

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 ____ / ____ / ____

1-800-LUNGUSA | Lung.org