

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del proveedor: _____

Teléfono del proveedor: _____ Completado por: _____ Fecha: _____

Medicamentos de control	Cantidad que debe usar	¿Con que frecuencia?	Otras instrucciones
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	<input type="checkbox"/> Hacer gárgaras o enjuagarse la boca después de usarlo
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	
		_____ veces por día ¡TODOS LOS DÍAS!	
Medicamentos de alivio rápido	Cantidad que debe usar	Con qué frecuencia debe tomarlo	Otras instrucciones
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones <input type="checkbox"/> 1 tratamiento con nebulizador	Usarse SOLO en caso de ser necesario (vea a continuación — comenzar en la zona amarilla o antes de hacer ejercicio)	AVISO: Si necesita usar este medicamento más de dos días a la semana, llame a su médico para consultar si debe aumentar la dosis para los medicamentos de control y hablar sobre su plan de tratamiento.

Usado con permiso del Regional Asthma Management & Prevention (RAMP).



ZONA VERDE

Se siente **bien**.

- No tiene tos, resuellos, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche.
- Puede realizar las actividades habituales.

Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): es _____ o más. (80% o más de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

Su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): _____

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

- Use los medicamentos de control (mencionados arriba) todos los días.
- Antes de hacer ejercicio, adminístrese _____ inhalaciones de _____
- Evite las cosas que puede empeorar el asma.



ZONA AMARILLA

Su estado **empeora**.

- Tiene tos, resuellos, opresión en el pecho, dificultad para respirar, o
- Se despierta por las noches debido a los síntomas del asma, o
- Puede realizar algunas actividades habituales, pero no todas.

Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): _____ a _____ (50 a 79% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

PRECAUCIÓN. Continúe usando los medicamentos de control todos los días:

- Reciba _____ inhalaciones o un tratamiento del medicamento de alivio rápido por medio de nebulizador. Si no vuelve a la zona verde dentro de 20 a 30 minutos de tomar _____ inhalaciones o tratamientos con nebulizador. Si no vuelve a la zona verde en una hora, entonces debe:
 - Aumentar _____
 - Agregar _____
 - Llamar _____
- Continuar usando los medicamentos de alivio rápido cada 4 horas según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en _____ días.



ZONA ROJA

Emergencia médica.

- Mucha dificultad para respirar, o
- Los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, o
- No puede realizar las actividades habituales, o
- Los síntomas son los mismos o empeoran después de estar 24 horas en la zona amarilla.

Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): menos de _____ (50% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

¡ALERTA MÉDICA! ¡Pida ayuda!

- Tome medicamentos de alivio rápido: _____ inhalaciones cada _____ minutos y pida ayuda de inmediato.
- Use _____
- Llame _____

¡Peligro! ¡Pida ayuda de inmediato! Llame al 911 si tiene problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar, o si tiene los labios o las uñas grises o morados. Si se trata de un niño, llame al 911 en caso de que se le hunda la piel alrededor del cuello y las costillas durante la respiración, o si el niño no responde normalmente.