

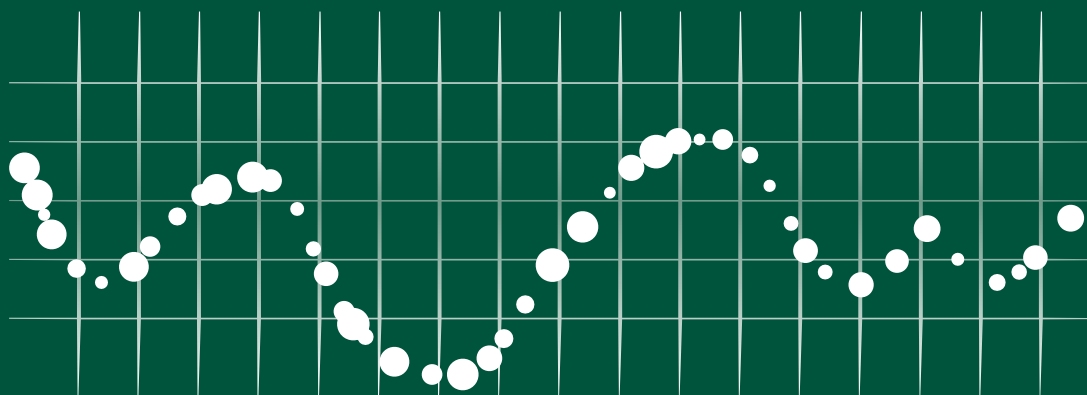
nombre _____

fecha de inicio _____

fecha de finalización _____



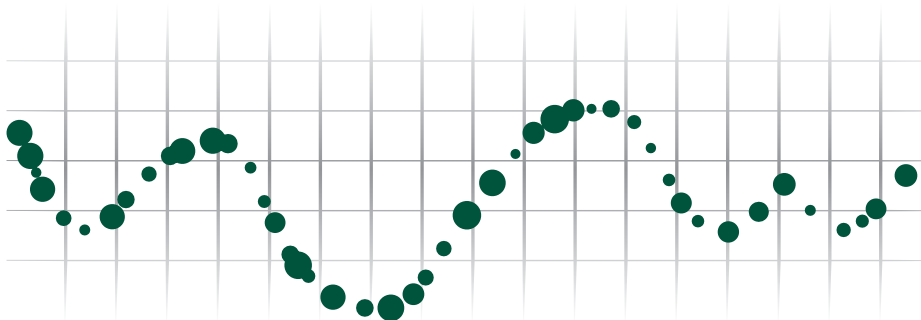
mi diario para el asma

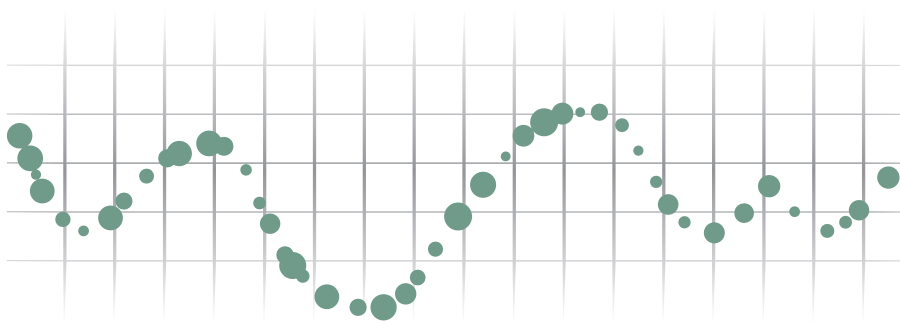


mi **diario** para el **asma**

edición actualizada

programa regional de
prevención y control del **asma**
de la comunidad de madrid





instrucciones

El cuaderno de recogida de datos que te ofrecemos es un instrumento más entre otros –como la formación– en un Programa de autocuidados del asma. Se ha diseñado como una herramienta de educación sanitaria.

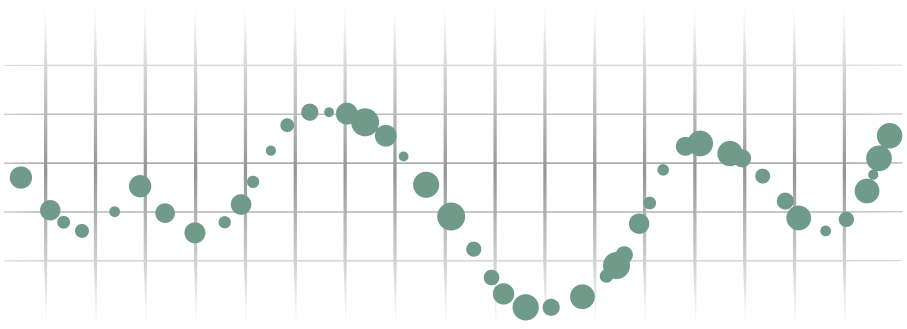
Este diario es una buena manera de ayudarte a cumplir tu tratamiento adecuadamente, para que no olvides las medicinas ni controlar tu flujo respiratorio. Sirve, además, para prevenir o evitar los episodios de crisis porque podrás anotar en él tus síntomas diarios que, junto con los descensos en los picos de flujo, te permitirá tomar las medidas necesarias para evitar las crisis o superarlas mejor y más rápidamente.

El cuaderno tiene una hoja de registro para cada mes del año. Cuando lo termines, pide otro.

No olvides llevarlo cada vez que veas al médico que vigila tu asma, y si tienes que ir a urgencias, también.

Para usarlo eficazmente, todos los días tienes que:

- 1 Anotar, sombreando el casillero correspondiente, la mejor de las tres mediciones de **pico de flujo** o **peak flow (PF)** que hagas por la mañana al levantarte y por la noche al acostarte.
- 2 Anotar la gravedad de los síntomas, poniendo **L** (leves) si son ligeros, o **S** (severos) si son más graves. Hay un casillero para cada día.
- 3 Marcar con una **X** el casillero correspondiente a las medicinas que uses. Hay una línea por cada medicina representada por una letra (A, B, C, D, E). Esta letra es la que figura en el apartado **mis medicinas** en la página siguiente, y que previamente debes rellenar con los datos de las medicinas que estés utilizando.
- 4 Apuntar los cambios en la medicación, y marcar con una **X** el casillero correspondiente a los días en que se hayan producido.



mis **medicinas**

A

nombre comercial

dosis (*cantidad*)

cuándo

B

nombre comercial

dosis (*cantidad*)

cuándo

C

nombre comercial

dosis (*cantidad*)

cuándo

D

nombre comercial

dosis (*cantidad*)

