



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

INFORMADA POR LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ESTABLE EN ADULTOS

PARAGUAY

2025

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**INFORMADA POR LA EVIDENCIA
PARA EL MANEJO DE LA
ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA
ESTABLE EN ADULTOS**

PARAGUAY

2025



AUTORIDADES

FICHA TÉCNICA

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Guía de Práctica Clínica informada por la evidencia para el manejo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica estable en adultos, Paraguay 2025 – Asunción: MSPyBS.

ISBN: 978-99925-11-60-2

I. Título: Guía de Práctica Clínica informada por la evidencia para el manejo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica estable en adultos.

Propiedad: ©Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
<http://www.mspbs.gov.py>
Asunción, Paraguay – 2025.

Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. MSPyBS Silvio Pettirossi y Constitución. Edificio de Información Estratégica y Vigilancia de la Salud. 4to piso. Asunción, República del Paraguay. Teléfono/Fax: (595 21) 2374000
<https://dvent.mspbs.gov.py/>

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto, no puede comercializarse en el Paraguay o en el extranjero. Están autorizados la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Esta publicación debe citarse como: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección de Vigilancia de la Salud, Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, “Guía de Práctica Clínica informada por la evidencia para el manejo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica estable en adultos, Asunción, Paraguay 2025”.

Diseño Editorial: Goiriz Imagen & Cía.

Dra. María Teresa Barán Wasilchuk
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Ángel José Ortellado Maidana
Viceministro de Rectoría y Vigilancia de la Salud

Dra. Andrea Ojeda
Directora General de Vigilancia de la Salud

Prof. Dra. Felicia Cañete Villalba
Directora de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

Dra. Zunilda Palacios Morínigo
Programa Nacional de Control del Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas



GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA

COORDINADORA METODOLÓGICA

Lic. Ethel Santacruz
Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, MSPyBS

EQUIPO METODOLÓGICO

Dra. Zunilda Palacios, Directora
Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS

Dra. Xintia Ayala, Coordinadora
Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS

Dra. Noelia Cañete, Coordinadora Técnica
Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades Respiratorias Crónicas, MSPyBS

Lic. Alba Carolina Cuevas
Sociedad Paraguaya de Psicología

Dr. Aldo Ojeda
Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, MSPyBS

EQUIPO TEMÁTICO

CP. Victoria Sosa
Dirección General de Planificación y Evaluación, MSPyBS

Econ. Edgar Suarez
Dirección General de Planificación y Evaluación, MSPyBS

Dra. Irene Benítez, Pediatra
Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud, MSPyBS

Dra. María Graciela Gamarra, Neumóloga
Sociedad Paraguaya de Alergia, Asma e Inmunología

Lic. Francisco Rojas, Fisioterapeuta
Asociación de Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay

Dr. Hugo Martínez, Neumólogo
Sociedad Paraguaya de Neumología

Dra. Leticia Maldonado, Neumóloga
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente “Prof. Dr. Juan Max Boettner”, MSPyBS

PANEL DE EXPERTOS

Lic. Juana Amarilla, Enfermera
Lic. Cinthia Ovelar, Enfermera
Lic. Nathalia Torales, Enfermera
**Hospital de Clínicas - Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Asunción**

Dra. Cynthia Meza, Neumóloga
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

Dra. Rocio Arruabarrena, Neumóloga
**Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente
“Prof. Dr. Juan Max Boettner”, MSPyBS**

Lic. Elisa Cuenca, Enfermera
Hospital General de Luque, MSPyBS

Dr. Carlos Santa Maria, Médico Familiar
Centro Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones, MSPyBS

Lic. Cesar Irala Romero, Trabajador Social
Dirección de Trabajador Social, MSPyBS

Dr. Alberto Ortiz, Intensivista
Sociedad Paraguaya de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos

Dr. Mario Otazo, Psiquiatra
Hospital Materno Infantil San Pablo, MSPyBS

Dra. Doris Royg, Internista
Dra. María Cristina Gimenez, Internista
Sociedad Paraguaya Medicina Interna

