

Registro del Asma

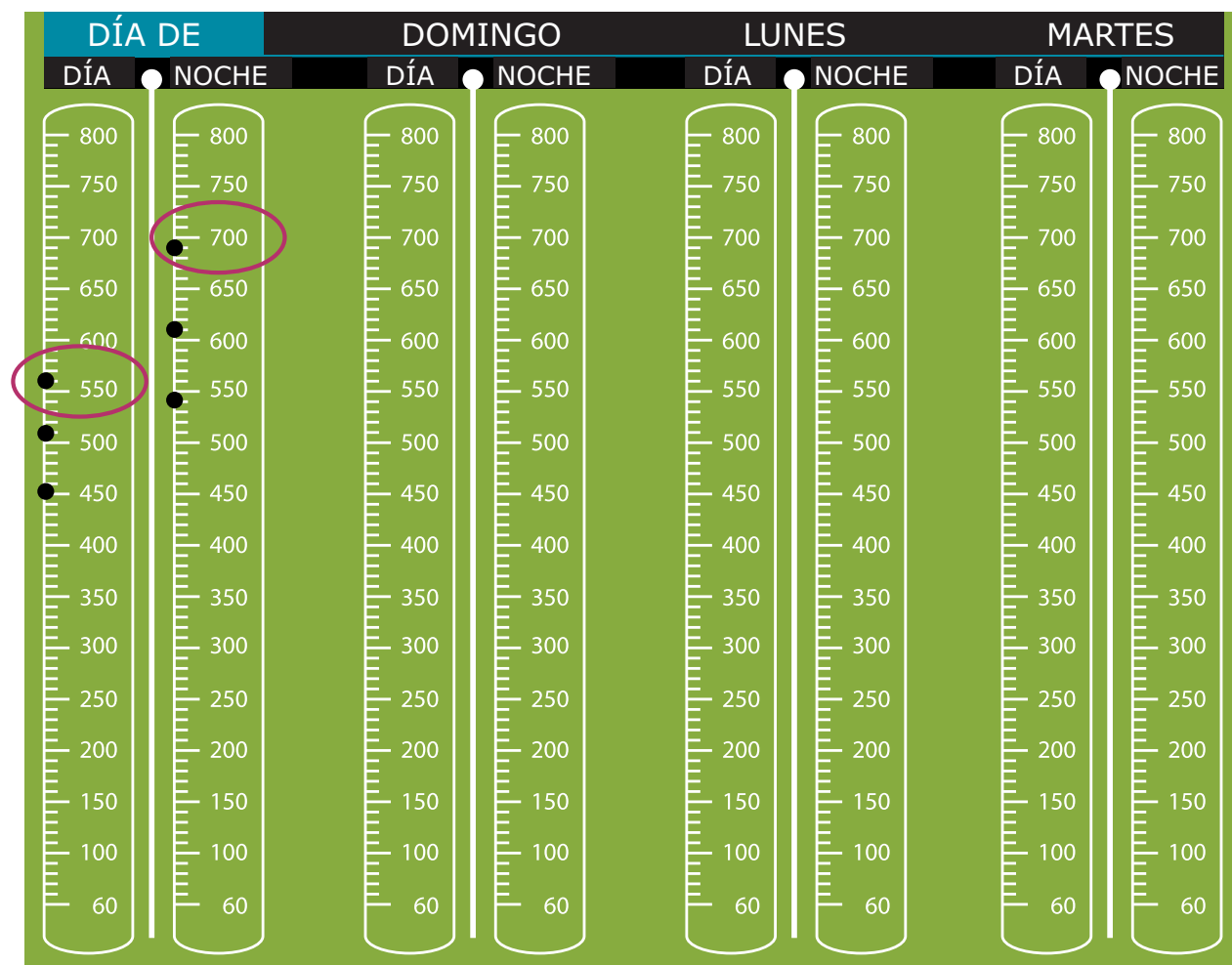
Utilice este registro con la ayuda de su médico. Manténgalo actualizado y siempre a mano. En caso de emergencia, contará con un registro muy importante de sus medicaciones, sus desencadenantes y su flujo máximo. Su médico lo utilizará para evaluarlo.