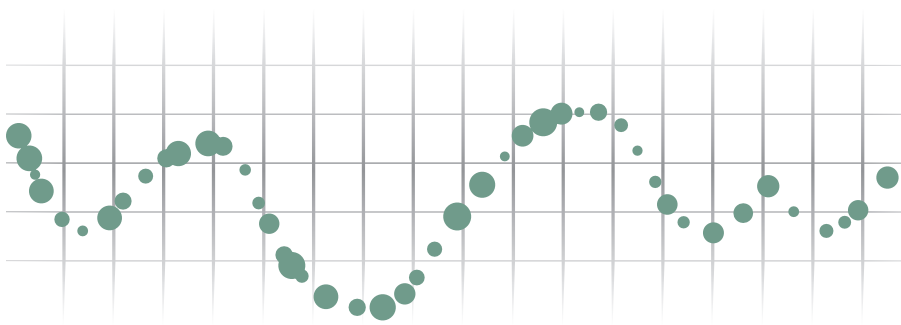
cuándo

E

nombre comercial

dosis (*cantidad*)

cuándo



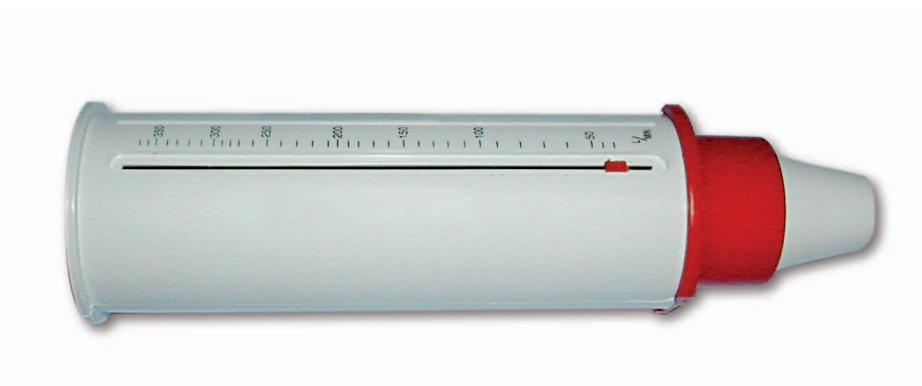
el medidor de **PF**

El **PF** (*peak flow* o *pico de flujo*) es una medida que orienta el calibre (normal o estrechado) de los bronquios. Se mide con un aparato llamado Medidor de Pico de Flujo (**MPF**).

Las medidas válidas dependen de la buena voluntad y de la capacidad del paciente para **expulsar el aire tan fuertemente como sea posible**.

Si el **PF** obtenido se compara con la “mejor marca personal” (**MMP**) o con el “valor teórico” (**VT**) nos encontramos en una de las siguientes zonas:

■ VERDE	(80-100% de MMP o VT)	TODO VA BIEN
■ AMARILLA	(50-80% de MMP o VT)	PRECAUCIÓN
■ ROJA	(menos de 50% de MMP o VT)	ALERTA MÉDICA

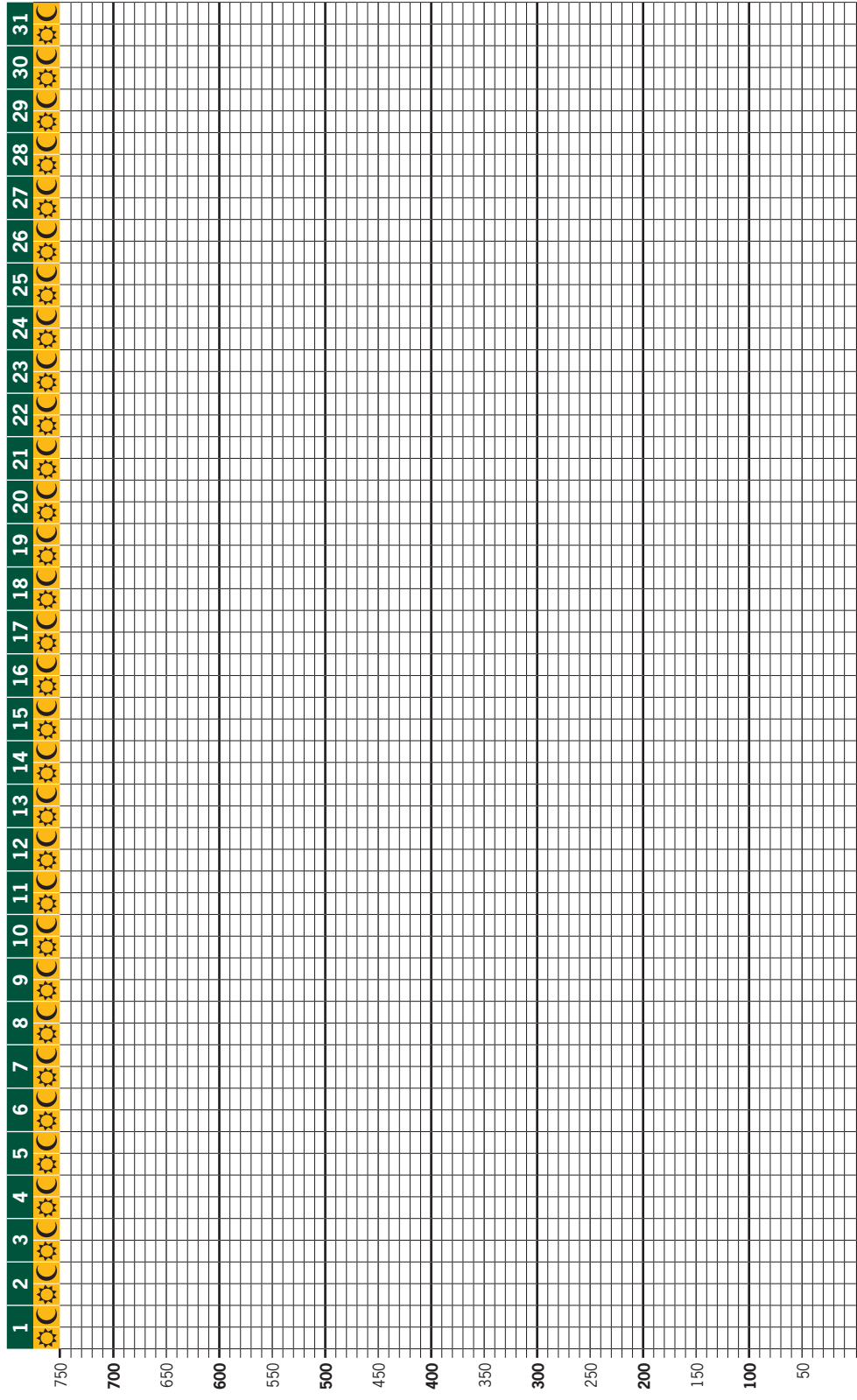


mes 1

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
A																																	
B																																	
C																																	
D																																	

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

mes

1

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
A																																	
B																																	
C																																	
D																																	

