

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 ¡TODOS LOS DÍAS!	<input type="checkbox"/> Haga gárgaras o enjuáguese la boca después de usarlo.
		_____ veces al día ¡TODOS LOS DÍAS!	
		_____ veces al día ¡TODOS LOS DÍAS!	
		_____ veces al día ¡TODOS LOS DÍAS!	
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 soplo <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)	AVISO: 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.