Lic. Diego Morel, Fisioterapeuta
Asociación de Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay

Dra. Diana Yuruhan, Médico Familiar
Sociedad Paraguaya Medicina Familiar

Dra. María Graciela Gamarra, Alergista
Sociedad Paraguaya Asma, Alergia e Inmunología

Dr. Duilio Nuñez, Infectólogo
Dra. Liliana Venialgo, Neumóloga
Instituto de Previsión Social

Dra. Karen Figueredo, Médico Familiar
Dirección de Atención Primaria de Salud, MSPyBS



Dra. Mónica Abente, Neumóloga
Dr. Ángel Gómez, Neumólogo
**Programa Nacional de Control de Tabaquismo y Enfermedades
Respiratorias Crónicas, MSPyBS**

PACIENTE

Pedro Acuña

ASESORES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. Marcelo Korc
Representante en el Paraguay de la Organización Panamericana de la Salud

Dr. Lenildo de Moura
Asesor en Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Paraguay

Lic. Rodrigo Burgos
**Consultor Nacional en Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental,
Paraguay**

Dra. Silvana Luciani
**Jefa de Unidad, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud
Mental de la OPS/OMS HQ**

Dr. Ludovic Reveiz
**Jefe de la Unidad de Ciencia y Conocimiento para la Acción. Departamento
de Evidencia e Inteligencia para el impacto en Salud OPS/OMS HQ**

Dra. Marcela Torres
**Consultora internacional. Unidad de Ciencia y Conocimiento el impacto en
salud. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud
OPS/OMS HQ**

REVISORES EXTERNOS

Dra. Ana Milena Callejas Gutiérrez, Neumóloga
**Universidad Nacional de Colombia
Instituto Nacional de Cancerología de Colombia**

Dr. Domingo Pérez Bejarano, Neumólogo
**Hospital General de Luque
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay**

OBJETIVO Y POBLACIÓN BLANCO

Objetivo: brindar recomendaciones para el tratamiento de pacientes adultos diagnosticados con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica estable.

Población blanco: pacientes adultos diagnosticados o sospecha diagnóstica de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica estable.

ALCANCE Y USUARIOS

La guía incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico de EPOC estable. No incluirá diagnóstico y estadificación.

Las recomendaciones de esta guía de práctica clínica están dirigidas al personal del sector salud como profesionales de medicina familiar, interna, crítica, infectología, neumología, psicología, psiquiatría, enfermería, fisioterapeutas, trabajo social y aquellos involucrados a otras disciplinas relacionadas con el cuidado del paciente con EPOC en todos los niveles de atención.

La guía pretende ser utilizada por tomadores de decisiones y miembros de entidades gubernamentales con el fin de facilitar el proceso de implementación estandarizando procesos asistenciales.

Esta guía no incluirá los siguientes aspectos clínicos y poblaciones:

- Menores de 18 años.
- Mujeres embarazadas.
- Manejo de exacerbaciones.



RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Cómo usar esta guía

Cada pregunta clínica presenta un grupo de recomendaciones y buenas prácticas que brindan indicaciones para el Tratamiento de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica estable. Cada recomendación presenta la calidad de la evidencia siguiendo el sistema GRADE:

| Certeza | Características |
|-------------------------|---|
| ALTA ⊕⊕⊕⊕ | Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado. |
| MODERADA ⊕⊕⊕○ | Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado. |
| BAJA ⊕⊕○○ | Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado. |
| MUY BAJA ⊕○○○ | Cualquier resultado estimado es muy incierto. |

| Fuerza de la Recomendación | Significado |
|------------------------------|---|
| FUERTE A FAVOR | Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO |
| CONDICIONAL A FAVOR | Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE SUGIERE HACERLO |
| CONDICIONAL EN CONTRA | Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. SE SUGIERE NO HACERLO |
| FUERTE EN CONTRA | Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO |
| √ | PUNTO DE BUENA PRÁCTICA (PBP) |

Clasificación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La herramienta utilizada para el diagnóstico de la EPOC es la espirometría, que tiene la finalidad de medir la severidad de la obstrucción al flujo aéreo en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad (Lange et al., 2012).