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

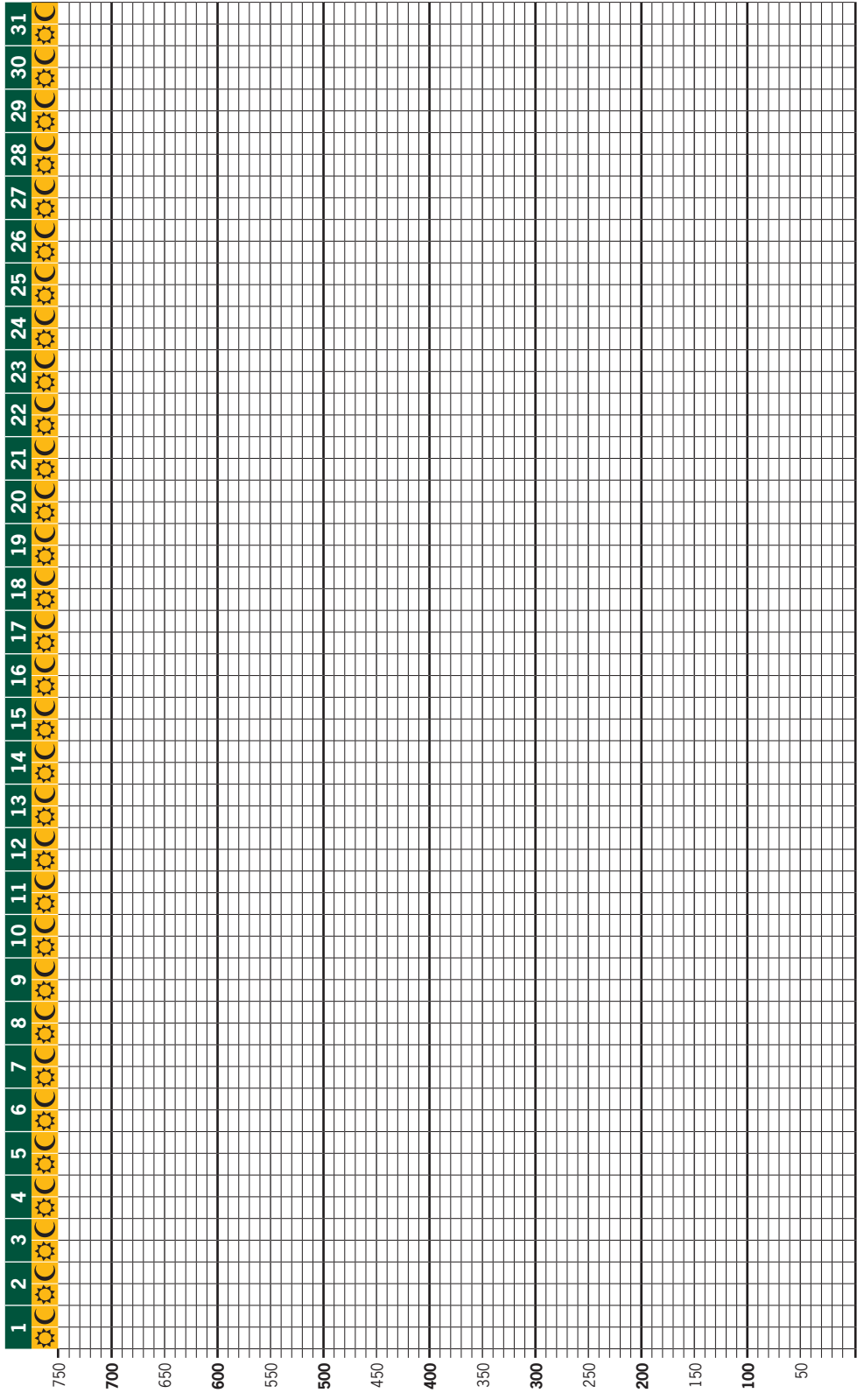
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

mes **3**

Registro de soplido (Peak Flow)

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Tos																																
Pitos y/o silbancias																																
Dificultad al respirar																																
Interrupción del sueño																																

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A																																
B																																
C																																
D																																

Cambios en la medicación

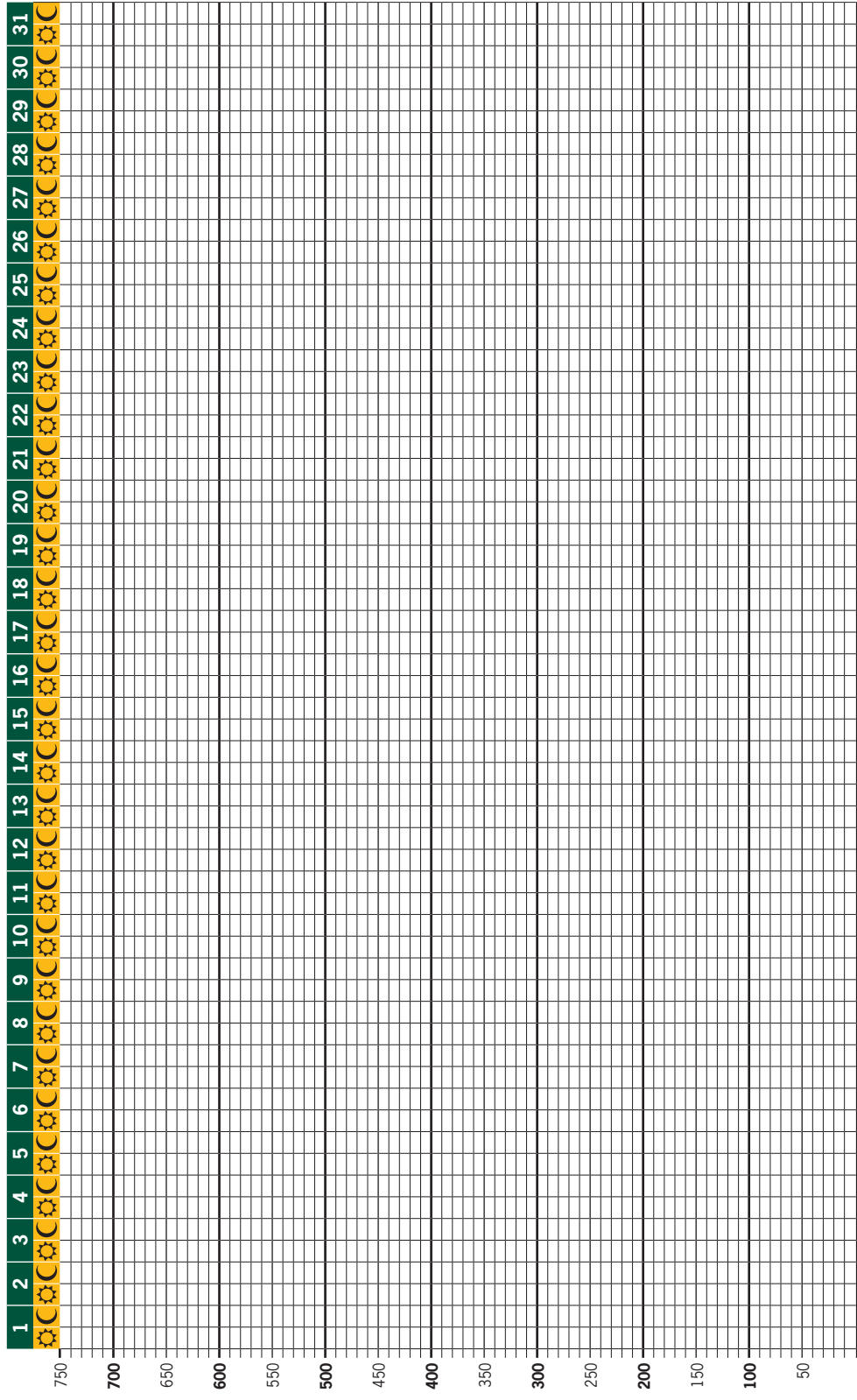
Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Tos																																
Pitos y/o silbancias																																
Dificultad al respirar																																
Interrupción del sueño																																

