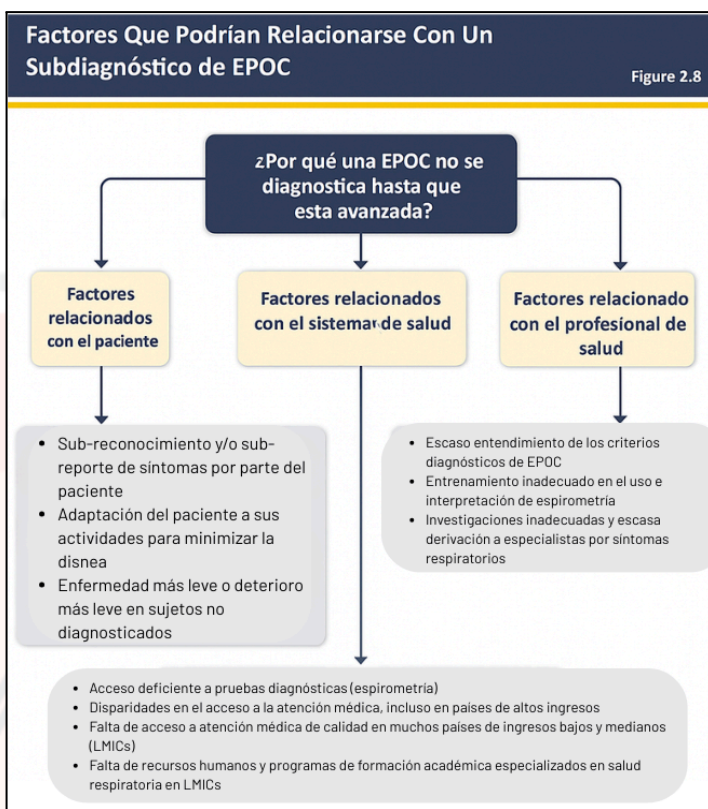
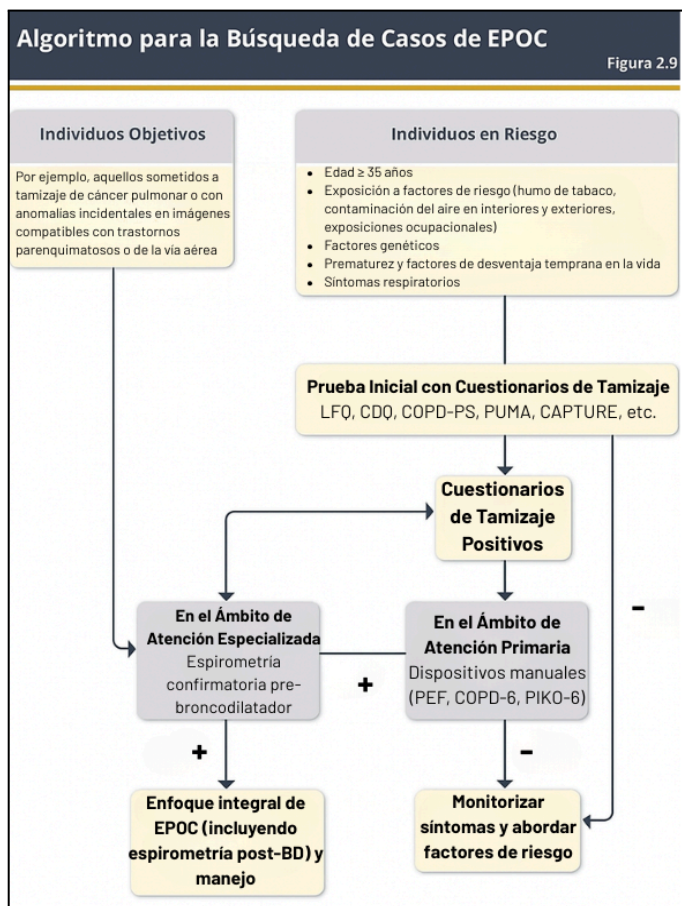


“Estrategia global para el diagnóstico, manejo y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Informe GOLD 2026”

