

PLAN DE CUIDADO PROPIO PARA ADULTOS CON ASMA / ASTHMA SELF-MANAGEMENT PLAN (ADULTS)

NOMBRE / NAME	NO. DE REGISTRO MEDICO / MR #	FECHA / DATE	MÉDICO / MD	CENTRO DE CONSEJERÍA TELEFÓNICA
---------------	-------------------------------	--------------	-------------	---------------------------------

- Usted podrá controlar mejor su asma si se mantiene al tanto de su capacidad pulmonar máxima y de sus síntomas.
- **SU MEJOR NIVEL DE CAPACIDAD PULMONAR MÁXIMA = _____.**
- Si su nivel de capacidad pulmonar máxima es de menos del 80% de su mejor nivel, revise su capacidad pulmonar máxima DE 2 A 3 VECES AL DÍA, y siga el plan de cuidado propio que aparece más adelante, según sea apropiado.
- Siempre **use un espaciador con sus inhaladores.**
- Durante comienzo de un (catarro, gripe), siga su PLAN DE CUIDADO PROPIO de la ZONA AMARILLA, y vigile con cuidado su capacidad pulmonar máxima.
- Durante su "estación de asma", o después de estar en contacto con algo que la ocasione, vigile su capacidad pulmonar máxima con cuidado, y tenga en cuenta que podría tener que usar su plan de la ZONA AMARILLA.

ZONA	ACCIÓN
ZONA VERDE: ÉSTE ES SU PLAN DIARIO. MÁS DEL 80% _____ (ÓPTIMAMENTE 90% _____). Puede hacer sus actividades de costumbre. Duerme toda la noche. Su asma lo molesta menos de dos veces a la semana.	Medicamento de control: QVAR®(40/80)/Flovent®/Asmanex® _____ inhalaciones _____ veces al día. Medicamento de alivio: Albuterol®: Tómelo sólo cuando lo necesite para síntomas del asma. 2 ó _____ inhalaciones, 20 min. antes de hacer ejercicio o cada _____ horas, según se necesite para los síntomas del asma (Cuando esté en la zona verde, NO debe estar usando el medicamento de alivio con regularidad.) Otro medicamento: _____ mg o inhalaciones cada _____ horas o _____ veces al día. Otro medicamento: _____ mg o inhalaciones cada _____ horas o _____ veces al día.
ZONA AMARILLA: HAY UN AUMENTO DE SÍNTOMAS. TAMBIÉN ÚSELO AL PRINCIPIO DE UN RESFRIADO Y SIGA USÁNDOLO DURANTE _____ DÍAS. ESCALA DEL 50% _____ AL 80% _____. Aumentan los síntomas del asma, incluyendo el despertarse por la noche. Tiene que limitar algo sus actividades de costumbre. Tiene más tos, sensación de presión en el pecho o jadeo (silbido al respirar). Su capacidad pulmonar máxima no regresa a la zona verde después de varias dosis del broncodilatador.	Piense a qué podría deberse su ataque (por ejemplo, infección, agruras o acidez, alergias, humo, etc.) y encárguese del problema. Tome más líquido. Aumente su medicamento de control: QVAR®(40/80)/Flovent®/Asmanex® a _____ inhalaciones _____ veces al día. Aumente su medicamento de alivio: Albuterol® a _____ inhalaciones cada _____ horas, hasta que regrese a la zona verde. Luego úselo según sea necesario. Otro medicamento: _____ mg o inhalaciones cada _____ horas o _____ veces al día. <input type="checkbox"/> Igual que en la zona verde Otro medicamento: _____ mg o inhalaciones cada _____ horas o _____ veces al día. <input type="checkbox"/> Igual que en la zona verde Si usted no está mejorando después de 2 ó 3 días y su capacidad pulmonar máxima queda a menos del 65% _____, use la dosis del medicamento de control de la Zona Amarilla por lo menos durante 2 ó 3 semanas y comience a tomar la dosis de Prednisona/Medrol® indicada en la zona roja. <input type="checkbox"/> Contacte a su médico o a su administrador de cuidado de salud o al. <input type="checkbox"/> _____
ZONA ROJA: ALERTA MÉDICA. MENOS DEL 50% _____ antes del medicamento de alivio. Los medicamentos para el asma no han reducido sus síntomas. Su capacidad pulmonar máxima permanece baja. Le falta mucho el aliento. Tiene que limitar mucho sus actividades de costumbre. Tiene tos o jadeo persistente y/o despierta varias veces por la noche debido al asma.	Comience a tomar de inmediato esta dosis de Prednisona/Medrol® _____ mg _____ veces al día. Aumente su medicamento de alivio: Albuterol® 4 - 6 inhalaciones o por nebulizador cada 10 – 20 minutos, no más de 3 veces. Después _____ inhalaciones cada _____ horas. Medicamento de control: QVAR®(40/80)/Flovent®/Asmanex® _____ inhalaciones _____ veces al día. Otro medicamento: _____ mg o inhalaciones cada _____ horas o _____ veces al día. <input type="checkbox"/> Igual que en la zona verde Otro medicamento: _____ mg o inhalaciones cada _____ horas o _____ veces al día. <input type="checkbox"/> Igual que en la zona verde <input type="checkbox"/> Contacte a su médico o a su administrador de cuidado de salud o al. <input type="checkbox"/> _____ Si no mejora bastante, vaya a la SALA DE EMERGENCIA. Tenga un plan para obtener atención de emergencia RÁPIDAMENTE.. SIEMPRE TENGA CONSIGO UN MEDICAMENTO DE ALIVIO.
SEÑALES DE PELIGRO: Dificultades para caminar o hablar debido a la falta de aliento. El no poder recobrar el aliento o tener que luchar para respirar.	VAYA A LA SALA DE EMERGENCIA O LLAME AL 911 DE INMEDIATO.