

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026

Manejo integral en la consulta de
Medicina Interna.

A propósito de un caso clínico.

Robert Hurtado

Hospital Universitario de la Vega Baja
Orihuela (Alicante)



XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026

ÍNDICE

- Infradiagnóstico y presentación del caso
- Confirmación diagnóstica y estratificación GOLD 2026
- Riesgo futuro: exacerbaciones y Grupo E
- Evaluación integral y comorbilidades
- Optimización terapéutica
- Seguimiento estructurado
- Mensajes clave para el internista

Juan Rodríguez López, 68 años

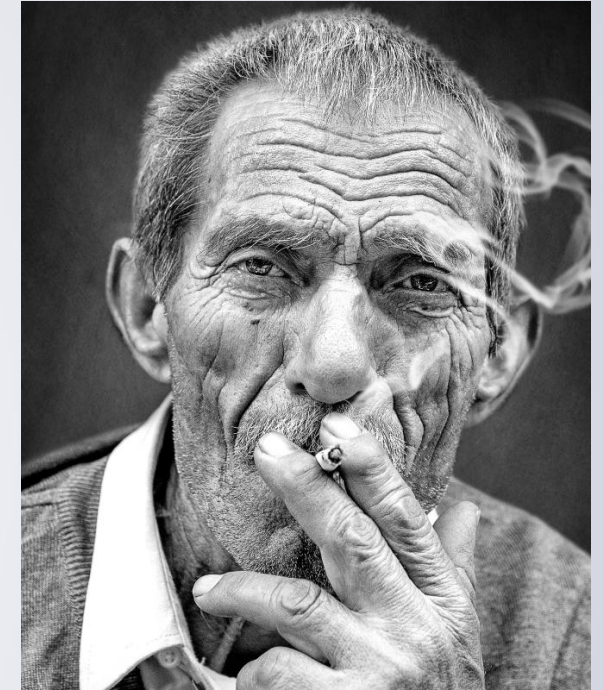
Motivo de consulta: Disnea progresiva en últimos 3 meses, tos persistente con esputo

Antecedentes: Exfumador (40 paquetes-año, dejó hace 8 años), múltiples infecciones respiratorias de repetición (3 en último año, 1 hospitalización hace 6 meses)

Comorbilidades: Hipertensión arterial, diabetes tipo 2, sospecha de apnea obstructiva del sueño no diagnosticada, síntomas depresivos ocasionales

Medicación actual: Salbutamol, ocasionales corticoides sistémicos en exacerbaciones

¿Sólo
infecciones
?



XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026

75% Infradiagnóstico

Table. Global Projected COPD Prevalence, Cases, and Relative Change From 2020 to 2050 by Sex

Sex	2020	2030	2040	2050
Female				
Prevalence, %	7.8	8.1	8.34	8.33
Cases, No.	176 776 887	210 351 803	240 030 181	260 106 028
Relative change in prevalence, %	NA	3.8 (vs 2020)	2.5 (vs 2030)	-0.12 (vs 2040); 6.4 (vs 2020)
Relative change in cases, %	NA	19.0 (vs 2020)	14.1 (vs 2030)	8.4 (vs 2040); 47.1 (vs 2020)
Male				
Prevalence, %	13.4	12.5	11.6	10.6
Cases	303 080 615	322 532 353	333 145 741	331 449 760
Relative change in prevalence, %	-NA	-6.7 (vs 2020)	-7.2 (vs 2030)	-8.6 (vs 2040); -20.9 (vs 2020)
Relative change in cases, %	NA	6.4 (vs 2020)	3.3 (vs 2030)	-0.5 (vs 2040); 9.4 (vs 2020)
Global				
Prevalence, %	10.6	10.3	9.7	9.5
Cases, No.	479 857 502	532 884 156	573 175 922	591 555 788
Relative change in prevalence, %	NA	-2.8 (vs 2020)	-5.8 (vs 2030)	-2.1 (vs 2040); -10.4 (vs 2020)
Relative change in cases, %	NA	11.0 (vs 2020)	7.6 (vs 2030)	3.2 (vs 2040); 23.3 (vs 2020)

icado
onocen su
estructurado.

en fumadores
rometría.

Abbreviation: NA, not applicable.



Original Investigation | Global Health

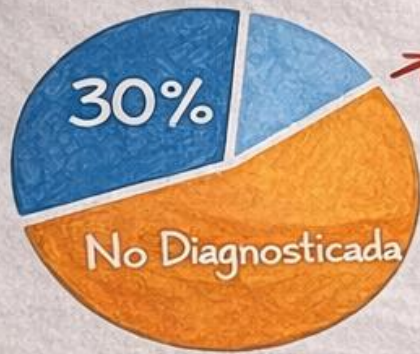
Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Through 2050

Elroy Boers, PhD; Meredith Barrett, PhD; Jason G. Su, PhD; Adam V. Benjafield, PhD; Sanjeev Sinha, MD; Leanne Kaye, PhD; Heather J. Zar, MD; Vy Vuong, MS; Daniela Tellez, MS; Rahul Gondalia, PhD; Mary B. Rice, MD; Carlos M. Nunez, MD; Jadwiga A. Wedzicha, MD; Atul Malhotra, MD



El Impacto de la EPOC no Diagnosticada

- Hasta el **70%** de los casos de EPOC no están diagnosticados



→ Diagnosticada
70%

~70%
Países de
altos ingresos

*Lamprecht B y col...



90-95%
Países de ingresos
bajos-medios

Motivos de Infradiagnóstico

- Poca concienciación
- Acceso limitado a espirometría
- Recursos sanitarios escasos

Consecuencias de la EPOC no Diagnosticada

- Peor calidad de vida
- Exacerbaciones frecuentes
- Menor productividad laboral
- Mayor riesgo de mortalidad



-4,3x mayor
riesgo de morir
por enfermedad respiratoria

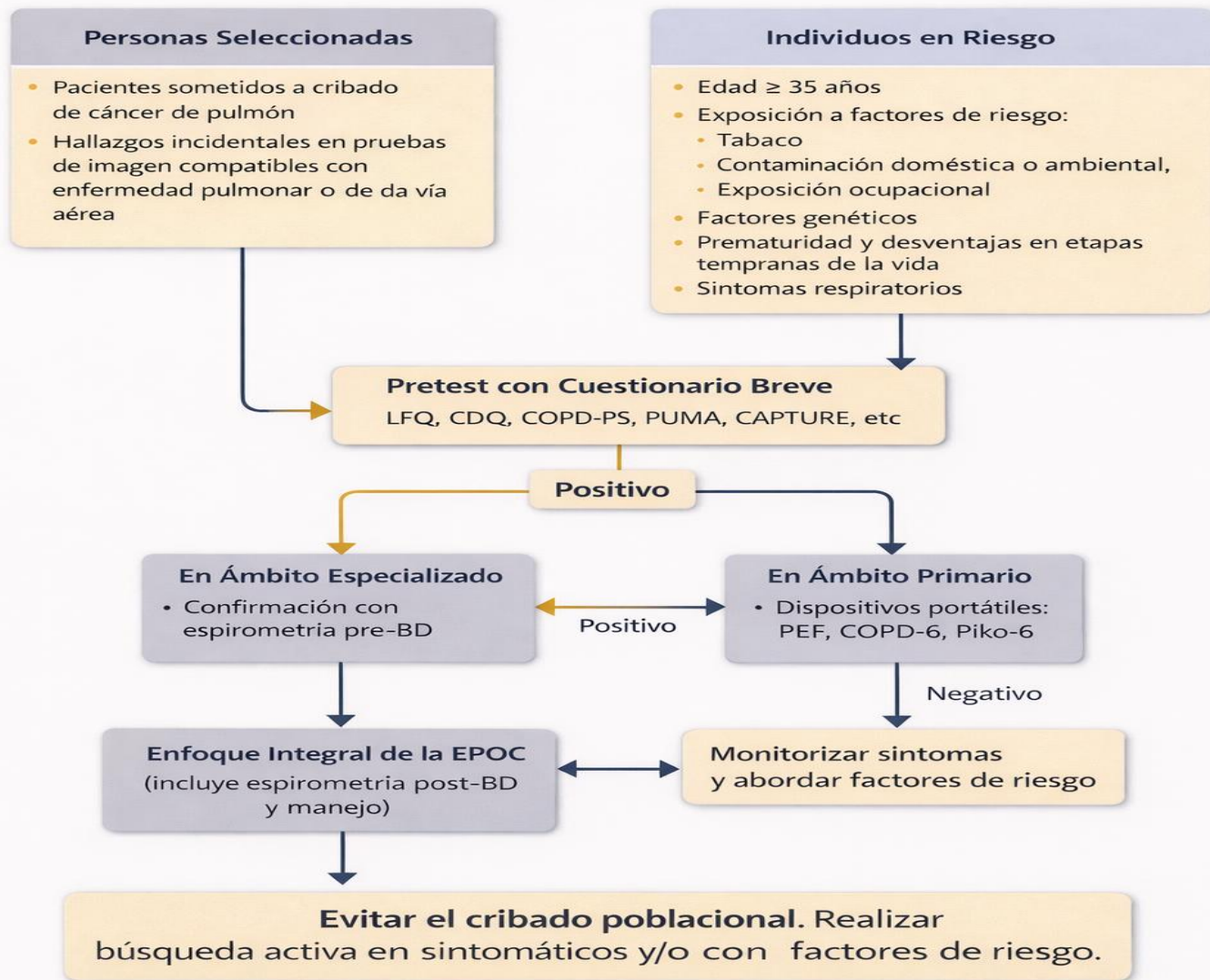
- Estudio en **27** países: $FEV_1/FVC < LLI \rightarrow 81%$ no diagnosticados en todo el mundo

Siddharthan T, Pollard SL, Quaderi SA, et al. → JAMA 2022; 327(2): 151-60 · Lamprecht B y col., Chest, 65:18.
L.P. Soriano JB, Studnicka, CHEST 2015; 148(4): 971-85

Factores que Contribuyen al Infradiagnóstico de la EPOC



Adapted from: Aaron et al. Am J Respir Crit Care Med. 2024 Apr 15;209(8):928-937.



