DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Plan de Acción de Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Válido hasta: (MM/DD/YYYY)

Clasificación de gravedad:

☐ Intermitente ☐ Persistente moderado
☐ Persistente leve ☐ Persistente severo

Necesita cámara espaciadora con el inhalador:
☐ **Sí** ☐ **No**

Desencadenates: Marque todos los factores que provocan el asma del paciente.

☐ Infecciones respiratorias
☐ Actividad física o ejercicio
☐ Alergias
- ◯ Ácaros, polvo, peluches, alfombras
- ◯ Polen
- ◯ Hongos
- ◯ Animales
- ◯ Plagas (ej. cucarachas y ratones)

☐ Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
☐ Temperaturas extremas - caliente o frío
☐ Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
☐ Emociones fuertes
☐ Alimentos: _____
☐ Otros: _____

*Ningún menor debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico.

Padre, madre o tutor:

☐ No ☐ Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el Plan de Acción del Asma.

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

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Teléfono: (____) ____-____

*__Este plan de acción tiene vigencia máxima de un año.__ Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.

ZONA VERDE

ESTÁ BAJO CONTROL: Respira bien, sin tos ni silbilancias (pitillo), puede jugar, duerme bien durante la noche.

Medicamento diario		Concentración			Cuánto y cuándo usar
☐ Fluticasone Propionate HFA	☐ 44mcg	☐ 110mcg	☐ 220mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Fluticasone Propionate Diskus	☐ 50mcg	☐ 100mcg	☐ 250mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide)	☐ 0.25mg	☐ 0.5mg	☐ 1.0mg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ QVAR RediHaler®	☐ 40mcg	☐ 80mcg			____unidad(es) nebulizada(s) ____vez/veces al día
☐ Advair HFA®	☐ 45/21mcg	☐ 115/21mcg	☐ 230/21mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Wixella®	☐ 100/50mcg	☐ 250/50mcg	☐ 500/50mcg		____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Symbicort®	☐ 80/4.5 mcg	☐ 160/4.5mcg			____inhalación(es) ____ vez/veces al día
☐ Otros: _____					

Antes de Actividad Física o ejercicio:
☐ Albuterol o levalbuterol: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.
☐ Symbicort: _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.



ZONA AMARILLA

PRECAUCIÓN: Podría tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, y/o pecho apretado, problemas para jugar y despierta durante la noche.

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

Se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol).
Continúe administrando el medicamento cada ____horas.

Si el(la) menor empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.



ZONA ROJA

¡BUSCA AYUDA AHORA! Podría tener respiración rápida; no parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento

☐ Albuterol 90mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Albuterol 1.25mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Albuterol 2.5mg/3mL ____unidades nebulizadas inmediatamente
☐ Symbicort® ☐ 80/4.5mcg ☐ 160/4.5mcg ____inhalación(es) inmediatamente
☐ Otro: _____

VE A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 9-1-1 si el menor 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.



Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre: _____ Teléfono: (____) ____-____

Firma: _____ Fecha: (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____ NPI: _____

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 de 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre de 2020.

☐ Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

REV. 2026