

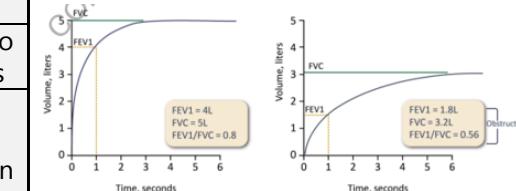
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) SEGÚN GOLD 2026. MANEJO BÁSICO

Adaptado Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD 2026). Disponible en <https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/>

DEFINICIÓN

La EPOC 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 aire¹.

DIAGNÓSTICO Se debe considerar el diagnóstico de EPOC en cualquier paciente que tenga disnea, tos crónica o producción de esputo, antecedentes de infecciones recurrentes del tracto respiratorio inferior y/o antecedentes de exposición a factores de riesgo para la enfermedad, pero es obligatoria una espirometría que muestre la presencia de un FEV1/FVC postbroncodilatador < 0,7 para establecer el diagnóstico de EPOC.

SÍNTOMAS	FACTORES DE RIESGO	ESPIROMETRÍA
<p>Indicadores clínicos que hacen sospechar el diagnóstico de EPOC:</p> <p>Disnea (Progresiva, persistente, empeora con el ejercicio)</p> <p>Sibilancias recurrentes</p> <p>Tos crónica (Puede ser intermitente y no productiva)</p> <p>Expectoración. Debido a alteraciones de la vía áerea (Bronquitis, bronquiolitis) y/o alveolares (enfisema) que causa persistente, y frecuentemente progresiva, obstrucción aérea.</p> <p>Historia de factores de riesgo (Tabaco, humo, contaminación ambiental y factores de paciente)</p>	<p>EPOC determinada genéticamente Déficit de α-1 antitripsina Otras variantes genéticas con pequeños efectos actuando en combinación</p> <p>EPOC debido a desarrollo anormal del pulmón Eventos en la fase inicial de la vida, incluyendo nacimiento prematuro y bajo peso, entre otros</p> <p>EPOC por causas medioambientales <i>EPOC por causa del tabaco</i> <i>EPOC por exposición a biomasa o polución</i> Exposición al humo del tabaco, incluyendo en embarazo o vía pasiva Uso de vaporizadores o e-cigarros Cannabis Exposición a polución en casa, polución del ambiente, humo de incendio, riesgos profesionales</p> <p>EPOC debido a infecciones Infecciones de la infancia, tuberculosis, VIH</p> <p>EPOC y ASMA Asma particularmente en la infancia</p> <p>EPOC por causas desconocidas</p>	<p>FEV1/FVC < 70% Postbroncodilatación</p>  <p>Valorar algoritmo de Espirometría Pre- y Postbroncodilatación</p> <pre> graph TD A[Measure Pre-Bronchodilator FEV1/FVC] --> B{FEV1/FVC ≥ 0.7} B --> C[Not COPD] A --> D{FEV1/FVC < 0.7} D --> E[Measure Post-Bronchodilator FEV1/FVC] E --> F{FEV1/FVC ≥ 0.7} F --> G[Flow response: needs follow-up with repeat assessment] E --> H{FEV1/FVC < 0.7} H --> I[COPD confirmed] </pre>

DATOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

PRESENCIA Y SEVERIDAD DE LA ANORMALIDAD ESPIROMÉTRICA.

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
FEV₁	>80%	<80 % y ≥50%	<50 % y ≥30%	< 30% o <50% + insuficiencia respiratoria crónica

MAGNITUD DE LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE.

a) CUESTIONARIO mMRC² (Modified British Medical Research Council)

VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS ESCALA DE DISNEA MODIFICADA DEL MRC (mMRC) , British Medical Research Council		>2 Disnea significativa
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso	
1	Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada	
2	Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso	
3	Tener que parar a descansar al andar unos 100m o a los pocos minutos de andar en llano	
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.	

b) COPD Assessment Test (CAT)³

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA CAT (COPD ASSESSMENT TEST, Test de evaluación de la EPOC) SUMA DE PUNTUACIONES (0-40)

< 10: Impacto bajo de la EPOC (La mayoría de días son buenos; la enfermedad impide al paciente hacer una o dos cosas que quería; tos de varios días a la semana)