Adaptado GOLD2026

Adaptado de: Aaron et al. Am J Respir Crit Care Med. 2024 Apr 15;209(8):928-937.

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026

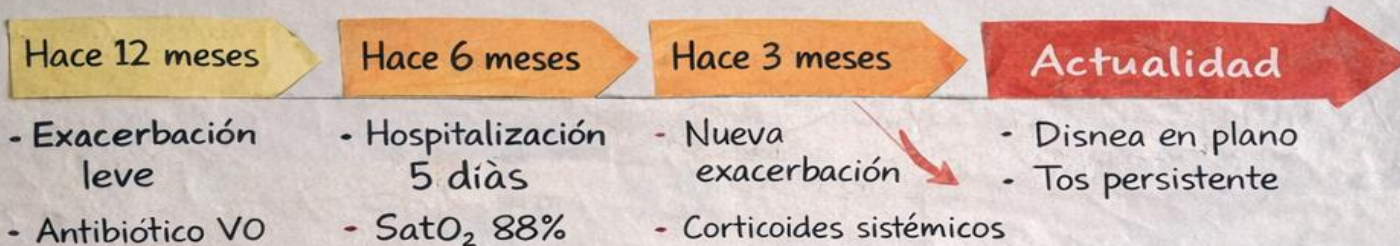


EL RIESGO FUTURO



Trayectoria Clínica y Transición a Alto Riesgo en EPOC

Ultimos 12 meses → Hace 6 meses → Actualidad



- Intervalos cada vez más cortos
- Evento hospitalario reciente.
- Uso repetido de corticoides sistémicos

⚠ Clasificación Implícita de Riesgo

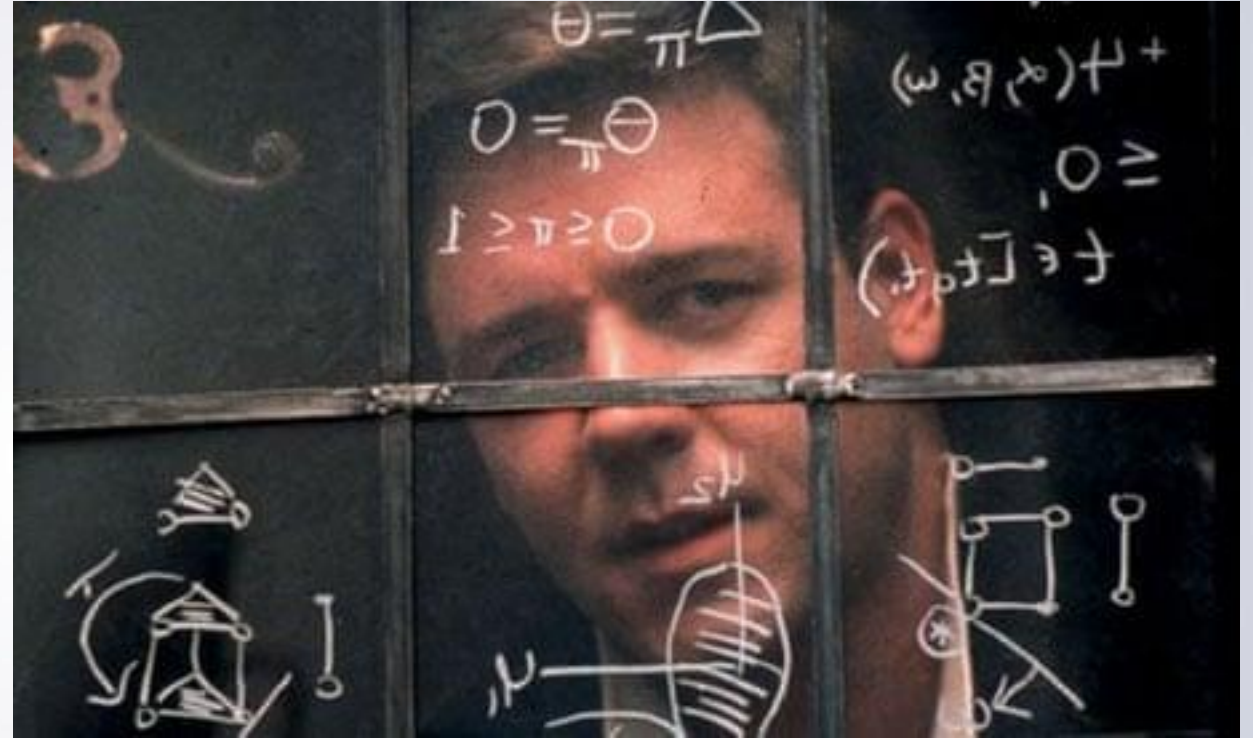
- ≥2 exacerbaciones/año → Alto riesgo futuro
- ≥1 hospitalización → marcador independiente de mortalidad
- SatO₂ 88% durante exacerbación → reserva fisiológica limitada
- Trayectoria descendente → posible progresión estructural acelerada.

? Tratamos exacerbaciones...o cambiamos a estrategia anticipando riesgo futuro futuro?

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026



GRUPO
EPOC
EPOC

SEMI
SEMI

FEMI
FEMI

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026

Pronóstico de Juan: Índice BODE (Mortalidad 5 Años)

Cálculo en Juan

Componente	Dato	Puntos
B B: IMC	$\geq 21 \text{ kg/m}^2$	0
O O: FEV ₁ (42%)	GOLD 3	2
D D: mMRC 2	Disnea moderada	1
E E: 6MWT bajo	Capacidad reducida	1-2

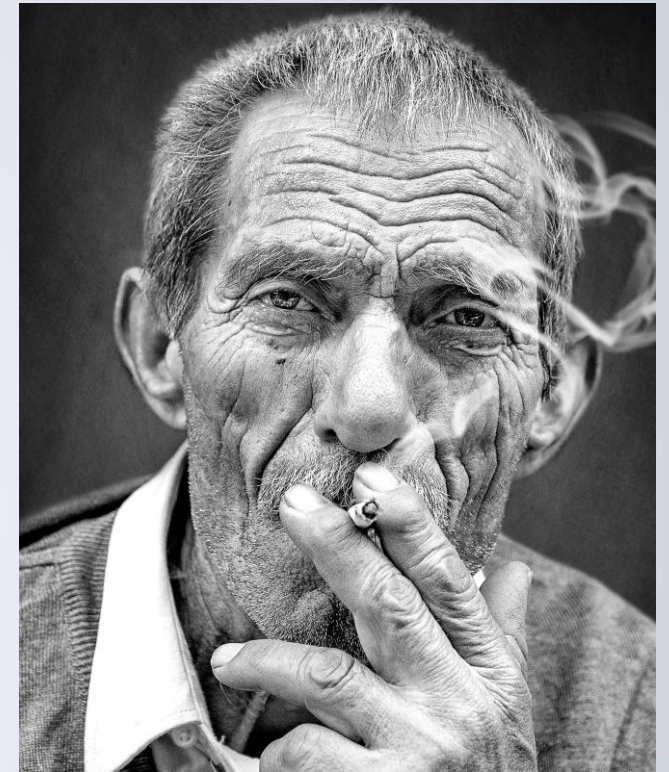
BODE estimado: 4-5 Puntos

● 4-5 puntos → **Riesgo intermedio-alto**

Traducción Pronóstica (5 años)



El BODE no mide obstrucción. Mide supervivencia.



XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026

Después del diagnóstico...

Estratificación pronóstica en EPOC

CODEX

Comorbilidades • Obstrucción • Disnea • Exacerbaciones

Predice mortalidad y riesgo de reingreso tras exacerbación

Table 1—Variables and Thresholds to Estimate the CODEX Index

CODEX	Domain	Variables	Scoring			
			0	1	2	3
C	Comorbidity	Charlson index ^a	0-4	5-7	≥ 8	...
O	Obstruction	FEV ₁ %	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
D	Dyspnea	mMRC scale	0-1	2	3	4
EX	Exacerbation	Exacerbation ^b	0	1-2	≥ 3	...

CODEX = comorbidity, obstruction, dyspnea, and previous severe exacerbations; mMRC = modified Medical Research Council.

^aCharlson index: one point is added to the total score for each decade of life over the age of 50 y.

^bSevere exacerbations of COPD during the previous year (hospitalization or ED consultations).