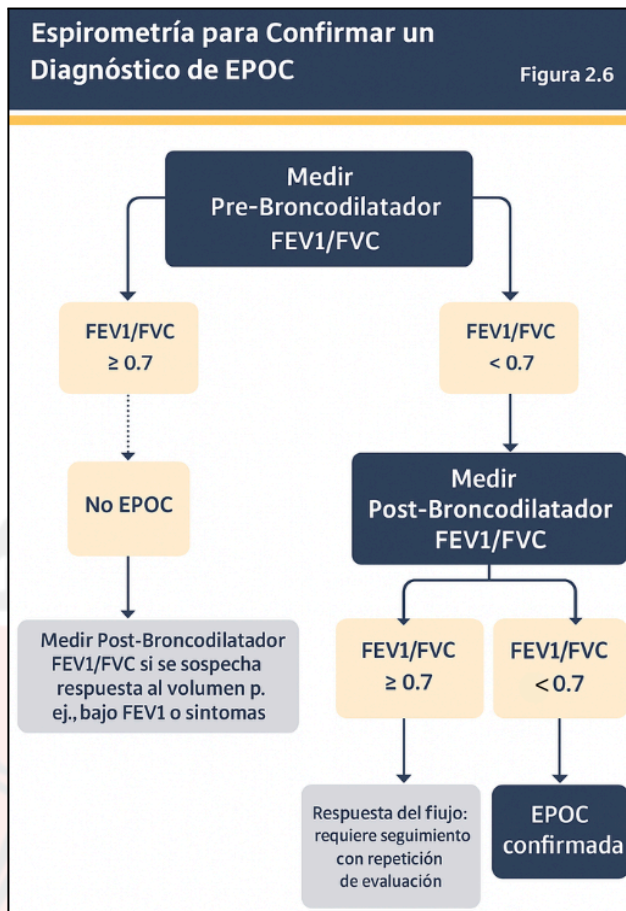
(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2026 Report). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc.; 2025–2026.)



Novedades GOLD 2026 vinculadas a sección: “Definición y fisiopatología del EPOC”

- 1. Cambio en el enfoque definitorio:** Se refuerza la concepción de EPOC como un trastorno multifactorial y heterogéneo, con énfasis en etiologías distintas al tabaco, especialmente exposición a biomasa, factores del desarrollo pulmonar y determinantes sociales.
- 2. Inclusión explícita del concepto de “trayectorias de función pulmonar”:** GOLD 2026 incorpora la idea de que diversos patrones de desarrollo y declive pulmonar a lo largo de la vida pueden conducir al mismo fenotipo clínico de EPOC, aun en ausencia de exposiciones clásicas.
- 3. Expansión de los etiotipos:** Se formaliza una taxonomía de etiotipos (por ejemplo, asma-EPOC, bronquitis crónica dominante, infección dominante, displasia pulmonar, entre otros), permitiendo un análisis más fino de las causas y posibles dianas terapéuticas.
- 4. Mayor incorporación del rol de la disbiosis y mecanismos inflamatorios avanzados:** La guía profundiza en los cambios del microbioma respiratorio y su interacción con la inflamación crónica, abriendo espacio para futuras intervenciones específicas.
- 5. Relevancia reforzada de las exacerbaciones como marcador fisiopatológico clave:** No solo son eventos clínicos; se integran como un componente estructural de la fisiopatología que acelera el deterioro y condiciona el concepto de “actividad de la enfermedad”, introducido por primera vez en 2026.

Indicador clínico	Características sugestivas
Disnea	Progresiva, peor con ejercicio, persistente
Sibilancias recurrentes	Episodios repetidos
Tos crónica	Intermitente, puede ser seca
Infecciones respiratorias bajas recurrentes	Más de lo habitual
Historia de factores de riesgo	- Tabaquismo - Humo de leña / combustión doméstica - Exposición laboral (polvos, vapores, gases) - Factores del huésped (genética, prematurez, infecciones respiratorias en la infancia)



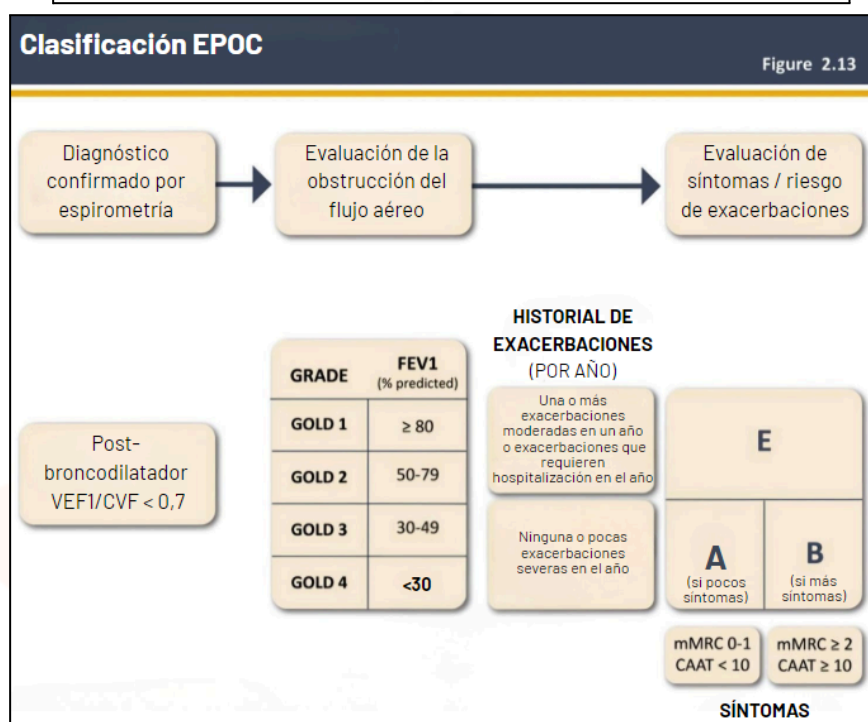
Rol de la Espirometría en EPOC	
<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico ● Evaluación de la severidad de la obstrucción al flujo aéreo (para pronóstico) ● Evaluación en el seguimiento ● Decisiones terapéuticas <ul style="list-style-type: none"> ○ Farmacológicas en circunstancias seleccionadas (ej., discrepancia entre la espirometría y el nivel de síntomas) ○ Considerar diagnósticos alternativos cuando los síntomas son desproporcionados al grado de obstrucción del flujo aéreo ○ No farmacológicas (ej., procedimientos intervencionales) ● Identificación de declive rápido 	