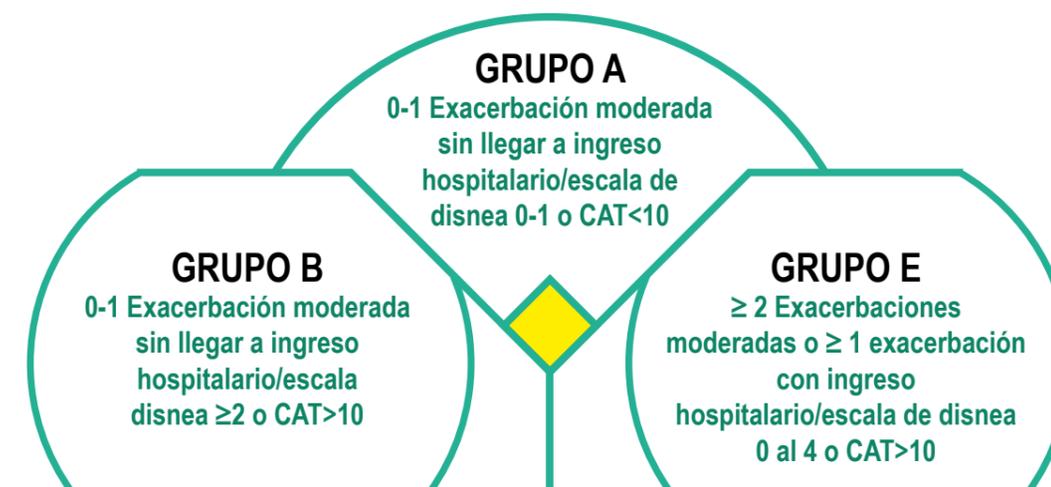
Evaluación de la severidad y estadificación

La evaluación de la severidad y estadificación de los pacientes con EPOC se realiza con el sistemas de clasificación GOLD de la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD) la cual recomienda el diagnóstico de la EPOC mediante síntomas acompañados de la confirmación mediante la espirometría de la relación del volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF₁) /capacidad vital forzada (CVF) <0,7. La gravedad de la obstrucción es determinada por el porcentaje del VEF₁ previsto. El sistema GOLD utiliza cuatro grados de clasificación de severidad (Agustí et al., 2023).

Cuadro 1. Clasificación de la EPOC por espirometría.

| | Severidad | Volumen Espiratorio forzado en un segundo VEF ₁ |
|--------|------------|--|
| GOLD 1 | Leve | ≥80% del previsto |
| GOLD 2 | Moderada | 50-79% del previsto |
| GOLD 3 | Severa | 30-49% del previsto |
| GOLD 4 | Muy severa | < 30% del previsto |

Cuadro 2. Clasificación ABE para estadificación según GOLD.



Fuente: Tomado de la Estrategia Global para la prevención, diagnóstico y manejo de la EPOC: Informe 2024.



El GOLD clasifica a los pacientes según gravedad espirométrica. Se utiliza adicionalmente la herramienta de evaluación ABE, para determinar la terapia inicial. Esta herramienta de evaluación GOLD ABE utiliza los síntomas de un individuo (es decir, la escala de disnea modificada del Medical Research Council [mMRC] o la prueba de evaluación de la EPOC (*CAT COPD assessment test*) y el historial de exacerbaciones para guiar la farmacoterapia. La evaluación multidimensional GOLD “ABE” se analiza con más detalle por separado en el contexto del tratamiento inicial de la EPOC. (Agustí et al., 2023).