CODEX index to predict all-cause mortality or readmissions, and

Trayectoria Clínica y Transición a Alto Riesgo en EPOC

Últimos 12 meses → Hace 3 meses → Actualidad



- Hace 12 meses**
 - Exacerbación leve
 - Antibiótico VO
- Hace 6 meses**
 - Hospitalización 5 días
 - SatO₂ 88%
- Hace 3 meses**
 - Nueva exacerbación
 - Corticoides sistémicos
- Actualidad**
 - Disnea en plano
 - Tos persistente

Intervalos *cada vez más cortos*
Evento hospitalario reciente
Uso repetido de corticoides sistémicos

⚠ Clasificación Implícita de Riesgo

- ≥2 exacerbaciones/año → Alto riesgo future
- ≥1 hospitalización → marcador independiente de mortalidad
- SatO₂ 88% durante exacerbación → reserva fisiológica limitada
- Trayectoria descendante → posible progresión sestructural acelerada.

? Tratamos exacerbaciones... o cambiamos estrategia anticipando riesgo futuro?

Aplicando CODEX:
C = 0
O = 1
D = 1
EX = 1
CODEX = 5
Riesgo ~~intermedio~~ alto a 12 meses



FEV1 42%
mMRC 2
EXACERBACIONES HOSPITALARIAS: 1
PERO....



XIX REUNIÓN del
Grupo EPOC 2026

¿SALBUTAMOL Y ESPERAR?



¿Qué Ocurre en los Pulmones de Juan?

Fisiopatología y Riesgo Futuro en EPOC (GOLD 2026)

Obstrucción Crónica del Flujo Aéreo

- **Inflamación bronquial** persistente
- Destrucción del parénquima (enfisema)
- Pérdida de retracción elástica
- **Remodelado** de vía aérea pequeña



Impacto Sistémico (GOLD 2026)

- **Inflamación sistémica** de bajo grado
- **Hipoxemia crónica**
- **Disfunción muscular**
- Mayor carga de **comorbilidades**

Consecuencias Pulmonares

- **Atrapamiento aéreo**
- **Hiperinsuflación** dinámica
- **Disnea** progresiva
- **Limitación** al ejercicio

EXACERBACIONES = ACELERADOR DE PROGRESIÓN

- Incrementan inflamación local
- Aumentan hospitalización y mortalidad
- Aceleran declive funcional
- Definen **Grupo E** en estratificación ABE

Evaluación Inicial: Confirmación a **Alto Riesgo** en **EPOC**

Espirometría Post-Broncodilatador

- **FEV₁ = 42% predicho** (GOLD 3: Obstrucción severa)
- **FVC = 68% predicho** (patrón obstructivo)
- **FEV₁/FVC = 0.58 < 0.70** (confirmación EPOC)
- **Reversibilidad:** Cambio FEV₁ = +6% post-BD (NO reversible, descarta asma)

Evaluación Clínica de Síntomas y Riesgo

- **mMRC = 2:** Debe parar para respirar al caminar en llano
- **CAT = 28:** Síntomas severos (≥20 = alto impacto)
- **Exacerbaciones:** 3 en último año = riesgo ALTO
- **GOLD 3:** FEV₁ 42%, ≥2 exacerbaciones/año



¿Seguimos tratando exacerbaciones... o cambiamos la estrategia terapéutica anticipando riesgo futuro?

Evaluación Integral: Pruebas Complementarias



Gasometría Arterial (PaCO₂ 46 mmHg, PaO₂ 55 mmHg)

- **Hipoxemia:**
- **PaCO₂ borderline:** posible retención leve de CO₂ → vigilancia clínica y evitar hiperoxia

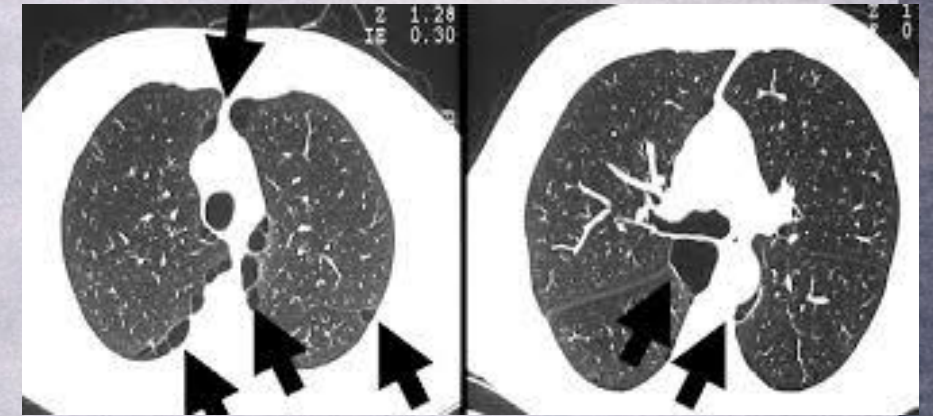


Biomarcadores Clave

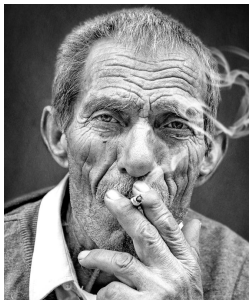
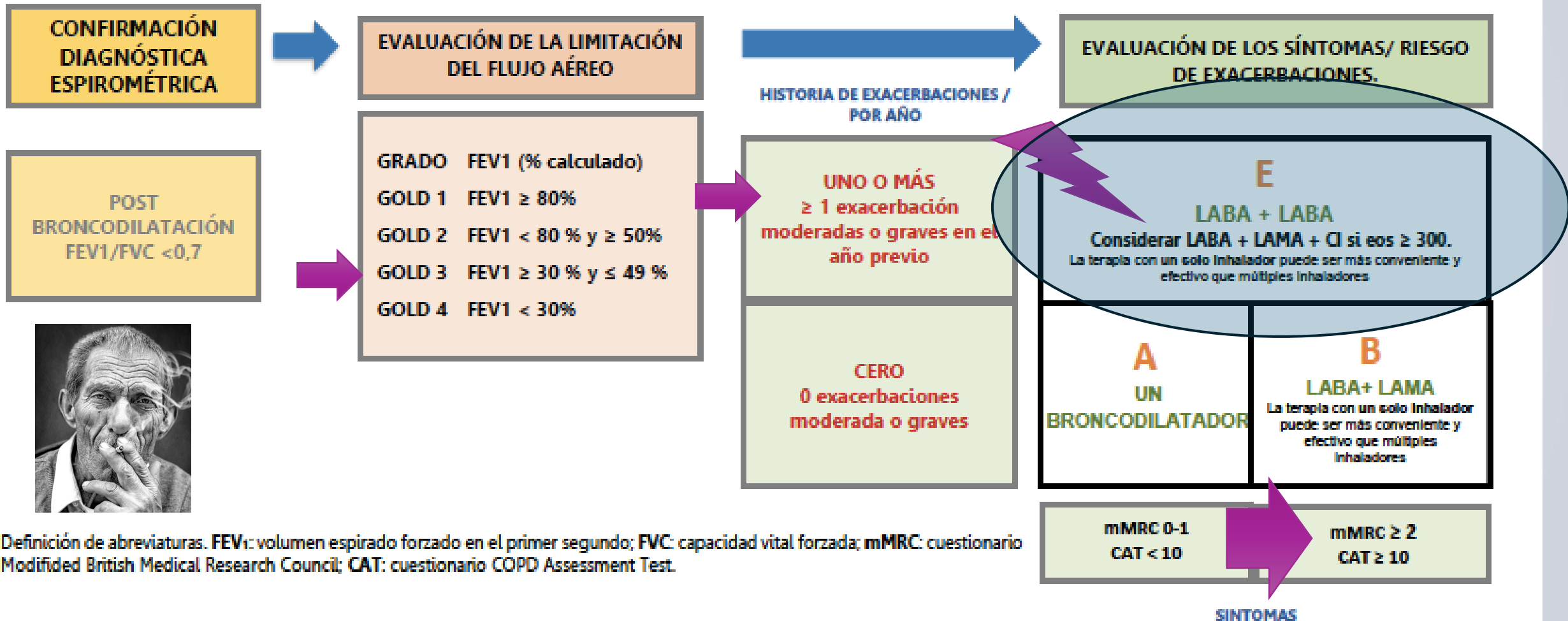
- **Eosinófilos:** 280 células/μL → posible indicación de ICS (punto de corte habitual ≥300)
- **BNP / NT-proBNP:** solicitar si **disnea** desproporcionada (descartar insuficiencia cardíaca)
- **PCR, IL-6:** Elevados (inflamación sistémica crónica)



Estudios de imagen



XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



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

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



¿QUIÉN DECIDE EL
TRATAMIENTO SOLO
MIRANDO EL FEV1?

