

Guía rápida para completar el Plan de Acción de Asma

Aspectos generales del plan de acción:

- Debe ser completado por un médico o especialista (alergista, neumólogo, generalista, médico de familia internista, otros relacionados) que conozcan el asma del niño.
- El documento debe ser actualizado cada 6 meses.
- Debe ser completado en todas sus partes y de forma legible.

1

Complete la información requerida en su totalidad o, por lo menos, hasta el número del proveedor.

2

Si el paciente tiene "peak flow" o cualifica para tenerlo, escriba los valores personales o estimados por cada zona.

3

Escriba los medicamentos de control o mantenimiento que han sido recetados para prevenir un episodio de asma en cada zona, incluyendo los que podrían ayudar en la zona roja.

- **Zona verde:** los que utilizaría cuando no presenta síntomas.
- **Zona Roja:** los que utilizaría tan pronto comienzen los síntomas.
- **Zona Roja:** los que utilizaría si empeoran los síntomas.

*Ver ejemplo

4

Si los conoce, anote los factores desencadenantes de la persona (Ej. Alimentos, mascotas, cucarachas, ácaros del polvo etc.).

Plan de acción para el asma

Colabore con su proveedor de atención médica para completar este Plan de acción para el asma. Puede ayudarle a saber qué hacer cada día para controlar mejor su asma.

- Cada día, encuentre su zona de acuerdo con sus síntomas de asma y la lectura del flujo espiratorio máximo (si utiliza un medidor de flujo espiratorio máximo).
- Luego, siga las instrucciones para los medicamentos de acuerdo con su zona a continuación, según las indicaciones de su proveedor.
- Utilice el medidor de flujo espiratorio máximo con la frecuencia que le haya indicado su proveedor.

¿Cómo están mis síntomas hoy?

Zona verde: adelante	Zona amarilla: precaución	Zona roja: peligro
<p>La respiración es buena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin tos, sibilancia, falta de aliento ni opresión en el pecho • Duermo toda la noche • Puedo hacer mis actividades habituales (trabajo, diversión) • Generalmente, no necesito el medicamento inhalador de rescate 	<p>Mis síntomas están empeorando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos, sibilancia, falta de aliento u opresión en el pecho • Me despierto por la noche debido a los síntomas del asma • Puedo hacer algunas, pero no todas, las actividades habituales • Utilizo con más frecuencia el medicamento inhalador de rescate 	<p>Tengo síntomas graves</p> <p>¡LLAME A SU PROVEEDOR AHORA!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de aliento grave, se ven las costillas • El medicamento inhalador de rescate no ayuda • No puedo hacer las actividades habituales • O los síntomas han permanecido en la zona amarilla por 24 horas o más
<p>El flujo espiratorio máximo es: _____</p> <p>TOME: medicamentos preventivos diarios para el asma</p> <p>Medicamento: Flovent FHA 110 mcg</p> <p>Cuánto: 2 puff</p> <p>Cuándo: 2 veces al día</p>	<p>El flujo espiratorio máximo es: _____</p> <p>Continúe con el medicamento de la zona verde y AGREGUE:</p> <p>Medicamento: Ventolin 90 mcg</p> <p>Cuánto: 2 puff (inhalaciones)</p> <p>Cuándo: Cada 4-6 horas cuando sea necesario</p>	<p>El flujo espiratorio máximo es: _____</p> <p>AGREGUE el medicamento de la zona roja.</p> <p>Medicamento: Albuterol 2.5 mg</p> <p>Cuánto: 1 vial</p> <p>Cuándo: Cada 15 mins. 3 veces</p>
<p>Medicamento: _____</p> <p>Cuánto: _____</p> <p>Cuándo: _____</p>	<p>Medicamento: _____</p> <p>Cuánto: _____</p> <p>Cuándo: _____</p>	<p>Medicamento: _____</p> <p>Cuánto: _____</p> <p>Cuándo: _____</p>
<p>Medicamento: _____</p> <p>Cuánto: _____</p> <p>Cuándo: _____</p>	<p>Medicamento: _____</p> <p>Cuánto: _____</p> <p>Cuándo: _____</p>	<p>Medicamento: _____</p> <p>Cuánto: _____</p> <p>Cuándo: _____</p>
<p>Evitaré los factores desencadenantes o cosas que empeoran mis síntomas de asma, como por ejemplo: _____</p>		

Use su Plan de acción para el asma todos los días. Revise el plan con su proveedor de atención médica cada 3 o 6 meses. Infórmeles acerca del plan a sus familiares, amigos, maestros, entrenadores, vecinos y personas encargadas de cuidar los niños.

Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

Medicamento preventivo diario para el asma: _____

Medicamento inhalador de rescate: _____

Lectura antes de hacer ejercicio: _____

Flujo espiratorio máximo personal: _____

Puntaje de la Prueba de control del asma (Asthma Control Test™) o la Prueba de control del asma de la infancia: _____

PELIGRO

LLAME AL 911 o VAYA al hospital si:

- Tiene dificultad para caminar o hablar, o
- Los labios o las uñas están morados, o
- Tiene sensación de ahogo

Guía rápida para completar el Plan de Acción de Asma

Aspectos generales del plan de acción:

- Debe ser completado por un médico o especialista (alergista, neumólogo, generalista, internista, otros relacionados) que conozcan el asma del niño.
- El documento debe ser actualizado cada 6 meses.
- Debe ser completado en todas sus partes y de forma legible.

1

Plan de acción para el asma

Colabore con su proveedor de atención médica para completar este Plan de acción para el asma. Puede ayudarle a saber qué hacer cada día para controlar mejor su asma.

- Cada día, encuentre su zona de acuerdo con sus síntomas de asma y la lectura del flujo espiratorio máximo (si utiliza un medidor de flujo espiratorio máximo).
- Luego, siga las instrucciones para los medicamentos de acuerdo con su zona a continuación, según las indicaciones de su proveedor.
- Utilice el medidor de flujo espiratorio máximo con la frecuencia que le haya indicado su proveedor.

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono del proveedor: _____
 Medicamento preventivo diario para el asma: _____
 Medicamento inhalador de rescate: _____
 Lectura antes de hacer ejercicio: _____
 Flujo espiratorio máximo personal: _____
 Puntaje de la Prueba de control del asma (Asthma Control Test™) o la Prueba de control del asma de la infancia*: _____

Complete la información requerida en su totalidad o, por lo menos, hasta el número del proveedor.

2

¿Cómo están mis síntomas hoy?

*Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.
 *La Prueba de control del asma de la infancia fue elaborada por GlaxoSmithKline.

Zona verde: adelante	Zona amarilla: precaución	Zona roja: peligro
<p>La respiración es buena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin tos, sibilancia, falta de aliento ni opresión en el pecho • Duermo toda la noche • Puedo hacer mis actividades habituales (trabajo, diversión) • Generalmente, no necesito el medicamento inhalador de rescate 	<p>Mis síntomas están empeorando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos, sibilancia, falta de aliento u opresión en el pecho • Me despierto por la noche debido a los síntomas del asma • Puedo hacer algunas, pero no todas, las actividades habituales • Utilizo con más frecuencia el medicamento inhalador de rescate 	<p>Tengo síntomas graves</p> <p>¡LLAME A SU PROVEEDOR AHORA!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de aliento grave, se ven las costillas • El medicamento inhalador de rescate no ayuda • No puedo hacer las actividades habituales • O los síntomas han permanecido en la zona amarilla por 24 horas o más <p>PELIGRO LLAME AL 911 o VAYA al hospital si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad para caminar o hablar, o • Los labios o las uñas están morados, o • Tiene sensación de pesadumbre
El flujo espiratorio máximo es: _____	El flujo espiratorio máximo es: _____	El flujo espiratorio máximo es: _____

Si el paciente tiene "peak flow" o cualifica para tenerlo, escriba los valores personales o estimados por cada zona.

3

Escriba los medicamentos de control o mantenimiento que han sido recetados para prevenir un episodio de asma en cada zona, incluyendo los que podrían ayudar en la zona roja.

TOME: medicamentos preventivos diarios para el asma	Continúe con el medicamento de la zona verde y AGREGUE:	AGREGUE el medicamento de la zona roja:
Medicamento: Flovent FHA 110 mcg Cuánto: 2 puff Cuándo: 2 veces al día	Medicamento: Ventolin 90 mcg Cuánto: 2 puff (inhalaciones) Cuándo: Cada 4-6 horas cuando sea necesario	Medicamento: Albuterol 2.5 mg Cuánto: 1 vial Cuándo: Cada 15 mins. 3 veces
Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____	Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____	Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____
Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____	Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____	Medicamento: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____

- **Zona verde:** los que utilizaría cuando no presenta síntomas.
 - **Zona Roja:** los que utilizaría tan pronto comiencen los síntomas.
 - **Zona Roja:** los que utilizaría si empeoran los síntomas.
- *Ver ejemplo**

4

Evitaré los factores desencadenantes o cosas que empeoran mis síntomas de asma, como por ejemplo: _____

Si los conoce, anote los factores desencadenantes de la persona (Ej. Alimentos, mascotas, cucarachas, etc.).

Use su Plan de acción para el asma todos los días. Revise el plan con su proveedor de atención médica cada 3 o 6 meses. Infórmeles acerca del plan a sus familiares, amigos, maestros, entrenadores, vecinos y personas encargadas de cuidar los niños.