

NOMBRE Y APELLIDO .....

FECHA / /

## INDICACIONES

MANTENIMIENTO	ALIVIO/RESCATE	CORTICOIDES ORALES	OTROS MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> por la mañana <input type="checkbox"/> por la noche hasta <input type="checkbox"/> dosis de alivio			

### TÉCNICA USO DE LOS DISPOSITIVOS

mirá los videos ingresando al [link](#) o escaneando el código [QR](#)



<http://cli.re/aerosol>



<http://cli.re/polvo>

PLAN DE ACCIÓN	SI ME SIENTO...	ESTOY...	DEBO...
<p><b>Bien</b></p>	<p><b>Bien.</b>                      Respiro tranquilo.                      No siento silbidos.                      Puedo caminar sin agitarme.                      Duermo sin problemas respiratorios.                      Uso poco los rescates (hasta dos veces en la semana).</p>	<p>Bien y tengo mi asma controlada.</p> <p><b>FEP:</b></p> <p>.....</p> <p><b>VEF<sub>1</sub>:</b></p> <p>.....</p>	<p>Continuar con la medicación según lo indicado y acudir a la consulta de control acordada con mi médico.</p>
<p><b>Alerta</b></p>	<p><b>Agotado.</b>                      Siento alguna dificultad para respirar.                      No puedo realizar todo lo que habitualmente hago.                      Necesito más de dos rescates por semana.</p>	<p>Empeorando un poco.</p> <p><b>FEP:</b></p> <p>.....</p> <p><b>VEF<sub>1</sub>:</b></p> <p>.....</p>	<p><b>1.</b> Medicación inhalatoria de alivio/rescate:                      .....</p> <p><b>2.</b> Medicación oral:                      .....</p>
<p><b>Peligro</b></p>	<p><b>Con dificultad para respirar.</b>                      Siento muchos ruidos en el pecho al caminar.                      Siento dificultad para inhalar.                      No puedo realizar ninguna actividad por falta de aire.                      Utilicé mayor cantidad de rescates que los recomendados.                      Los síntomas no mejoran a pesar del uso de los rescates.</p>	<p>Nuevamente en crisis.</p> <p><b>FEP:</b></p> <p>.....</p> <p><b>VEF<sub>1</sub>:</b></p> <p>.....</p>	<p><b>Consultar a mi médico inmediatamente:</b>                      .....</p> <p><b>Concurrir a la guardia.</b>  <b>Llamar a la ambulancia.</b></p>

**FEP:** Flujo Espiratorio Pico  
**VEF<sub>1</sub>:** Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.



# Si utilizás un Plan de Acción por escrito, **TENÉS 4 VECES MENOS PROBABILIDADES DE SER INTERNADO POR ASMA<sup>1</sup>**

1. Adams et al; Factores asociados con admisiones hospitalarias y visitas de emergencia repetidas para adultos con asma; Thorax. 2000; 55:566-573.

## PRÓXIMA CONSULTA AL MÉDICO:

EN ..... FECHA ..... / ..... / .....



### CÓMO UTILIZAR ESTE PLAN

Guardalo en algún lugar fácil de encontrar para vos y tu familia.



1

Guardá una foto del Plan en tu celular y compartilo por WhatsApp con tu familia.



2

Chequealo y completalo regularmente.



3

Llevalo a cada consulta con tu médico.



4

## MI EXPERIENCIA

Desde mi última visita:

¿Pude realizar mis actividades?

.....

¿Cómo dormí?

.....

¿Cuántos rescates necesité por semana?

.....

Para más información sobre Asma, conocé nuestro programa Asma Zero en:

[www.AsmaZero.com.ar](http://www.AsmaZero.com.ar)

