

Plan de acción contra el asma

Nombre _____
 Contacto en caso de emergencia _____ Números telefónicos _____
 Proveedor de Cuidado Primario (PCP) _____ Números telefónicos _____
 Firma del PCP _____ Fecha _____

Desencadenantes	Actividad física
<input type="radio"/> Resfríos <input type="radio"/> Ejercicio <input type="radio"/> Animales <input type="radio"/> Other _____	1. Previa al medicamento (cuánta y cuándo) _____ 2. Modificaciones en la actividad física _____
<input type="radio"/> Fumar <input type="radio"/> Polvo <input type="radio"/> Alimentos	
<input type="radio"/> Clima <input type="radio"/> Contaminación	

Zona verde: se encuentra bien **Récord obtenido en el medidor de flujo máximo:**

Síntomas	Medicamentos de control:		
	Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
● 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 _____

Zona amarilla: está empeorando **Comuníquese con el PCP si utiliza el medicamento más de 2 veces por semana**

Síntomas	Continúe con los medicamentos de control y agregue:		
	Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
● 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 _____

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 PCP 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 PCP _____ hour(s) horas de haber modificado su rutina de medicamentos.

Zona roja: ¡alerta médica! **Número telefónico de emergencias/ la ambulancia:**

Síntomas	Continúe con los medicamentos de control y agregue:		
	Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
● 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 _____

Diríjase al hospital o llame a una ambulancia si:

- Continúa en la zona roja luego de 15 minutos.
- No pudo comunicarse con su PCP 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.