Cuadro 3. Escala de Disnea (mMRC):

| | |
|----------|---|
| 0 | Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso. |
| 1 | Disnea al andar deprisa en superficie plana, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada. |
| 2 | La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en superficie plana o tener que parar para descansar al andar en superficie plana a su propio paso. |
| 3 | La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de caminar en superficie plana. |
| 4 | La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse. |

Fuente: ATS (1982) *Am Rev Respir Dis. Nov. 126(5):952-6.*

*Recomendaciones claves de implementación de la guía

Tratamiento Farmacológico

Pregunta 1. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico en pacientes adultos con EPOC?

| Nº | Recomendación |
|----|---|
| 1 | Se recomienda iniciar monoterapia de mantenimiento con broncodilatadores de acción corta o prolongada en pacientes con EPOC estable clasificados en el grupo A con baja carga de síntomas y función pulmonar levemente deteriorada ($VEF_1 \geq 80\%$ del LIN).* Certeza de la evidencia moderada y baja. Recomendación Fuerte a favor. |
| 2 | Se recomienda iniciar la terapia de mantenimiento con broncodilatadores de larga duración en pacientes con EPOC estable, clasificados en el grupo B con bajo riesgo de exacerbaciones, con una carga de síntomas de moderado a alto y deterioro de la función pulmonar ($VEF_1 < 80\%$ del LIN)* Certeza de la evidencia moderada y baja. Recomendación Fuerte a favor. |
| 3 | Se recomienda en pacientes con EPOC del grupo E, iniciar la terapia triple con broncodilatadores de acción prolongada LABA/LAMA/corticoides inhalados en pacientes con EPOC estable, con Eosinofilia > 300 c/mcl o con una carga de síntomas moderada a alta y/o deterioro del estado de salud y deterioro de la función pulmonar ($VEF_1 < 80\%$ del LIN) que no respondieron a la terapia dual. Certeza de la evidencia moderada y baja. Recomendación Fuerte a favor. |
| ✓ | No se debe iniciar monoterapia con corticoides inhalados para el manejo inicial de pacientes con EPOC estable. La triple terapia debe ser evaluada a los 3 meses para reorientar el tratamiento. Punto de buena práctica. |
| ✓ | En pacientes con EPOC estable, con bajo riesgo de exacerbaciones, actualmente en monoterapia con LAMA, monoterapia con LABA o terapia dual LAMA/LABA, no adicionar los siguientes medicamentos orales: - Inhibidores de la fosfodiesterasa-4 - Mucolíticos - Estatinas - Esteroides anabólicos - Teofilina - Macrólidos Punto de buena práctica. |
| ✓ | Los pacientes en tratamiento deben tener por lo menos 3 consultas al año con el especialista en neumología. Punto de buena práctica. |



| | |
|---|--|
| 4 | Se recomienda el uso de terapia de oxígeno de largo plazo solo para pacientes con EPOC e hipoxemia ($PaO_2 < 55$ mmHg o $SatO_2 < 88\%$) por al menos 15 a 18hs al día.* |
| | Certeza de la evidencia moderada y baja. Recomendación Fuerte a favor. |
| ✓ | La terapia de oxígeno debe ser iniciada en pacientes con EPOC e hipoxemia dentro de los primeros 3 meses de inicio del tratamiento. |
| | Punto de buena práctica. |