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A																																
B																																
C																																
D																																

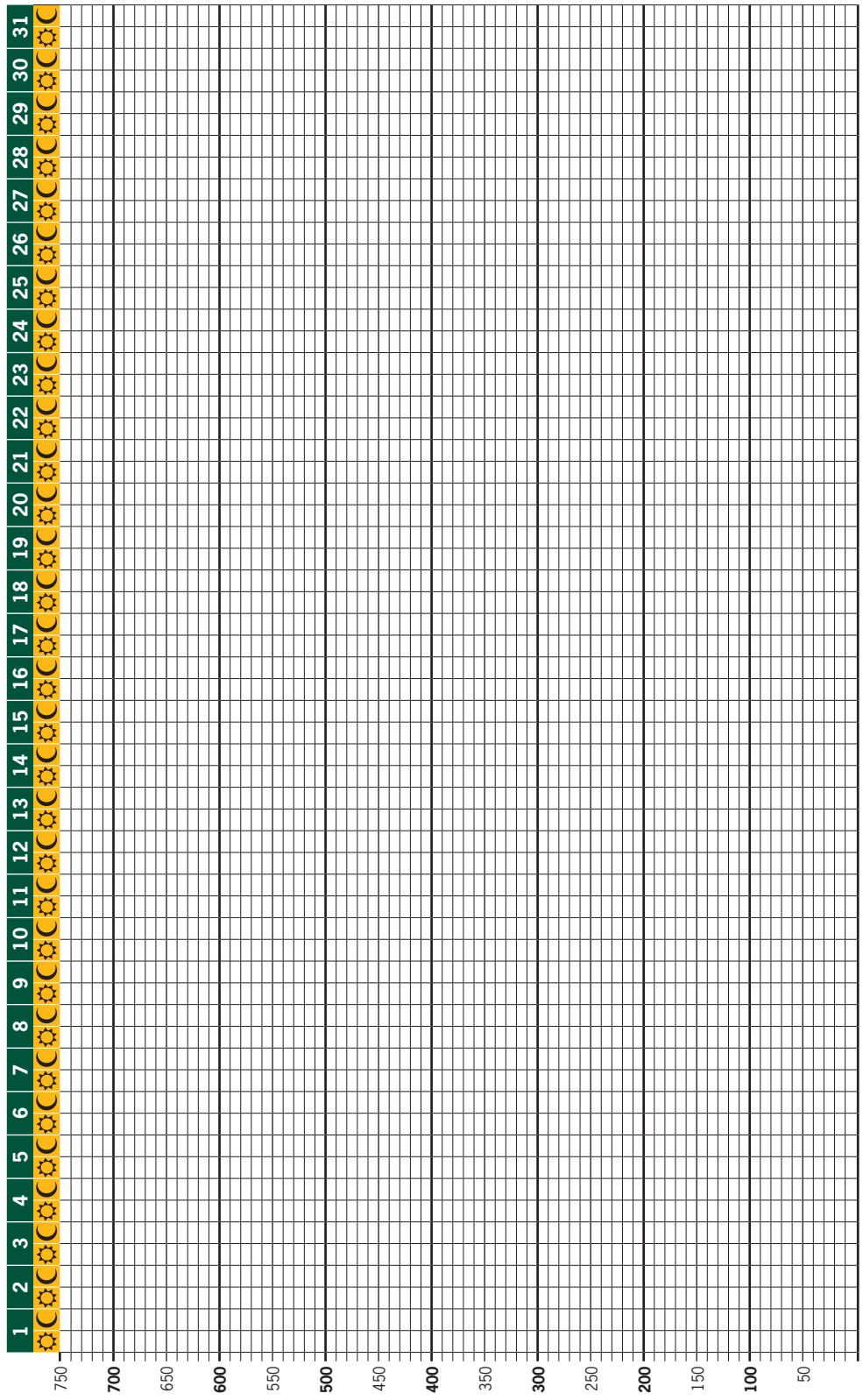
Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Registro de Peak Flow

valor teórico _____ mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Tos																																
Pitos y/o silbancias																																
Dificultad al respirar																																
Interrupción del sueño																																

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A																																
B																																
C																																
D																																

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

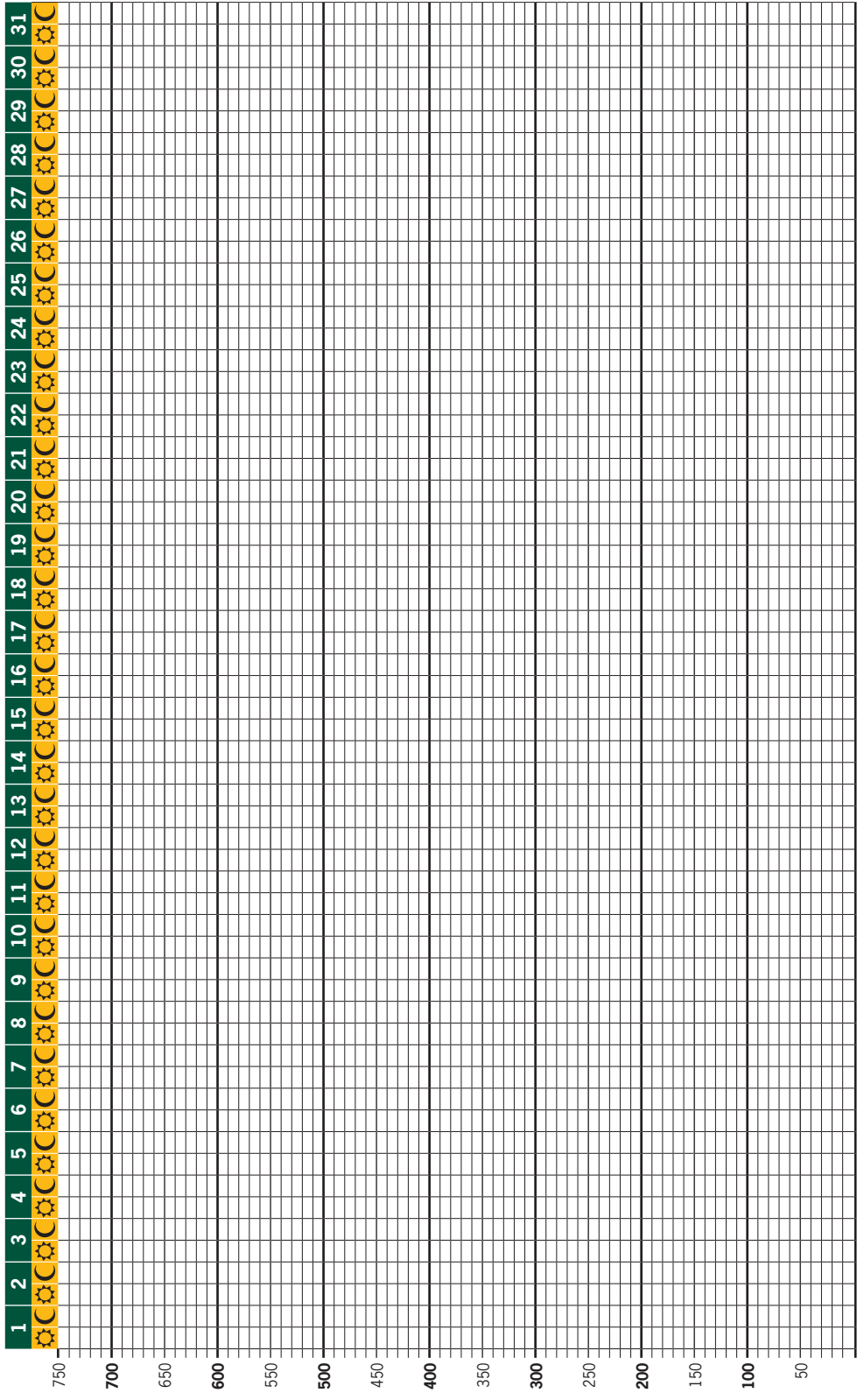
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

