

Plan de acción contra el asma



Información general:

■ Nombre _____
■ Contacto en caso de emergencia _____ Números telefónicos _____
■ Médico/Proveedor de atención médica _____ Números telefónicos _____
■ Firma del médico _____ Fecha _____

Clasificación de la gravedad

- Intermitente
- Leve persistente
- Moderada persistente
- Severa persistente

Desencadenantes

- Resfríos
- Fumar
- Clima
- Ejercicio
- Polvo
- Contaminación
- Animales
- Alimentos
- Otros _____

Actividad física

1. Previa al medicamento (cuánta y cuándo) _____
2. Modificaciones en la actividad física _____

Zona verde: se encuentra bien

Síntomas

- Respira bien
- No tiene tos ni respiración ruidosa
- Puede trabajar y jugar
- Duerme toda la noche

Medidor de flujo máximo

Más del 80% del récord o _____

Récord obtenido en el medidor de flujo máximo:

Medicamentos de control

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Zona amarilla: está empeorando

Síntomas

- Algunas dificultades para respirar
- Tos, respiración ruidosa u opresión en el pecho
- Problemas para trabajar o jugar
- Se despierta por las noches

Medidor de flujo máximo

Entre el 50% y el 80% del récord, o entre _____ y _____

Comuníquese con el médico si utiliza el medicamento más de 2 veces por semana.

Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) regresan a la zona verde después de una hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome el medicamento de alivio rápido cada 4 horas durante 1 ó 2 días
- Cambie sus medicamentos de control a largo plazo por _____
- Comuníquese con su médico para obtener atención de seguimiento

Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) NO regresan a la zona verde luego de 1 hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome nuevamente el medicamento de alivio rápido
- Cambie los medicamentos de control a largo plazo por _____
- Llame a su médico/Proveedor de atención médica dentro de las _____ horas de haber modificado su rutina de medicamentos

Zona roja: alerta médica

Síntomas

- Muchas dificultades para respirar
- No puede trabajar o jugar
- Se empeora en lugar de mejorar
- El medicamento no ayuda

Medidor de flujo máximo

Menos del 50% del récord, o entre _____ y _____

Número telefónico de emergencias/ la ambulancia:

Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Diríjase al hospital o llame a una ambulancia si:

- continúa en la zona roja luego de 15 minutos
- no pudo comunicarse con su médico/proveedor de atención médica para solicitar ayuda
- _____

Llame a una ambulancia inmediatamente si se presentan las siguientes señales de peligro:

- Tiene problemas para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Los labios o las uñas se tornan de color azul

Asthma Action Plan



General Information:

Name _____
 Emergency contact _____ Phone numbers _____
 Physician/healthcare provider _____ Phone numbers _____
 Physician signature _____ Date _____

Severity Classification	Triggers	Exercise
<input type="radio"/> Intermittent <input type="radio"/> Moderate Persistent <input type="radio"/> Mild Persistent <input type="radio"/> Severe Persistent	<input type="radio"/> Colds <input type="radio"/> Smoke <input type="radio"/> Weather <input type="radio"/> Exercise <input type="radio"/> Dust <input type="radio"/> Air Pollution <input type="radio"/> Animals <input type="radio"/> Food <input type="radio"/> Other _____	1. Premedication (how much and when) _____ 2. Exercise modifications _____

Green Zone: Doing Well

Symptoms

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Can work and play
- Sleeps well at night

Peak Flow Meter

More than 80% of personal best or _____

Peak Flow Meter Personal Best =

Control Medications:

Medicine	How Much to Take	When to Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yellow Zone: Getting Worse

Symptoms

- Some problems breathing
- Cough, wheeze, or chest tight
- Problems working or playing
- Wake at night

Peak Flow Meter

Between 50% and 80% of personal best or _____ to _____

Contact physician if using quick relief more than 2 times per week.

Continue control medicines and add:

Medicine	How Much to Take	When to Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IF your symptoms (and peak flow, if used) return to Green Zone after one hour of the quick-relief treatment, THEN

- Take quick-relief medication every 4 hours for 1 to 2 days.
- Change your long-term control medicine by _____
- Contact your physician for follow-up care.

IF your symptoms (and peak flow, if used) DO NOT return to Green Zone after one hour of the quick-relief treatment, THEN

- Take quick-relief treatment again.
- Change your long-term control medicine by _____
- Call your physician/Healthcare provider within _____ hour(s) of modifying your medication routine.

Red Zone: Medical Alert

Symptoms

- Lots of problems breathing
- Cannot work or play
- Getting worse instead of better
- Medicine is not helping

Peak Flow Meter

Less than 50% of personal best or _____ to _____

Ambulance/Emergency Phone Number:

Continue control medicines and add:

Medicine	How Much to Take	When to Take It
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Go to the hospital or call for an ambulance if: Call an ambulance immediately if the following danger signs are present:

- Still in the red zone after 15 minutes.
- You have not been able to reach your physician/healthcare provider for help.
- _____
- Trouble walking/talking due to shortness of breath.
- Lips or fingernails are blue.