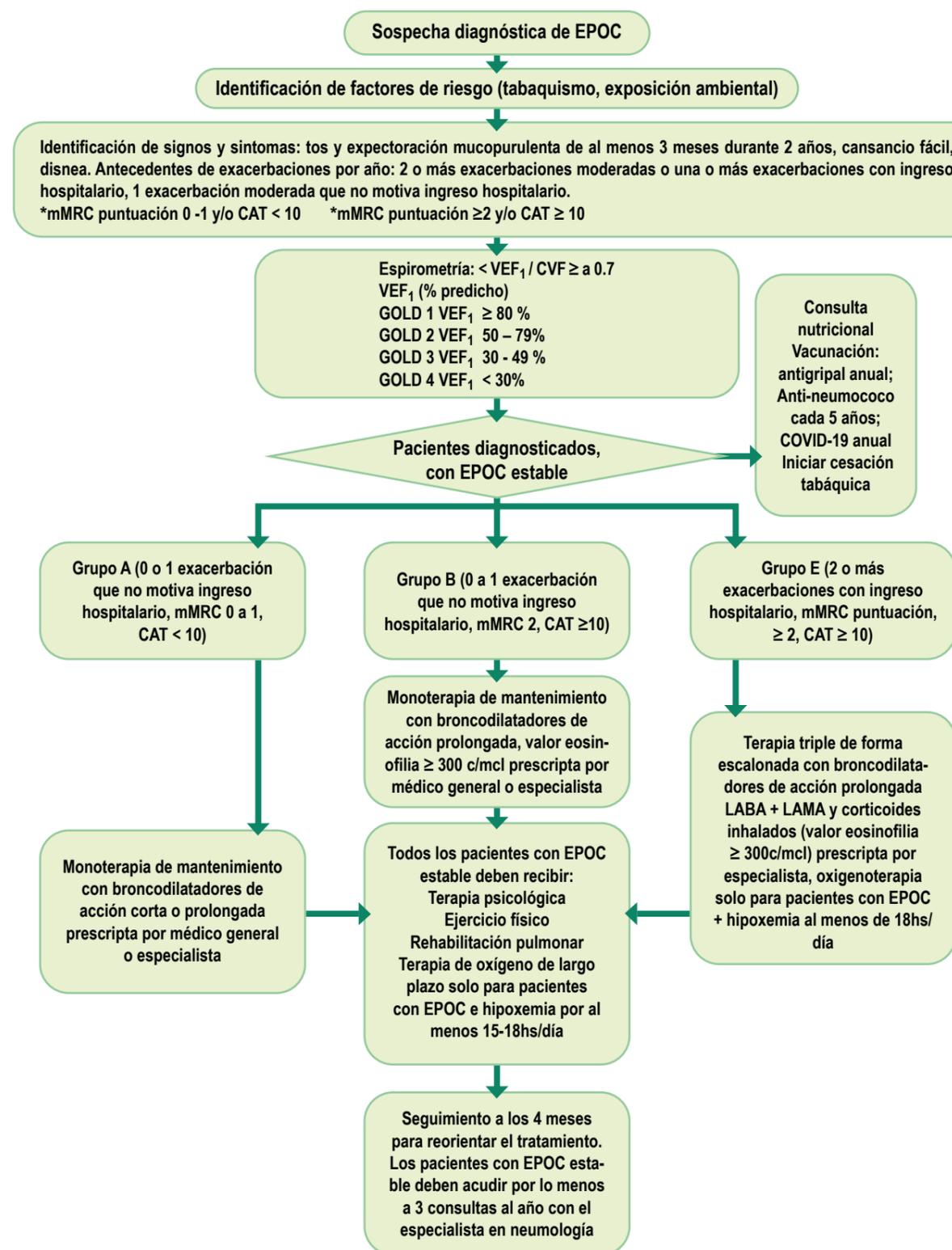
Tratamiento No Farmacológico

Pregunta 2. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento no farmacológico en pacientes adultos con EPOC?

