

Los pacientes y los proveedores de atención médica deben completar juntos este plan de acción. Este plan debe discutirse en cada visita y actualizarse cuando sea necesario.

Las zonas verde, amarilla y roja indican los síntomas de la EPOC. La lista de síntomas no es exhaustiva; usted puede experimentar otros síntomas. En la columna “Acciones”, su proveedor de atención médica le recomendará las acciones que debe realizar. Es posible que su proveedor anote otras medidas además de las que aquí se indican.

Zona verde: Hoy me siento bien

Acciones

- Nivel de actividad y ejercicio habitual
- Cantidad habitual de tos y mucosidad
- Buen sueño por la noche
- Buen apetito

- Use los medicamentos diarios
- Utilice oxígeno según lo indicado
- Continúe con el plan de ejercicio físico/alimentación habitual
- Evite el uso de productos de tabaco y otras sustancias irritantes inhaladas
- _____

Zona amarilla: tengo un mal día o un brote de EPOC

Acciones

- Más falta de aire que de costumbre
- Menos energía para mis actividades diarias
- Mucosidad más abundante o más espesa
- Uso más frecuente del inhalador/nebulizador de alivio rápido
- Más inflamación en los tobillos de lo habitual
- Más tos de lo habitual
- Sensación de resfriado en el pecho
- Sueño deficiente interrumpido por los síntomas
- Falta de apetito
- Ausencia de mejoría con el uso del medicamento

- Continúe con la medicación diaria
- Utilice el inhalador de alivio rápido cada ____ horas
- Comience a tomar un corticosteroide oral (especificar nombre, dosis y duración)

- Comience a tomar un antibiótico (especificar nombre, dosis y duración)

- Utilice oxígeno según lo indicado
- Descanse mucho
- Respire con los labios apretados
- Evite el humo de segunda mano, el aerosol de cigarrillos electrónicos y otras sustancias irritantes inhaladas
- Llame al proveedor de inmediato si no mejoran los síntomas

Zona roja: necesito atención médica urgente

Acciones

- Dificultad intensa para respirar incluso en reposo
- Incapacidad de realizar actividades debido a la falta de aire
- Incapacidad de dormir debido a la falta de aire
- Fiebre o escalofríos con temblores
- Confusión o somnolencia
- Dolores en el pecho
- Tos con sangre

- Llame al 911 o busque atención médica de inmediato
- Mientras busca ayuda, haga lo siguiente sin demora:
- _____

Información general

Nombre: _____ Fecha: _____
 Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del proveedor de atención médica: _____ Número de teléfono: _____

Evaluación médica

Peso: _____ libras FEV1 % previsto: _____ Saturación de oxígeno al hacer ejercicio: _____ % ¿Le han hecho el análisis de detección de alfa-1?
 Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____ Sí No Fecha: _____

Cuidado pulmonar general

Vacuna contra la gripe _____ Fecha de aplicación: _____ Fecha de próxima vacuna contra la gripe: _____
 Vacuna antineumocócica conjugada (PCV13) Sí No Fecha de aplicación: _____ Fecha de próxima vacuna PCV13: _____
 Vacuna antineumocócica de polisacáridos (PPSV23) Sí No Fecha de aplicación: _____ Fecha de próxima vacuna PPSV23: _____
 Vacuna contra la COVID-19 Sí No Consumo de tabaco, incluidos cigarrillos electrónicos Nunca En el pasado En la actualidad
 Plan de ejercicio físico Sí No Caminatas Otro Rehabilitación pulmonar
 min/díadas/semana _____ Fecha en que asistió por última vez: _____
 Plan de alimentación Sí No Peso objetivo: _____

Medicamentos para la EPOC

Finalidad del medicamento	Nombre del medicamento	Cuánto utilizar	Cuándo utilizarlo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mi plan para dejar de fumar

Asesoramiento: firme recomendación para dejar de fumar Análisis sobre el uso de medicamentos, si corresponde: _____
 Evaluación: estado de preparación para dejar de fumar Freedom From Smoking® Línea de ayuda sobre salud pulmonar de 1-800-LUNG-USA Lung.org/ffs
 Incentivo: elección de una fecha para dejar de fumar
 Asistencia: apoyo mediante un plan específico para dejar de fumar que incluya materiales, recursos, artículos y referencias.

Oxígeno

En reposo: _____ Con más actividad: _____ Durante el sueño: _____

Opciones de planificación y atención avanzadas

Directivas anticipadas (incluido el poder notarial para atención médica): _____

Otras afecciones médicas

Anemia Ansiedad/Pánico Artritis Coágulos de sangre Cáncer Depresión
 Diabetes ERGE/Reflujo ácido Enfermedad cardíaca Presión arterial alta Insomnio Enfermedad renal/de la próstata
 Osteoporosis Apnea del sueño Otra: _____