mes 6

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
A																																	
B																																	
C																																	
D																																	

Cambios en la medicación

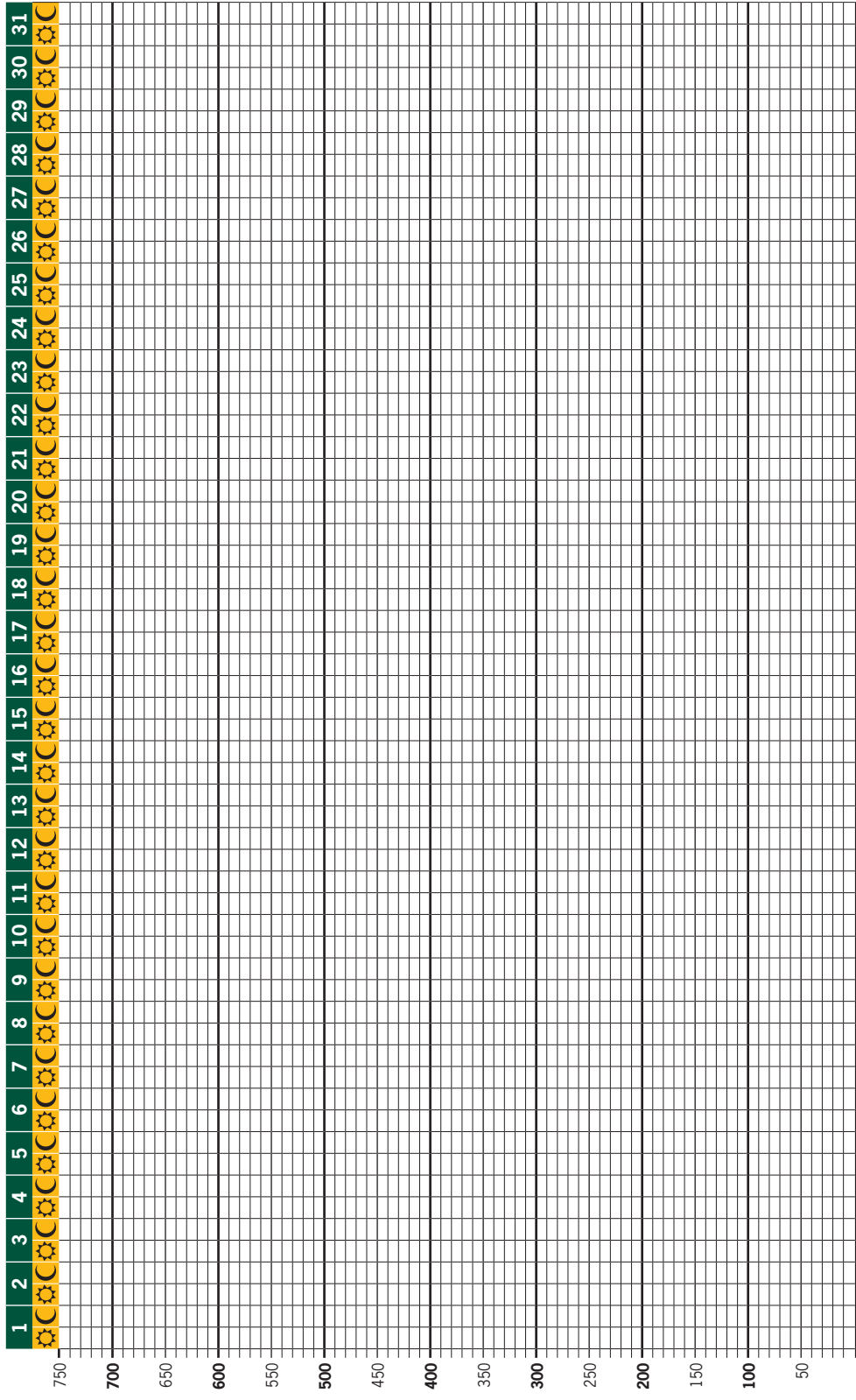
Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
A																																	
B																																	
C																																	
D																																	

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Registro de Peak Flow

mejor marca personal _____

valor teórico _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Tos																																
Pitos y/o silbancias																																
Dificultad al respirar																																
Interrupción del sueño																																

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A																																
B																																
C																																
D																																