≥ 10: Impacto medio a alto de la EPOC

Nunca toso	0 1 2 3 4 5	Siempre estoy tosiendo
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0 1 2 3 4 5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)
No siento ninguna opresión en el pecho	0 1 2 3 4 5	Siento mucha opresión en el pecho
Cuando subo una pendiente o un tramo de escalera, no me falta el aire	0 1 2 3 4 5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escalera, me falta mucho el aire
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0 1 2 3 4 5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0 1 2 3 4 5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco
Duermo sin problemas	0 1 2 3 4 5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco
Tengo mucha energía	0 1 2 3 4 5	No tengo ninguna energía
TOTAL:		

c) Recuento de Eosinófilos en Sangre (RES)

Existen pruebas de que el recuento de eosinófilos en sangre es mayor en el paciente con EPOC. Pueden ayudar a estimar la probabilidad de una respuesta preventiva beneficiosa con la implantación de corticoides inhalados al tratamiento broncodilatador estándar, y por lo tanto **se puede utilizar como biomarcador** junto con la evaluación a la hora de tomar decisiones con respecto al uso de estos (ICS). Se observa un mayor descenso del FEV1 en pacientes con EPOC leve a moderado con mayores recuentos de eosinófilos en sangre en la población en la que el uso de corticoides inhalados era bajo, lo que pone de relieve la posible utilidad de los recuentos de eosinófilos en sangre como biomarcador pronóstico del descenso de la función pulmonar cuando no están condicionados por el uso de corticoides inhalados,

OTRAS PRUEBAS:

PRUEBAS	UTILIDAD
ALFA 1 ANTITRIPSINA	Realizar screening a todo paciente con EPOC al menos una vez en la vida
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	Excluir diagnósticos alternativos o detectar comorbilidades
TAC DE TÓRAX	Detección de bronquiectasias, riesgo de cáncer de pulmón, previo a trasplante pulmonar, diagnóstico diferencial
VOLÚMENES PULMONARES Y DLCO	Evidenciar atrapamiento aéreo: incremento del VR y de la CPT
GASOMETRÍA ARTERIAL	Obtener valores de PH, PaO ₂ , PaCO ₂ . Realizar si saturación de O ₂ < 92%
BIOMARCADORES	PCR y procalcitonina: restricción del uso de antibióticos durante las exacerbaciones. Eosinófilos

PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA EPOC

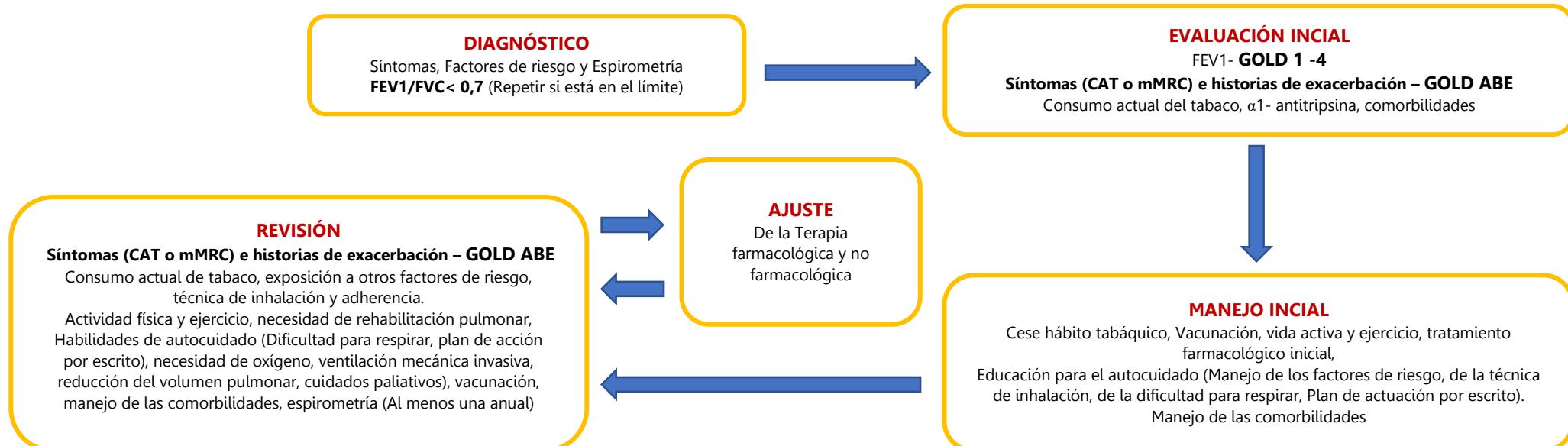
- ✓ Se debe alentar y apoyar a todas las personas fumadoras para que dejen de fumar. El reemplazo de nicotina y la farmacoterapia aumentan las tasas de abstinencia de fumar a largo plazo. Las prohibiciones legislativas de fumar y el asesoramiento, impartido por profesionales de la salud, mejoran las tasas de abandono del hábito. En la actualidad, no hay evidencia que respalde la efectividad y la seguridad de los cigarrillos electrónicos como ayuda para dejar de fumar.
- ✓ Los principales objetivos del tratamiento son reducir los síntomas y el riesgo futuro de exacerbaciones. La estrategia de tratamiento de la EPOC estable debe basarse predominantemente en la evaluación de los síntomas y los antecedentes de exacerbaciones.
- ✓ 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. Los datos sugieren efectos beneficiosos sobre las tasas de deterioro de la función pulmonar y mortalidad.
- ✓ Cada tratamiento farmacológico debe ser individualizado y guiado por la gravedad de los síntomas, el riesgo de exacerbaciones, los efectos secundarios, las comorbilidades, la disponibilidad y el costo del medicamento, y la respuesta, preferencia y capacidad del paciente para usar varios dispositivos de administración de medicamentos.
- ✓ La técnica del inhalador debe evaluarse con regularidad
- ✓ Las vacunas contra la COVID-19 son muy eficaces contra la infección por SARS-CoV-2 y las personas con EPOC deben vacunarse contra la COVID-19 de acuerdo con las recomendaciones nacionales. La vacunación contra la influenza y el neumococo disminuyen la incidencia de infecciones del tracto respiratorio inferior.
- ✓ La CDC recomienda: la vacuna Tdap (dTaP/dTpa; tos ferina, tétanos y difteria) para los pacientes con EPOC que no fueron vacunados en la adolescencia; uso rutinario de la vacuna contra el herpes zóster en todos los pacientes con EPOC; la nueva vacuna contra el virus respiratorio sincitial (VRS) para personas mayores de 60 años y/o con enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas.
- ✓ La rehabilitación pulmonar 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.
- ✓ En pacientes con hipoxemia crónica grave en reposo (PaO₂ ≤ 55 mmHg o < 60 mmHg si hay cor pulmonale o policitemia secundaria), la oxigenoterapia a largo plazo mejora la supervivencia.
- ✓ En pacientes con EPOC estable y desaturación moderada en reposo o inducida por el ejercicio, el tratamiento con oxígeno a largo plazo no debe prescribirse de forma rutinaria. Sin embargo, se deben tener en cuenta los factores individuales del paciente al evaluar la necesidad de oxígeno suplementario del paciente.
- ✓ En pacientes con hipercapnia crónica grave y antecedentes de hospitalización por insuficiencia respiratoria aguda, la ventilación no invasiva a largo plazo puede disminuir la mortalidad y prevenir la rehospitalización.
- ✓ En pacientes seleccionados con enfisema avanzado refractario a la atención médica optimizada, los tratamientos quirúrgicos o broncoscopicos intervencionistas pueden ser beneficiosos.
- ✓ Los abordajes paliativos son eficaces para controlar los síntomas en la EPOC avanzada.

