

# Plan de acción para el control del asma



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_ Llenado por: \_\_\_\_\_

Medicamentos de control	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarlo	Otras instrucciones
		_____ veces al día <b>¡TODOS LOS DÍAS!</b>	<input type="checkbox"/> Haga gárgaras o enjuáguese la boca después de usarlo.
		_____ veces al día <b>¡TODOS LOS DÍAS!</b>	
		_____ veces al día <b>¡TODOS LOS DÍAS!</b>	
		_____ veces al día <b>¡TODOS LOS DÍAS!</b>	
Medicamento de alivio rápido	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarlo	Otras instrucciones
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 1 sopro <input type="checkbox"/> 2 soplos <input type="checkbox"/> 3 soplos <input type="checkbox"/> 4 soplos <input type="checkbox"/> 1 tratamiento de nebulizador	Tomar SOLO según sea necesario (consulte a continuación, antes de hacer ejercicio o al iniciar en la Zona amarilla)	<b>AVISO:</b> Si necesita este medicamento más de 2 días a la semana, llame al médico para considerar un incremento en los medicamentos de control y hablar sobre su plan de tratamiento.

Se usa con permiso de Regional Asthma Management & Prevention (RAMP).

Instrucciones especiales cuando 😊 me siento bien, 😞 el asma empeora o 😡 tengo una alerta médica.



ZONA VERDE

### Se siente **bien**.

- No tiene tos, sibilancias, opresión en el pecho ni le falta aire al respirar durante el día o la noche.
- Puede hacer las actividades normales.

La **medida de flujo máximo** (de 5 años en adelante) es de: \_\_\_\_\_ o más. (80% o más de su mejor medida)

Su **mejor medida de flujo máximo** (de 5 años en adelante): \_\_\_\_\_

*PARA PREVENIR* los síntomas de asma todos los días:

- Tomo mis medicamentos de control (indicados arriba) todos los días.
- Antes de hacer ejercicio, tomo \_\_\_\_\_ soplo(s) de \_\_\_\_\_
- Evito cosas que empeoran mi asma.



ZONA AMARILLA

### El asma **empeora**.

- Tiene tos, sibilancias, opresión en el pecho o le falta aire al respirar, o
- Los síntomas de asma lo despiertan por la noche, o
- Puede hacer algunas, pero no todas, las actividades normales.

La **medida de flujo máximo** (de 5 años en adelante) es de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (50% a 79% de su mejor medida)

*PRECAUCIÓN: Sigo tomando los medicamentos de control todos los días, Y:*

- Tomo \_\_\_\_\_ soplos o 1 tratamiento de nebulizador de medicamento de alivio rápido. Si no regreso a la Zona verde después de 20 a 30 minutos del tratamiento, tomo \_\_\_\_\_ soplos más o tratamientos de nebulizador. Si no regreso a la Zona verde después de 1 hora, entonces debo:
  - incrementar \_\_\_\_\_
  - añadir \_\_\_\_\_
  - llamar \_\_\_\_\_
  - seguir tomando el medicamento de alivio rápido cada 4 horas, según sea necesario. Llame al médico si los síntomas no mejoran en \_\_\_\_\_ días.



ZONA ROJA

### **Alerta médica.**

- Le falta bastante el aire al respirar, o
- Los medicamentos de alivio rápido no ayudan, o
- No puede hacer las actividades normales, o
- Después de 24 horas en la Zona amarilla, tiene los mismos síntomas o han empeorado.

La **medida de flujo máximo** (de 5 años en adelante) es menos de: \_\_\_\_\_ (50% de su mejor medida)

*¡Alerta médica! ¡Pida ayuda!*

- Tome el medicamento de alivio rápido: \_\_\_\_\_ soplos cada \_\_\_\_\_ minutos y pida ayuda inmediatamente.
- tome \_\_\_\_\_
- llame \_\_\_\_\_

**¡Peligro! ¡Pida ayuda inmediatamente!** Llame al 911 si tiene dificultades al caminar o hablar por falta de aire al respirar o si los labios o las uñas están azules. En casos de niños, llame al 911 si la piel de alrededor del cuello y de las costillas se retrae al respirar o si el niño no responde como de costumbre.