

# Plan de Acción del Asma

Llene en letra de molde.

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

## 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"/> 10mg .....1 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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.**

**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:**

<b>Nombre:</b>	<b>Teléfono:</b> ( ) - -
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b> mm / dd / yyyy
<b>NPI:</b>	

**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.

<b>Nombre del padre/madre o encargado:</b>	<b>Teléfono:</b> ( ) - -
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b> 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