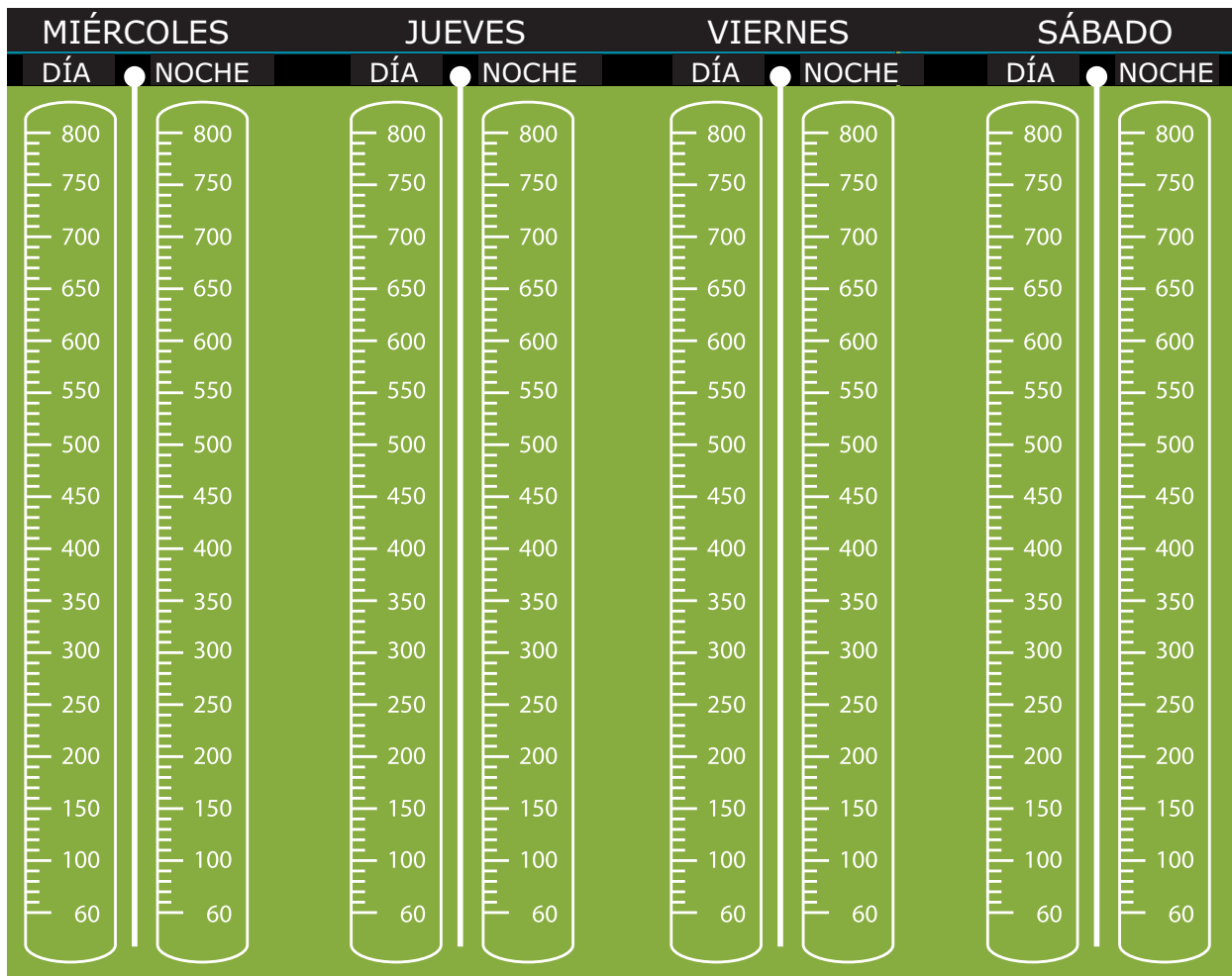
Nombre _____

		Zona Verde	Zona Amarilla	Zona Roja	Medicinas/Dosis	Desencadenantes, Síntomas
		FLUJO MÁXIMO				
Lunes	DÍA					
	NOCHE					
Martes	DÍA					
	NOCHE					
Miércoles	DÍA					
	NOCHE					
Jueves	DÍA					
	NOCHE					
Viernes	DÍA					
	NOCHE					
Sábado	DÍA					
	NOCHE					
Domingo	DÍA					
	NOCHE					

Cómo Utilizar un Medidor de Flujo Máximo

- Mida su número de flujo máximo por la mañana y por la tarde.
- Cada vez que sopla, sostenga el medidor al lado del gráfico para que le sea más fácil registrar el número.
- Haga un círculo en el número más alto de tres soplos. Este es su flujo máximo.





Plan de Acción Contra el Asma

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA PARA _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____ FECHA _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOSPITAL/SALA DE EMERGENCIA _____

ZONA VERDE El paciente está bien

No presenta tos, sibilancias, opresión en el pecho o falta de aire durante el día o la noche. Puede realizar actividades habituales.

Y, si se utiliza un medidor de flujo máximo, el mismo es:

Más que: _____ (80% o más de mi mejor flujo máximo) Mi mejor flujo máximo es: _____

Tome a diario estas medicinas de control de largo plazo (incluye un anti-inflamatorio):

MEDICAMENTO	DOSIS	CUÁNDO TOMARLO
ANTES DE EJERCITAR	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones	5 a 60 minutos antes de ejercitar

ZONA AMARILLA Los síntomas se agravan

Experimenta tos, sibilancias, opresión en el pecho, falta de aire o se despierta de noche a causa del asma, o puede hacer algunas, pero no todas sus actividades habituales

O flujo máximo: _____ a _____