Cambios en la medicación

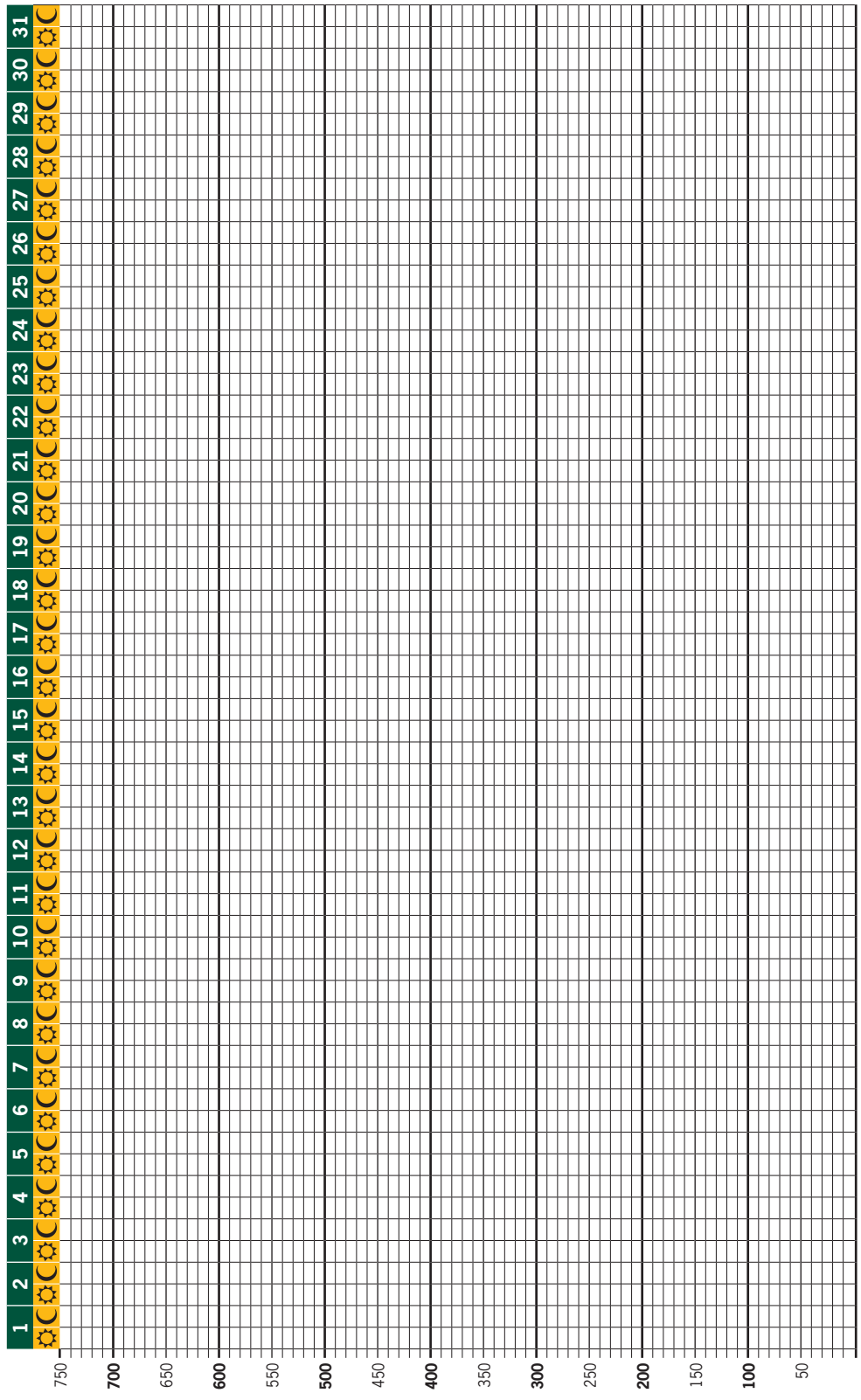
Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
A																																	
B																																	
C																																	
D																																	

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

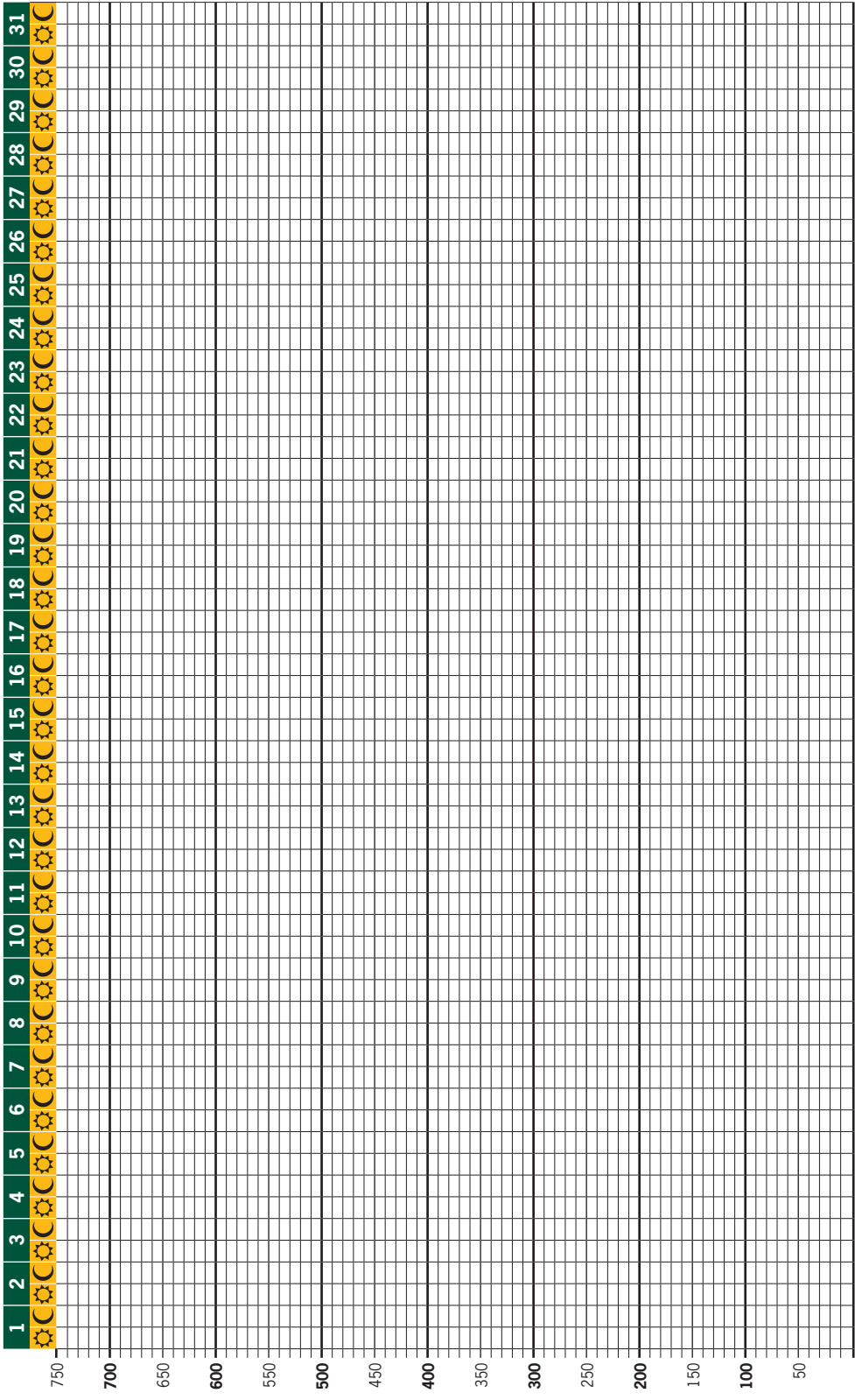
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

mes 10

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
A																																	
B																																	
C																																	
D																																	

