

Plan de acción para la EPOC

Su vida cambia con la EPOC, pero paso a paso usted puede tomar el control. Su EPOC no lo define. Utilice este Plan de acción para ayudar a orientar su atención. Revise este plan con su proveedor una vez al año. Complete los espacios en blanco a continuación con instrucciones específicas de su proveedor.

1. Compruebe en qué zona se encuentra cada día.

¿Está en la zona VERDE?

Lo está si TODO lo siguiente se aplica a usted:

- Puede hacer su actividad habitual y hacer ejercicio
- Tose a un nivel normal para usted
- Tiene mucosidad a un nivel normal para usted
- No tiene problemas para respirar mientras duerme
- Come como lo hace normalmente

2. Luego, según su zona, decida qué hacer.

Si es así, siga el plan de acción de la zona VERDE:

- ✓ Siga tomando sus medicamentos según se los hayan prescrito
- ✓ Mantenga al alcance su inhalador de alivio rápido
- ✓ Manténgase alejado de las cosas que desencadenen un brote
- ✓ Limpie su espaciador/aerocámara según sea necesario
- ✓ Manténgase activo y muévase todos los días tanto como pueda
- ✓ Visite a su proveedor al menos una vez cada 6 meses
- ✓ Obtenga sus vacunas contra la gripe, la neumonía y el Covid-19
- ✓ Evite el uso de tabaco y manténgase lejos de otras personas que fuman

¿Está en la zona AMARILLA?

Necesita ayuda, INCLUSO SI UNA de las siguientes condiciones se aplica a usted:

- Opresión en el pecho
- Tos más de lo normal
- Sibilancias más de lo habitual
- Sentirse como si tuviera un “resfriado en el pecho”
- Dificultad para respirar al realizar su actividad habitual
- Más moco o moco más espeso de lo normal
- Usar su medicamento de “rescate” más de lo habitual
- Dormir mal porque tiene problemas para respirar
- No comer como de costumbre debido a los síntomas de la EPOC

Si es así, siga el plan de acción de la zona AMARILLA:

- Continúe tomando sus medicamentos diarios
- ✓ Use su inhalador de alivio rápido _____ cada _____ horas
- ✓ Iniciar corticoesteroides orales en paquete de rescate (nombre, dosis y duración): _____
- ✓ Iniciar antibiótico en paquete de rescate (nombre, dosis y duración): _____
- ✓ Si usa oxígeno, aumente el oxígeno a: _____
- ✓ Haga ejercicios de respiración, según sea necesario (respiración abdominal y con los labios fruncidos).

No espere más de 2 días para llamar a su proveedor para obtener ayuda. Llame a la línea de consejería de enfermería de su seguro de salud si necesita ayuda cuando el consultorio de su proveedor está cerrado.

¿Está en la zona ROJA?

Necesita ayuda de inmediato si tiene ALGUNO de los siguientes signos:

- Dificultad grave para respirar incluso estando en reposo
- No puede hacer ninguna actividad debido a su respiración
- Tengo un color azul alrededor de mis labios o dedos
- Dolor u opresión en el pecho que no desaparece
- Sentirse confundido o muy somnoliento
- Tos con sangre

Si es así, ¡busque ayuda de inmediato!

- ✓ **Llame al 9-1-1**