

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA PARA: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Número del médico: _____

MIS DESENCADENANTES DEL ASMA SON:

* El control del asma se puede medir mediante el control de los síntomas, un espirómetro (medidor de flujo máximo) o una combinación de ambos.

Zona verde:

Mi asma está bien controlada*

- No tengo tos, sibilancia, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche.
- No tengo síntomas durante el ejercicio.
- Puedo hacer todas mis actividades habituales.
- No necesito ausentarme del trabajo.
- Necesito mi inhalador de alivio rápido ≤ 2 veces/semana para mis síntomas.

Lectura de flujo máximo: _____ a _____
(80 % - 100 % de la mejor marca personal)

¿Qué debo hacer para no tener síntomas?

Medidas

- Evitar los desencadenantes del asma
- Tomar los medicamentos según lo prescrito:

ANTIASMÁTICOS PREVENTIVOS (CONTROLADOR): REDUCE LA INFLAMACIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

MEDICAMENTO	PULSACIÓN/ DOSIS	VECES/ DÍA

Y

ANTIASMÁTICOS DE ALIVIO RÁPIDO (ALIVIADOR) (SEGÚN SEA NECESARIO)

MEDICAMENTO	PULSACIÓN/ DOSIS	VECES/ DÍA

VERIFICAR MI FLUJO MÁXIMO VECES POR (DÍA/SEMANA)

Zona amarilla:

Tengo síntomas de asma

Tomar medidas: Exacerbación/ ataque de asma

- Toso, tengo sibilancia, siento opresión en el pecho o dificultad para respirar durante el día, cuando hago ejercicio o por la noche.
- Siento como si estuviera resfriado o con gripe.
- Puedo hacer algunas pero no todas mis actividades habituales.
- Estoy usando mi inhalador de alivio rápido > 2 veces por semana para mis síntomas.

Lectura de flujo máximo: _____ a _____
(50 % - 79 % de la mejor marca personal)



¿Qué debo hacer para regresar a la zona verde?

Medidas

- Tomar la medicación según lo prescrito:

ANTIASMÁTICOS PREVENTIVOS (CONTROLADOR): REDUCE LA INFLAMACIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

MEDICAMENTO	PULSACIÓN/ DOSIS	VECES/ DÍA

Y

ANTIASMÁTICOS DE ALIVIO RÁPIDO (ALIVIADOR) (SEGÚN SEA NECESARIO)

MEDICAMENTO	PULSACIÓN/ DOSIS	VECES/ DÍA

VERIFICAR MI FLUJO MÁXIMO VECES POR (DÍA/SEMANA)

Si mis síntomas y el flujo máximo vuelven a los niveles de la zona verde después de 1 hora, continuaré monitoreando los síntomas para asegurarme de permanecer en la zona verde.

○

Si mis síntomas y el flujo máximo no vuelven a los niveles de la zona verde en 1 hora, entonces:

TOMAR ANTIASMÁTICO DE ALIVIO RÁPIDO

MEDICAMENTO	PULSACIÓN/ DOSIS	VECES/ DÍA

REPETIR

VECES AL DÍA

TOMAR ESTEROIDES ORALES

MEDICAMENTO	MG	COMPRIMIDOS a la vez

LLAMAR A MI MÉDICO

y luego **REPETIR** cada mañana durante DÍAS



Zona roja: ¡PELIGRO!

Tomar medidas: obtener ayuda

- Me falta el aire.
- No puedo hacer mis actividades habituales.
- Mi antiasmático de alivio rápido no ayuda.
- Mis síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas en la zona amarilla.

Lectura de flujo máximo: _____ a _____
(<50 % de la mejor marca personal)



¿Qué debo hacer?

Medidas

TOMAR ANTISMÁTICO DE ALIVIO RÁPIDO

MEDICAMENTO	PULSACIÓN/ VECES/	
	DOSIS	DÍA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

REPETIR VECES

TOMAR ESTEROIDES ORALES

MEDICAMENTO		
	MG	COMPRIMIDOS a la vez
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LLAMAR A MI MÉDICO

Si no puedo comunicarme con mi médico Y todavía estoy en la zona roja después de 15 minutos, debo ir al departamento de emergencias. Llamar al **911** o

OTROS NÚMEROS A LOS QUE PODRÍA LLAMAR

<input type="text"/>
<input type="text"/>

EMERGENCIA

Síntomas

- Tengo problemas para caminar y hablar debido a la dificultad para respirar.
- Mis labios o yemas de los dedos están morados.

Medidas

- Llamar al 911 para pedir una ambulancia.
- Usar el antiasmático de alivio rápido todas las veces que sea necesario de camino al hospital.

Para BC Health Link, llame al 8-1-1. Puede hablar con el personal de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, y un farmacéutico estará disponible de 5 a 9 p. m. todos los días.

Hay servicios de traducción e interpretación disponibles en 144 idiomas diferentes.

www.healthlinkbc.ca