

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Este formulario caduca 1 año después de su presentación

Apellido, primer nombre, segundo nombre	Fecha de nacimiento	Fecha	 <p>¡VERDE significa siga! Utilice el medicamento de CONTROL a diario</p> <p>¡AMARILLO significa precaución! Añada el medicamento de RESCATE</p> <p>¡ROJO significa EMERGENCIA!</p> <p>Los inhaladores funcionan mejor con los espaciadores. Utilice siempre con mascarilla cuando se recete.</p>
Proveedor de servicios sanitarios	Teléfono del proveedor		
Contacto de emergencia	Teléfono de los padres	Escuela	
Contacto de emergencia adicional	Teléfono de contacto	Cuatro últimos dígitos del SSN	

<p>Identificación de los desencadenantes del asma (cosas que empeoran el asma): Marque con un círculo la opción que corresponda</p> <table border="0"> <tr> <td>Resfriados</td> <td>Humo (tabaco, incienso)</td> <td>Polen</td> </tr> <tr> <td>Animales</td> <td>Olores fuertes</td> <td>Moho/humedad</td> </tr> <tr> <td>Polvo</td> <td>Plagas (roedores, cucarachas)</td> <td>Estrés/emociones</td> </tr> <tr> <td>Reflujo gastroesofágico</td> <td>Ejercicio</td> <td>Estaciones: otoño, invierno, primavera, verano</td> </tr> </table> <p>Otros: _____</p>	Resfriados	Humo (tabaco, incienso)	Polen	Animales	Olores fuertes	Moho/humedad	Polvo	Plagas (roedores, cucarachas)	Estrés/emociones	Reflujo gastroesofágico	Ejercicio	Estaciones: otoño, invierno, primavera, verano	Fecha de la última cita médica: _____
Resfriados	Humo (tabaco, incienso)	Polen											
Animales	Olores fuertes	Moho/humedad											
Polvo	Plagas (roedores, cucarachas)	Estrés/emociones											
Reflujo gastroesofágico	Ejercicio	Estaciones: otoño, invierno, primavera, verano											

Zona verde: le hace bien, continúe con los medicamentos de control A DIARIO

<p>Presenta TODO lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respirar es fácil No hay tos ni sibilancias Puede trabajar y jugar Puede dormir toda la noche <p>Flujo máximo en esta zona: _____ a _____ (más del 80% de la marca personal)</p> <p>Mejor flujo máximo personal: _____</p>	<p>Enjuáguese siempre la boca después de utilizar el medicamento inhalado diario. Los inhaladores funcionan mejor con espaciadores</p>
	<ul style="list-style-type: none"> No se necesitan medicamentos de control. _____ inhalación(es) (mediante inhalador de dosis medida [MDI]) _____ veces al día Corticoesteroide inhalado o corticoesteroide inhalado/agonista beta de acción prolongada _____ tratamiento(s) con nebulizador _____ veces al día Corticosteroides inhalados _____, tome _____ por vía oral una vez al día al acostarse Antagonista de los leucotrienos Para el asma por ejercicio, AÑADA: _____ inhalación(es) (mediante MDI) 15 minutos antes del ejercicio Agonista beta inhalado de acción rápida Para la alergia nasal/ambiental, AÑADA: _____

Zona amarilla: ¡Precaución! - Continúe con los medicamentos de control y AÑADA medicamentos de RESCATE

<p>Cuando presenta CUALQUIERA de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Primer síntoma de resfriado Tos o sibilancias leves Opresión en el pecho Problemas para dormir, trabajar o jugar Exposición a un desencadenante conocido. <p>Flujo máximo en esta zona: _____ a _____ (50% a 80% de la marca personal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> _____ inhalación(es) mediante MDI con espaciador cada _____ horas según sea necesario Agonista beta inhalado de acción rápida O _____ tratamiento(s) con nebulizador cada _____ horas según sea necesario Agonista beta inhalado de acción rápida Otro _____ <p>***No deje al niño solo, y si el niño debería sentirse mejor a los 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, EN ESE CASO siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al proveedor de atención médica de inmediato****</p> <p>O bien, si se siente mejor, continúe con los tratamientos cada 4 a 6 horas según sea necesario durante 1 a 2 días.</p>
---	--

Zona roja: ¡EMERGENCIA! - ¡Continúe con los medicamentos de CONTROL y RESCATE y OBTENGA AYUDA!

