

Plan de Acción del Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: mm / dd / aaaa	Fecha de vigencia: mm / dd / aaaa
Clasificación de gravedad: <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente leve <input type="checkbox"/> Persistente moderado <input type="checkbox"/> Persistente severo		
Mejor Marca personal del Peak Flow: _____ L/min <input type="checkbox"/> N/A *Todo niño debe utilizar su cámara espaciadora al usar un inhalador o pompa.		

ZONA VERDE: ESTÁ BAJO CONTROL

Respiras bien, sin tos ni sibilancias, puedes jugar, duermes bien durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: _____
(es más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento diario	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Advair® HFA	<input type="checkbox"/> 45mcg	<input type="checkbox"/> 115mcg <input type="checkbox"/> 230mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent®	<input type="checkbox"/> 44mcg	<input type="checkbox"/> 110mcg <input type="checkbox"/> 220mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus®	<input type="checkbox"/> 50mcg	<input type="checkbox"/> 100mcg <input type="checkbox"/> 250mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide)	<input type="checkbox"/> 0.25mg	<input type="checkbox"/> 0.5mg <input type="checkbox"/> 1.0mg _____ unidad(es) nebulizada(s) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler®	<input type="checkbox"/> 90mcg	<input type="checkbox"/> 180mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair (Montelukast)	<input type="checkbox"/> 4mg	<input type="checkbox"/> 5mg <input type="checkbox"/> 10mg1 pastilla en la noche
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

Antes de Actividad física: N/A
 Usa albuterol o levalbuterol _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

- PROVOCADORES:**
- *Ningún niño debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico
- Marque todos los factores que provocan el asma del paciente:**
- Catarro
 - Actividad física o Ejercicios
 - Alergias
 - Ácaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen
 - Hongos
 - Mascotas
 - Plagas (cucarachas)
 - Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
 - Temperaturas extremas- caliente o fría
 - Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
 - Emociones fuertes
 - Alimentos: _____
 - Otros: _____

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

Podrías tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias y/o pecho apretado, problemas para jugar y te despiertas durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: _____
(está entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

El niño(a) se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol). Continúe administrando el medicamento cada _____ horas.

Si el niño/a empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA: ¡CONSIGA AYUDA AHORA!

Podrías tener respiración rápida; no puedes parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

Flujo espiratorio máximo: _____
(es menos de 50% de la mejor marca personal)

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

VAYA A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 911 si no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

Aprende más sobre el plan de acción, el uso correcto del inhalador con cámara espaciadora, entre otras cosas.

Personal escolar: Siga las instrucciones de *Antes Actividad Física* en la *Zona Verde*, y las instrucciones de la *Zona Amarilla* y la *Zona Roja*.

Proveedor de atención médica:

Nombre: _____	Teléfono: () - -
Firma: _____	Fecha: mm / dd / yyyy

Solo para menores:

Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre 2020.

Este estudiante NO tiene la aprobación para automedicarse.

Padre/tutor:

No Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el plan de acción.

No Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre del padre/madre o encargado: _____	Teléfono: () - -
Firma: _____	Fecha: mm / dd / yyyy

*Este plan de acción tiene una vigencia de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.
REVISADO EN MAYO DE 2021