

Plan de Acción del Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	mm / dd / aaaaa	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	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 _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide 0.25mg)	<input type="checkbox"/> 0.25mg	<input type="checkbox"/> 0.5mg _____ inhalación(es) _____ 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 _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> 10mg 1 pastilla en la noche

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.



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

*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

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: _____