

Se recomienda que los pacientes y los médicos completen juntos este plan de acción. Este plan debe abordarse en cada consulta médica y actualizarse según sea necesario.

Las zonas verde, amarilla y roja muestran síntomas de la COPD. La lista de síntomas no es completa, y usted puede presentar otros síntomas. En la columna "Acciones", su médico le recomendará acciones según sus síntomas marcando las casillas adecuadas. Su médico puede escribir otras acciones además de las que se enumeran aquí.

Zona verde: Hoy me siento bien.

Acciones

- Nivel habitual de actividad y de ejercicio
- Cantidades habituales de tos y mucosidad
- Duerme bien por la noche
- Buen apetito

- Tome los medicamentos diarios
- Utilice oxígeno como se recetó
- Continúe con los ejercicios/plan de dieta regulares
- Evite en todo momento el humo de cigarrillo, irritantes inhalados*
- _____

Zona amarilla: Estoy en un mal día o con una reacción de la COPD

Acciones

- Más falta de aire de lo normal
- Tengo menos energía para mis actividades diarias
- Mayor cantidad de mucosidad o mucosidad más espesa
- Necesita utilizar un inhalador de alivio rápido/nebulizador con más frecuencia
- Más inflamación de tobillos de lo habitual
- Más tos de lo normal
- Siento como si tuviera un resfriado
- Dificultad para dormir y me despertaron los síntomas
- Pérdida del apetito
- Los medicamentos no ayudan

- Continúe con los medicamentos diarios
- Utilice un inhalador de alivio rápido cada ____ horas
- Comience a tomar un corticoesteroide oral (especifique nombre, dosis y duración)

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

- Utilice oxígeno como se recetó
- Descanse mucho
- Respire con los labios apretados
- Evite en todo momento el humo de cigarrillo, irritantes inhalados*
- Llame al médico inmediatamente si los síntomas no mejoran*
- _____

Zona roja: Necesito atención médica urgente

Acciones

- Importante falta de aire, incluso durante el descanso
- No poder hacer ninguna actividad debido a la falta de aire
- No poder dormir debido a la falta de aire
- Fiebre o escalofríos
- Sentirse confundido o muy mareado
- Dolores en el pecho
- Tos con sangre

- Llame al 911 o busque atención médica inmediatamente*
- Mientras espera ayuda, haga lo siguiente:

American Lung Association recomienda que los médicos marquen esta acción para todos los pacientes.

La información contenida en este documento tiene fines educativos solamente. No debe utilizarse como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento profesional. AMERICAN LUNG ASSOCIATION NO APOYA NINGÚN PRODUCTO, DISPOSITIVO NI SERVICIO, LO QUE INCLUYE MEDICAMENTOS O DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO DE LA COPD. Para obtener más información, visite www.Lung.org o llame al 1-800-LUNG-USA (1-800-586-4872) © 2015 American Lung Association

Se recomienda que los pacientes y los médicos completen juntos este plan de manejo. Este plan debe abordarse en cada consulta médica y actualizarse según sea necesario.

Información general

Nombre: _____ Fecha: _____
 Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Mediciones de funcionamiento pulmonar

Peso: _____ lb FEV1: _____ L _____ % de predicción Saturación de oxígeno: _____ %
 Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

Cuidado pulmonar general

Vacuna contra la gripe _____	Fecha de vacunación: _____	Fecha de próxima vacuna contra la gripe: _____
Vacuna antineumocócica conjugada (PCV13) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de vacunación: _____	Fecha de próxima vacuna PCV13: _____
Vacuna antineumocócica de polisacáridos (PPSV23) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de vacunación: _____	Fecha de próxima vacuna PPSV23: _____
Antecedentes de fumar	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Presente	Plan para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Plan de ejercicio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Otro _____ min/día _____ días/semana	Rehabilitación pulmonar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Plan de dieta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Peso objetivo: _____	

Medicamentos para la COPD

Tipo o descripciones de los medicamentos	Nombre del medicamento	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomar

Mi plan para dejar de fumar

<input type="checkbox"/> Aconsejar: Recomendar firmemente dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Hablar sobre el uso de medicamentos, si corresponde: _____
<input type="checkbox"/> Evaluar: Preparación para dejar	<input type="checkbox"/> Freedom From Smoking® <input type="checkbox"/> Línea de ayuda del pulmón Lung.org/ffs 1-800-LUNG USA
<input type="checkbox"/> Alentar: Elegir una fecha para dejar	
<input type="checkbox"/> Ayudar: Con un plan específico para dejar que puede incluir materiales, recursos, derivaciones y ayudas	

Oxígeno

Descanso: _____ Más actividad: _____ Durmiendo: _____

Opciones de planificación y de atención avanzadas

Instrucciones avanzadas (incluida la representación legal de atención médica): _____

Otras afecciones de la salud

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ansiedad/Pánico	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> GERD/Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Riñón/Próstata
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Otra: _____				