Incitar al cambio: incentivar la acción, por parte de la persona, de cara a la próxima sesión.

El resto de las carteras de servicio consultadas, no ofrecen contenido específico relacionado con el coaching en salud. Sin embargo, existen algunas particularidades donde se menciona, pero de manera muy superficial.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ofrece una guía denominada "*Habilidades de coaching aplicado al entrenamiento en educación para la salud*". Esta guía tiene como objetivo general adquirir competencias propias del coaching para mejorar la adherencia al tratamiento e incrementar la responsabilidad y el compromiso con su propia salud en el paciente-usuario y sus familiares (45).

Dentro de la cartera de servicios del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) no se encuentran indicaciones y/o recomendaciones relacionadas con la utilización del coaching en salud.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad nos ofrece un resumen de *Consejo Integral de Estilo de Vida en Atención Primaria*: Este documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en

2015, con el fin de proporcionar a los profesionales de la salud una guía práctica para abordar y promover hábitos saludables en sus pacientes, en el contexto de la atención primaria (46).

El documento aborda temas como la alimentación saludable, la actividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol y el manejo del estrés. Además, proporciona herramientas prácticas para la evaluación del riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, así como para la elaboración de planes de acción individualizados (46).

En cuanto a la intervención sobre el consumo del tabaco en atención primaria, como factor de riesgo importante en el desarrollo y mantenimiento de la EPOC, se recalca que a la mayoría de las personas fumadoras les falta la motivación suficiente para intentar abandonar el tabaco. Una intervención que puede aumentar el número de fumadores que hacen un intento de abandono, y que consiguen dejar de fumar, es la entrevista motivacional. Este tipo de entrevista es aquella que, centrada en la persona fumadora, trata de

desarrollar sus propias habilidades, con vistas a animarle al cambio respecto a un estilo de vida no saludable, ayudando a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia respecto a su conducta (46).

Esta entrevista motivacional es similar a la sesión inicial o exploratoria mencionada en el “Manual Breve de Coaching” del publicada por el SERMAS, donde se establecen los objetivos a cumplir mediante la intención de que la persona fumadora realice cambios en su vida proporcionales a sus capacidades, a su motivación y a su punto de partida.

El asesoramiento más eficaz para ayudar a dejar de fumar consiste en el aumento de la motivación del fumador personalizando los riesgos y costos del consumo de tabaco (consecuencias del tabaco en su salud, en la economía personal, o cómo afecta a su familia). El asesoramiento también es una oportunidad para analizar los obstáculos y barreras en el intento de abandono del tabaco, y buscar habilidades para evitar o manejar los deseos de fumar cuando se está intentando el abandono (46).

Por tanto, a pesar de no mencionar el término coaching, hace hincapié en intervenciones que forman parte de los pilares básicos del coaching (acompañamiento, asesoramiento, motivación, entrevista, etc).

3.2. COACHING DE SALUD EN EL EJERCICIO DEL CUIDADO PRIMARIO DE PERSONAS AFECTADAS POR EPOC COMO CONSECUENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO.

La mayoría de evidencia existente acerca del tratamiento de la EPOC se orienta hacia el tratamiento farmacológico para mitigar los síntomas de la enfermedad (prevención secundaria), aunque las investigaciones más recientes recalcan la importancia de la deshabituación tabáquica (prevención primaria y terciaria) y de las medidas no farmacológicas.

El coaching de salud se presenta como una herramienta privilegiada del cuidado primario, que posibilita al profesional de enfermería de atención primaria acompañar el proceso de autoconocimiento y desarrollo

de la responsabilidad individual del paciente afectado por EPOC en el diseño y ejecución del plan de cuidados.

En este sentido la evidencia existente acerca de esta temática es muy escasa. Se sigue evidenciando una predominancia del abordaje biomédico frente a incipientes aportaciones de un modelo más integrativo, que reconoce e incorpora la participación del paciente y de su contexto familiar de referencia en su proceso de atención, y que utiliza técnicas que posibilitan esta nueva orientación en el modelo de cuidado primario, como es el caso del coaching de salud.

Esta transición de paradigmas conlleva un déficit de investigación al respecto. Algo que ha dificultado nuestro proceso de búsqueda, evidenciándose una escasez significativa en cuanto a la publicación de evidencias de enfermería de AP con respecto al tema de estudio.