<p>Cuando presenta CUALQUIERA de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> No puede hablar, comer o caminar bien El medicamento no ayuda Respira fuerte y rápido Labios y uñas azules Cansado o aletargado Las costillas son visibles <p>Flujo máximo en esta zona: _____ a _____ (menos del 50% de la marca personal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> _____ inhalación(es) mediante MDI con espaciador cada 15 minutos, durante TRES tratamientos Agonista beta inhalado de acción rápida O _____ tratamiento con nebulizador cada 15 minutos, durante TRES tratamientos Agonista beta inhalado de acción rápida Llame a su proveedor de atención médica mientras se administra el tratamiento. Otro _____ <p>SI NO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: ¡Llame al 911 para pedir una ambulancia o acuda directamente al servicio de urgencias!</p>
---	---

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Este formulario caduca al cabo de 1 año

Firma **OBLIGATORIA** del proveedor de atención médica:

_____ Fecha: _____

Firma **OBLIGATORIA** del/de la padre/madre/tutor:

_____ Fecha: _____

Seguimiento con el proveedor de atención primaria en 1 semana o: _____

CONSENTIMIENTO DE MEDICACIÓN EN LA ESCUELA Y ORDEN DEL PROVEEDOR PARA NIÑOS/JÓVENES:

Los posibles efectos secundarios de los medicamentos de rescate (por ejemplo, el albuterol) incluyen taquicardia, temblores y nerviosismo.

Iniciales del proveedor de atención médica:

Este estudiante no está autorizado a automedicarse.

Este estudiante está capacitado y tiene autorización para autoadministrarse los medicamentos mencionados anteriormente.

Como PADRE/MADRE/TUTOR:

Por la presente autorizo a un empleado de la escuela capacitado, si está disponible, a administrar el medicamento al estudiante.

Por la presente autorizo al estudiante a poseer y autoadministrarse medicamentos.

_____ Por la presente, reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones en virtud de la Ley 17-107 del DC, excepto en el caso de actos delictivos, actos ilícitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional.

Sello del proveedor de atención médica a continuación:

Enfoque progresivo para el control del asma en niños y adultos (de las directrices del Programa Nacional de Educación y Prevención del Asma [NAEPP] de 2007)

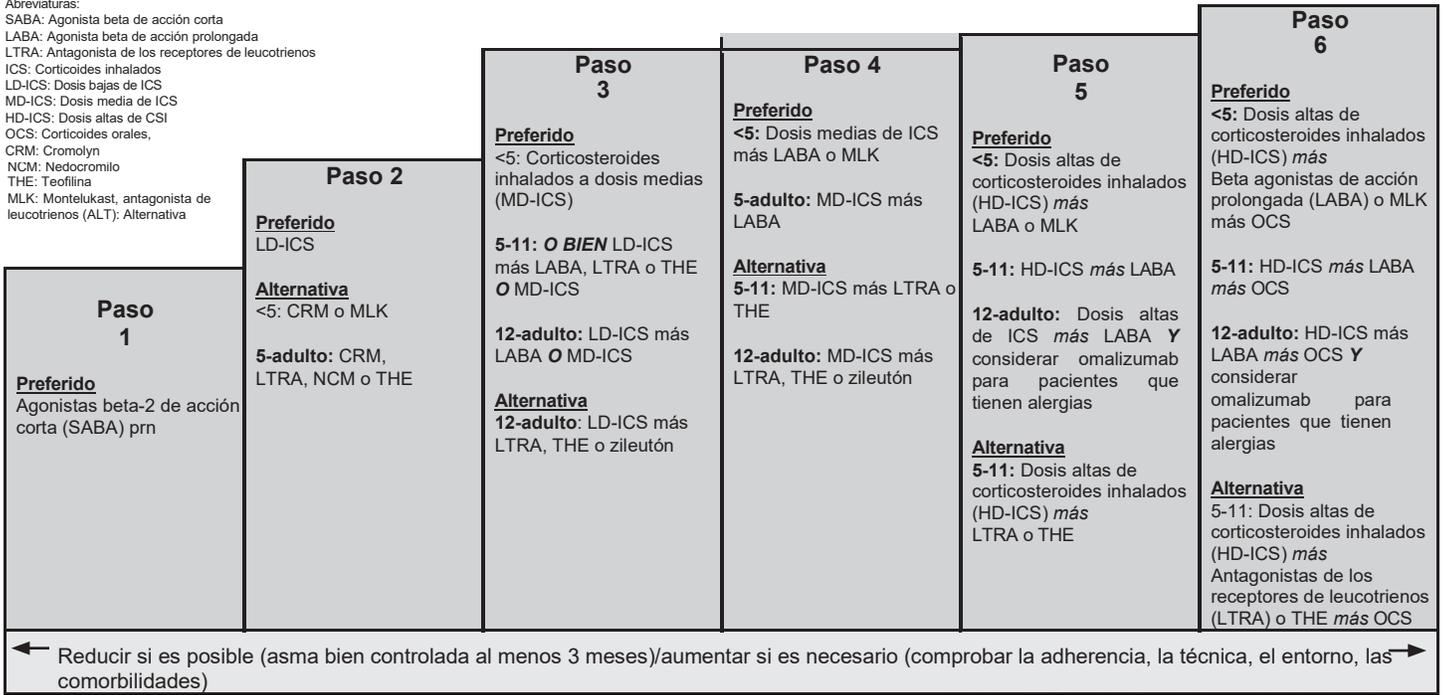
Los criterios se aplican a todas las edades, a menos que se indique lo contrario	IMPEDIMENTO					RIESGO		
	Síntomas diurnos 	Se despierta durante la noche 	Interferencias con la actividad normal	Uso de beta-agonistas de acción corta	Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) % previsto (n/a en edad <5)	Exacerbaciones que requieren corticoides sistémicos orales		
Clasificación de la GRAVEDAD del asma: PARA DETERMINAR EL INICIO DE LA TERAPIA DE CONTROL A LARGO PLAZO Considerar la gravedad y el intervalo desde la última exacerbación al evaluar el riesgo.								Paso
Persistente grave	Durante el día	>1 vez a la semana	A menudo 7 veces a la semana	Extremadamente limitado	Varios al día	<60%	<5: ≥2 en 6 meses O ≥4 episodios de sibilancias en 1 año de duración >1 día Y factores de riesgo de asma persistente	<5: Paso 3 5-11: Paso 3 Dosis media Opción ICS o Paso 4 12-adulto: Paso 4 o 5 <i>Todas las edades: Considere la posibilidad de corticosteroides orales (OCS) de corta duración</i>
Persistente moderado	A diario	3 a 4 veces al mes	>1 vez a la semana pero no por la noche	Algunas	A diario	60 a 80%		
Persistente leve	>2 días a la semana pero no a diario	1 a 2 veces al mes	3 a 4 veces al mes	Menor	>2 días a la semana pero no a diario	>80%	5-adulto: ≥2/año	P a s o 2
Intermitente	≤2 días a la semana	0	≤2 veces al mes	Ninguna	≤2 días a la semana	>80%	0 a 1 al año	P a s o 1

