

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Gravedad del asma: ☐ Intermitente ☐ Persistente leve ☐ Persistente moderada ☐ Persistente grave	Alergias: ☐ Ácaros ☐ Animales ☐ Moho ☐ Polen Otro: _____	Otros agentes desencadenantes: ☐ Los virus ☐ El clima ☐ El ejercicio ☐ El humo Otro: _____	☐ Evite la(s) cosa(s) que desencadena(n) el asma. ☐ No permita que nadie fume en la casa ni en el auto. ☐ Se ha revisado la técnica de usar el inhalador. ☐ Vacuna contra la gripe en el otoño.																																						
	☐ Alergias a alimentos: ☐ Alergias a medicamentos:																																								
	Zona Verde: Me siento bien > Puedo trabajar y jugar. > Puedo dormir por la noche. > No tengo tos ni me silban los pulmones. Capacidad pulmonar máxima entre _____ y _____ (del 80 al 100% de mi Marca personal).																																								
	Tome los <u>MEDICAMENTOS PREVENTIVOS</u> todos los días para controlar el asma – esto podría incluir los medicamentos antialérgicos: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Dosis</th> <th>Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Asmanex (mometasona)</td> <td>☐ 110 mcg ☐ 220 mcg</td> <td>____ inhalación(es) ____ vez/veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Flovent (fluticasona)</td> <td>☐ 44 mcg ☐ 110 mcg ☐ 220 mcg</td> <td>____ inhalación(es) ____ vez/veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Pulmicort Respules (budesonida)</td> <td>☐ 0.25 mg ☐ 0.5 mg ☐ 1 mg</td> <td>____ vez/veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Pulmicort Flexhaler (budesonida)</td> <td>☐ 90 mcg ☐ 180 mcg</td> <td>____ inhalación(es) ____ vez/veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ QVAR (beclomethasona)</td> <td>☐ 40 mcg ☐ 80 mcg</td> <td>____ inhalación(es) ____ vez/veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Advair Diskus (fluticasona/salmeterol)</td> <td>☐ 100/50 ☐ 250/50 ☐ 500/50</td> <td>una inhalación 2 veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Advair HFA (fluticasona/salmeterol)</td> <td>☐ 45/21 ☐ 115/21 ☐ 230/21</td> <td>2 inhalaciones 2 veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Dulera (mometasona/formoterol)</td> <td>☐ 100 mcg ☐ 200 mcg</td> <td>2 inhalaciones 2 veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Symbicort (budesonida/formoterol)</td> <td>☐ 80/4.5 ☐ 160/4.5</td> <td>2 inhalaciones 2 veces al día</td> </tr> <tr> <td>☐ Singulair (montelukast)</td> <td>☐ 4 mg ☐ 5 mg ☐ 10 mg</td> <td>una vez al día</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> ☐ Albuterol ☐ Xopenex (levalbuterol) 2 inhalaciones 10 a 20 minutos antes de hacer ejercicio o exponerse a los agentes desencadenantes. </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Órdenes adicionales: _____ </td> </tr> </tbody></table>			Medicamento	Dosis	Frecuencia	☐ Asmanex (mometasona)	☐ 110 mcg ☐ 220 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día	☐ Flovent (fluticasona)	☐ 44 mcg ☐ 110 mcg ☐ 220 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día	☐ Pulmicort Respules (budesonida)	☐ 0.25 mg ☐ 0.5 mg ☐ 1 mg	____ vez/veces al día	☐ Pulmicort Flexhaler (budesonida)	☐ 90 mcg ☐ 180 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día	☐ QVAR (beclomethasona)	☐ 40 mcg ☐ 80 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día	☐ Advair Diskus (fluticasona/salmeterol)	☐ 100/50 ☐ 250/50 ☐ 500/50	una inhalación 2 veces al día	☐ Advair HFA (fluticasona/salmeterol)	☐ 45/21 ☐ 115/21 ☐ 230/21	2 inhalaciones 2 veces al día	☐ Dulera (mometasona/formoterol)	☐ 100 mcg ☐ 200 mcg	2 inhalaciones 2 veces al día	☐ Symbicort (budesonida/formoterol)	☐ 80/4.5 ☐ 160/4.5	2 inhalaciones 2 veces al día	☐ Singulair (montelukast)	☐ 4 mg ☐ 5 mg ☐ 10 mg	una vez al día	☐ Albuterol ☐ Xopenex (levalbuterol) 2 inhalaciones 10 a 20 minutos antes de hacer ejercicio o exponerse a los agentes desencadenantes.			Órdenes adicionales: _____	