Errores frecuentes en EPOC



Confundir gravedad (FEV₁) con clasificación ABE



No considerar exacerbaciones previas



Uso excesivo de inhaladores múltiples



No revisar técnica inhalatoria
Sin técnica correcta = dosis efectiva cero



Ignorar comorbilidades
Muchas veces condicionan más el pronóstico que el FEV₁



XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026



El verdadero problema:
INERCIA TERAPÉUTICA



Overcoming Therapeutic Inertia to Reduce the Risk of COPD Exacerbations: Four Action Points for Healthcare Professionals



Article

Deconstructing Therapeutic Failure with Inhaled Therapy in Hospitalized Patients: Phenotypes, Risk Profiles, and Clinical Inertia

Myriam Calle Rubio ^{1,2,3,†}, Soha Esmaili ^{2,4,5,†}, Juan Luis Rodríguez Hermosa ^{1,2,6,*}, Iman Esmaili ⁷, Pedro José Adami Teppa ¹, Miriam García Carro ¹, José Carlos Tallón Martínez ⁸, Ángel Nieto Sánchez ^{2,9}, Consolación Riesco Rubio ¹, Laura Fernández Cortés ¹, María Morales Dueñas ¹, Valeria Chamorro del Barrio ¹ and Xinyi Gao ^{1,†}

¹ Pulmonology Department, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital

COPD JOURNAL OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
COPD, 9:73–80, 2012
ISSN: 1541-2555 print / 1541-2563 online
Copyright © Informa Healthcare USA, Inc.
DOI: 10.3109/15412555.2011.631957

REVIEW

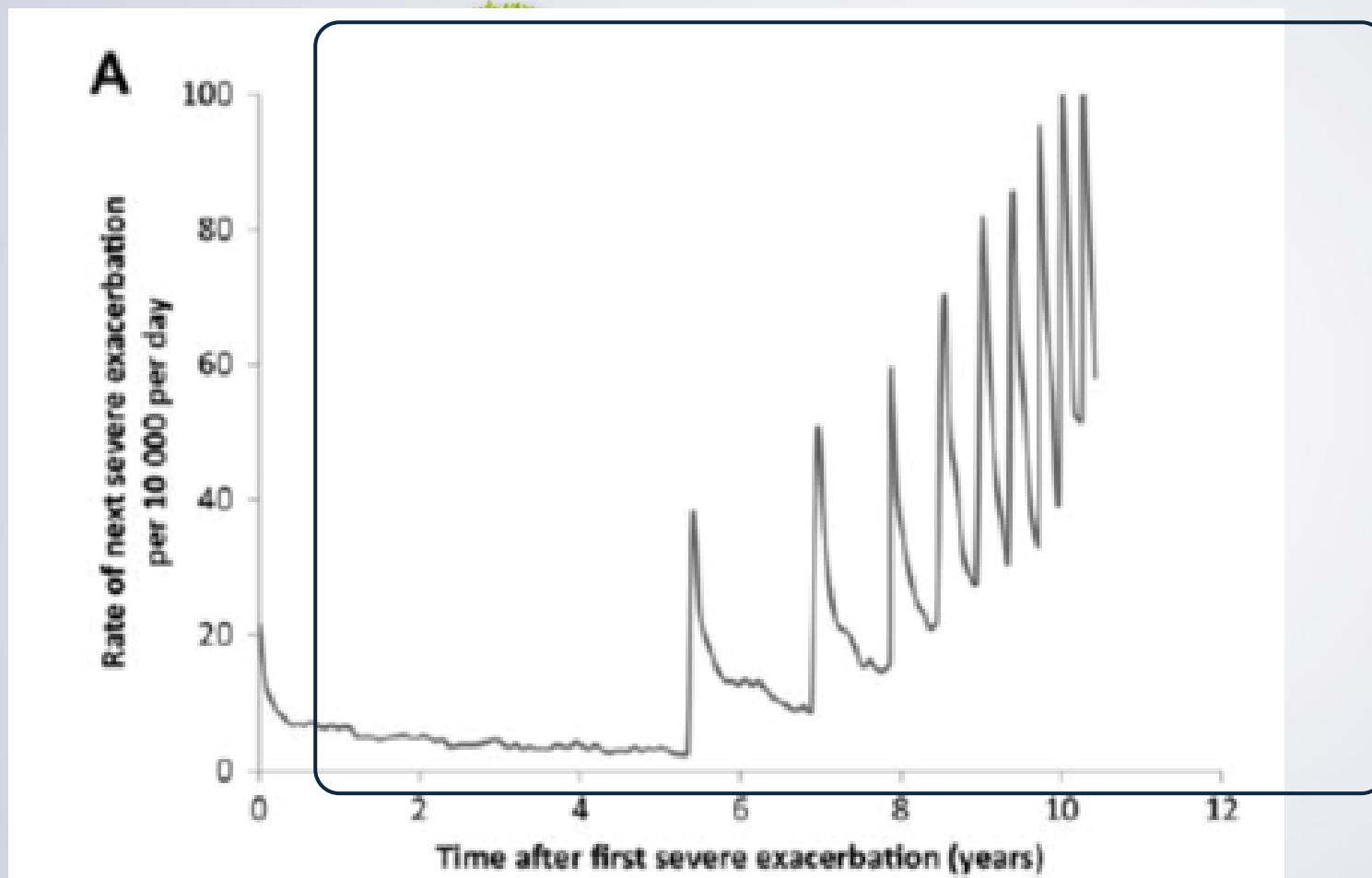
Review: Clinical Inertia in the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Catherine E. Cooke,¹ Michelle Sidel,² Daniel A. Belletti,² and Anne L. Fuhlbrigge³

informa healthcare



Las exacerbaciones previas son predictoras del riesgo de volver a exacerbar



2015



Estratificación Funcional y Clínica – GOLD 2026

GOLD 3 (Obstrucción Severa)

- FEV₁ 30–49% predicho
- Clasificación funcional
- No define tratamiento inicial



Grupo E (Alto Riesgo de Exacerbación)

- ≥1 exacerbación moderada o grave
- Sintomas relevantes (CAT ≥10 o mMRC ≥2)
- Prioridad: prevención de exacerbaciones



Implicación Terapéutica (GOLD 2026)

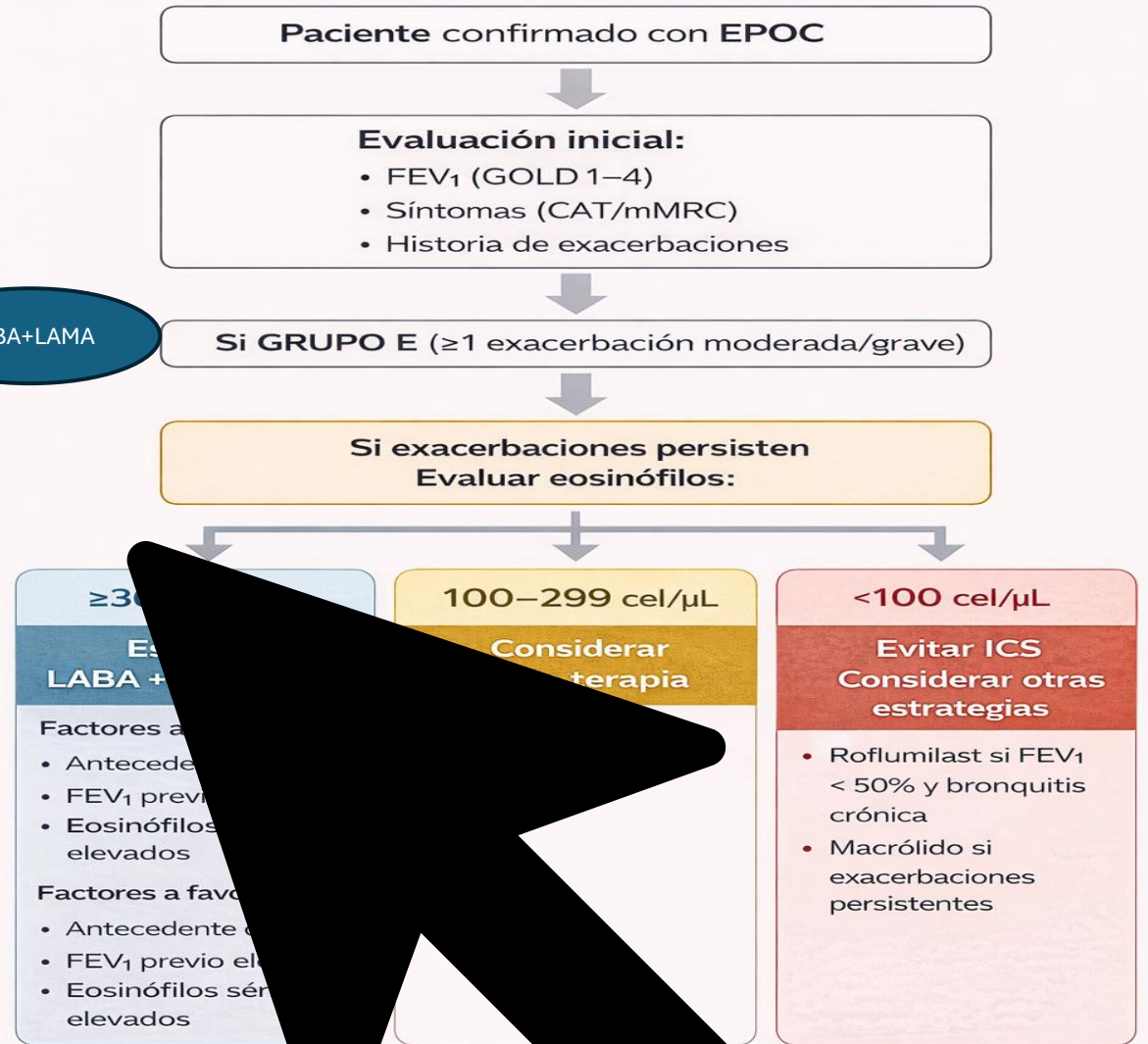
- **Inicio:** LABA + LAMA
- Escalar si exacerbaciones persisten
- Anadir ICS según **recuento de eosinófilos**
- Enfoque orientado a reducción de riesgo futuro