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

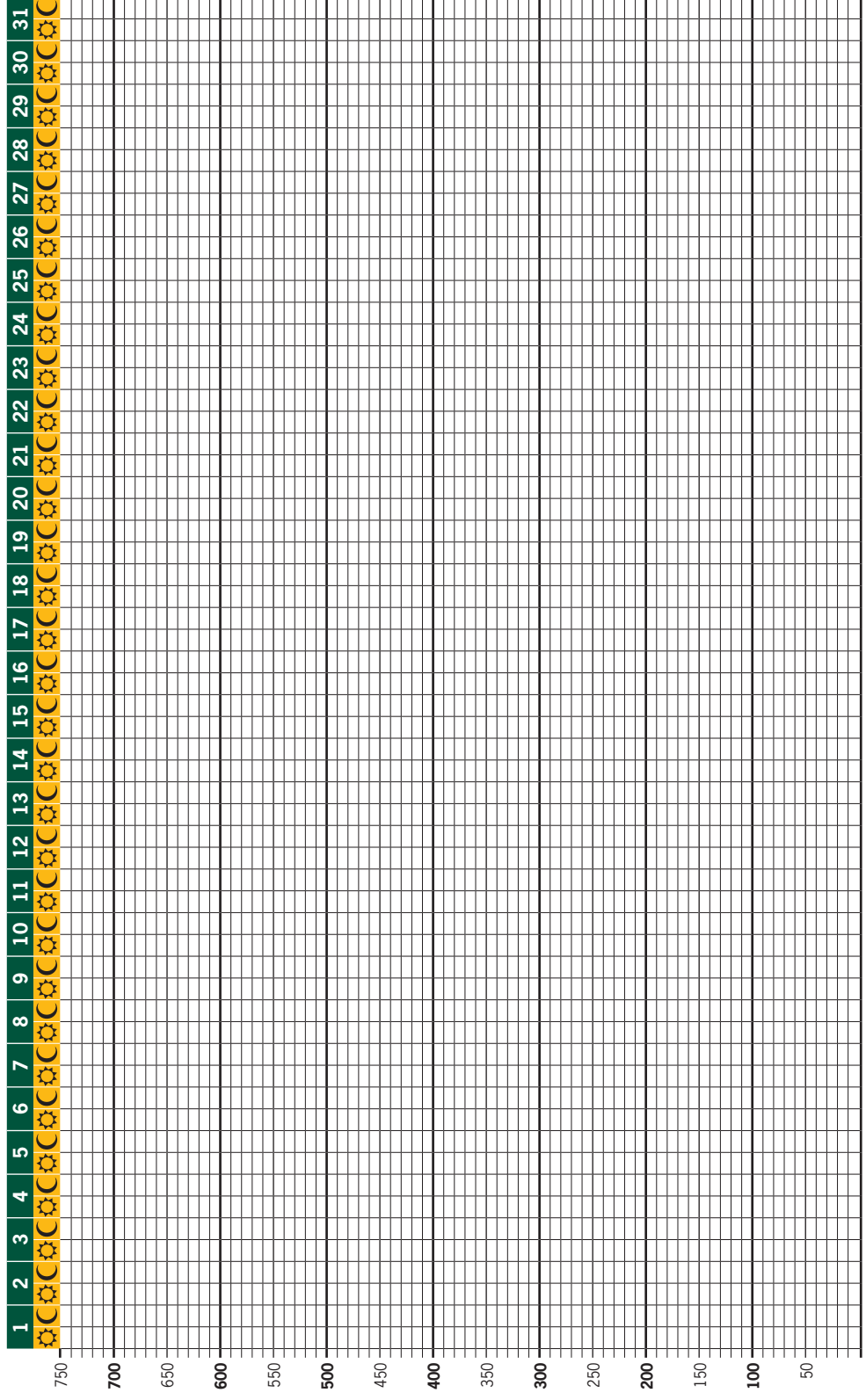
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

mes 11

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A																																
B																																
C																																
D																																

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

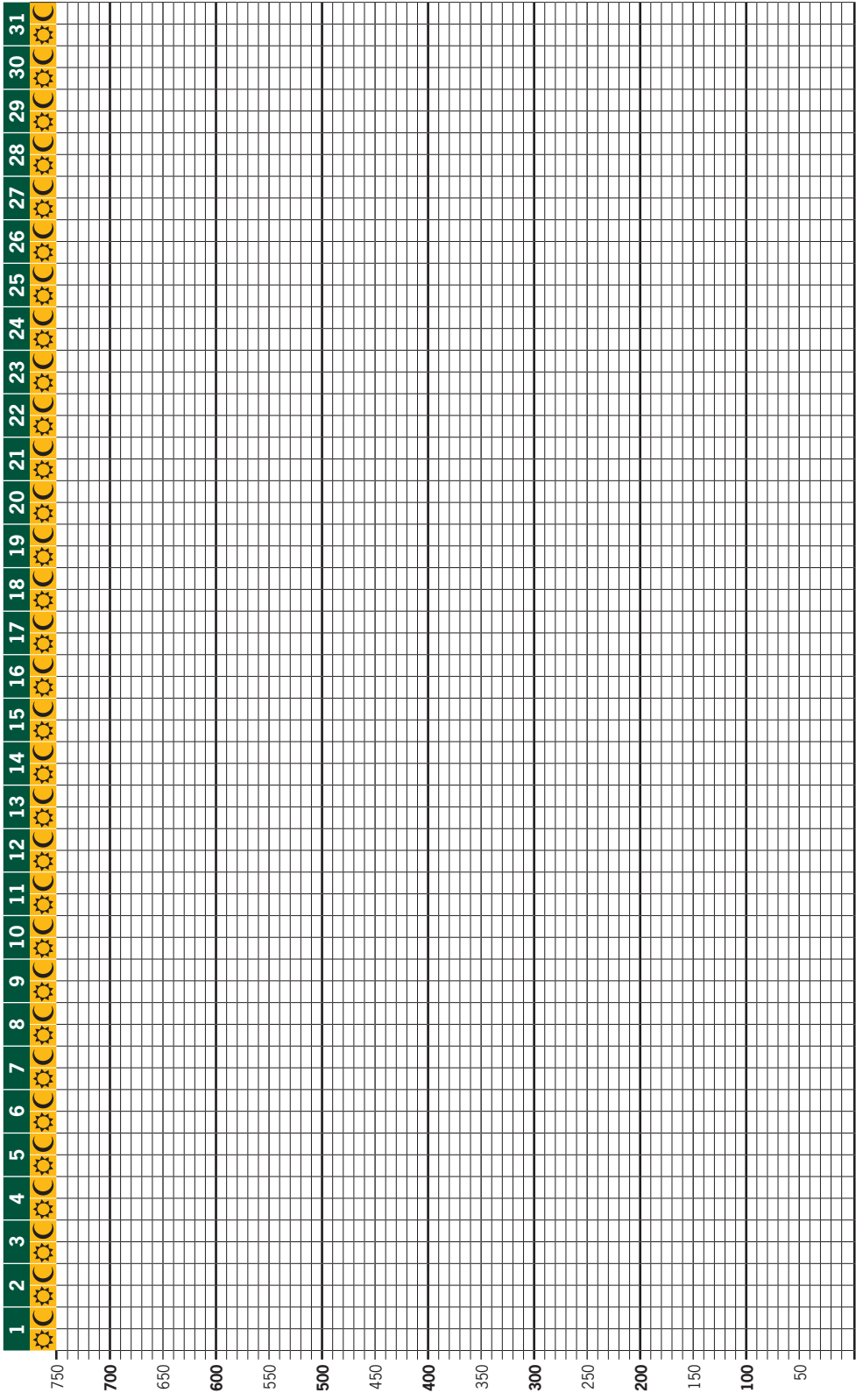
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

mes 12

Registro de Peak Flow

valor teórico _____

mejor marca personal _____



Referencias del Peak Flow

Síntomas

Anotar **L** si son leves o **S** si son severos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Tos																																	
Pitos y/o silbancias																																	
Dificultad al respirar																																	
Interrupción del sueño																																	