| N° | Recomendación |
|----|---|
| 5 | Se recomienda el uso de intervenciones psicológicas, en pacientes con EPOC estable como parte del tratamiento no farmacológico. |
| | Certeza de la evidencia muy baja. Recomendación Fuerte a favor. |
| 6 | Se recomienda que los pacientes con EPOC estable realicen ejercicio físico. Este debe ser prescripta por un profesional capacitado. |
| | Certeza de la evidencia muy baja. Recomendación Fuerte a favor. |
| 7 | Se recomienda que los pacientes con EPOC estable reciban intervenciones de rehabilitación pulmonar como parte del tratamiento no farmacológico. |
| | Certeza de la evidencia muy baja. Recomendación Fuerte a favor. |
| ✓ | Los pacientes con EPOC estable en tratamiento deben recibir asesoramiento nutricional. |
| | Punto de buena práctica. |
| ✓ | Los pacientes con EPOC estable deben recibir vacunación anti influenza, contra virus sincitial respiratorio, anti neumococo, y anti COVID19. También prevención de infecciones respiratorias mediante higiene de manos en las zonas de alto contagio. |
| | Punto de buena práctica. |

ALGORITMO

Flujograma del manejo de la EPOC estable en pacientes adultos





REFERENCIAS

1. Agustí, A., Celli, B. R., Criner, G. J., Halpin, D., Anzueto, A., Barnes, P., Bourbeau, J., Han, M. K., Martinez, F. J., de Oca, M. M., Mortimer, K., Papi, A., Pavord, I., Roche, N., Salvi, S., Sin, D. D., Singh, D., Stockley, R., Varela, M. V. L., Wedzicha, J. A., ... Vogelmeier, C. F. (2023). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 28(4), 316–338. <https://doi.org/10.1111/resp.144860>
2. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Rada G, Rosenbaum S, Morelli A, Guyatt GH, Oxman AD; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed health-care choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016 Jun 28;353:i2016. doi: 10.1136/bmj.i2016. PMID: 27353417.
3. AMA Guides Sixth 2024: Current medicine for permanent impairment ratings. (2024, octubre 8). American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-guides/ama-guides-sixth-2024-current-medicine-permanent-impairment-ratings>
4. ATS. (1982). Chronic bronchitis, asthma, and pulmonary emphysema: Statement by the Committee on Diagnostic Standards for Nontuberculous Respiratory Diseases. *American Review of Respiratory Disease*, 126(5), 952-956.
5. Betancourt-Peña, J., Ávila-Valencia, J. C., Muñoz-Erazo, B. E., Hurtado-Gutiérrez, H., & Benavides-Córdoba, V. (2020). Efectos de la rehabilitación pulmonar sobre calidad de vida y tolerancia al esfuerzo. *Universidad y Salud*, 22(2), 157-165. http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000200157.
6. Bourbeau, J., Bhutani, M., Hernandez, P., Aaron, S. D., Beauchesne, M. F., B. Kermelly, S., ... Marciniuk, D. D. (2023). 2023 Canadian Thoracic Society Guideline on Pharmacotherapy in Patients with Stable COPD. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 7(4), 173–191. <https://doi.org/10.1080/24745332.2023.2231451>
7. Celli, B. R. (2006). Change in the BODE Index Reflects Disease Modification in COPD: Lessons From Lung Volume Reduction Surgery. *CHEST*, 129(4), 835-836. <https://doi.org/10.1378/chest.129.4.835>.
8. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (n.d.). Tasas de mortalidad por EPOC en los Estados Unidos. <https://www.cdc.gov/copd/data.html>.
9. Cosiό, M. G., Zamel, N., Lisboa, C., de Chile, S., Montserrat, B. J. M., Estopa, R., & Sunyer, J. (s. f.-b). ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC). <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.04.008>.
10. Eisner, M. D., Anthonisen, N., Coultas, D., et al. (2010). Una declaración oficial de política pública de la Sociedad Torácica Americana: *NovAmerican Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(5), 693-718. <https://doi.org/10.116>.
11. Eisner, M. D., Blanc, P. D., Yelin, E. H., Sidney, S., Katz, P. P., Ackerson, L., Lathon, P., Tolstykh, I., Omachi, T., Byl, N., & Iribarren, C. (2008). COPD as a systemic disease: Impact on physical functional limitations. *The American Journal of Medicine*, 121(9), 789-796. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.04.030>





ISBN: 978-99925-11-60-2

