



Plan de autocuidado para el asma

Nombre: _____

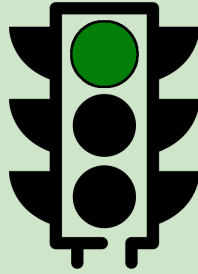
Fecha: _____

Cada día—Su meta personal de flujo máximo: _____

Zona verde: **Todo en orden**

Si:

- ✓ No presenta falta de aire
- ✓ Puede realizar actividades habituales
- ✓ Si utiliza un medidor de flujo espiratorio máximo: ____ . Flujo máximo: superior a ____ (80% o más de mi mejor medida de flujo máximo)
- ✓ Mi mejor medida de flujo máximo: _____



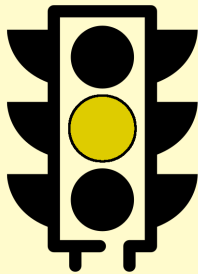
Lo que ello podría indicar:

- ✓ Sus síntomas están bajo control
- ✓ Continúe tomando su medicamento de control según lo prescrito
- ✓ Continúe supervisando su flujo máximo
- ✓ No deje de asistir a sus citas médicas

Yellow Zone: **Caution**

Si experimenta cualquiera de los siguientes:

- ✓ Tos, respiración sibilante, opresión en el pecho o falta de aire
- ✓ Se despierta de noche debido al asma
- ✓ Puede realizar algunas, pero no todas las actividades habituales
- ✓ Flujo máximo: ____ a ____ (50–80% de mi mejor medida de flujo máximo)
- ✓ Cualquier otra cosa inusual que le cause molestia



Lo que ello podría indicar:

- ✓ Su asma está empeorando
- ✓ Puede que necesite ajustar su medicación
- ✓ Deje de hacer ejercicio extenuante
- ✓ Elimine los desencadenantes
- ✓ Añada medicamentos aliviadores: _____

Llame a su médico, enfermero o asistencia domiciliar de enfermería.

Nombre: _____

Número: _____

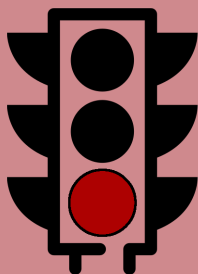
Instrucciones: _____

Si observa una Precaución amarilla, trabaje conjuntamente con su equipo de atención médica.

Zona roja: **Deténgase y piense**

Si experimenta cualquiera de los siguientes:

- ✓ Gran dificultad para respirar, problemas para caminar y para hablar debido a la falta de aire o color de piel pálido o gris
- ✓ Los medicamentos de alivio rápido no han surtido efecto
- ✓ No puede realizar actividades habituales o los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas en el área de zona amarilla
- ✓ Flujo máximo: inferior a ____ (50% de mi mejor medida de flujo máximo)
- ✓ Uñas de las manos o labios de color azul



Lo que ello podría indicar:

Si experimenta cualquier síntoma de zona roja, llame al **9-1-1** a su médico enseguida

Nombre del médico: _____

Número del médico: _____