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026

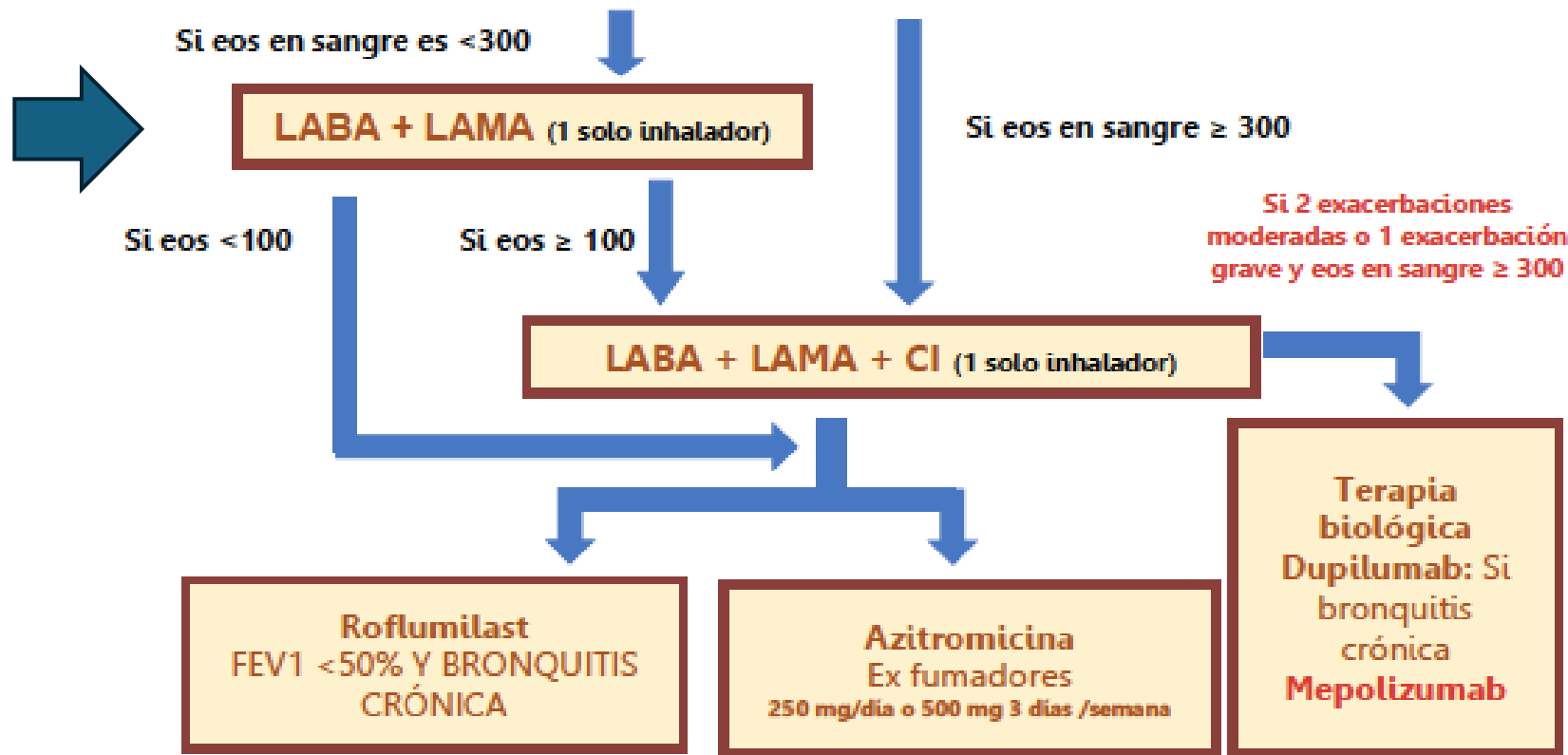
Escalada Terapéutica para EPOC – GOLD 2026



Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2026 ABE

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026

PARA GRUPO E



(*) 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

Intervenciones No Farmacológicas Fundamentales en el Manejo de la EPOC

1

Cese Tabáquico

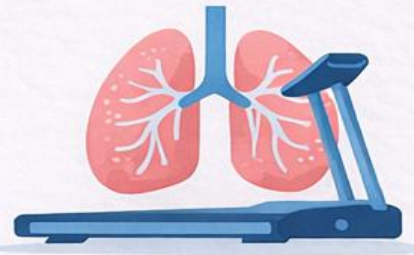
- Evidencia A
- Intervención fundamental
- Consejo motivacional, tratamiento farmacológico y seguimiento



2

Rehabilitación Pulmonar

- Mínimo 12 sesiones
- 2-3 sesiones por semana
- Especialmente indicada en Grupo B y Grupo E



3

Actividad Física Estructurada

- Programas supervisados y personalizados
- $\geq 2-3$ veces por semana
- Méjora capacidad funcional y tolerancia al ejercicio



4

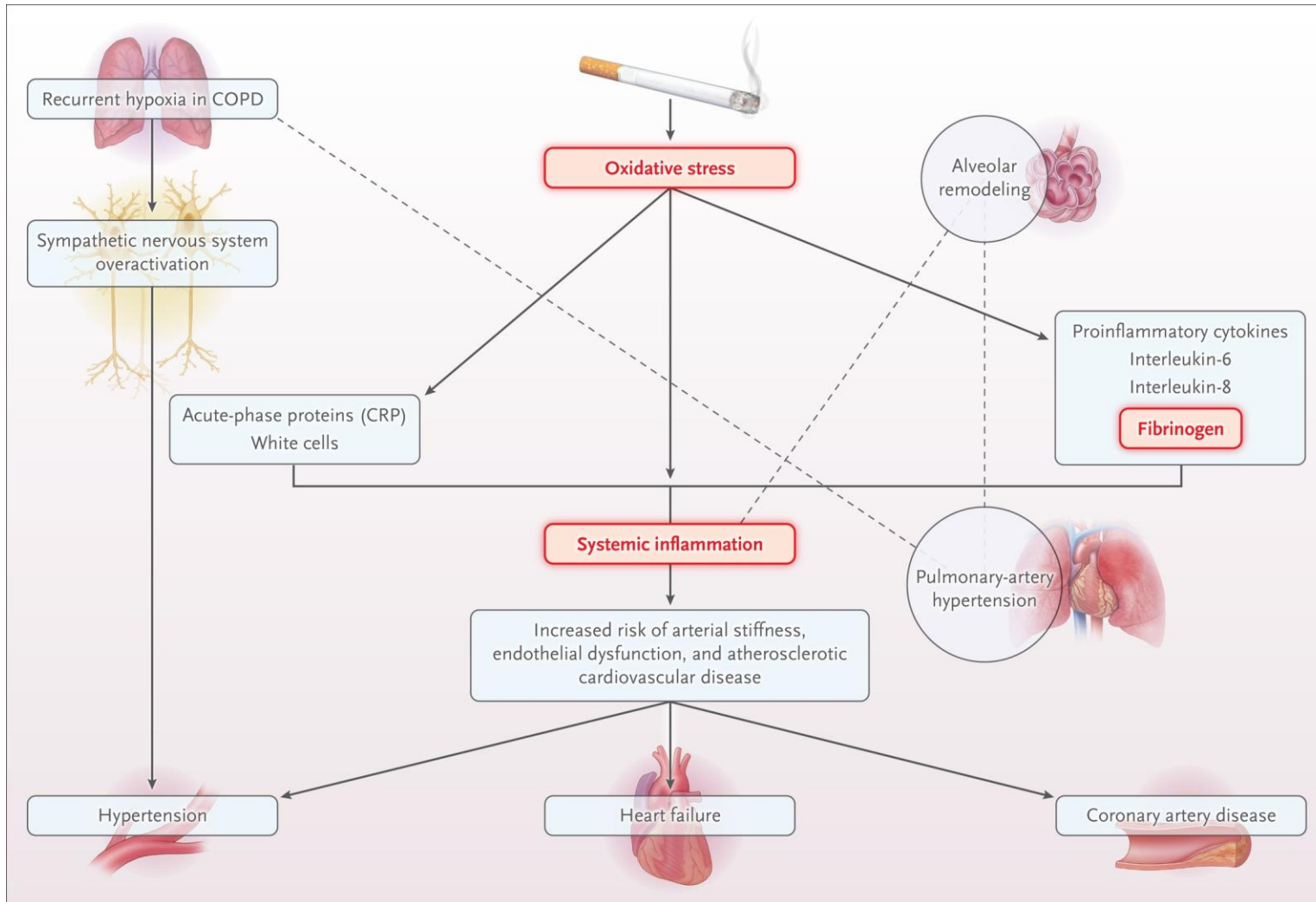
Vacunación, Educación y Plan de Acción

- Influenza, neumococo, COVID-19, VRS
- Verificación de técnica inhalatoria
- Plan de acción individualizado por escrito



Adaptado de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2026 ABE

Potential Mechanisms for the Association of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) with Hypertension and Other Cardiovascular Diseases.



- Incremento del stress oxidativo
- Inflamación sistémica.



Relación EPOC - enfermedad cardiovascular

ALGUNOS DATOS!!!

