

## PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

Nombre del estudiante	Escuela	FECHA DE NACIMIENTO / /	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO  <i>Colocar etiqueta del paciente aquí</i>
Proveedor de atención médica (en letra de molde)	Teléfono del proveedor		
Padre de familia/tutor	Teléfono del padre de familia		
<b>Diagnóstico de la severidad del asma</b>		<b>Factores desencadenantes del asma</b> (lo que hace que su asma empeore):	
<input type="checkbox"/> Intermítente <input type="checkbox"/> Persistente _____		<input checked="" type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> resfriados <input type="checkbox"/> ejercicio <input type="checkbox"/> animales <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> alimentos <input type="checkbox"/> clima <input type="checkbox"/> otros _____	

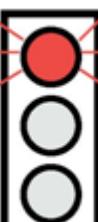
### Zona verde: ¡Adelante! Tome estos medicamentos de CONTROL (PREVENCIÓN) todos los días

	<p>Usted tiene TODO esto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La respiración es fácil</li> <li>• No hay tos o silbidos</li> <li>• Puede trabajar y jugar</li> <li>• Puede dormir toda la noche</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> No necesita medicinas de control.  <input type="checkbox"/> Continuar medicina: _____  <input type="checkbox"/> Nueva medicina: _____</p> <p><b>Para asma con ejercicio, AGREGAR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____, _____ dosis de inhalador con inhalocámara 15 minutos antes de hacer ejercicio</p> <p style="text-align: right;"><b>Siempre enjuague la boca después de usar su inhalador diariamente.</b></p>
---	---

### Zona amarilla: ¡Precaución! Continuar con las medicinas de CONTROL y AGREGAR medicina de RESCATE

	<p>Usted tiene ALGUNO de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos o silbidos leves</li> <li>• Opresión del pecho</li> <li>• Problemas para dormir, trabajar o jugar</li> </ul> <p>Tome su medicina de <b>control</b> todos los días y agregue esta <b>medicina de rescate</b> cuando tenga problemas respiratorios:</p> <p><input type="checkbox"/> Inhalador de Albuterol 90 mcg (Ventolin, Proventil, ProAir, Xopenex) 2 dosis de inhalador cada 4 horas <b>solo si es necesario</b>. Siempre use una inhalocámara, (algunos niños pueden necesitar una mascarilla).</p> <p><input type="checkbox"/> Nebulizador con Albuterol 2.5 mg/3 ml, o una dosis de Levalbuterol (Xopenex) 0.63 %/3 ml cada 4 horas <b>solo si es necesario</b>.</p> <p><b>Si el Albuterol no hace efecto dentro de una hora, administre otra dosis y LLAME AL MÉDICO.</b></p> <p><b>Si se utiliza Albuterol más de 4 veces en 24 horas, LLAME A SU MÉDICO.</b></p>
--	---

### Zona roja: ¡EMERGENCIA! Continúe con las medicinas de CONTROL y de RESCATE y ¡PIDA AYUDA!

	<p>Usted tiene ALGUNO de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucha dificultad para respirar</li> <li>• La medicina no lo está ayudando</li> <li>• Respira con dificultad y rápidamente</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Inhalador de Albuterol 90 mcg (Ventolin, Proventil, ProAir, Xopenex)  <b>4 dosis de inhalador cada 15 minutos por 3 veces. Utilice una inhalocámara.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nebulizador con Albuterol 2.5 mg/3 ml o 0.63 %/3 ml Levalbuterol (Xopenex)  <b>2 tratamientos de nebulización cada 15 minutos por 3 veces.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p style="text-align: center;"><b>LLAME A SU MÉDICO CUANDO SE ADMINISTRE TRATAMIENTOS CON ALBUTEROL SI NO PUEDE COMUNICARSE CON SU MÉDICO: ¡Llame al 911 para solicitar una ambulancia o acuda directamente al Departamento de Emergencias!</b></p>
---	--

#### SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS USADOS EN LA ESCUELA

**Autorización del proveedor de atención médica:** Solicito que se siga este plan como se indica. Este plan tiene una validez de 1 año escolar: 20\_\_\_\_-\_\_\_\_  
**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Permiso del padre o madre/tutor:** Doy mi consentimiento para que la enfermera escolar administre las medicinas incluidas en este plan o para que el personal escolar capacitado asista a mi hijo(a) a que las tome o se las administre después de una revisión de la enfermera escolar. Este plan se compartirá con el personal de la escuela que atiende a mi hijo (a).