Indicaciones	Criterios / Situaciones Clínicas
Diagnóstico diferencial	<ul style="list-style-type: none"> • Exacerbaciones frecuentes con tos y expectoración excesiva → sospecha de bronquiectasias o infección atípica. • Síntomas desproporcionados a la severidad según función pulmonar o refractarios al manejo.
Reducción de volumen pulmonar	<p>Válvula endobronquial: FEV1 post-BD 15–45% + evidencia de hiperinsuflación.</p> <p>Cirugía de reducción de volumen: hiperinsuflación, enfisema predominante en lóbulos superiores, baja tolerancia al ejercicio tras rehabilitación pulmonar.</p>
Tamizaje de cáncer pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • TC de baja dosis anual recomendado en pacientes con EPOC por antecedente de tabaquismo (igual que población general).

Clasificación GOLD y Severidad de la Obstrucción al Flujo Aéreo en EPOC Figura 2.10

En pacientes con EPOC (VEF1/CVF < 0,7):

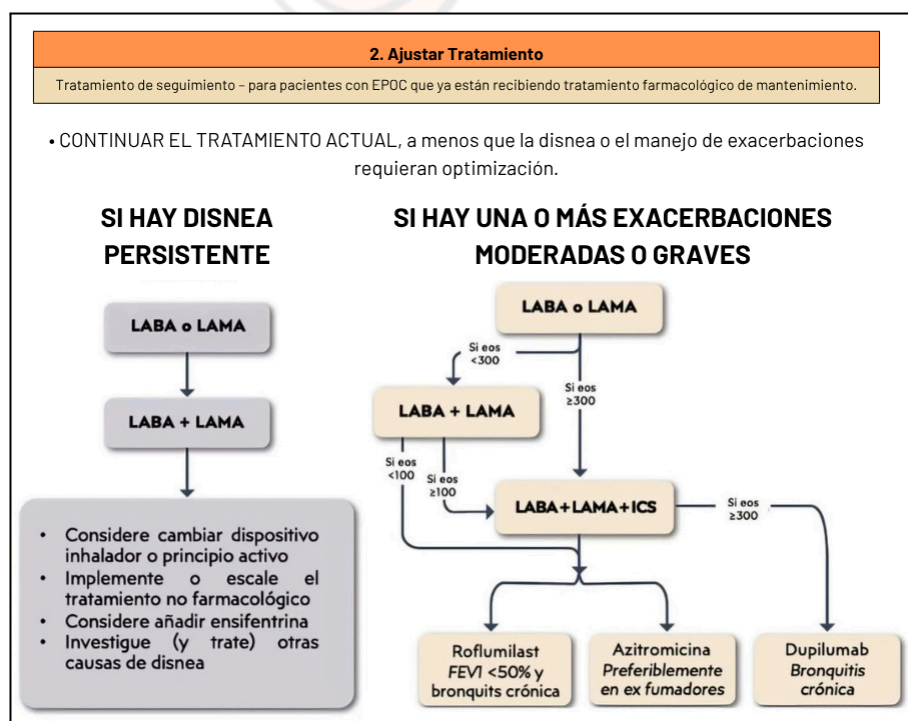
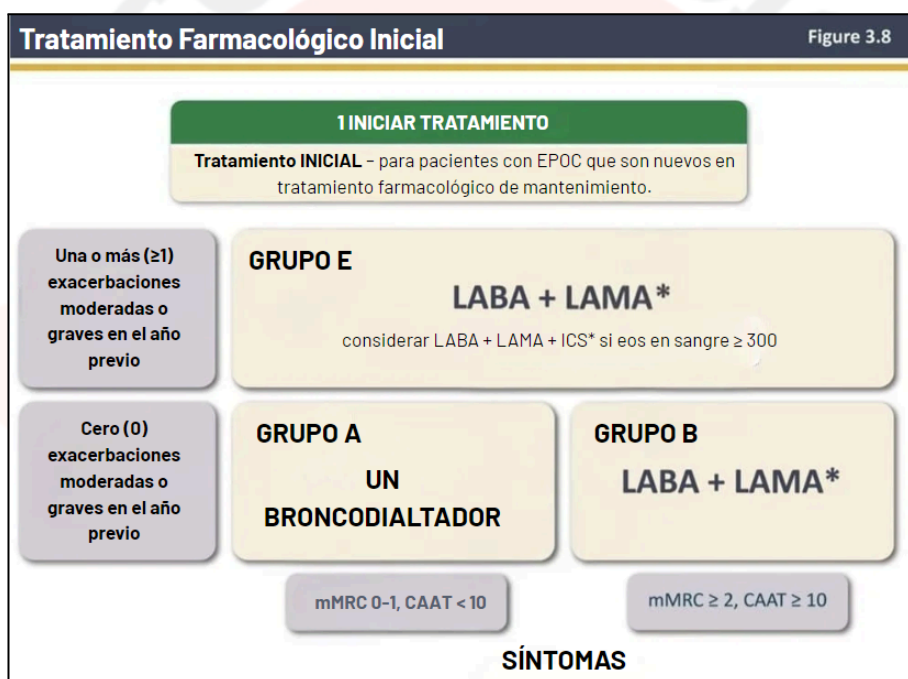
GOLD 1:	Leve	VEF1 ≥ 80% del predicho
GOLD 2:	Moderado	50% ≤ VEF1 < 80% del predicho
GOLD 3:	Grave	30% ≤ VEF1 < 50% del predicho
GOLD 4:	Muy grave	VEF1 < 30% del predicho



