

Plan de acción contra el asma

Información general:

- Nombre _____
 Contacto en caso de emergencia _____ Números telefónicos _____
 Médico/Proveedor de atención médica _____ Números telefónicos _____
 Firma del médico _____ Fecha _____

Clasificación de la gravedad

- Intermitente
 Leve persistente
 Moderada persistente
 Severa persistente

Desencadenantes

- Resfríos Fumar Clima
 Ejercicio Polvo Contaminación
 Animales Alimentos
 Otros _____

Actividad física

1. Previa al medicamento (cuánta y cuándo) _____
 2. Modificaciones en la actividad física _____

Zona verde: se encuentra bien

Síntomas

- Respira bien
 No tiene tos ni respiración ruidosa
 Puede trabajar y jugar
 Duerme toda la noche

Medidor de flujo máximo

Más del 80% del récord o _____

Récord obtenido en el medidor de flujo máximo:
Medicamentos de control

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Zona amarilla: está empeorando

Síntomas

- Algunas dificultades para respirar
 Tos, respiración ruidosa u opresión en el pecho
 Problemas para trabajar o jugar
 Se despierta por las noches

Medidor de flujo máximo

Entre el 50% y el 80% del récord, o entre _____ y _____

Comuníquese con el médico si utiliza el medicamento más de 2 veces por semana.
Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) regresan a la zona verde después de una hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome el medicamento de alivio rápido cada 4 horas durante 1 ó 2 días
 Cambie sus medicamentos de control a largo plazo por _____
 Comuníquese con su médico para obtener atención de seguimiento

Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) NO regresan a la zona verde luego de 1 hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome nuevamente el medicamento de alivio rápido
 Cambie los medicamentos de control a largo plazo por _____
 Llame a su médico/Proveedor de atención médica dentro de las _____ horas de haber modificado su rutina de medicamentos

Zona roja: alerta médica

Síntomas

- Muchas dificultades para respirar
 No puede trabajar o jugar
 Se empeora en lugar de mejorar
 El medicamento no ayuda

Medidor de flujo máximo

Menos del 50% del récord, o entre _____ y _____

Número telefónico de emergencias/ la ambulancia:
Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Diríjase al hospital o llame a una ambulancia si:

- continúa en la zona roja luego de 15 minutos
 no pudo comunicarse con su médico/proveedor de atención médica para solicitar ayuda

Llame a una ambulancia inmediatamente si se presentan las siguientes señales de peligro:

- Tiene problemas para caminar/hablar debido a la falta de aire
 Los labios o las uñas se tornan de color azul