Clasificación del CONTROL del asma: PARA DETERMINAR LOS AJUSTES DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ACTUALES							Acción: En niños <5 años, considerar un diagnóstico alternativo o ajustar la terapia si no se observan beneficios en 4 a 6 semanas.
<12 años			12-adulto				
Muy mal controlada	Durante el día	≥2 veces a la semana	≥4 veces a la semana	Extremadamente limitado	Varias veces al día	<60%	<5: >3 al año 5-adulto: ≥2 al año
No está bien controlado	>2 días a la semana	≥2 veces al mes	1 a 3 veces a la semana	Algunas	>2 días a la semana	60 a 80%	<5: 2 a 3 al año 5-adulto: ≥2 al año
Bien controlado	≤2 días a la semana	≤1 vez al mes	≤2 veces al mes	Ninguna	≤2 días a la semana	>80%	0 a 1 al año

Dosis diarias de corticoides inhalados	Fluticasona			Budesónida			Beclometasona			Fluticasona/salmeterol	Budesonida/formoterol
	MDI (mcg)			Respules (mcg)			MDI (mcg)			DPI	MDI
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta		
<5 años	176	>176-352	>352	0.25-0.5	>0.5-1	>1	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
5-11 años	88-176	>176-352	>352	.5	1	2	80-160	>160-320	>320	100/50 mcg 1 inhalación dos	80 mcg/4.5 mcg 2 inhalaciones
12 años-	88-264	>264-440	>440	n/a	n/a	n/a	80-240	>240-480	>480	La dosis depende del	La dosis depende del

Abreviaturas:

SABA: Agonista beta de acción corta
 LABA: Agonista beta de acción prolongada
 LTRA: Antagonista de los receptores de leucotrienos
 ICS: Corticoides inhalados
 LD-ICS: Dosis bajas de ICS
 MD-ICS: Dosis media de ICS
 HD-ICS: Dosis altas de ICS
 OCS: Corticoides orales,
 CRM: Cromolyn
 NCM: Nedocromilo
 THE: Teofilina
 MLK: Montelukast, antagonista de leucotrienos (ALT): Alternativa



Adaptado del NAEPP. Consulte la información de prescripción de cada medicamento según sea necesario