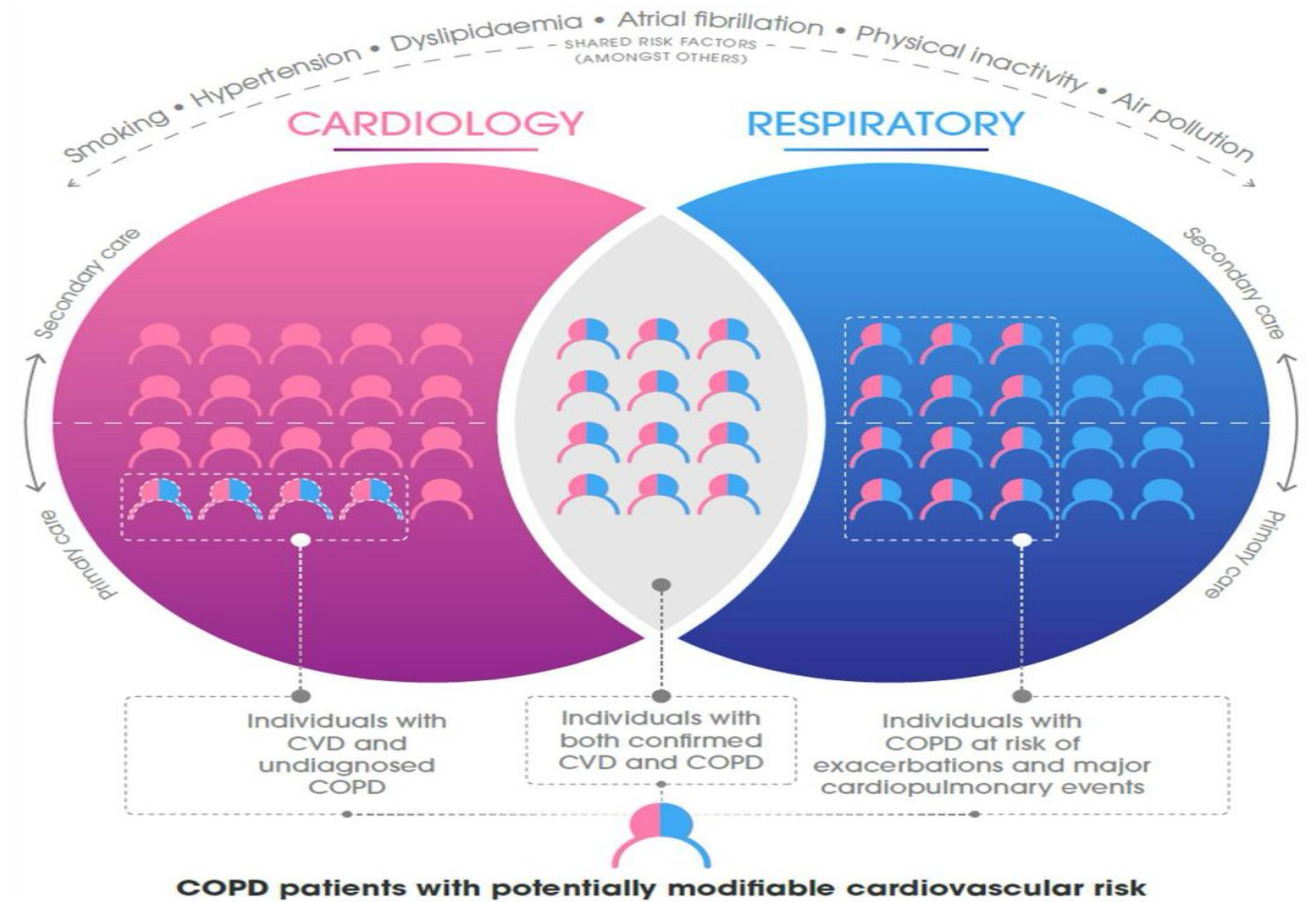
Cosas que NO me gustan:

EPOC + ECV: 🦴

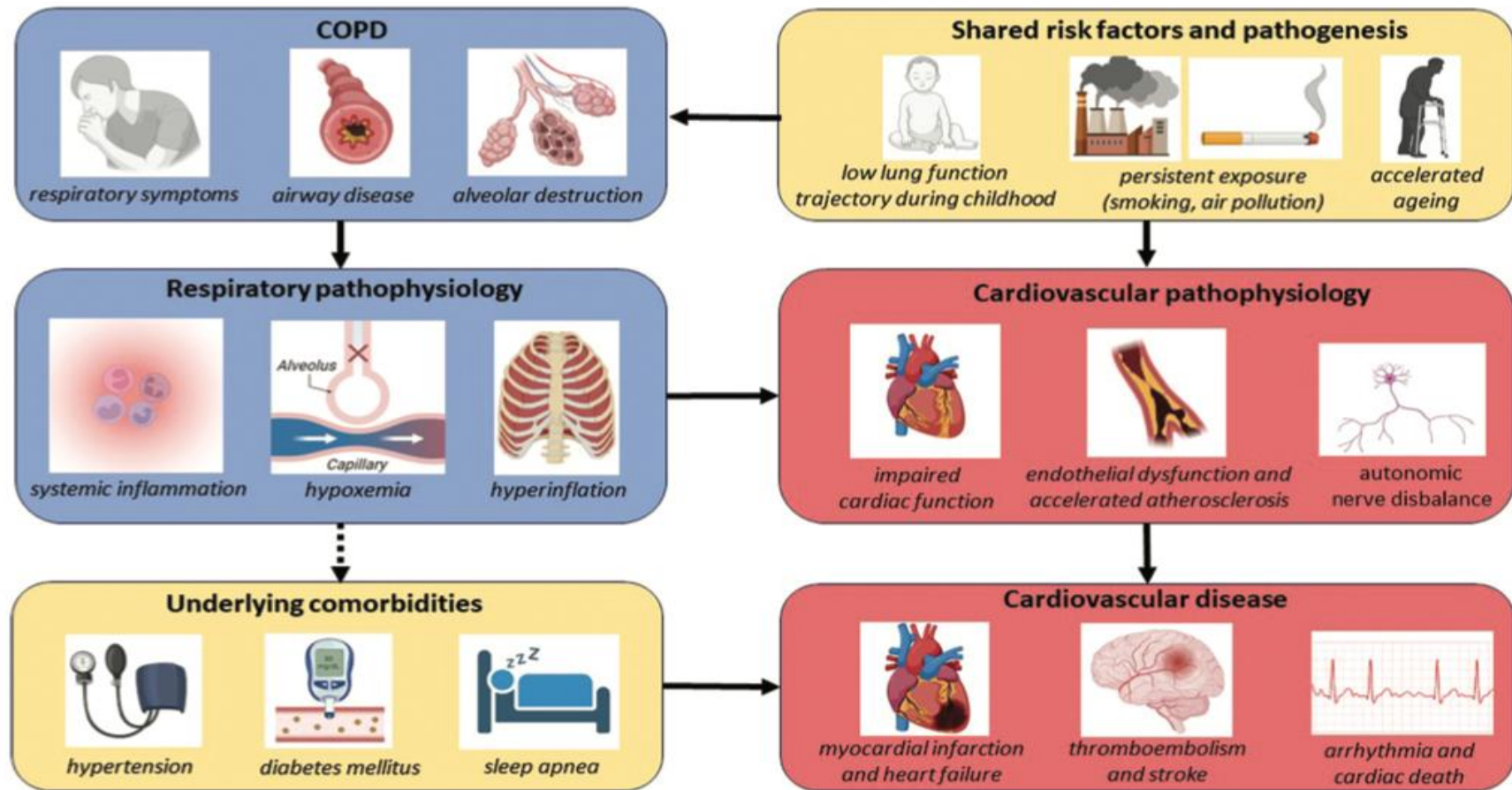
90%

AECOPD X2 IAM (1º 5 días) 🏥 40% ACV 10 días post)

AECOPD x4 ECV (30 DÍAS)

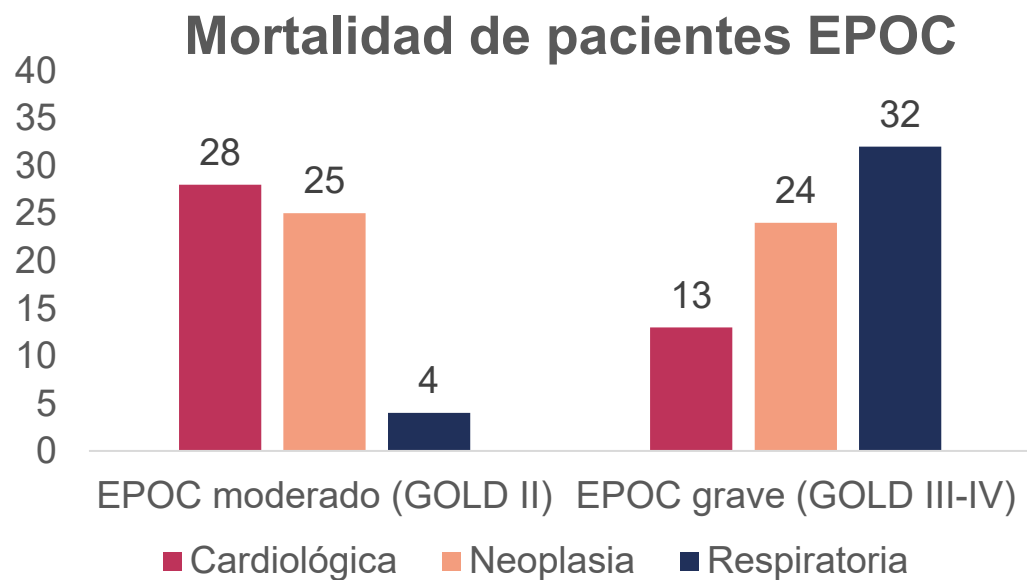


Factores de riesgo y fisiopatología comunes

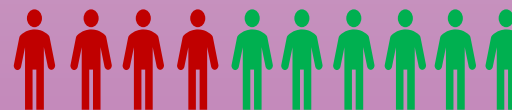


Los pacientes con EPOC suelen morir por causas cardiovasculares







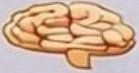

Los pacientes con EPOC moderada tienen más probabilidades de morir por enfermedad cardiovascular