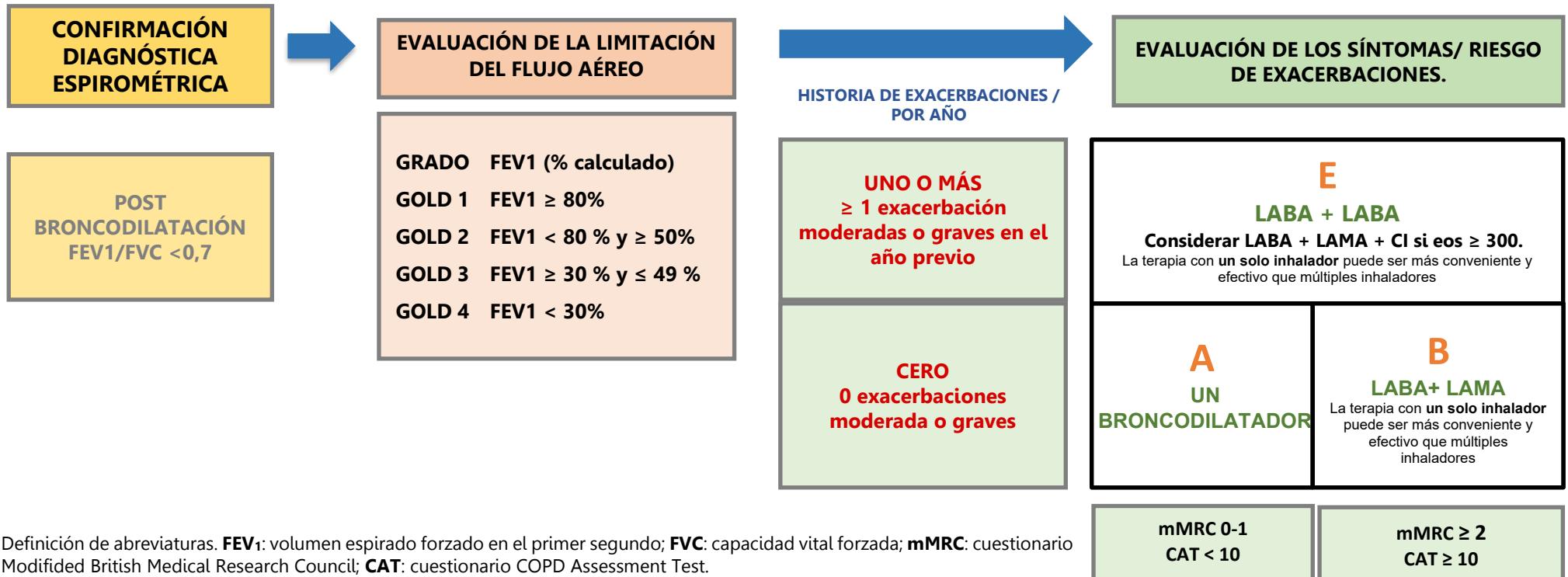
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EPOC:

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PACIENTE DE GRUPO	ESENCIAL	RECOMENDADO	DEPENDIENDO DE LAS GUÍA LOCALES
A	Cese de consumo tabáquico (Puede incluir tratamiento farmacológico). Evidencia A	Actividad física	Vacunación de: <ul style="list-style-type: none"> • la Gripe, • del Covid-19, • del Neumococo, • de la Tosferina, • del Herpes zoster • y del Virus sincitial respiratorio
B y E	Cese de consumo tabáquico (Puede incluir tratamiento farmacológico). Evidencia A Rehabilitación pulmonar	Actividad física	

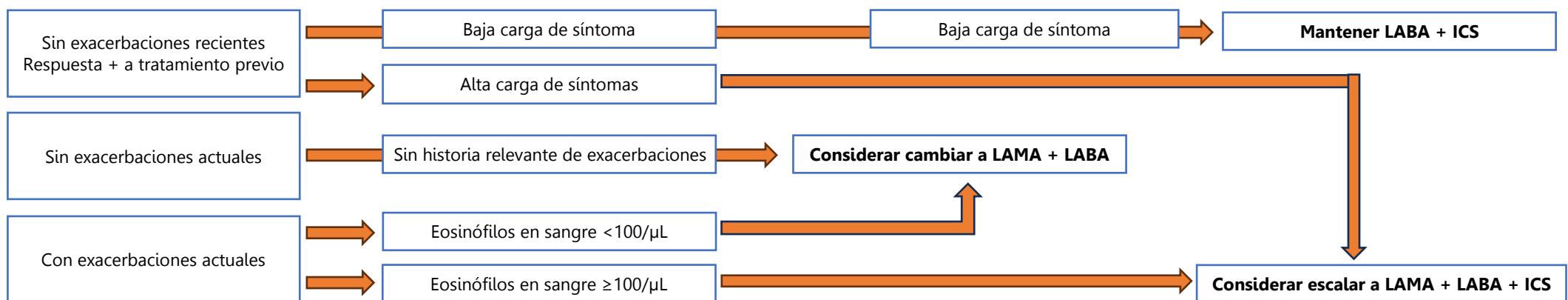
MANEJO DE LA EPOC





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.

MODIFICACIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE ESTÁN TRATADOS CON ICS/LABA



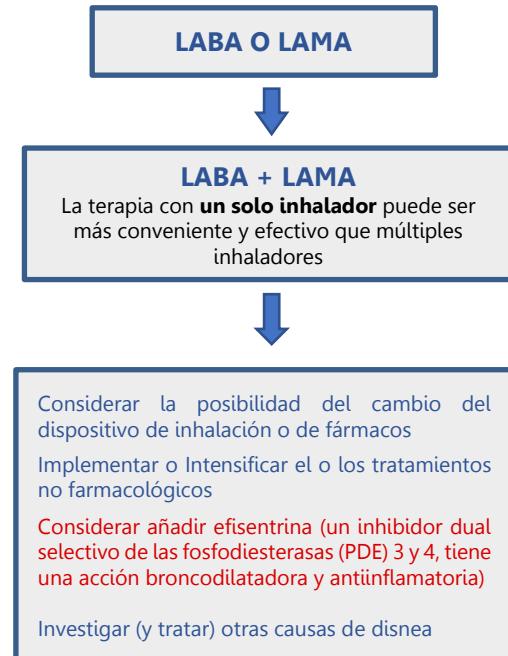
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN SEGUIMIENTO DE EPOC

Recomendaciones para el seguimiento: Verificar la terapia de mantenimiento; Reevaluar la técnica del inhalador, Asegurar la compresión sobre la retirada de medicamentos agudos. Evaluar la necesidad de continuar con oxígeno suplementario. Dar seguimiento de comorbilidades como la enfermedad cardiovascular

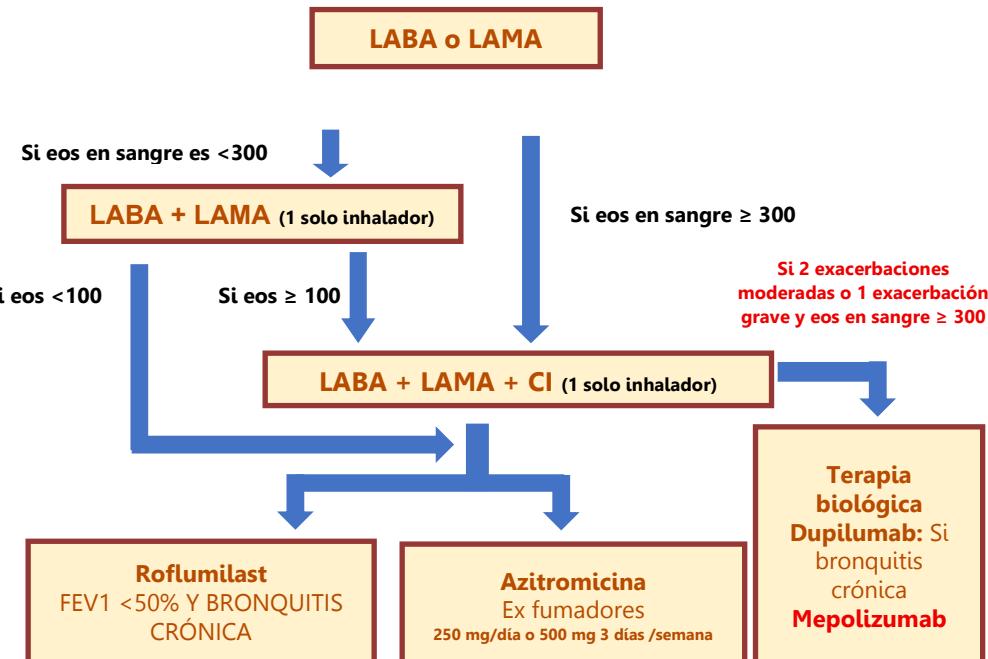
CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO ACTUAL a no ser que haya disnea o el manejo de la exacerbación requiera optimización

2.- SI NO: *Revisar la adherencia, la técnica de inhalación y del posible efecto de las comorbilidades
Considerar el rasgo predominante a tratar (Disnea o Exacerbaciones).*

Si la **DISNEA** persiste



Si ≥ 1 exacerbación moderada o grave



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

Las triples terapias para la EPOC en un único dispositivo no están indicadas para el escalado desde monoterapia

EXACERBACIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

Durante y después de una exacerbación aguda, el riesgo cardiovascular aumenta significativamente, probablemente en relación con el empeoramiento de los factores de la EPOC que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares (ECV) durante los períodos de estabilidad clínica

El riesgo cardiovascular sigue siendo alto durante las primeras semanas después del alta hospitalaria y se mantiene elevado hasta por un año

Esto resalta la necesidad de determinar el estado de comorbilidad, incluida la cardiovascular, en el momento del alta

El aumento del riesgo cardiovascular después de una exacerbación del EPOC es un argumento clínico sólido para fomentar la prevención de las exacerbaciones

Los pacientes con EPOC tienen a menudo enfermedades cardiovasculares y viceversa.

