

Plan de acción para el asma

Colabore con su proveedor de atención médica para completar este Plan de acción para el asma. Puede ayudarle a saber qué hacer cada día para controlar mejor su asma.

- Cada día, encuentre su zona de acuerdo con sus síntomas de asma y la lectura del flujo espiratorio máximo (si utiliza un medidor de flujo espiratorio máximo).
- Luego, siga las instrucciones para los medicamentos de acuerdo con su zona a continuación, según las indicaciones de su proveedor.
- Utilice el medidor de flujo espiratorio máximo con la frecuencia que le haya indicado su proveedor.

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono del proveedor: _____
 Medicamento preventivo diario para el asma: _____
 Medicamento inhalador de rescate: _____
 Lectura antes de hacer ejercicio: _____
 Flujo espiratorio máximo personal: _____
 Puntaje de la Prueba de control del asma (Asthma Control Test™) o La Prueba de control del asma de la infancia†: _____

*Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.
 †La Prueba de control del asma de la infancia fue elaborada por GlaxoSmithKline.

¿Cómo están mis síntomas hoy?

Zona verde: adelante	Zona amarilla: precaución	Zona roja: peligro
<p>La respiración es buena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin tos, sibilancia, falta de aliento ni opresión en el pecho • Duermo toda la noche • Puedo hacer mis actividades habituales (trabajo, diversión) • Generalmente, no necesito el medicamento inhalador de rescate <p>El flujo espiratorio máximo es: _____</p> <p>TOME: medicamentos preventivos diarios para el asma</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p>	<p>Mis síntomas están empeorando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos, sibilancia, falta de aliento u opresión en el pecho • Me despierto por la noche debido a los síntomas del asma • Puedo hacer algunas, pero no todas, las actividades habituales • Utilizo con más frecuencia el medicamento inhalador de rescate <p>El flujo espiratorio máximo es: _____</p> <p>Continúe con el medicamento de la zona verde y AGREGUE:</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p>	<p>Tengo síntomas graves</p> <p>¡LLAME A SU PROVEEDOR AHORA!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de aliento grave, se ven las costillas • El medicamento inhalador de rescate no ayuda • No puedo hacer las actividades habituales • O los síntomas han permanecido en la zona amarilla por 24 horas o más <p>El flujo espiratorio máximo es: _____</p> <p>AGREGUE el medicamento de la zona roja:</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p> <p>Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____</p>
<p>PELIGRO LLAME AL 911 o VAYA al hospital si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad para caminar o hablar, o • Los labios o las uñas están morados, o • Tiene sensación de desmayo 		
<p>Evitaré los factores desencadenantes o cosas que empeoran mis síntomas de asma, como por ejemplo: _____</p>		

Use su Plan de acción para el asma todos los días. Revise el plan con su proveedor de atención médica cada 3 o 6 meses. Infórmeles acerca del plan a sus familiares, amigos, maestros, entrenadores, vecinos y personas encargadas de cuidar los niños.