Medicamento	Dosis	Frecuencia																																							
☐ Asmanex (mometasona)	☐ 110 mcg ☐ 220 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día																																							
☐ Flovent (fluticasona)	☐ 44 mcg ☐ 110 mcg ☐ 220 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día																																							
☐ Pulmicort Respules (budesonida)	☐ 0.25 mg ☐ 0.5 mg ☐ 1 mg	____ vez/veces al día																																							
☐ Pulmicort Flexhaler (budesonida)	☐ 90 mcg ☐ 180 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día																																							
☐ QVAR (beclomethasona)	☐ 40 mcg ☐ 80 mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día																																							
☐ Advair Diskus (fluticasona/salmeterol)	☐ 100/50 ☐ 250/50 ☐ 500/50	una inhalación 2 veces al día																																							
☐ Advair HFA (fluticasona/salmeterol)	☐ 45/21 ☐ 115/21 ☐ 230/21	2 inhalaciones 2 veces al día																																							
☐ Dulera (mometasona/formoterol)	☐ 100 mcg ☐ 200 mcg	2 inhalaciones 2 veces al día																																							
☐ Symbicort (budesonida/formoterol)	☐ 80/4.5 ☐ 160/4.5	2 inhalaciones 2 veces al día																																							
☐ Singulair (montelukast)	☐ 4 mg ☐ 5 mg ☐ 10 mg	una vez al día																																							
☐ Albuterol ☐ 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 > Tengo los primeros síntomas de un resfriado. > Durante la noche, me despierto tosiendo. > Me silban los pulmones, siento presión en el pecho o tengo dificultad para respirar. Capacidad pulmonar máxima entre _____ y _____ (del 50 al 79% de mi Marca personal).	Continúe usando los <u>MEDICAMENTOS PREVENTIVOS</u> indicados en la Zona Verde. Además, tome los siguientes <u>MEDICAMENTOS DE ALIVIO SINTOMÁTICO</u> para evitar que el asma se empeore. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Dosis</th> <th>Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Albuterol (nebulizador)</td> <td>☐ 2.5 mg en 3 ml de salina normal (premezclado)</td> <td>Cada 4 horas</td> </tr> <tr> <td>☐ Albuterol (inhalador)</td> <td>☐ 2 inhalaciones</td> <td>Cada 4 horas</td> </tr> <tr> <td>☐ Xopenex (nebulizador)</td> <td>☐ 0.31 mg ☐ 0.63 mg ☐ 1.25 mg</td> <td>Cada 4 horas</td> </tr> <tr> <td>☐ Xopenex (inhalador)</td> <td>☐ 2 inhalaciones</td> <td>Cada 4 horas</td> </tr> </tbody> </table> Órdenes adicionales: _____			Medicamento	Dosis	Frecuencia	☐ Albuterol (nebulizador)	☐ 2.5 mg en 3 ml de salina normal (premezclado)	Cada 4 horas	☐ Albuterol (inhalador)	☐ 2 inhalaciones	Cada 4 horas	☐ Xopenex (nebulizador)	☐ 0.31 mg ☐ 0.63 mg ☐ 1.25 mg	Cada 4 horas	☐ Xopenex (inhalador)	☐ 2 inhalaciones	Cada 4 horas																							
Medicamento	Dosis	Frecuencia																																							
☐ Albuterol (nebulizador)	☐ 2.5 mg en 3 ml de salina normal (premezclado)	Cada 4 horas																																							
☐ Albuterol (inhalador)	☐ 2 inhalaciones	Cada 4 horas																																							
☐ Xopenex (nebulizador)	☐ 0.31 mg ☐ 0.63 mg ☐ 1.25 mg	Cada 4 horas																																							
☐ Xopenex (inhalador)	☐ 2 inhalaciones	Cada 4 horas																																							