(50% a 80% de mi mejor flujo máximo)

Incorporar: medicina de alivio rápido y continúe tomando su medicina de la ZONA VERDE.

_____ 2 4 inhalaciones, cada 20 minutos durante una hora
(beta2-agonista de acción corta) Nebulice, una vez

Si sus síntomas (y flujo máximo, si corresponde) regresan a la ZONA VERDE luego de una hora de tratamiento:

Tome su medicina de alivio rápido cada cuatro horas durante uno o dos días.

Duplique la dosis de su esteroide inhalado por _____ (7 a 10) días.

Si sus síntomas (y flujo máximo, si corresponde) no regresan a la ZONA VERDE luego de una hora de tratamiento:

Tome: _____ 2 4 inhalaciones o Nebulice
(beta2-agonista de acción corta)

Añada: _____ mg por día por _____ (3 a 10) días.
(esteroide oral)

Llame al doctor dentro de _____ horas después de tomar el esteroide oral.

ZONA ROJA ¡Alerta médica!

La dificultad para respirar se intensifica, o las medicinas de alivio rápido no ayudan, o no puede realizar actividades habituales, o los síntomas son los mismos o se agravan después de permanecer 24 horas en la ZONA AMARILLA

O flujo máximo: menor que: menor que _____ (50% de mi mejor flujo máximo)

Tome esta medicina:

_____ 4 6 inhalaciones o Nebulice
(beta2-agonista de corta acción)

_____ mg por día
(esteroide oral)

A continuación, llame a su doctor ¡DE INMEDIATO! Vaya al hospital o llame a una ambulancia si:

Sigue en la **ZONA ROJA** después de 15 minutos **Y** No ha contactado a su médico.

¡SIGNOS DE PELIGRO!

- Problemas para caminar y hablar debido a la falta de aire
- Los labios o uñas se tornan azules

- Tome 4 6 inhalaciones de su medicina de alivio rápido **Y**
- **Diríjase al hospital o llame al 911 por una ambulancia ¡AHORA!**