

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Gravedad del asma: <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente leve <input type="checkbox"/> Persistente moderado <input type="checkbox"/> Persistente grave	Alergias: <input type="checkbox"/> Ácaros <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Polen Otro: _____	Otros agentes desencadenantes: <input type="checkbox"/> Los virus <input type="checkbox"/> El clima <input type="checkbox"/> El ejercicio <input type="checkbox"/> El humo Otro: _____	<input type="checkbox"/> Evite la(s) cosa(s) que desencadena(n) el asma <input type="checkbox"/> No permita que nadie fume en la casa ni en el auto <input type="checkbox"/> Se ha revisado la técnica de usar el inhalador <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe en el otoño
	<input type="checkbox"/> Alergias a alimentos: <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos:		

Zona Verde: Me siento bien		Tome los MEDICAMENTOS PREVENTIVOS todos los días para controlar el asma – esto podría incluir los medicamentos antialérgicos:		
➤ Puedo trabajar y jugar ➤ Puedo dormir por la noche ➤ No tengo tos ni me silban Capacidad pulmonar máxima entre _____ y _____ (del 80 al 100% de mi Marca Personal)	Medicamento	Dosis		Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Asmanex (mometasona)	<input type="checkbox"/> 110 mcg	<input type="checkbox"/> 220 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
	<input type="checkbox"/> Flovent (fluticasona)	<input type="checkbox"/> 44 mcg	<input type="checkbox"/> 110 mcg <input type="checkbox"/> 220 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
	<input type="checkbox"/> Pulmicort Repsules (budesonida)	<input type="checkbox"/> 0.25 mg	<input type="checkbox"/> 0.5 mg <input type="checkbox"/> 1 mg	____ vez/veces al día
	<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler (budesonida)	<input type="checkbox"/> 90 mcg	<input type="checkbox"/> 180 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
	<input type="checkbox"/> QVAR (beclometasona)	<input type="checkbox"/> 40 mcg	<input type="checkbox"/> 80 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
	<input type="checkbox"/> Advair Diskus (fluticasona/salmeterol)	<input type="checkbox"/> 100/50	<input type="checkbox"/> 250/50 <input type="checkbox"/> 500/50	una inhalación 2 veces al día
	<input type="checkbox"/> Advair HFA (fluticasona/salmeterol)	<input type="checkbox"/> 45/21	<input type="checkbox"/> 115/21 <input type="checkbox"/> 230/21	2 inhalaciones 2 veces al día
	<input type="checkbox"/> Symbicort (budesonida/formoterol)	<input type="checkbox"/> 80/4.5	<input type="checkbox"/> 160/4.5	2 inhalaciones 2 veces al día
	<input type="checkbox"/> Singular (montelukast)	<input type="checkbox"/> 4 mg	<input type="checkbox"/> 5 mg <input type="checkbox"/> 10 mg	una vez al día
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Xopenex (levalbuterol) 2 inhalaciones 10 a 20 minutos antes de hacer ejercicio o exponerse a los agentes desencadenantes Órdenes adicionales:				

Zona amarilla: No me siento bien		Continúe usando los MEDICAMENTOS PREVENTIVOS indicados en la Zona Verde. Además, tome los siguientes MEDICAMENTOS DE ALIVIO SINTOMÁTICO para evitar que el asma se empeore.		
➤ Tengo los primeros síntomas de un resfriado ➤ Durante la noche, me despierto tosiendo ➤ Me silban los pulmones, siento opresión en el pecho o tengo dificultad para respirar Capacidad pulmonar máxima entre _____ y _____ (del 50 al 79% de mi Marca Personal)	Medicamento	Dosis		Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Albuterol (nebulizador)	<input type="checkbox"/> 2.5 mg en 3 ml de salina normal (premezclado)		Cada 4 horas
	<input type="checkbox"/> Albuterol (inhalador)	<input type="checkbox"/> 2 inhalaciones		Cada 4 horas
	<input type="checkbox"/> Xopenex (nebulizador)	<input type="checkbox"/> 0.31 mg	<input type="checkbox"/> 0.63 mg <input type="checkbox"/> 1.25 mg	Cada 4 horas
	<input type="checkbox"/> Xopenex (inhalador)	<input type="checkbox"/> 2 inhalaciones		Cada 4 horas
Órdenes adicionales:				

Llame o consulte al médico si los síntomas/la capacidad pulmonar máxima no se mejoran en las primeras 48 horas de encontrarse en la Zona Amarilla, o si el efecto de los medicamentos de alivio sintomático no dura al menos 4 horas.

Zona Roja: Me siento muy mal		Tome estos medicamentos AHORA MISMO y llame al médico. SIGA USANDO LOS MEDICAMENTOS indicados en las ZONAS VERDE Y AMARILLA .		
➤ Me voy empeorando y los medicamentos no ayudan ➤ Estoy respirando fuerte y rápidamente ➤ No paro de toser Capacidad pulmonar máxima menor de _____ (menos del 50% de mi Marca Personal)	Medication	Dose		How often
	<input type="checkbox"/> Prednisona	_____ mg		____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días
	<input type="checkbox"/> Prednisolona (líquido)	<input type="checkbox"/> 5 mg/5ml	<input type="checkbox"/> 15 mg/5ml	____ ml ____ vez/veces al día por 5 días
	<input type="checkbox"/> Orapred (tabletas desintegrativas)	<input type="checkbox"/> 10 mg	<input type="checkbox"/> 15 mg <input type="checkbox"/> 30 mg	____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días
	Incremente la frecuencia arriba indicada del <input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Xopenex para que sea cada ____ hora(s)			
Órdenes adicionales:				

Si no se mejora la respiración y no puede ponerse en contacto inmediato con su clínica, acuda al Servicio de emergencias.

Llame al 911 si:

- no puede hablar en frases completas
- las uñas o labios se ponen morados o grisáceos
- tiene sensación de ahogo (le falta aire)
- se preocupa de cómo va a sobrevivir los próximos 30 minutos

Regrese a la clínica en : _____ días _____ semanas _____ meses _____ año

Este formulario sirve como consentimiento para que la escuela/la guardería del niño administre los medicamentos arriba indicados que hayan sido entregados por los padres/tutores legales. También sirve de permiso para que el niño lleve personalmente el inhalador, siempre y cuando el médico haya evaluado su habilidad de usarlo correctamente y el enfermero escolar lo haya aprobado.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Firma del profesional médico

Fecha

Número de teléfono de la Clínica



An affiliate of Children's Hospitals and Clinics of Minnesota

www.clinics4kids.org

Usted puede controlar su asma

Evite las cosas que le provocan el asma y haga un plan de tratamiento.

Quando tiene síntomas de asma, sus vías respiratorias están:

- Hinchadas
- Llenas de flemas (mucosidad)
- Más estrechas debido a los músculos tensos

Symptoms:

- Tos, a menudo peor por la noche
- Silbante (silbidos o pitos al respirar)
- Congestión en el pecho
- Dificultades respirando
- Problemas con actividades físicas

Plan de acción

Siga las instrucciones de su plan de acción, basándose en sus síntomas y el medidor de flujo máximo

Medicinas:

- Tome las medicinas preventivas cada día aunque se sienta bien.
- Tome la medicina de rescate (albuterol) cuando tenga síntomas.

Medio ambiente

- Conozca los agentes que le provocan los ataques de asma
- Reduzca estos agentes en la casa
- Cree un medio ambiente sin humo

Metas del tratamiento del asma:

- No tener tos ni silbidos al respirar
- Mantener la actividad
- Dormir toda la noche
- Haga citas de seguimiento para el asma a intervalos regulares de tiempo