

# 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.

## ¿Cómo están mis síntomas hoy?

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.

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