Esto tiene unas implicaciones clínicas importantes porque el tratamiento apropiado de las enfermedades del pulmón y del corazón puede estar asociado a mejores resultados para el paciente

El aumento del riesgo cardiovascular después de una exacerbación del EPOC es un argumento clínico sólido para centrarse en la prevención de las exacerbaciones.

OXIGENOTERAPIA

- ✓ La administración a largo plazo de oxígeno aumenta la supervivencia en pacientes con hipoxemia arterial crónica grave en reposo (**Evidencia A**)
- ✓ En pacientes con EPOC estable y desaturación arterial moderada en reposo o inducida por el ejercicio, la prescripción de oxígeno a largo plazo no prolonga el tiempo hasta la muerte o la primera hospitalización ni proporciona un beneficio sostenido en el estado de salud, la función pulmonar y la distancia caminada de 6 minutos. (**Evidencia A**)
- ✓ La oxigenación en reposo al nivel del mar no excluye el desarrollo de hipoxemia severa al viajar en avión. (**Evidencia C**)

Prescripción de Suplementación de oxígeno en pacientes con EPOC

Hipoxemia arterial definida como:

PaO₂ ≤ 55 mmHg o SaO₂ < 88%
o
PaO₂ > 55 pero < 60 mmHg con fallo cardíaco derecho o eritrocitos

Suplementar con Oxígeno y titular hasta conseguir PaO₂ ≥ 90%

Reevaluar en 60 -90 días para evaluar:

- ✓ Si el suplemento de oxígeno está aún indicado
- ✓ Si la suplementación de oxígeno es efectiva

VACUNACIONES.

Los pacientes con EPOC deberán recibir todas las recomendaciones de vacunación en el sentido que indiquen sus guías de vacunación territorial:

- ✓ La vacunación anual de la gripe (**Evidencia B**)
- ✓ La vacunación contra el coronavirus (SARS-CoV-2 (COVID-19) basada en las recomendaciones actualizadas de la OMS y las CDC. **Evidencia B**)
- ✓ Una dosis de la vacuna antineumocócica conjugada 21 valente (PCV-21) o una dosis de la vacuna antineumocócica conjugada 20 valente (PCV-20) según la CDC (**Evidencia B**). La vacunación antineumocócica ha mostrado que reduce la incidencia de la Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y las exacerbaciones de los pacientes con EPOC. **Evidencia B**)
- ✓ La CDC recomienda la vacuna del virus sincitial respiratorio (VSR) para individuos de ≥60 años y/o con enfermedad crónica cardíaca o enfermedad respiratoria crónica. **Evidencia A**.
- ✓ Se recomienda la vacunación Tdap, vacuna de tétanos difteria y tosferina, para proteger contra la tosferina en pacientes con EPOC que no han sido vacunados en la adolescencia según la CDC. **Evidencia B** (En España Td)
- ✓ La vacuna contra Herpes zoster protege contra el herpes en pacientes con EPOC mayores de 50 años según la recomendación de la CDC. **Evidencia B**

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 ADRENERGICOS 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
LABA/CI COMBINACIÓN DE BETA 2 ADRENERGICOS DE LARGA DURACIÓN Y CORTICOIDEOS 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) Forospire®:4,5/160 y 9/320 µg /inh (PS)	9/320 µg/12 horas
	Salmeterol/propionato de fluticasona	Accuhaler®: 50/500 µg/inh (PS) Forospire®: 50/500 µg /inh (PS)	50/500 µg /12 horas
	Formoterol+ budesónida	Spiromax®4,5/160 y 320/9 ug Forospire®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/ 125 y 125/ 260 ug	125/ 260 ug 1 o 2 veces al día
	Formoterol/ Beclometasona	Nexthaler®: 100/6 µg /inh (PS) ICP Modulite® 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	ICP 100/50 ug	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) ICP: 88/5/9 µg /inh Nexthaler®: 88/5/9 µg /inh (PS)	92/55/22 µg/ 24 horas 88/5/9 µg /inh /12 horas
	Beclometasona/Formoterol/Glicopirronio	ICP: 160/5/7,2 µg /inh	: 160/5/7,2 µg /12 horas
	Budesónida/Formoterol/Glicopirronio		