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

#### PERMISO OPCIONAL PARA USO INDEPENDIENTE DE MEDICINAS

**Permiso del proveedor de atención médica para tener consigo y usar la medicina de manera independiente:** Doy fe de que este estudiante me ha demostrado que puede autoadministrarse esta medicina de rescate de una manera efectiva y puede llevar consigo y utilizar esta medicina de manera independiente en la escuela sin supervisión del personal de la escuela.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Permiso del padre o madre/tutor para tener consigo y usar la medicina de manera independiente (si lo ordena el proveedor anterior):** Estoy de acuerdo con que mi hijo(a) se autoadministre esta medicina de rescate de una manera efectiva y lleve consigo y utilice este medicamento de manera independiente en la escuela sin supervisión del personal de la escuela.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Seguimiento con el médico de atención primaria dentro de una semana o el (fecha): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## EDUCACIÓN SOBRE EL ASMA

### ¿Qué es el asma?

El asma es una enfermedad crónica o a largo plazo de las vías respiratorias bajas. Causa los siguientes cambios en los pulmones:

1. Hinchazón (o inflamación) en el revestimiento de las vías respiratorias.
2. Tensión (o estrechez) de los músculos alrededor de las vías respiratorias.
3. Aumento de la producción de mucosidad en las vías respiratorias.



### Cómo mantener los pulmones saludables y evitar ataques de asma

La buena noticia es que el asma puede ser **controlada** si se trata bien. Incluso puede estar inactiva por largos períodos de tiempo.

1. **NO FUME NI PERMITA QUE SU HIJO(A) ESTÉ EXPUESTO(A) A CUALQUIER TIPO DE HUMO DE SEGUNDA MANO, INCLUIDO EL HUMO DE CIGARRILLO Y MARIHUANA EN CUALQUIER HOGAR O AUTOMÓVIL.**
2. Evite los factores desencadenantes del asma de su hijo(a).
3. Todos los pacientes con asma deben de recibir una vacuna contra la gripe **cada año** debido a que tienen un mayor riesgo de enfermarse de gravedad si contraen la infección de la gripe.
4. Todos los pacientes con asma deben consultar a su médico por lo menos **dos veces al año**. Si su asma es más grave, su médico querrá verle que con más frecuencia. **Siempre traiga sus medicinas al consultorio del médico.**
5. Si su hijo(a) tiene alguno de estos síntomas, debe llamar al consultorio de su médico para programar una cita dentro de las próximas 2 semanas.
  - a. Respiración sibilante más de **2 veces por semana** en el último mes.
  - b. Se despierta durante la noche con respiración sibilante más de **2 veces en el último mes**.
  - c. Utiliza **Albuterol** o **Xopenex**, (medicina de rescate) más de **2 veces por semana** en el último mes.
  - d. Considera que el asma de su hijo(a) limita su actividad (no puede asistir a la escuela, jugar con amigos o practicar un deporte).
  - e. Considera que el asma de su hijo(a) no está bien controlada.
6. Cómo ayudar a mantener el asma de su hijo(a) bajo control:
  - a. **Si fuma, deje de fumar. La línea para dejar de fumar del Estado de Nueva York es 1-866-NYQUITS.**
  - b. **Continúen con la medicina de control hasta que su médico le indique que la deje.**
  - c. Discuta con el proveedor de atención primaria si su hijo(a) debe utilizar antes Albuterol antes de hacer ejercicio.
  - d. Mantenga los peluches fuera de la cama de su hijo(a).
  - e. Quite el polvo semanalmente. Si es posible, utilice una aspiradora con filtro HEPA o un paño de limpieza electrostático.
  - f. Lave las sábanas y frazadas una vez por semana en agua caliente.
  - g. Coloque el protector contra ácaros del polvo alrededor del colchón y almohada.
  - h. Si no tiene un gato o un perro, es mejor que no tenga uno.
  - i. Si ya tiene un gato o perro, evite que entren a la habitación de su hijo(a).
  - j. Evite la exposición a estufas a leña y chimeneas.
  - k. Cambie los filtros del horno cada 1 a 2 meses.