

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

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 médico si utiliza el medicamento más de 2 veces por semana.**

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 _____

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 la(s) _____ hora(s) de haber modificado su rutina de medicamentos.

Zona roja: alerta médica

Número telefónico de emergencias/ la ambulancia:

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 _____

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.