Llame o consulte al médico si los síntomas o 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 > Me voy empeorando y los medicamentos no ayudan. > Respiro fuerte y rápidamente. > No paro de toser. Capacidad pulmonar máxima menor de _____ (menos del 50% de mi Marca personal).	Tome estos medicamentos AHORA MISMO y llame al médico. SIGA USANDO LOS MEDICAMENTOS indicados en las ZONAS VERDE Y AMARILLA. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Dosis</th> <th>Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Prednisona</td> <td>_____ mg</td> <td>____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días</td> </tr> <tr> <td>☐ Prednisolona (líquido)</td> <td>☐ 5 mg/5ml ☐ 15 mg/5ml</td> <td>____ ml ____ vez/veces al día por 5 días</td> </tr> <tr> <td>☐ Orapred (tabletas desintegrativas)</td> <td>☐ 10 mg ☐ 15 mg ☐ 30 mg</td> <td>____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Incremente la frecuencia arriba indicada del ☐ Albuterol ☐ Xopenex para que sea cada _____ hora(s) </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Órdenes adicionales: _____ </td> </tr> </tbody> </table>			Medicamento	Dosis	Frecuencia	☐ Prednisona	_____ mg	____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días	☐ Prednisolona (líquido)	☐ 5 mg/5ml ☐ 15 mg/5ml	____ ml ____ vez/veces al día por 5 días	☐ Orapred (tabletas desintegrativas)	☐ 10 mg ☐ 15 mg ☐ 30 mg	____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días	Incremente la frecuencia arriba indicada del ☐ Albuterol ☐ Xopenex para que sea cada _____ hora(s)			Órdenes adicionales: _____																						
Medicamento	Dosis	Frecuencia																																							
☐ Prednisona	_____ mg	____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días																																							
☐ Prednisolona (líquido)	☐ 5 mg/5ml ☐ 15 mg/5ml	____ ml ____ vez/veces al día por 5 días																																							
☐ Orapred (tabletas desintegrativas)	☐ 10 mg ☐ 15 mg ☐ 30 mg	____ tableta(s) ____ vez/veces al día por 5 días																																							
Incremente la frecuencia arriba indicada del ☐ Albuterol ☐ 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: <table border="0"> <tr> <td>☐ No puede hablar en frases completas.</td> <td>☐ Las uñas o los labios se ponen morados o grisáceos.</td> </tr> <tr> <td>☐ Tiene sensación de ahogo (le falta aire).</td> <td>☐ Se preocupa de cómo va a sobrevivir los próximos 30 minutos.</td> </tr> </table>				☐ No puede hablar en frases completas.	☐ Las uñas o los labios se ponen morados o grisáceos.	☐ Tiene sensación de ahogo (le falta aire).	☐ Se preocupa de cómo va a sobrevivir los próximos 30 minutos.																																		
☐ No puede hablar en frases completas.	☐ Las uñas o los 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 un inhalador, siempre y cuando el médico haya evaluado su habilidad de usarlo correctamente y el enfermero escolar lo haya aprobado. Se repasó el plan de acción con el paciente y/o uno de sus padres, entregándoles también una copia.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Firma del profesional médico

Fecha

Teléfono de la Clínica



Afiliada de 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

***Cuando tiene
síntomas de
asma, sus vías
respiratorias
están:***

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

Síntomas

- Tos, a menudo peor por la noche
- Silbante (silbidos o pitos al respirar)
- Congestión en el pecho
- Dificultades al respirar
- 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.
- Mantenga un medio ambiente sin humo.

***Metas del
tratamiento
del asma:***

- No tener tos ni silbidos al respirar.
- Mantener la actividad.
- Dormir toda la noche.
- Programar citas de seguimiento a intervalos regulares de tiempo.