Dentro de este panorama de escasez de producción científica al respecto, cabe destacar una de las mayores precursoras de este método de cuidado primario en nuestro país, Jaci Molins Roca. Iniciadora de esta

aportación al cuidado primario como enfermera de atención primaria.

El libro “Coaching y Salud. Pacientes y médicos: una nueva actitud” (2010) presenta el coaching de salud como un proceso de cambio en el que la persona consigue sus objetivos relacionados con la salud de una manera más rápida y eficiente. Este proceso se basa principalmente en la comunicación entre el personal sanitario y la persona afectada o paciente (47).

Como conclusión de este apartado, falta un mayor desarrollo de producción científica por parte del personal de enfermería de atención primaria que contribuya a la incorporación y desarrollo del coaching de salud como estrategia de intervención del cuidado primario en los procesos crónicos de salud.

4) CONCLUSIONES

A continuación, se detallan las principales conclusiones alcanzadas con nuestro trabajo:

- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria con una elevada morbimortalidad. Es la tercera causa de muerte en el mundo, lo que supone un importante problema de salud pública.
- La Historia natural y social de la EPOC refleja que la prevención primaria está directamente orientada hacia la deshabituación del hábito tabáquico, el cual supone el principal factor de riesgo de desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. En el periodo patogénico de la enfermedad, aparecen los primeros síntomas como falta de aire, sibilancias, tos crónica o infecciones respiratorias frecuentes. En cuanto a la prevención terciaria, esta se basa también en frenar la historia natural del consumo

de tabaco y disminuir la morbimortalidad asociada.

- La comunidad científica ofrece diversas medidas farmacológicas y no farmacológicas frente a esta patología. En los últimos años, las nuevas investigaciones se orientan mayoritariamente hacia las medidas no farmacológicas como la deshabituación tabáquica y hacia sus respectivas prevenciones.
- Se sigue evidenciando una predominancia del abordaje biomédico frente a incipientes aportaciones de un modelo más integrativo, que reconoce e incorpora la participación del paciente y de su contexto familiar de referencia en su proceso de atención, y que utiliza técnicas que posibilitan esta nueva orientación en el modelo de cuidado primario, como es el caso del coaching de salud.

- El coaching en salud es un método de cuidado primario que se encuadraría por un lado dentro del tratamiento de la EPOC, como medidas no farmacológicas, y del cuidado primario desarrollado por parte del profesional de enfermería de atención primaria. Esta metodología tiene la finalidad de acompañar y empoderar a las personas a encontrar o recuperar su autonomía para establecer mejoras en su salud, ya sea a través de realizar cambios en sus hábitos de vida, aumentar la adherencia al tratamiento entre otros.
- Las evidencias recogidas en este documento demuestran que el coaching en salud podría ser un método de cuidado primario con resultados positivos frente a la EPOC, aunque por el momento su grado de utilización sea más bien escaso.

5) REPERCUSIONES

1. AUTOR 1:

1.1. APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

El estudio científico que hemos desarrollado presenta un papel fundamental en la formación y desarrollo en todos los campos y profesiones sanitarias, especialmente en el campo de la neumología y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Una de las principales limitaciones que se nos han presentado en la realización del estudio han sido la escasez de evidencia científica relacionada con esta metodología de cuidado primario frente a la EPOC.

1.2. APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL

Dentro de las distintas ramas del sistema sanitario, la enfermería es aquella que más cuidados presta y es una de las principales

puertas de entrada al sistema sanitario, por lo que supone calidad en la atención que presente conocimientos sobre esta temática.

Para dar indicaciones concretas y correctas es preciso que la enfermería conozca y maneje este tema desde el punto más actualizado de la evidencia científica.

En el tratamiento de esta patología es muy importante la labor del personal sanitario utilizando técnicas propias del coaching de salud, con el fin de mejorar la calidad de vida del individuo afectado y facilitar el proceso de cuidado.

Por tanto, cabe destacar la necesidad de incorporar esta metodología de cuidado a través de la formación de la persona qui ejerce el cuidado, con el fin de que posteriormente se incorpore el coaching para hacer frente al EPOC y a otras patologías crónicas.

Así mismo, es importante que la enfermería siga informándose y actualizándose sobre el tema, ya que el concepto de coaching en salud surge

como algo innovador y carece de información de calidad para poder ser respaldada.