Se estima que como mínimo el **40%** de la mortalidad de la EPOC se debe a causas cardiovasculares



Comorbilidades con Impacto Pronóstico en EPOC (GOLD 2026)

Comorbilidad	Impacto Pronóstico	Acción Clínica GOLD
 Enfermedad Cardiovascular (HTA)	↑ ↑ mortalidad	 Control agresivo
 Diabetes Tipo 2	↑ ↑ exacerbaciones	 Optimizar HbA1c
 AOS (Apnea Obstructiva del Sueño)	↑ ↑ riesgo CV	 STOP-BANG + PSG
 Osteoporosis	↑ ↑ fracturas	 DEXA + suplementación
 Salud Mental	↑ ↑ exacerbaciones	 Cribado sistemático

 Tratar solo el pulmón en EPOC es infra-tratar al paciente.

Abordaje Sistemático de la Multimorbilidad en EPOC

4M del Paciente con EPOC



Mentation

Establecer metas y tamizar ánimo o ansiedad



Mobility

Evaluar balance y capacidad física



Morbidities

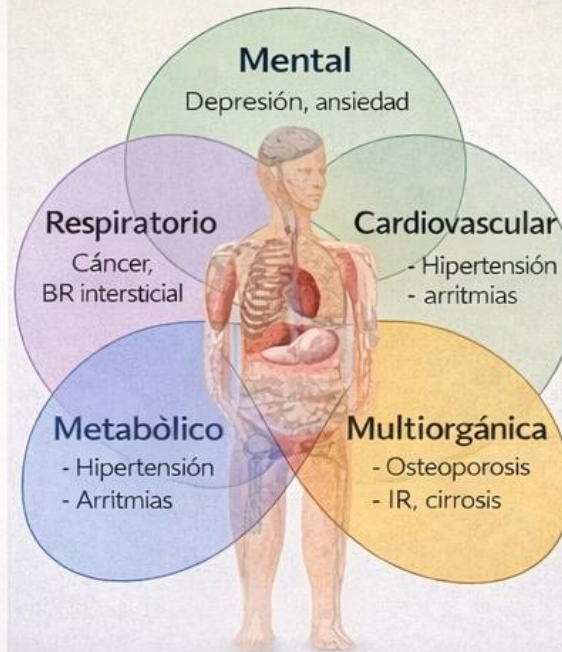
Detectar y abordar asociaciones relevantes



Medicaciones

Revisar y ajustar según adherencia

5 Clústeres de Comorbilidad



Evaluación Inicial y Seguimiento

✓ Inicio:

- Historia, examen físico
- NT-ProBNP
- HRCT/espirometría/DLCO
- CAT
- Checklist de AOS/mMRC/STB
- Glicohemoglobina (A1c)

✓ Anual:

- Revisión fármacos y valores
- DLCO
- BNP

✓ Cada 3-5 años:

- DXA
- Función renal
- Función hepática

Celli B.R. y cols., Eur J Intern Med 2026

COMORBILIDADES QUE CAMBIAN TRAYECTORIA



Depresión / Ansiedad

IMPACTO:

Prevalencia 30–50%
EPOC moderada-severa

- ▲ ↑ exacerbaciones
- ▲ ↑ mortalidad 2–3x
- ▲ ↓ adherencia

ACCIÓN:

- ✓ Screening sistemático (PHQ-9 / GAD-7)
- ✓ ISRS si indicado
- ✓ Integrar rehabilitación pulmonar

La salud mental predice adherencia.



AOS Overlap COPD-OSA

IMPACTO:

Prevalencia 10–15%

- Hipoxemia nocturna aditiva
- ♥ ↑ riesgo CV
- ↑ mortalidad

ACCIÓN:

- ✓ STOP-BANG
- ✓ PSG si riesgo alto
- ✓ CPAP reduce mortalidad y exacerbaciones

El overlap no tratado duplica el riesgo



Diabetes Ventana Terapéutica

IMPACTO:

- ▲ ↑ exacerbaciones
- ▲ ↑ inflamación sistémica
- ▲ ↑ mortalidad

ACCIÓN:

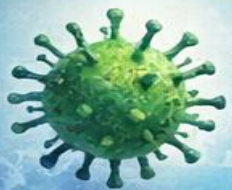
- Optimizar HbA1c
- GLP-1 RA o SGLT2 si riesgo CV
- Evitar hipoglucemias silenciosas

Control metabólico es control inflamatorio

Las comorbilidades no acompañan a la EPOC. La modifican.

Vacunación: Parte Integral del Tratamiento EPOC

Influenza



Vacuna
inactivada
intramuscular

- ✓ hospitalizaciones
- ✓ exacerbaciones

La vacuna antigripal es
intervención anual
obligatoria en EPOC.

Neumocócica

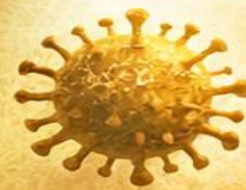


PCV20 (1 dosis)
o
PCV15 + PPSV23

- ✓ neumonía
- ✓ Exacerbaciones
20-30%

Reduce eventos respiratorios
graves y complicaciones bacterianas.

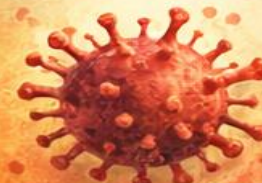
COVID-19



Esquema completo
+ refuerzos según
edad

- ✓ complicaciones
respiratorias graves
- ✓ mortalidad en
pacientes de riesgo

RSV



>60 años
+ enfermedad
crónica

- ✓ infección respi-
ratoria baja 20-30%

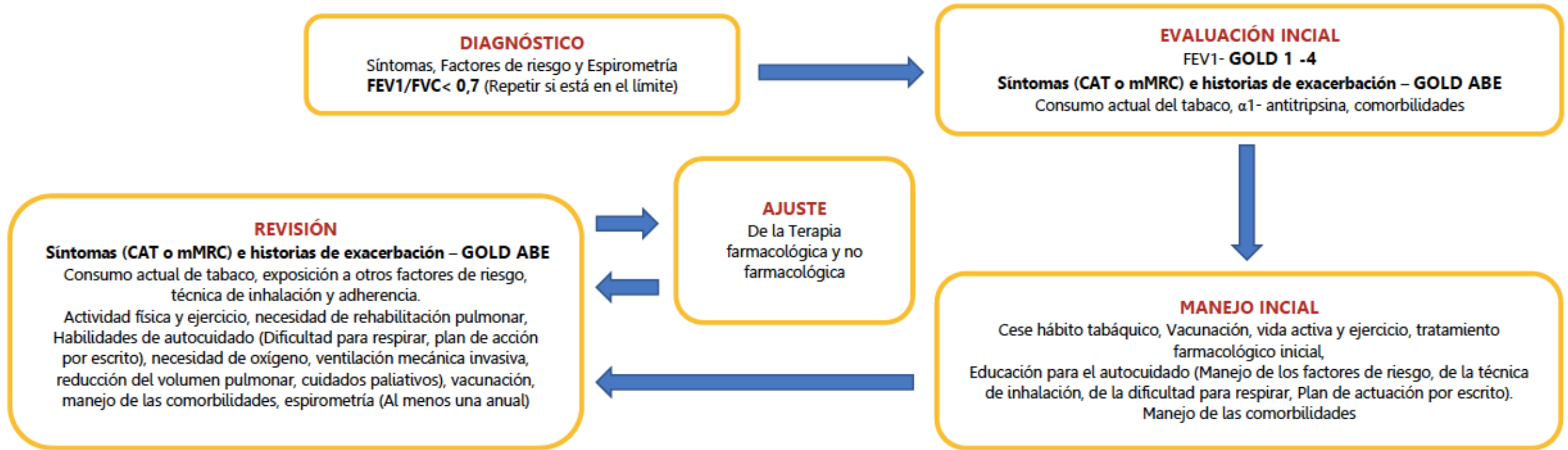
ACCIÓN INMEDIATA: Verificar estado vacunal en cada consulta.

META: Reducir exacerbaciones 20-30% con vacunación completa.

Vacunar en EPOC no es prevención general. ES PREVENCIÓN DE EXACERBACIONES.

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026

MANEJO DE LA EPOC

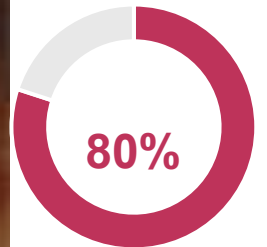


Adherencia terapéutica y técnica de inhalación

Elección del inhalador:

- Decisión compartida con el paciente.
- Explicar la técnica de inhalación y comprobar con el paciente que entiende la técnica y es capaz de realizarla.
- Idealmente utilizar **un único dispositivo**.
- Revisar periódicamente la técnica y la adherencia.