Novedades GOLD 2026 vinculadas a la sección: “Diagnóstico y evaluación integral”

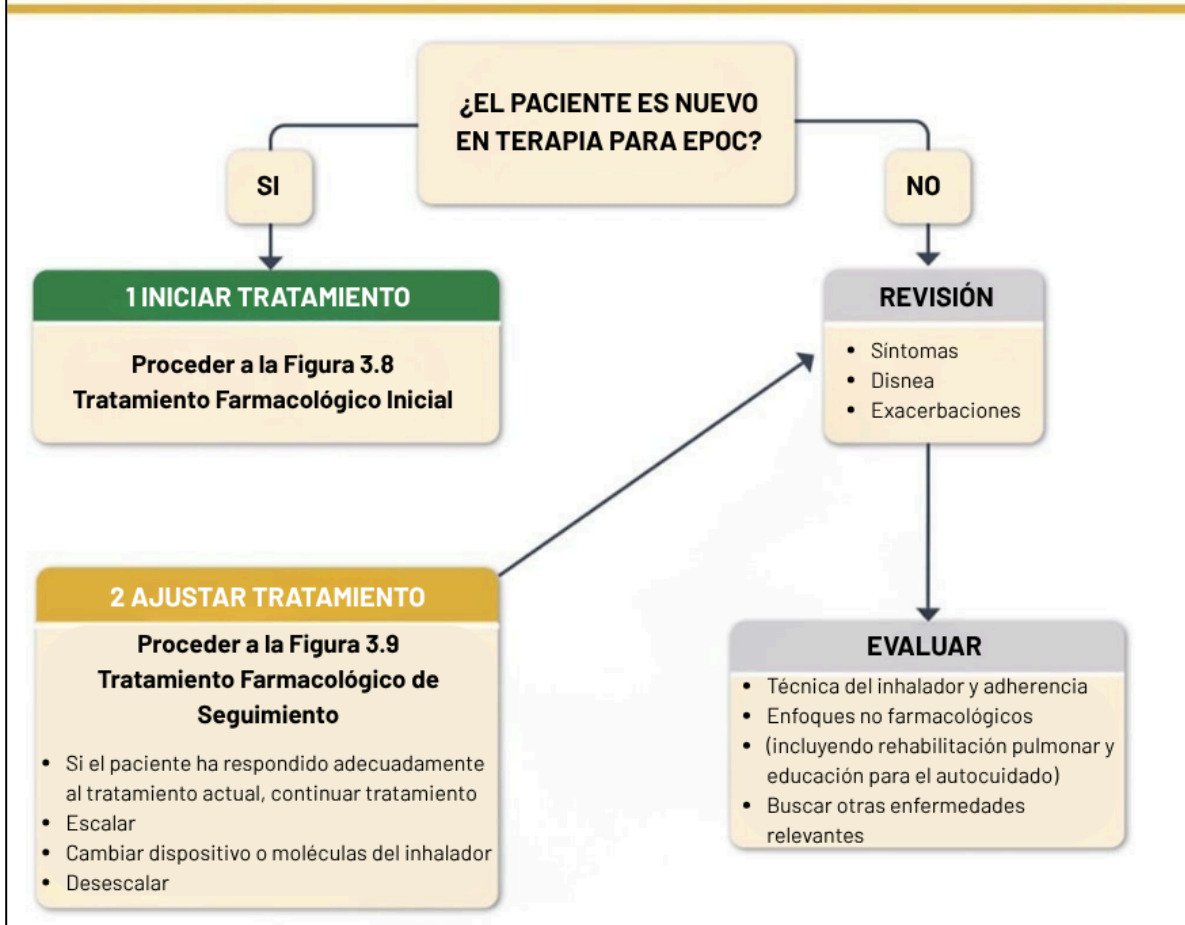
- 1. Actualización del umbral de exacerbaciones:** Una sola exacerbación moderada o severa en el último año es suficiente para clasificar al paciente como de **alto riesgo** (categoría E). Este cambio afecta directamente el tratamiento inicial y el diseño de estrategias preventivas.
- 2. Nuevos algoritmos de pesquisa activa (case-finding):** GOLD incorpora figuras adicionales que facilitan la identificación de pacientes subdiagnosticados y estructuran mejor la indicación de espirometría en APS.
- 3. Clarificación de las herramientas sintomáticas:** Se reafirma el uso de mMRC y CAAT como instrumentos centrales, y se elimina la fragmentación de otras escalas menos estandarizadas.
- 4. Mayor énfasis en la evaluación por trayectorias clínicas:** El diagnóstico ya no se limita a síntomas actuales, sino que considera factores de vida temprana, exposiciones acumuladas y multimorbilidad para caracterizar el riesgo futuro.
- 5. Relevancia ampliada del recuento de eosinófilos:** Se fortalece su rol como indicador pronóstico y como biomarcador para decidir uso de corticoides inhalados desde etapas tempranas del manejo.