2. AUTOR 2:

2.1. APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

El estudio científico ha sido fundamental en mi formación como profesional sanitario especializado en el coaching de salud para personas afectadas por EPOC debido al tabaquismo. Ha proporcionado la base de conocimientos necesaria para brindar una atención de alta calidad y basada en la evidencia, y ha permitido una adaptación continua de mis enfoques a medida que se desarrolla nueva investigación en este campo.

2.2. APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL

La aplicación práctica del coaching de salud dirigido a personas afectadas por EPOC como consecuencia del hábito tabáquico en el ámbito laboral es esencial para brindar un apoyo efectivo a los pacientes y promover un cambio positivo en sus comportamientos y hábitos de vida.

En el ámbito laboral, la aplicación práctica comienza con una evaluación exhaustiva de cada paciente. Esto implica recopilar información sobre su historial médico, hábitos de tabaquismo, diagnóstico de EPOC, nivel de funcionamiento pulmonar y otros factores de riesgo laborales que puedan estar contribuyendo a su condición.

Una vez que se ha evaluado al paciente, se colabora con él para establecer metas claras y realistas relacionadas con la gestión de la EPOC y la cesación del tabaquismo.

Estas metas deben ser específicas, medibles y alcanzables

Se brinda información educativa detallada sobre la EPOC, sus síntomas, progresión y el impacto negativo del tabaquismo en la enfermedad. Los pacientes deben comprender completamente cómo sus hábitos de tabaquismo afectan su salud pulmonar y general. Se crea un plan de manejo de la EPOC que incluye estrategias para controlar los síntomas, como la disnea y la tos, y para mantener un estilo de vida saludable. Esto puede involucrar la participación en programas de rehabilitación pulmonar, cambios en la dieta y el ejercicio, y la gestión de la medicación.

Además, es fundamental realizar un seguimiento regular con los pacientes para evaluar su progreso hacia el logro de sus metas y para abordar cualquier desafío o recaída que puedan experimentar.

3. AUTOR 3:

3.1. APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTIFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

Mis conocimientos previos a la elaboración de este trabajo sobre el coaching como tratamiento del asma bronquial. Hasta tal punto que desconocía que esta técnica lograra mejorar esta patología que afecta a una gran parte de la población actual.

Gracias a este he adquirido conocimientos sobre evidencias que muestran que el coaching de salud es efectivo en la mejora de la calidad de vida, la actividad física, la capacidad funcional y la autoeficacia de los pacientes con EPOC. Así mismo, el coaching de salud también se ha demostrado efectivo en la disminución de hospitalizaciones relacionadas con la EPOC.

3.2. APLICACIÓN PRACTICA EN EL ÁMBITO LABORAL

Este trabajo se puede extrapolar a la práctica clínica ya que la enfermería puede desempeñar herramienta de coaching tanto en hospitalización como en atención primaria guiando, motivando y estableciendo objetivos para controlar el asma bronquial.

Los hallazgos de este trabajo sugieren que el coaching de salud puede ser una intervención importante en el manejo de la EPOC para el desarrollo de programas de coaching personalizados y efectivos.

Además, este método está siendo popular en nuestro sistema sanitario. No obstante, muchos servicios de salud, en particular dentro de la atención primaria, aún no mencionan ni ofrecen esta modalidad de cuidado.

6) BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2022]. 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. Gutiérrez Villegas C, Paz-Zulueta M, Herrero-Montes M, Parás-Bravo P, Madrazo Pérez M. Cost analysis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review. Health Econ Rev. 17 de agosto de 2021;11(1):31.
3. INFORME_ANUAL_2020_21.pdf [Internet]. [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf

4. Soriano JB, Miravittles M. Datos epidemiológicos de EPOC en España. Arch Bronconeumol. 20 de junio de 2007;43:2-9.
5. Gomez J, Quintano J, Requena A, Béjar M, Gérez-Callejas M, Uruñuela M, et al. [Chronic obstructive pulmonary disease: Morbimortality and healthcare burden.]. Semergen Soc Espanola Med Rural Generalista. 14 de marzo de 2014;
6. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax. 1 de octubre de 2009;64(10):863-8.
7. Lundbäck B, Lindberg A, Lindström M, Rönmark E, Jonsson AC, Jönsson E, et al. Not 15 but 50% of smokers develop COPD?--Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. Respir Med. febrero de 2003;97(2):115-22.
8. Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the

general population. *Thorax*. 1 de noviembre de 2006;61(11):935-9.

