

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Evaluación para el tratamiento

Los profesionales médicos (en especial los médicos o responsables del caso) pueden usar estas preguntas para evaluar a los pacientes que tengan diagnóstico confirmado de EPOC. El contenido de las preguntas de evaluación se basa en la Iniciativa Mundial contra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD*) de 2006. En el transcurso de la evaluación, que puede hacerse por teléfono o en persona, el profesional médico puede usar todas las preguntas o sólo algunas. El orden de las preguntas puede adaptarse a las necesidades del evaluador. El profesional médico puede usar las respuestas a las preguntas para determinar las necesidades educativas del paciente y elaborar el plan de cuidados de

enfermería. Además, debe considerar la posibilidad de complementar esta evaluación con otras preguntas sobre los siguientes temas:

- Escala de disnea
- Disposición al cambio
- Barreras para el aprendizaje
- Detección de depresión
- Cumplimiento terapéutico del paciente
- Detección de abuso de sustancias
- Calidad de vida



EVALUACIÓN DE LA EPOC

¿Alguna vez le ha dicho un profesional médico que tiene EPOC, bronquitis crónica o enfisema?

- Sí (marque todo lo que corresponda)
 - EPOC
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
- No
- No estoy seguro

¿Qué edad tenía cuando le dijeron por primera vez que padecía de EPOC?
_____ (ingrese la edad)

¿Le dijo su médico cuál era la causa de su EPOC?

- No Sí
 - El humo del tabaco
 - Uso personal
 - Humo ambiental del tabaco
 - Hereditaria (alfa-1 antitripsina)
 - Polvos y productos químicos ocupacionales
 - Contaminantes de interior
 - Bajo peso al nacimiento
 - Infecciones respiratorias frecuentes

¿Alguna vez le han hecho una prueba respiratoria llamada espirometría?

- No
- Sí (en ese caso, responda a, b, c y d)

a. ¿Recuerda cuándo le hicieron la prueba?

- No
- Sí _____ (ingrese la fecha)

b. ¿Quién solicitó la prueba?

- Médico de cabecera
- Neumólogo
- Me la hicieron durante una hospitalización

c. ¿Le comentó el médico los resultados de la prueba?

- Sí
- No

d. ¿Con qué frecuencia le recomendó el médico que se hiciera una espirometría?

- No lo mencionó
- Sólo una vez
- Cada año
- Cuando haya variaciones en mi EPOC
- Otra: _____

¿Ha visitado a algún neumólogo (médico de los pulmones) por su EPOC en los últimos 12 meses?

- No, no lo necesité
- No, pero me hubiera gustado
- No, mi médico de cabecera no me lo sugirió
- Sí (en ese caso, responda a, b y c)

a. ¿Recuerda la fecha de su última visita?

- Sí _____ (ingrese la fecha)
- No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Evaluación para el tratamiento



b. ¿Con qué frecuencia suele ir al neumólogo?

- Sólo una vez
- Cada año
- Varias veces al año

c. ¿Quién suele tratarle la EPOC?

- Neumólogo
- Médico de cabecera

¿Con qué frecuencia suele ver a su médico de cabecera por su EPOC?

- Cada año
- Dos veces al año
- Varias veces al año
- Más de varias veces al año

En los últimos 12 meses, ¿ha acudido a alguna sala de emergencias de un hospital para pedir atención en relación con su EPOC?

- Sí
- No

En los últimos 12 meses, ¿lo han internado en algún hospital para brindarle atención en relación con su EPOC?

- Sí
- No

¿Alguna vez ha participado en un programa de rehabilitación neumológica?

- Sí
 - Durante la hospitalización
 - Ambulatorio
- No

¿Hay algún problema médico que limite su actividad física?

- Sí
- No

¿Hace algún tipo de ejercicio habitualmente?

- Sí
 - Indíquelo:
 - Caminar
 - Ejercicio suave
 - Ejercicios con pesas para la parte superior del cuerpo
 - Actividad estructurada en un gimnasio o club de ejercicios
 - Otros: _____
- No

¿Tiene algún plan de acción o tratamiento escrito para la EPOC que le elaborara su médico?

- Sí
 - En ese caso, ¿cuándo fue actualizado por última vez? _____
(ingrese la fecha)
- No

Además de la EPOC, ¿padece alguno de los siguientes problemas médicos?