Grupo de Pacientes	Esencial	Recomendado	Según Guías Locales
A	- Cese del tabaco <i>(puede incluir tratamiento farmacológico)</i>	- Actividad física	- Vacunación contra influenza - Vacunación COVID-19 - Vacunación neumocócica - Vacunación contra pertussis (tos ferina) - Vacuna contra herpes zóster - Vacuna contra VSR
B y E	- Cese del tabaco <i>(puede incluir tratamiento farmacológico)</i> - Rehabilitación pulmonar	- Actividad física	- Vacunación contra influenza - Vacunación COVID-19 - Vacunación neumocócica - Vacunación contra pertussis (tos ferina) - Vacuna contra herpes zóster - Vacuna contra VSR



Ciclo de Diagnóstico y Manejo

Figure 3.7



Factores a Considerar al Iniciar Tratamiento con ICS

Figure 3.10

Factores a considerar al agregar ICS a broncodilatadores de acción prolongada:

(nota: el escenario es diferente cuando se considera retirar ICS)

FAVORECE FUERTEMENTE SU USO

- Historia de hospitalización(es) por exacerbaciones de EPOC*
- ≥ 2 exacerbaciones moderadas de EPOC por año*
- Eosinófilos en sangre ≥ 300 células/ μ L
- Historia o presencia concomitante de asma

FAVORECE SU USO

- 1 exacerbación moderada de EPOC por año*
- Eosinófilos en sangre $100 < a < 300$ células/ μ L