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

FACTORES A CONSIDERAR CUANDO SE INICIA UN TRATAMIENTO CON CORTICOIDEOS 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 del 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 cel/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 cel/µL Eosinófilos en sangre
EN CONTRA DE SU USO	Procesos repetidos de neumonía
	<100 cel/µL Eosinófilos en sangre
	Historia de infección con micobacterias

OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Tratamiento con α-1 antitripsina	Tratamiento intravenoso puede lentificar la progresión del enfisema (Evidencia B)
Antitusivos	No hay evidencia concisa del papel beneficioso en paciente con EPOC (Evidencia B)
Vasodilatadores	No mejoran los resultados y pueden empeorar la oxigenación (Evidencia B)
Opioides	Bajas dosis de opioides orales de larga acción o parenterales pueden ser considerados para el tratamiento de la disnea en la EPOC severa (Evidencia B)
Tratamiento de la Hipertensión pulmonar	Los tratamientos aprobados para la hipertensión pulmonar primaria no son recomendados para pacientes con hipertensión pulmonar secundaria a la EPOC (Evidencia B)

ADHERENCIA

La falta de adherencia para la EPOC se ha asociado con un mal control de los síntomas, un mayor riesgo de exacerbación, un aumento de la utilización de la asistencia sanitaria, una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud y un mayor riesgo de mortalidad

EXACERBACIONES

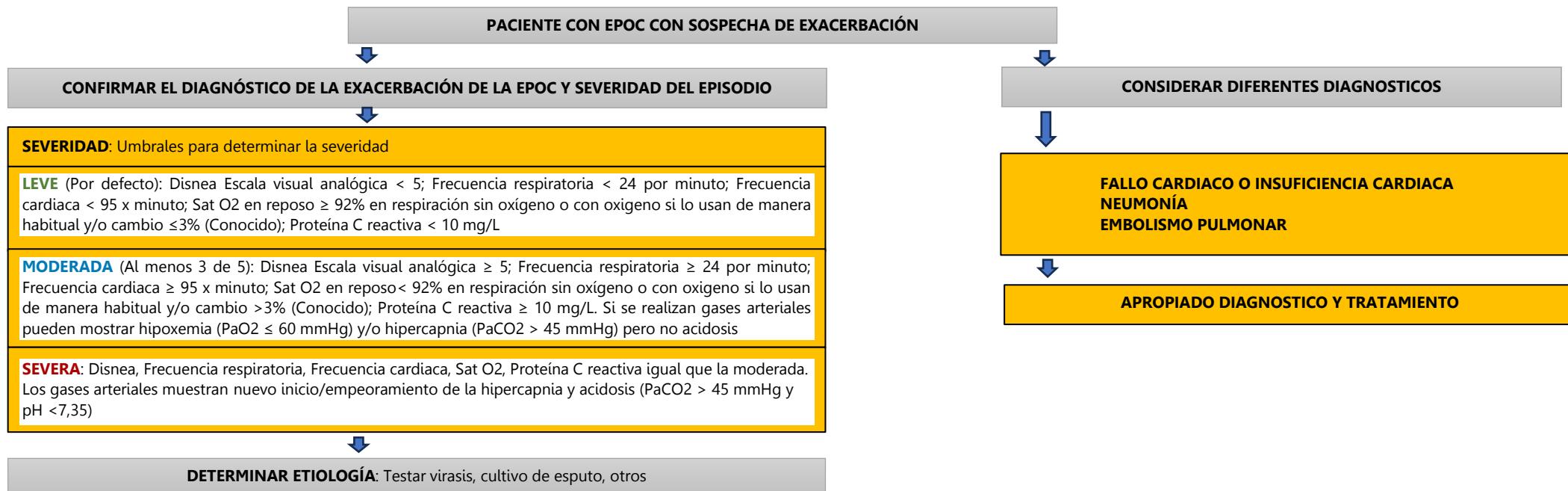
Una exacerbación de la EPOC se define como un evento caracterizado por disnea y/o tos y esputo que empeoran en < 14 días. Las exacerbaciones de la EPOC a menudo se asocian con un aumento de la inflamación local y sistémica causada por la infección de las vías respiratorias, la contaminación u otros daños a los pulmones.

