

# Plan De Acción Para Asma

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
PESO: \_\_\_\_\_ CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
ESTATURA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA/CLÍNICA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
FEC. DE NAC: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ QUÉ DESENCADENA MI ASMA: \_\_\_\_\_

## Intensidad de referencia

Mejor flujo pico

Siempre use su inhalador con una **cámara contenedora o un espaciador con o sin** una mascarilla. (seleccione con un círculo)

## ZONA VERDE

Usted tiene **TODOS** estos:

- Respira bien
- No tiene tos ni sibilancias
- Trabaja/hace ejercicio sin dificultad
- Duerme toda la noche

Flujo máximo entre:

 y 

80-100% del mejor valor personal

## ESTÁ BIEN

## ¡ADELANTE!

**1º Paso:** Tome estos medicamentos de control **todos los días**:

MEDICAMENTO	CUÁNTO	CUÁNDO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**2º Paso:** Si le da asma cuando hace ejercicio, tome el siguiente medicamento **15 minutos antes** de hacer ejercicio o deportes.

MEDICAMENTO	CUÁNTO
_____	_____

## ZONA AMARILLA

## ESTÁ EMPEORANDO

## ALERTA

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos:

- Dificultad para respirar
- Tos
- Sibilancias
- Pecho apretado
- No puede trabajar o jugar sin dificultad
- Se despierta tosiendo en la noche

Flujo máximo entre:

 y 

50-79% del mejor valor personal

**1º Paso:** Siga tomando los medicamentos de la **ZONA VERDE** y **AÑADA** medicina para alivio rápido:

\_\_\_\_\_ inhalaciones o 1 nebulización con \_\_\_\_\_  
repita después de 20 minutos si lo necesita (por un máximo de 2 nebulizaciones).

**2º Paso:** Si en 1 hora o menos sus síntomas no mejoran o no regresa a la **ZONA VERDE**, tome su **medicamento esteroide oral** \_\_\_\_\_ y llame a su proveedor de atención médica hoy

**3º Paso:** Si está en la **ZONA AMARILLA** durante **más de 6 horas**, o sus síntomas **están empeorando**, siga las instrucciones de la **ZONA ROJA**.

## ZONA ROJA

## EMERGENCIA

## ¡BUSQUE AYUDA AHORA!

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos:

- Es muy difícil respirar
- Fosas nasales muy abiertas
- La medicina no le ayuda
- Dificultad al caminar o hablar
- Los labios o las uñas están grises o azulados

Flujo máximo entre:

 y 

Por debajo del 50% del mejor valor personal

**1º Paso:** Tome su medicamento de alivio rápido **AHORA**:

MEDICAMENTO	CUÁNTO
_____	_____
o 1 nebulización con _____	

**Y**

**2º Paso:** Llame a su proveedor de atención médica **AHORA**

**Y**  
Diríjase a la sala de emergencias **o LLAME AL 911** inmediatamente.

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ FIRMA DEL MÉDICO/ENFERMERA/ASISTENTE MÉDICO: \_\_\_\_\_

CITA DE SEGUIMIENTO EL: \_\_\_\_\_ EN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_