

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® (Budesonida)	<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 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.



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:	NPI:	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. Sí:

☐ No ☐ 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