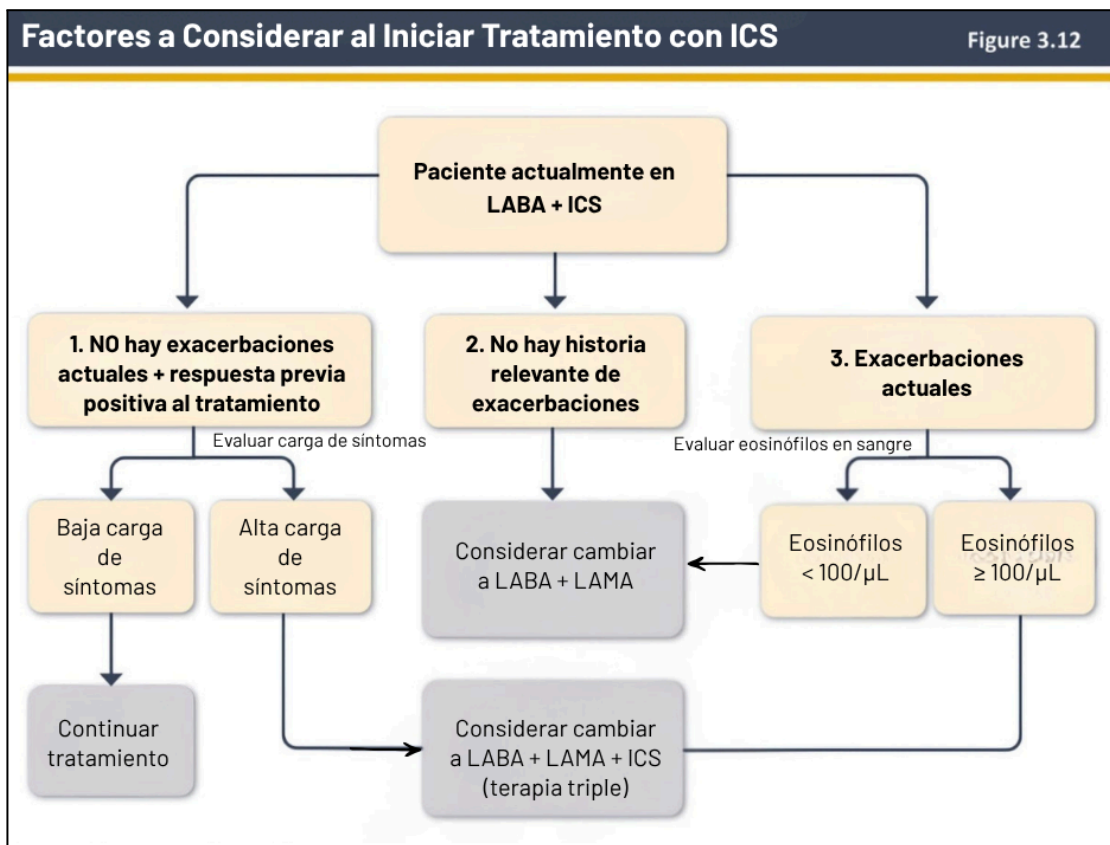
EN CONTRA DE SU USO

- Episodios repetidos de neumonía
- Eosinófilos en sangre < 100 células/ μ L
- Historia de infección micobacteriana

Notas al pie (tal como aparecen en la imagen):

* a pesar de la terapia de mantenimiento con broncodilatadores de acción prolongada adecuada (ver Figuras 3.8 & A3.1 para recomendaciones);

* nota que los eosinófilos en sangre deben verse como un continuo; los valores citados representan puntos de corte aproximados; el conteo de eosinófilos es fluctuante.

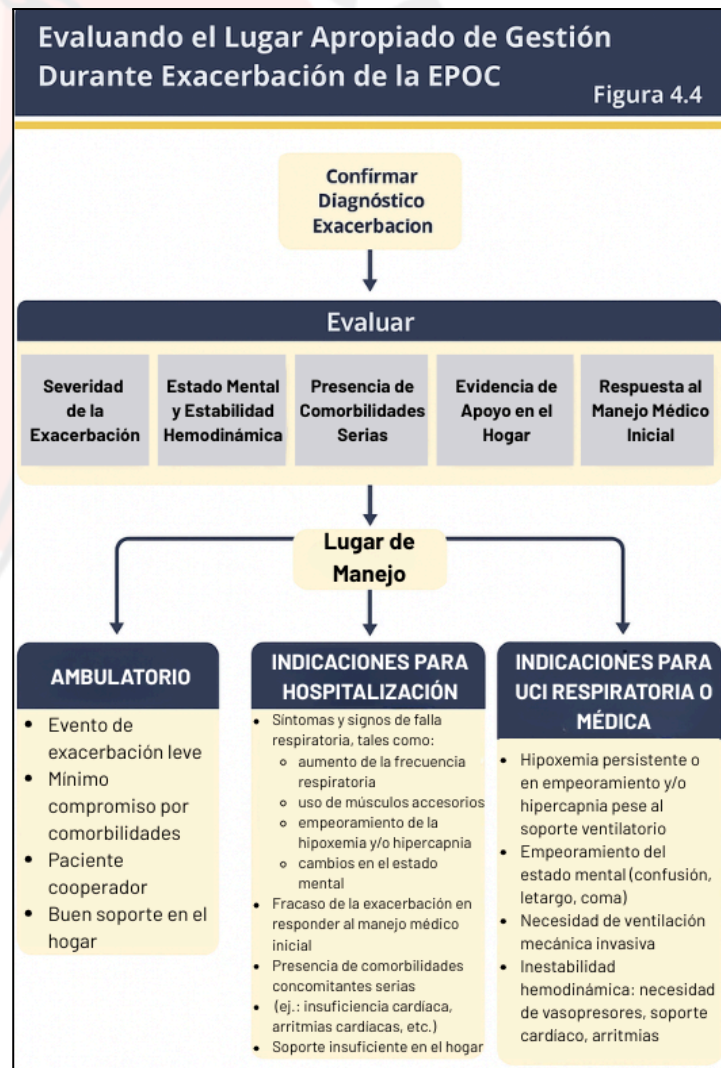
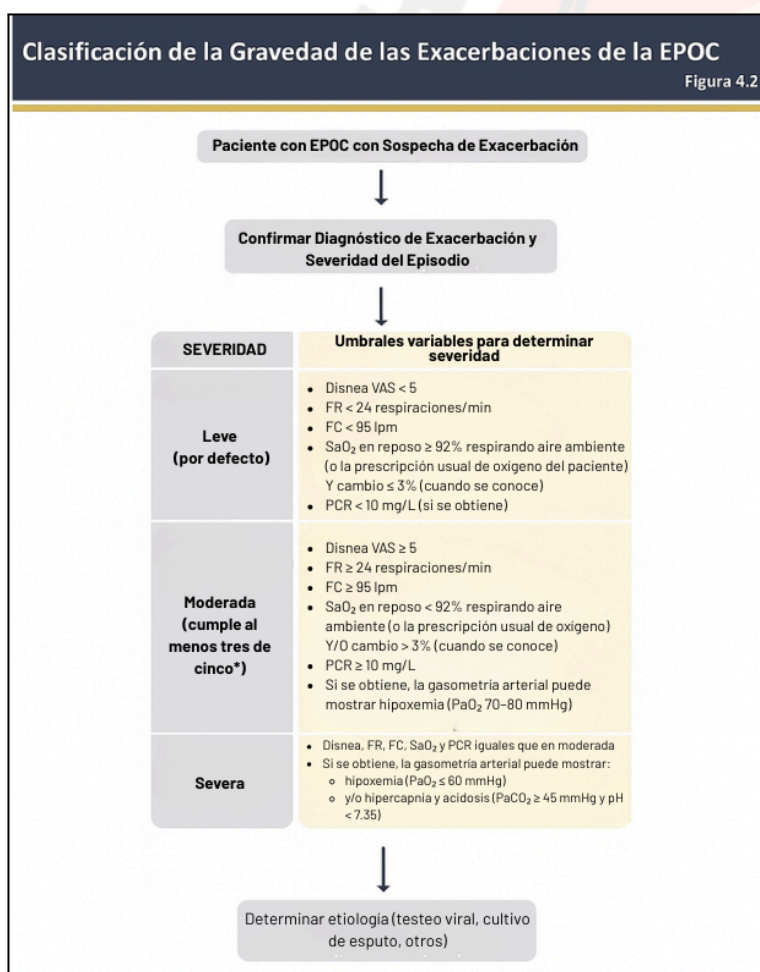


