

# 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

<b>Mejor flujo pico</b>

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:

MEDICAMENTO	CUÁNTO	CUÁNDO

### 2º Paso:

MEDICAMENTO	CUÁNTO

## ZONA AMARILLA

## ESTÁ EMPEORANDO

## ALERTA

### Usted tiene CUALQUIERA de estos:

- Dificultad para respirar
- Tos
- Sibilancias
- Pecho apretado
- Es difícil trabajar o hacer ejercicio
- 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:

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: \_\_\_\_\_