Errores en la técnica de inhalación



Time from training



Técnica incorrecta

-3.1/10

-39%

-20%

-13-38%

-59-33%

Mejor un solo dispositivo

COPD

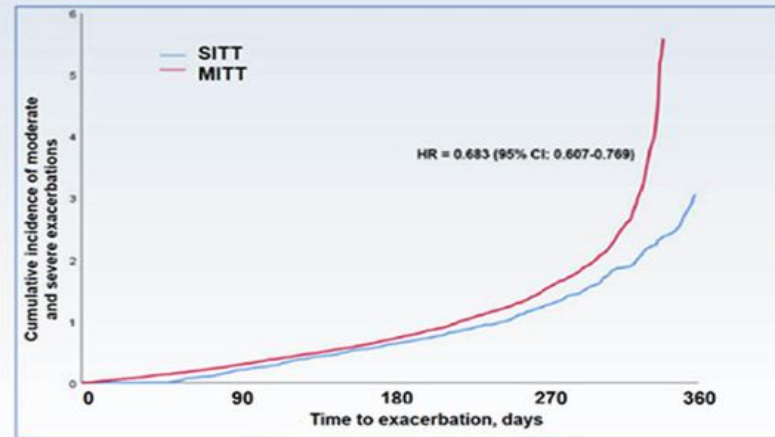
Do Patients With COPD in Spain Have Improved Outcomes With Single-Inhaler Triple Therapy vs Multiple-Inhaler Triple Therapy?



STUDY DESIGN

- Observational, retrospective cohort study of 4,625 patients with COPD >40 y in Spain from 2018-2019
- Followed clinical outcomes including persistence (time until discontinuation of therapy)

RESULTS



Cox proportional hazards for cumulative incidence of exacerbations in SITT and MITT

Compared with patients with **multiple-inhaler triple therapy (MITT)**, patients with **single-inhaler triple therapy (SITT)** had:



- Higher **PERSISTENCE** (HR = 1.37; 1.22-1.53)
- Reduced risk of **EXACERBATIONS** (HR = 0.68; 0.61-0.77)
- Lower all-cause **MORTALITY** risk (HR = 0.67; 0.63-0.71)
- Reduced health care **RESOURCE** use

Patients initiating SITT had a clinically relevant improvement in persistence leading to reductions in mortality, incidence of exacerbations, and health care resource use as compared with MITT.



Tratamientos con impacto sobre la supervivencia en la EPOC



paO₂ 55 mm Hg
paCO₂ 46 mm Hg

Terapia	Ensayos clínicos aleatorizados	Efecto sobre la mortalidad	Características del paciente
Terapia farmacológica			
LABA+LAMA+ICS	Si	Comparativa triple terapia vs doble broncodilatación IMPACT HR 0,72 (IC 95%: 0,53; 0,99) ETHOS HR 0,51 (IC 95%: 0,33; 0,80)	Personas sintomáticas con antecedentes de exacerbaciones frecuentes y/o graves
Terapia no farmacológica			
Dejar de fumar	Si	8,83/1000 persona-años (dejar de fumar) vs. 10,38/1000 persona-años (UC) (p = 0,03)	Asintomático o ligeramente sintomático
Rehabilitación pulmonar	Si	Después de RP temprano: RR 0,58 (IC 95% 0,35; 0,98) y en el seguimiento más largo RR 0,55 (IC 95% 0,12; 2,57)	Hospitalizados por exacerbaciones de EPOC (durante o □ 4 semanas post d/c)
Oxigenoterapia	Si	NOTT, 19 horas de oxígeno continuo vs 13 horas: reducción 50%, MRC, 15 horas vs sin oxígeno: reducción 50%	PaO ₂ <55 o < 60 mmHg con <i>cor pulmonale</i> o policitemia secundaria
Ventilación no invasiva	Si	12% en VPPNI (alto nivel IPAP) y 33% en control (HR 0,24; 95% CI 0,11;0,49)	EPOC estable con hipercapnia marcada
Cirugía de reducción de volumen pulmonar	Si	0,07 muertes/personas-año (LVRS) vs. 0,15 muertes/personas-año. RR 0,47	Enfisema del lóbulo superior y baja capacidad de ejercicio

Seguimiento Dinámico en Grupo E – Enfoque GOLD 2026

SEMANA 1



Seguridad y Adherencia

- Contacto precoz
- Tolerancia LABA+LAMA
- Verificar técnica inhalatoria
- Reforzar educación

 **Objetivo:**
evitar abandono temprano

<p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</p> <p>2026 POCKET GUIDE</p> 	<p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</p> <p>2026 POCKET GUIDE</p> 	<p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</p> <p>2026 POCKET GUIDE</p> 
<p>POCKET GUIDE TO COPD DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION</p> <p>A Guide for Health Care Professionals</p>	<p>POCKET GUIDE TO COPD DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION</p> <p>A Guide for Health Care Professionals</p>	<p>POCKET GUIDE TO COPD DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION</p> <p>A Guide for Health Care Professionals</p>

En Grupo E, el seguimiento no es control de síntomas. Es control de riesgo.

PLAN DE ACCIÓN: RECONOCER Y MANEJAR EXACERBACIONES

Para pacientes con EPOC (entregar impreso). Actuar si aumentan síntomas durante ≥ 48 horas. >>>>>

! SIGNOS DE EXACERBACIÓN

- ✓ Aumento de esputo (mayor volumen o amarillo/verde/marrón)
- ✓ Aumento de disnea (dificultad para actividades)
- ✓ Tos más intensa o fiebre
- ✓ Duración de síntomas ≥ 48 horas



ACCIÓN INMEDIATA

MANEJO EN DOMICILIO (si leve-moderada)



1 BRONCODILATADORES

- ✓ Aumentar broncodilatadores de rescate
SABA ± SAMA según síntomas



2 CORTICOIDES

- ✓ Prednisona 40 mg/día × 5 días



3 ANTIBIOTICÓS

- ✓ Si esputo purulento o criterios de Anthonisen
- ✓ Ej: amoxicilina/clavulanico • 5 días

ESCALAR Y CONTACTAR SI:

- Síntomas graves o persistentes.
- Imposibilidad de moverse o hablar.
- Uso inicial de oxígeno en domicilio.

NUNCA DETENER EL TRATAMIENTO POR MEJORÍA TEMPORAL



Perlas Clínicas: Enfoque Práctico GOLD 2026

1

Diagnóstico ≠ Estratificación Terapéutica

- GOLD 1-4 = severidad espirométrica (FEV₁)
- **ABE** – decisión terapéutica inicial
- el FEV₁ ya no define tratamiento inicial.

2

Exacerbaciones Definen Riesgo

- ≥1 moderada o hospitalización → **Grupo E**
- Persistencia de eventos
- Recuento de eosinófilos



3

Simplifica Dispositivos

- Preferir inhalador único cuando sea posible
- Persistencia de eventos
- Tratamiento actual



4

Técnica = Medicamento

- Sin técnica correcta → dosis efectiva = 0
- Revisar y corregir en cada visita.



5

Comorbilidades Cambian Pronóstico

- Buscar activamente
- AOS (STOP-BANG + FSD)
- Riesgo cardiovascular
- Osteoporosis en GOLD avanzado



“En EPOC,
el riesgo futuro
pesa más que
la obstrucción
aislada.”



XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



CONCLUSIÓN:

Los 5 Pilares del Internista en EPOC (GOLD 2026)



1

Diagnóstico Preciso

- Espirometría post-BD obligatoria
- El FEV₁ clasifica severidad, tratamiento inicial



2

Estratificación Correcta (ABE)

- Síntomas (CAT / mMRC) + Exacerbaciones
- ≥ 1 moderada o grave \rightarrow Grupo E



3

Tratamiento Estratégico

- Grupo E \rightarrow LABA + LAMA precoz
- Escalar si ≥ 1 ingreso o alto riesgo
- Revisar respuesta en 4-6 semanas



4

Reducción de Riesgo

- Cese tabáquico
- Rehabilitación pulmonar
- Vacunación completa



5

Manejo Integral

- Comorbilidades cardiovasculares
- Salud mental
- AOS
- Osteoporosis

Evitar la inercia terapéutica
mejora pronóstico

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



Después de una hospitalización por EPOC...

EL RIESGO NO DESAPARECE AL ALTA.



- ≥ 1 ingreso = alto riesgo futuro
- Mayor probabilidad de nueva exacerbación
- Mayor mortalidad a 12 meses

EL ALTA NO ES EL FINAL

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



Seguimiento precoz cambia el pronóstico

< 4 SEMANAS

- Reevaluar síntomas (CAT / mMRC)
- Revisar técnica inhalatoria
- Ajustar tratamiento si persiste riesgo



REVISAR ES TRATAR



El verdadero problema

Inercia terapéutica

- No escalar pese a **exacerbaciones**
- Mantener tratamiento insuficiente
- No reevaluar tras ingreso

**“Tratar la obstrucción mejora síntomas.
Tratar el riesgo futuro mejora supervivencia.”**

XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026



XIX REUNIÓN del Grupo EPOC 2026



GIRONA
12-13 MARZO 2026



Gracias

Seguimos decidiendo el futuro de nuestros pacientes.