Objetivos	Descripción
Reducir síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar síntomas. • Mejorar la tolerancia al ejercicio. • Mejorar el estado de salud.
Reducir riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir la progresión de la enfermedad. • Prevenir y tratar exacerbaciones. • Reducir la mortalidad.

Novedades GOLD 2026 vinculadas a la sección: “Manejo de la EPOC estable”

- 1. Clarificación del tratamiento inicial y de seguimiento:** Por primera vez se separan formalmente los algoritmos para **pacientes naïve** (tratamiento inicial) versus **pacientes en tratamiento** (seguimiento), con figuras específicas.
- 2. Umbral actualizado para clasificación en Grupo E:** Una sola exacerbación moderada o severa orienta a un manejo intensivo desde el inicio.
- 3. Inclusión del concepto de “actividad de la enfermedad”:** La guía establece como objetivo reducir la actividad inflamatoria y clínica de la enfermedad, especialmente mediante reducción sostenida de exacerbaciones.
- 4. Triple terapia y uso de ICS basados en eosinófilos:** Mayor énfasis en la personalización del uso de corticoides inhalados según recuento de eosinófilos y riesgo individual.
- 5. Algoritmo específico para terapias biológicas:** La nueva figura 3.11 resume la evidencia para seleccionar pacientes candidatos a terapias dirigidas.
- 6. Rehabilitación post-exacerbación temprana:** Se formaliza la recomendación de iniciar rehabilitación pulmonar idealmente dentro de las primeras cuatro semanas tras una exacerbación moderada o grave.

Paso	Descripción
1. Evaluación clínica inicial	Realizar una evaluación clínica completa buscando evidencia de EPOC y otras condiciones respiratorias o no respiratorias (neumonía, eventos cardiovasculares, embolia pulmonar). Revisar síntomas del paciente.
2. Evaluar síntomas y signos	a. Síntomas y severidad de disnea (medida con EVA) y presencia de tos. b. Signos: taquipnea, taquicardia, volumen y color del esputo, y signos de dificultad respiratoria (uso de músculos accesorios).
3. Investigaciones adicionales	Realizar estudios si son necesarios o están disponibles: oximetría de pulso, eosinófilos en sangre, PCR, estudios virales y bacterianos, gases arteriales.
4. Buscar condiciones subyacentes	Evaluar condiciones que puedan imitar una exacerbación: infecciones virales o bacterianas, factores ambientales o eventos cardiovasculares.
5. Determinar lugar de atención	Considerar el sitio más adecuado para el manejo: ambulatorio, hospitalización o UCI según gravedad.