- ✓ Los síntomas no son específicos de la EPOC, se deben considerar los diagnósticos diferenciales como la neumonía, la insuficiencia cardíaca congestiva y la embolia pulmonar.
- ✓ Los objetivos para el tratamiento de las exacerbaciones de la EPOC son minimizar el impacto negativo de la exacerbación actual y prevenir eventos posteriores.
- ✓ Se recomiendan los agonistas beta2 inhalados de acción corta, con o sin anticolinérgicos de acción corta, como broncodilatadores iniciales para tratar una exacerbación.
- ✓ El tratamiento de mantenimiento con broncodilatadores de acción prolongada debe iniciarse lo antes posible.
- ✓ En pacientes con exacerbaciones frecuentes y niveles elevados de eosinófilos en sangre, se debe considerar la adición de corticosteroides inhalados al régimen de doble broncodilatador. En pacientes con exacerbaciones graves, los corticoides sistémicos pueden mejorar la función pulmonar (FEV1), la oxigenación y acortar el tiempo de recuperación, incluida la duración de la hospitalización. Normalmente, la duración de la terapia no debe ser superior a 5 días
- ✓ Los antibióticos, cuando están indicados, pueden acortar el tiempo de recuperación, reducir el riesgo de recaída temprana, fracaso del tratamiento y la duración de la hospitalización. La duración de la terapia debe ser de 5 días.
- ✓ Las metilxantinas no se recomiendan debido al aumento de los perfiles de efectos secundarios.
- ✓ La ventilación mecánica no invasiva debe ser el primer modo de ventilación utilizado en los pacientes con EPOC con insuficiencia respiratoria aguda que no tienen 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. El tiempo de recuperación de la exacerbación varía, tardando hasta 4-6 semanas en recuperarse, y algunos pacientes no logran volver al estado funcional anterior a la exacerbación. Despues de una exacerbación, se deben iniciar medidas apropiadas para la prevención de la exacerbación

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>)



MANEJO DE LA EXACERBACIÓN:

- ✓ **EVALUAR LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS, GASES EN SANGRE Y RADIOGRAFÍA DE TÓRAX**
- ✓ **ADMINISTRAR TRATAMIENTO SUPLEMENTARIO CON OXÍGENO, OBTENER GASES ARTERIALES SERIADOS, GASES VENOSOS Y DETERMINACIONES DE PULSIOXIMETRÍA**
- ✓ **BRONCODILATADORES**
 - Incrementar dosis y/o frecuencia de SAMA y/o SABA
 - Combinar SABA con SAMA.
 - Considerar el uso de broncodilatadores de larga acción cuando el paciente se estabilice
 - Usar cámaras o nebulizadores cuando sea necesario
- ✓ **CONSIDERAR CORTICOIDES ORALES**
- ✓ **CONSIDERAR ANTIBIÓTICOS ORALES CUANDO LOS SIGNOS DE INFECCIÓN BACTERIANA ESTÉN PRESENTES**
- ✓ **CONSIDERAR VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA**
- ✓ **Y EN TODAS LAS OCASIONES**
 - Monitorizar el balance de líquidos
 - Considerar heparinas subcutáneas o de bajo peso molecular para la profilaxis del tromboembolismo
 - Identificar y tratar los problemas de salud asociados (Insuficiencia cardiaca, arritmias, embolismo pulmonar, etc.)

PUNTOS CLAVE DE MANEJO DE LAS EXACERBACIONES

- ✓ 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 pacientes 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**)

BIBLIOGRAFÍA:

1. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD 2026). Disponible en <https://goldcopd.org/2026-gold-report/>
2. 1. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD 2025). Disponible en <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
3. Escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC). Natori H, Kawayama T, Suetomo M, Kinoshita T, Matsuoka M, Matsunaga K, Okamoto M, Hoshino T. Evaluation of the Modified Medical Research Council Dyspnea Scale for Predicting Hospitalization and Exacerbation in Japanese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Intern Med 2016;55(1):15-24. DOI: [10.2169/internalmedicine.55.4490](https://doi.org/10.2169/internalmedicine.55.4490)
4. COPD Assessment Test (CAT) ESCALA DE CALIDAD DE VIDA CAT (COPD ASSESSMENT TEST, Test de evaluación de la EPOC). <https://www.catestonline.org/hcp-homepage.html>
5. CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LAS EXACERBACIONES DE LA EPOC 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>