

# Plan de acción de asma

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Clasificación de severidad:  Intermitente  Persistente leve  Persistente moderado  Persistente severa

Desencadenantes del asma (lista): \_\_\_\_\_

Mejor marca personal del medidor de flujo: \_\_\_\_\_

## Zona verde: Anda bien

**Síntomas:** La respiración es buena – Sin tos, ni sibilancias – Puede trabajar y jugar – Duerme bien en la noche

**Medidor de flujo** \_\_\_\_\_ (más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

**Actividad física**  usa albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, 15 minutos antes de la actividad  con todas las actividades  
 cuando siente que la necesita

## Zona amarilla: Precaución

**Síntomas:** Algunos problemas de respiración – Tos, sibilancias, u opresión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Se despierta en la noche

**Medidor de flujo** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

**Medicamento/s de alivio rápido**  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, cada 4 horas según sea necesario

**Medicamento/s de control**  Continuar con los medicamentos de la Zona verde

Agregar \_\_\_\_\_  Cambiar por \_\_\_\_\_

**El niño se debe sentir mejor dentro de 20–60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño empeora o está en la Zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.**

## Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

**Síntomas:** Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda **Medidor de flujo** \_\_\_\_\_ (menos del 50% de la mejor marca personal)

**¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA!**  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, \_\_\_\_\_  
 (con qué frecuencia)

**Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro**

- Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona roja después de 15 minutos

**Contacto de emergencia** Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Proveedor de atención médica** Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_