Frecuencia	Condición	Exámenes / Herramientas diagnósticas
Más frecuentes	Bronquitis aguda viral o bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios microbiológicos virales y bacterianos • Radiografía de tórax
	Insuficiencia cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía o TAC de tórax • NT-proBNP / BNP • Ecocardiograma
	Infarto agudo al miocardio o arritmias (flutter/fibrilación auricular)	<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma (ECG) • Troponinas
	Embolia pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de probabilidad clínica (hemoptisis, TVP, cirugía, cáncer, fracturas) • Dímero-D • AngioTAC pulmonar
	Neumonía	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios microbiológicos virales y bacterianos • Radiografía o TAC de tórax • Ecografía pulmonar
Menos frecuentes	Neumotórax	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía o TAC de tórax • Ecografía torácica

Consideraciones adicionales
<p>Indicadores de mala evolución respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de FR > 30/min. • Uso intenso de musculatura accesoria. • Deterioro del estado mental. • Acidosis progresiva. <p>Contraindicaciones de VNI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paro respiratorio. • Incapacidad para proteger vía aérea. • Vómitos activos. • Sangrado masivo o trauma facial. • Inestabilidad cardiovascular severa. <p>Paso a paso simplificado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oxígeno controlado → si no corrige / empeora → 2. VNI precoz ante acidosis/hipercapnia → si falla → 3. VMI con estrategia para evitar hiperinflación.

Alta y Seguimiento Post-Exacerbación

Etapa	Puntos Clave (Ultra Resumido)
Criterios de Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión clínica y de laboratorio completa. • Ajustar tratamiento de mantenimiento (LABA/LAMA ± ICS si eosinófilos altos). • Corregir técnica inhalatoria. • Suspender corticoides/ATB agudos. • Evaluar necesidad de oxígeno domiciliario. • Educar: técnica, adherencia, plan de acción. • Control precoz < 4 semanas y control tardío 12–16 semanas.
Seguimiento 1–4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Función en el entorno habitual. • Revisar comprensión del tratamiento. • Reevaluar técnica inhalatoria. • Reevaluar oxígeno de largo plazo. • Considerar rehabilitación pulmonar. • Sintomatología: CAAT o mMRC.
Seguimiento 12–16 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Función y actividad diaria. • Revisar adherencia. • Reevaluar técnica inhalatoria. • Confirmar o suspender oxígeno de largo plazo. • Espirometría (FEV1). • Sintomatología: CAAT o mMRC.
Siempre evaluar	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades (CV, arritmias, TEP, infecciones). • Fragilidad y función muscular. • Barreras de adherencia.

Intervenciones que Reducen Exacerbaciones

Clase de intervención	Intervención (Clave)
Broncodilatadores	<ul style="list-style-type: none"> • LABA • LAMA • LABA + LAMA
Regímenes con corticoides inhalados	<ul style="list-style-type: none"> • LABA + LAMA + ICS (Triple terapia)
Antiinflamatorios no esteroideos	<ul style="list-style-type: none"> • Roflumilast (exacerbador con bronquitis crónica) • Dupilumab • Mepolizumab
Anti-infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas (influenza, neumococo, RSV) • Macrólidos a largo plazo
Mucorreguladores	<ul style="list-style-type: none"> • N-acetilcisteína • Carbocisteína • Erdosteína
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Cesación tabáquica • Rehabilitación pulmonar • Lung volume reduction (seleccionados) • Vitamina D • Medidas de protección (mascarilla, reducir contacto social, higiene de manos)

Novedades GOLD 2026 vinculadas a la sección: “Exacerbaciones de EPOC”

- 1. Revisión completa del capítulo de exacerbaciones:** Incluye nuevas figuras, definiciones operativas y algoritmos más claros para manejo agudo y post-exacerbación.
- 2. Umbral terapéutico actualizado:** Una sola exacerbación moderada o severa en el último año **ya clasifica al paciente como de alto riesgo** y orienta a tratamiento intensificado.
- 3. Concepto de “actividad de la enfermedad”:** Las exacerbaciones recurrentes se integran como un indicador central de actividad, no solo como eventos aislados.
- 4. Rehabilitación pulmonar post-exacerbación preferentemente dentro de 4 semanas:** Recomendación reforzada para impacto positivo en funcionalidad y reducción de nuevas exacerbaciones.
- 5. Oxigenoterapia con metas más estrictas:** Énfasis en mantener saturación de 88–92% para prevenir agravamiento de hipercapnia.
- 6. Mayor énfasis en adherencia y técnica inhalatoria post-evento:** El manejo de errores en inhaladores pasa a ser un elemento clave en la prevención secundaria.