9. Epoc y tabaco | separ [Internet]. [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://separ.es/node/627>

10. Long H, Howells K, Peters S, Blakemore A. Does health coaching improve health-related quality of life and reduce hospital admissions in people with chronic obstructive pulmonary disease? A systematic review and meta-analysis. *Br J Health Psychol*. septiembre de 2019;24(3):515-46.

11.

r01e00000ff26d465eba470b8768b3b21eb0fa2

54

r01e00000ff26d46733a470b8eb7916b4c0d25229.

Salud comunitaria [Internet]. 2016 [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/salud-comunitaria/web01-a2osabiz/es/>

12. Ernesto Cotonieto-Martínez, Rodrigo Rodríguez-Terán. *Salud comunitaria: Una revisión de los pilares*,

enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. Vol. Volumen 6 Numero 2 pp 393-410. 2021.

13. book-attachment-2146.pdf [Internet]. [citado 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2146.pdf>
14. Ocronos RM y de E. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 5 de mayo de 2023].
▷ Principios generales enunciados en la Ley 14/1986, General de Sanidad. Disponible en: <https://revistamedica.com/principios-generales-ley-14-1986-general-sanidad/>
15. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
16. Ministerio de Sanidad - Profesionales - CS-AtencionPrimaria [Internet]. [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestaci>

onesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm

17. Alicante CE. Colegio de Enfermería de Alicante. [citado 15 de enero de 2023]. Web del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Disponible en: https://www.enferalicante.org/familiar_comunitaria.php
18. Comisión de Coaching y Salud de ICF España. Coaching y Salud: territorio a explorar. Cuadernos de coaching [Internet]. mayo de 2016; Disponible en: https://coachingdesalud.com/files_download/Coaching-y-salud-territorio-a-explorar.pdf
19. García Guillén M de L. Setenta y un años de historia de la EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (1935-2006). Rev Inst Nac Enfermedades Respir. diciembre de 2006;19(4):316-20.
20. Wayback Machine [Internet]. 2019 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20190424214953/http>

://www.racmyp.es/R/racmyp//docs/anales/A77/A77-30.pdf

21. Cor pulmonale: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000129.htm>
22. Marín Trigo JM. Principales parámetros de función pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Aten Primaria. 30 de julio de 2003;32(3):169-76.
23. EstrategiaEPOCSNS.pdf [Internet]. [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>
24. Monteagudo M, Rodriguez-Blanco T, Parcet J, Peñalver N, Rubio C, Ferrer M, et al. Variabilidad en la realización de la espirometría y sus consecuencias en el tratamiento de la EPOC en Atención Primaria. Arch Bronconeumol. 1 de mayo de 2011;47(5):226-33.

25. Víctor Félix Romero Sanz, María Sanz Almazán, Mario Bárcena Caamaño. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en AP. Documentos Manejo y derivación SEMG.
26. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 1 de julio de 2012;48(7):247-57.
27. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. SEMERGEN - Med Fam. 1 de marzo de 2013;39(2):89-94.
28. Boschetto P, Miniati M, Miotto D, Braccioni F, De Rosa E, Bononi I, et al. Predominant emphysema phenotype in chronic obstructive pulmonary. Eur Respir J. marzo de 2003;21(3):450-4.

29. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med. 1 de marzo de 2017;195(5):557-82.
30. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Manual de Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria [Internet]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/manual%20con%20ISBNpdf.pdf>
31. viii_01_dispositivosinhalacionasmaepoc.pdf [Internet]. [citado 18 de marzo de 2023]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/viii_01_dispositivosinhalacionasmaepoc.pdf
32. Ma MO. ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DE LA EPOC.

33.

307_158_planepocmadrid_1abr13_lowres_0.pdf [Internet]. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/307_158_planepocmadrid_1abr13_lowres_0.pdf

34. Guia_Epoc.pdf [Internet]. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c30e5761-f07a-11e3-a788-5f1420c9318c/Guia_Epoc.pdf

35. Benzo R, Hoult J, McEvoy C, Clark M, Benzo M, Johnson M, et al. Promoting Chronic Obstructive Pulmonary Disease Wellness through Remote Monitoring and Health Coaching: A Clinical Trial. *Ann Am Thorac Soc.* noviembre de 2022;19(11):1808-17.