- Insuficiencia cardíaca
- Depresión
- Diabetes
- Cáncer de pulmón
- Enfermedad del corazón
- Asma
- Osteoporosis
- Apnea del sueño

De los siguientes síntomas de la EPOC, ¿cuáles diría usted que sufre la mayoría de los días?

- Dificultad para respirar
 - En ese caso,
 - Al hacer ejercicios intensos
 - Al caminar rápido en plano o al subir una pendiente suave
 - Luego de caminar algunos minutos en plano
 - Al vestirse o desvestirse
 - Le cuesta tanto respirar que no puede salir de la casa
- Tos
- ¿Tose con mucosidad?
 - No
 - Sí (en ese caso, responda a, b y c)

a. ¿Con qué frecuencia expulsa mucosidad al toser?

- Sólo cuando se resfría
- Menos de una vez al día
- Alrededor de una o dos veces al día
- Muchas veces al día

b. ¿Qué color suele tener la mucosidad?

- Incolora
- Blanca
- Amarilla
- Verde
- Café

c. ¿Conoce la técnica de "tos forzada" que puede ayudarle a mantener limpios los pulmones?

- Sí
- No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Evaluación para el tratamiento

¿Qué cosas empeoran su EPOC (desencadenantes, irritantes)?

(marque todo lo que corresponda)

- El humo
- El aire muy frío
- Los olores fuertes
- Las infecciones pulmonares
- Las emanaciones del tráfico y los contaminantes ambientales
- Otros: _____

¿Suele dormir bien por las noches?

- Sí
- No

¿Dónde suele dormir?

- En una cama normal
- En una cama eléctrica
- En un sillón o sillón reclinable
- En un sofá

¿Cuántas almohadas usa para dormir?

- 1
- 2
- 3
- Más de 3 o cuña de cama

¿Alguna vez ha tenido una infección pulmonar?

- Sí
- No

¿Sabría decir cuáles son los signos y síntomas de una infección pulmonar?

- Sí
- En ese caso, indique los signos y síntomas.
 - Fiebre
 - Cambio en el color de la mucosidad
 - Cambio en la cantidad o el espesor de la mucosidad
 - Más dificultad para respirar

¿Cuántos vasos de líquido de 8 onzas toma al día?

- 8 o más
- Menos de 8
- ¿Le dijo su médico que limitara la ingesta de líquidos?
 - Sí
 - No

Si ha sentido pánico o estrés debido a la dificultad para respirar, ¿qué hizo?

- Usó técnicas de relajación
- Hizo ejercicios respiratorios
- Tomó medicamentos
- Usó oxígeno
- Llamó al médico
- Llamó al servicio de emergencias

¿Le ha comentado algún profesional médico los modos de enfrentar el pánico o el estrés que pueden aparecer cuando le resulta difícil respirar?

- Sí
- No

¿Le ha enseñado algún profesional médico alguno de los ejercicios respiratorios que se indican a continuación?

- Respiración con los labios fruncidos
- Respiración diafragmática o abdominal

¿Planifica sus actividades cotidianas (técnicas de conservación de la energía)?

- Sí
- No

¿Alguna vez ha fumado con regularidad alguno de estos productos?

- Cigarrillos
 - No
 - Sí
 - Número de paquetes diarios: _____
 - Número de años de consumo: _____
 - Ingrese los paquetes-año: _____
 - Fecha en que lo dejó: _____

- Puros
 - No
 - Sí
 - Número de puros diarios: _____
 - Número de puros semanales: _____
 - Número de años de consumo: _____
 - Fecha en que lo dejó: _____

- Pipa
 - No
 - Sí
 - De vez en cuando
 - De vez en cuando
 - Número de años de consumo: _____
 - Fecha en que lo dejó: _____

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Evaluación para el tratamiento

¿Utiliza productos del tabaco en la actualidad?

- No
 Sí (en ese caso, responda a, b y c)
a. ¿Qué productos del tabaco consume?
(marque todo lo que corresponda)

- Cigarrillos
 Puros
 Pipa
 Tabaco de mascar
 Rapé

b. ¿Alguna vez intentó dejar de consumir productos del tabaco?

