

# PLAN DE ACCIÓN EN PEDIATRÍA



ASMA  
ZERO

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Médico tratante \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia \_\_\_\_\_



**Verde: ZONA SEGURA**

Usa tu tratamiento de mantención



**Amarillo: PRECAUCIÓN**

Inicia rescatador



**Rojo: EMERGENCIA**

Acude a Servicio de Urgencia inmediatamente.

## Zona Segura



Bien

**Tienes todas las siguientes:**

Me siento bien  
No tengo tos ni silbido  
Duermo bien  
Puedo realizar mis actividades habituales

### Debo usar mi tratamiento habitual o de mantención

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

## Precaución



Alerta

**Tienes alguna de las siguientes:**

Tos  
Silbido  
Pecho apretado  
Tos en la noche

### Agrega

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

## Emergencia



Peligro

**Tu asma empeora rápido:**

El medicamento de rescate no me alivia  
Respiro rápido  
No puedo hablar  
Me cuesta respirar  
Mis labios están azules

**Usa estos medicamentos y acude de inmediato al servicio de urgencia.**

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

**NO ESPERES ¡BUSCA AYUDA MÉDICA AHORA!**

## Aerocámara

- Usar siempre mi aerocámara para medicación inhalatoria. - Lavarla cada 10 - 15 días de uso. - Traerla en todas las consultas para revisión.

Las indicaciones del plan de acción deben ser llenadas por el médico. Es importante que el paciente/cuidador lo chequee constantemente, anote sus observaciones y lo lleve a cada consulta.