36. Benzo R, Vickers K, Novotny PJ, Tucker S, Hoult J, Neuenfeldt P, et al. Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehospitalization. A

Randomized Study. Am J Respir Crit Care Med. 15 de septiembre de 2016;194(6):672-80.

37. Tülüce D, Kutlutürkan S. The effect of health coaching on treatment adherence, self-efficacy, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Nurs Pract. agosto de 2018;24(4):e12661.
38. Huang B, Willard-Grace R, De Vore D, Wolf J, Chirinos C, Tsao S, et al. Health coaching to improve self-management and quality of life for low income patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): protocol for a randomized controlled trial. BMC Pulm Med. 9 de junio de 2017;17(1):90.
39. Schrijver J, Lenferink A, Brusse-Keizer M, Zwerink M, van der Valk PD, van der Palen J, et al. Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 10 de enero de 2022;1(1):CD002990.

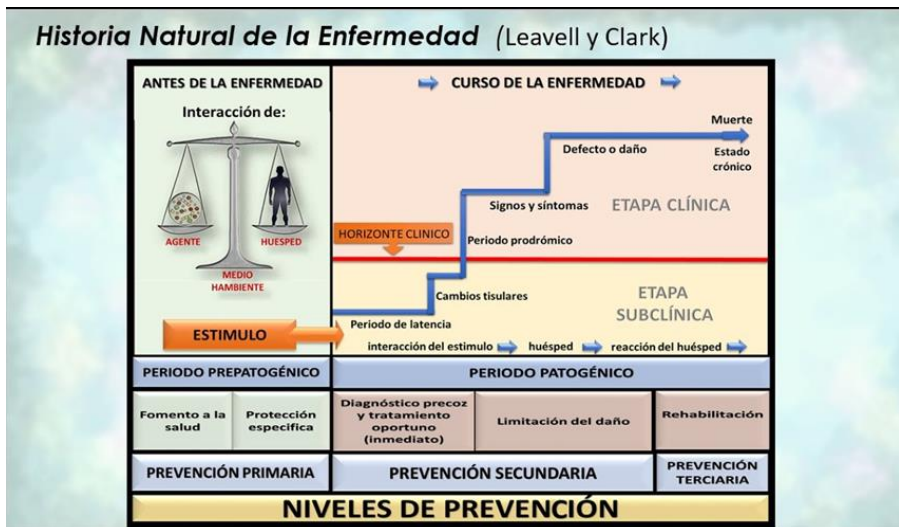
40. Benzo, R. P., Abascal-Bolado, B., Duloher, M. M., & Johnson, P. T. (2016). Development and feasibility of a personalized wellness coaching program for individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *BMC pulmonary medicine*, 16(1), 112.
41. Howard LM, Ceci C. Problematizing health coaching for chronic illness self-management. *Nurs Inq.* septiembre de 2013;20(3):223-31.
42. Wayne N, Perez DF, Kaplan DM, Ritvo P. Health Coaching Reduces HbA1c in Type 2 Diabetic Patients From a Lower-Socioeconomic Status Community: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 5 de octubre de 2015;17(10):e224.
43. Lin CL, Huang LC, Chang YT, Chen RY, Yang SH. Effectiveness of Health Coaching in Diabetes Control and Lifestyle Improvement: A Randomized-Controlled Trial. *Nutrients.* 29 de octubre de 2021;13(11):3878.

44. manual_breve_de_coaching.pdf [Internet]. [citado 5 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/manual_breve_de_coaching.pdf
45. GUÍA COACHING.pdf [Internet]. [citado 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/formacionchj/pluginfile.php/105/course/summary/GU%C3%8DA%20COACHING.pdf>
46. Hacer Q. CONSEJO INTEGRAL EN ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA, VINCULADO CON RECURSOS COMUNITARIOS EN POBLACIÓN ADULTA.
47. molins-180111-63.pdf [Internet]. [citado 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://lnxacademia.cat/files/425-1313-DOCUMENT/molins-180111-63.pdf>
48. Molins Roca J. Coaching y diabetes. Coach Diabetes. 2011;34(34(5)):381-4.