- Sí
 No

c. ¿Le interesaría dejar de consumir productos del tabaco en un futuro próximo?

- Sí
 No

¿Está expuesto con regularidad al humo pasivo?

- No
 Sí
 En el trabajo
 En la casa
 En actos sociales

¿Tiene una báscula?

- No
 Sí
En ese caso, ¿se pesa?

- No
 Sí
a. ¿Con qué frecuencia?
 Diario Cada dos días
 Cada semana Cada mes
 Menos de una vez al mes

b. ¿Llama a su médico si tiene aumentos o disminuciones súbitas de peso?

- Sí
 No

¿Cuántas comidas hace al día?

- Tres comidas Dos comidas
 Una comida Muchas porciones pequeñas
 Horarios irregulares de comida

¿Cómo describiría su peso?

- Normal
 Alto
 Bajo

¿Cuánto pesa?

Ingrese el peso: _____

¿Cuánto mide?

Ingrese la estatura: _____

¿Ha notado algún cambio de apetito en los últimos seis meses?

- Aumento
 Disminución
 Sin cambios

¿Le sucede alguna de las cosas que se indican a continuación que le dificulten ingerir una comida completa?

- Apetito escaso o nulo
 Sensación de saciedad antes de terminar la comida
 Dificultad para respirar
 Sensaciones de ahogo al comer o al beber

¿Qué dieta debe hacer? (marque todo lo que corresponda)

- Regular Hipercalórica
 Hipocalórica Con poca sal
 Con poca grasa
 Otra: _____

¿Quién se encarga de prepararle la comida a diario?

- Usted mismo Cónyuge
 Un cuidador
 Otro: _____

¿Ha hablado recientemente con un profesional médico acerca de su dieta?

- No
 Sí
 Un médico Una enfermera
 Un dietista En la rehabilitación pulmonar

¿Tiene algún pastillero u otro organizador de los medicamentos?

- Sí
 No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Evaluación para el tratamiento



¿Lleva consigo una lista de todos sus medicamentos con receta y de venta libre?

- Sí
- No

¿Tiene algún seguro de medicamentos o algún plan que cubra el costo de sus medicamentos?

- Sí
- No

¿Qué medicamentos de “rescate” toma para la EPOC (medicamentos que le ayuden a recuperar el aliento cuando empeoran sus síntomas)?

Indique los medicamentos: _____

¿Qué medicamentos de “mantenimiento” toma para la EPOC (medicamentos que toma a diario para ayudar a mantener su EPOC bajo control)?

Indique los medicamentos: _____

¿Toma sus medicamentos de mantenimiento a diario o sólo cuando empeoran los síntomas de la EPOC?

- Todos los días
- Sólo ciertos días

Explique por qué sólo toma sus medicamentos ciertos días.

- Se me olvida
- No creo que los necesite a diario
- No puedo pagar el medicamento
- Olvido renovar la receta
- Efectos secundarios

¿Usa oxígeno?

- No
- Sí (en ese caso, responda a, b, c y d)

a. LPM: _____

b. Frecuencia

- Intermitente
 - Con las comidas
 - Cuando tiene dificultad para respirar
 - Cuando realiza actividades
- Continuamente
- Sólo mientras duerme

c. Método de administración

- Cánula nasal Máscara
- Traqueostomía
- SCOOP (catéter transtraqueal para oxigenoterapia)

d. ¿Tiene un aparato portátil de oxigenoterapia para cuando viaja?

- Sí
- No

¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra la gripe?

- Hace menos de 1 año
- Hace más de 1 año
- Nunca me he vacunado contra la gripe
- Antes me vacunaba contra la gripe, pero dejé de hacerlo

Explíquelo (barreras):

- No sabía que lo necesitaba
- No sirve
- Acceso y costo
- Miedo al dolor
- La vacuna antigripal causa la gripe
- Excusas generales
- No había vacunas disponibles
- Alergia a la vacuna y/ o los huevos

¿Alguna vez se ha vacunado contra la neumonía?

- No
- Sí

Fecha de la primera dosis: _____

Fecha de la dosis de refuerzo: _____

Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc. no posee intereses capitales en ninguna otra organización que publicite o comercialice sus productos y servicios terapéuticos.

Un recurso educativo para profesionales de la salud brindado por
Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