Medicación

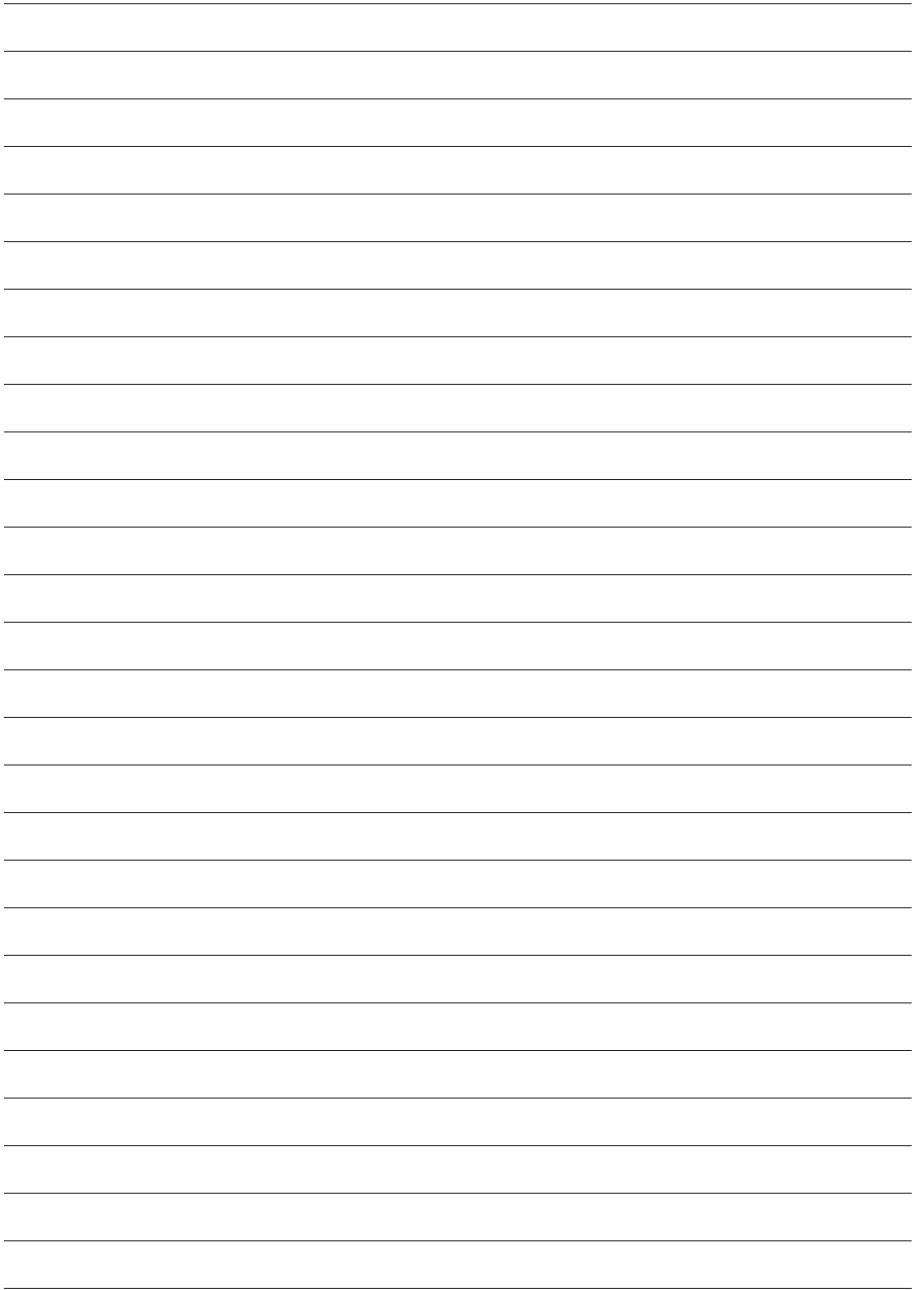
Marcar con una **X** la/s letra/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A																																
B																																
C																																
D																																

Cambios en la medicación

Marcar con una **X** el/los días y cambio/s correspondiente/s

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	





indicaciones para **asistencia urgente**

Signos que requieren asistencia médica de urgencia inmediata:

- **Cianosis (uñas o labios grises o azules)**
- **Dificultad para respirar, andar o hablar**
- **Retracciones en cuello, pecho o costillas**
- **Aleteo nasal**
- **Fracaso de los medicamentos para controlar el empeoramiento de los síntomas**
- **PF (Peak flow) por debajo del 50% del nivel teórico o mejor marca personal, o bien disminuyendo continuamente después de cada tratamiento**

agenda

mi persona **amiga en el asma**

nombre _____

teléfono _____

dirección _____

mi **médico**

nombre _____

teléfono _____

dirección _____

urgencias

nombre _____

teléfono _____

dirección _____

ambulancia

teléfono _____

Autores de la primera edición:
Amparo Mancebo Izco y Pilar Urcelay Gentil

EDICIÓN ACTUALIZADA

Comisión técnica asesora:
**Comisión Asesora del Programa Regional de Prevención
y Control del Asma de la Comunidad de Madrid**

Coordinación:
María Rubio Sotés
Servicio de Alergia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

José M^o Ordóñez Iriarte
Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud. Dirección General de Ordenación e Inspección

Coordinación de diseño y edición:
María Antonia Lozano

Edita:
Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria

Diseño y diagramación **www.andreatomasov.com**

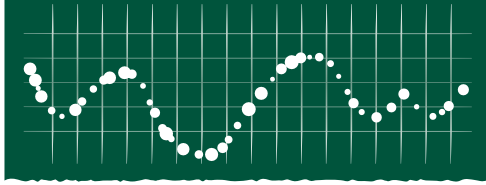
Impresión: **Gráficas Longares**

Tirada: 10.000 ejemplares

Madrid, abril 2011

Depósito legal:

mi **diario** para el **asma**



programa regional de
prevención y control del **asma**
de la comunidad de madrid



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**

editado por



Trabajando juntos por un mundo más sano