49. López Zarrabeitia I. «health coaching», un nuevo paradigma en la intervención sobre el paciente crónico. *Enferm En Cardiol Rev Científica E Inf Asoc Esp Enferm En Cardiol*. 2016;(67):72-6.

7) ANEXOS

Anexo 1: Modelo de Historia Natural de Leavell y Clark



Anexo 2:

Además de la estrategia nacional del EPOC, es importante destacar a nivel nacional la *Guía española de la EPOC* (GesEPOC), nombrada anteriormente. La GESEPOC es una guía de práctica clínica desarrollada por un grupo de expertos en EPOC en España, actualizada periódicamente para incluir las últimas investigaciones y recomendaciones sobre el tratamiento de la enfermedad. Estas recomendaciones son útiles para guiar a los profesionales de la salud en el manejo de la enfermedad y para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC. (3)

De manera resumida, la GESEPOC establece las siguientes recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC:

- *Diagnóstico:* La EPOC debe ser diagnosticada en base a la presencia de síntomas respiratorios (como tos, producción de esputo y disnea) y una reducción del flujo de aire. Se recomienda el uso de espirometría para confirmar el diagnóstico y para evaluar la gravedad de la enfermedad.

- *Tratamiento farmacológico en fase estable:* El tratamiento farmacológico en fase estable se basa en el uso de broncodilatadores, corticosteroides inhalados, inhibidores de la fosfodiesterasa-4 y, en algunos casos, antibióticos. El tratamiento debe ser personalizado y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.
- *Tratamiento no farmacológico:* El tratamiento no farmacológico incluye cambios en el estilo de vida, como dejar de fumar, aumentar la actividad física y seguir una dieta saludable. La educación del paciente y la rehabilitación pulmonar también son recomendables.
- *Exacerbaciones:* Las exacerbaciones de la EPOC deben ser tratadas con broncodilatadores, corticosteroides orales y, en algunos casos, antibióticos.

Anexo 3:

Tabla 6: Fármacos inhalados para el tratamiento de la
EPOC

FÁRMACO	DESCRIPCIÓN	Principio activo	Intervalo entre dosis
SABA	Beta-2-adrenérgicos de corta duración	Salbutamol	4-6h
		Tertutalina	6h
SAMA	Anticolinérgicos de corta duración	Bromuro de Ipratropio	6-8h
LABA	Beta-2-adrenérgicos de larga duración	Formoterol	12h
		Salmeterol	12h
		Indacaterol	24h
		Olodaterol	24h
LAMA	Anticolinérgicos de larga duración	Aclidinio	12h
		Glicopirronio	24h

		Tiotropio, bromuro	24h
		Umeclidinio	24h
LABA / LAMA	Doble broncodilataci ón	Formoterol / Aclidinio	12h
		Indacaterol / Glicopirronio	24h
		Olodaterol / Tioprio	24h
		Vilanterol / Umeclidinio	24h
LABA / GCI	LABA + Corticoide inhalado	Formoterol / Beclometaso na	12h
		Formoterol / Budesonida	12h
		Salmeterol / Fluticasona propionato	12h

		Vilanterol / Fluticasona furoato	24h
--	--	---	-----

Fuente: Estrategia nacional en EPOC. Disponible en:

https://www.semg.es/images/documentos/2018/manejo_derivacion_EPOC_AP.pdf

Anexo 4:

Resumen de las recomendaciones de la GESEPOC para el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC (26):

- *Diagnóstico:* La EPOC debe ser diagnosticada en base a la presencia de síntomas respiratorios (como tos, producción de esputo y disnea) y una reducción del flujo de aire. Se recomienda el uso de espirometría para confirmar el diagnóstico y para evaluar la gravedad de la enfermedad.
- *Tratamiento farmacológico en fase estable:* El tratamiento farmacológico en fase estable se basa en el uso de broncodilatadores, corticosteroides inhalados, inhibidores de la

fosfodiesterasa-4 y, en algunos casos, antibióticos. El tratamiento debe ser personalizado y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.

- *Tratamiento no farmacológico*: El tratamiento no farmacológico incluye cambios en el estilo de vida, como dejar de fumar, aumentar la actividad física y seguir una dieta saludable. La educación del paciente y la rehabilitación pulmonar también son recomendables.
- *Exacerbaciones*: Las exacerbaciones de la EPOC deben ser tratadas con broncodilatadores, corticosteroides orales y, en algunos casos, antibióticos.

