Plan de acción para el asma

Nombre del médico:_____ **Nombre:**_____
Número telefónico del médico:_____ **FDN:**_____
Su mejor flujo máximo:_____ **Fecha:**_____

	Si:	Entonces tome estos medicamentos
ZONA VERDE	Todo está bien: No tose ni tiene respiración sibilante durante el día o la noche Puede desarrollar las actividades normales **Y/O** El flujo máximo es _____ (más del 80% de la base del flujo máximo) **BUEN CONTROL**	**Medicamento:** **Cuánto:** **Cuándo:** **Largo plazo** □ Esteroide inhalado _____ **Medicamento de control** □ Agonistas β_2 de acción prolongada _____ □ Modificador de los leucotrienos_____ □ Esteroide oral _____ □ Otro_____ _____ **Usted no debería tener que usar el medicamento de acción rápida en la Zona verde excepto antes de hacer ejercicios o antes de exponerse a un factor desencadenante conocido, use** □ Albuterol MDI _____ _____ □ Albuterol Neb _____ _____ □ Otro_____ _____ _____ (tomar 15 minutos antes de hacer ejercicios)
	Pero si su hijo(a):	**Luego proceda así:**
ZONA AMARILLA	Comienza a toser, tiene respiración sibilante, le cuesta respirar, se despierta por la noche o siente el pecho "cerrado" **Y/O** El flujo máximo se encuentra entre _____y_____ (50% - 80% de la base del flujo máximo) **PRECAUCIÓN**	**Manténgase en sus Medicamentos verdes y agregue-** **Medicamento:** **Cuánto:** **Cuándo:** **Medicamentos de acción rápida** □ Albuterol MDI _____ _____ □ Albuterol Neb _____ _____ □ Otro:_____ _____ _____ □**Revisar el flujo máximo si** _____ □**Revisar los síntomas si** _____ **Luego tome** **Medicamento:** **Cuánto:** **Cuándo:** □ Albuterol _____ _____ □ Aumentar el esteroide inhalado _____ _____ **Agregar-** □ Esteroide oral _____ _____ □ Cuando se agregan esteroides orales, comuníquese con el consultorio de su médico _____. □ Si no mejora al tercer día, llamar al médico. Número telefónico-_____
	Y si su hijo(a):	**Luego proceda así:**
ZONA ROJA	Tose constantemente; le cuesta respirar; tiene algunos problemas al hablar, caminar o jugar El flujo máximo es _____ (menos del 50% de la base del flujo máximo) **¡ALERTA MÉDICA!**	**Continúe sus medicamentos de la Zona amarilla y agregue-** **Medicamento** **Medicamento:** **Cuánto:** **Cuándo:** **de acción rápida** □ Albuterol MDI _____ _____ □ Albuterol NEB _____ _____ □ _____ _____ _____ **SI AÚN NO TOMA ESTEROIDES ORALES, COMENZAR-** _____ _____ _____ • **SI NO MEJORA DESPUÉS DE 15 MINUTOS, REPETIR ALBUTEROL** • **SI AÚN TIENE SÍNTOMAS GRAVES, LLAME A SU MÉDICO o A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA SI EL MÉDICO NO ESTÁ DISPONIBLE**

ZONA PELIGROSA

Si su hijo(a) tiene alguno de estos síntomas: El medicamento no le está ayudando La respiración es dificultosa y rápida, las fosas nasales se abren completamente, no puede caminar, se pueden observar las costillas, no puede hablar bien	**Luego-** **DIRÍJASE A LA SALA DE EMERGENCIA O LLAME AL 911 ¡AHORA MISMO!**