

Plan de acción para las crisis de asma

Luego de una visita por emergencia

Archivo _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la institución

Teléfono

Alergias _____

Peso _____ kg

Mi asma está bajo control

Si:

- He respondido **SÍ** a ninguna(0) de las preguntas del Cuestionario sobre el asma para niños (ver al dorso) Y
- Me siento bien

Mi asma no está bien controlado

Si:

- ♦ He respondido **SÍ** a 1 o más de las preguntas del Cuestionario sobre el asma para niños (ver al dorso) O
- ♦ Toso, tengo silbidos o dificultad al respirar O
- ♦ Estoy resfriado

Hoy mi asma no está bajo control

Para tratar las crisis de asma, el médico recomienda usar lo siguiente:

Medicamento de CONTROL _____ ug/puff _____ puff(s) _____ veces al día #: _____ R: _____
(para reducir la inflamación) (nombre) (color)
 hasta que visite nuevamente a mi médico O _____
(Duración del tratamiento)

Medicamento de ALIVIO _____ ug/puff _____ puff(s) SI FUESE NECESARIO
(para la dificultad al respirar) (nombre) (color)
cuando toso, tengo silbidos al respirar, o dificultar para respirar. #: _____ R: _____
SI TENGO QUE REPETIRLO dentro de 4 HORAS, ME COMUNICARÉ O VISITARÉ A UN MÉDICO.

Corticoesteroides orales: _____ veces al día #: _____ NR
(Para reducir la inflamación) (nombre) (potencia) (dosis)

OTROS medicamentos _____ #: _____ R: _____

Cámara espaciadora _____ #: _____ R: _____
(Ver los 3 consejos en el dorso)

Dr _____
Firma del médico Num. de licencia Nombre y apellido Fecha

Después de esta crisis de asma, el médico recomienda que dentro de las próximas 6 semanas:

- Ver a mi médico: _____ para recibir un NUEVO Plan de acción y así mantener mi asma controlado. (nombre del médico/nombre de la institución)
- Visitar a mi farmacéutico o educador de asma _____ para discutir 5 consejos para mantenerme bajo control (ver al dorso)

Tras el regreso a casa, si:

- mi tos, los silbidos al respirar, o mi respiración están empeorando; O
- mi medicamento de ALIVIO _____ me ayuda por menos de 4 horas; O
- no me siento bien dentro de _____ días.



¿Qué hacer? Es URGENTE:

Debo tomar mis medicamentos de alivio nuevamente _____ veces y comunicarme con mi médico o visitarlo inmediatamente.

Plan de Acción para las Crisis de Asma Luego de una Visita por Emergencia

Todas las personas con asma
pueden llevar una vida activa.

El asma es una enfermedad que afecta a los pulmones (bronquios) DIARIAMENTE, incluso entre una y otra crisis de asma. Puedo controlar el asma si me ocupo de esta enfermedad TODOS LOS DÍAS, incluso cuando me siento bien.

5 CONSEJOS PARA MANTENER EL ASMA CONTROLADO

1. Obtenga ayuda

Los **farmacéuticos** o los **educadores del asma** están para ayudar a entender el tratamiento del asma y el uso del Plan de acción. Para obtener más ayuda visite www.paasthma.org

2. Evite los desencadenantes del asma

- Evite fumar o estar en un hogar o en un auto donde alguien fume.
- Preste atención a lo que hace que su asma empeore y trate de evitarlo.
- Si está resfriado, consulte el Plan de acción, suéñese la nariz e irriéguela con agua salina si es necesario.

3. Tome sus medicamentos como se le recetó


- Revise y siga con su enfermera y su educador del asma las indicaciones de uso y limpieza de la cámara espaciadora que le otorgaron, de la misma forma en que usa sus inhaladores.
- **Los trucos** que usa para recordar el horario de sus medicamentos son: _____


4. Realice Cuestionario sobre el asma para niños* regularmente

*Extractos adaptados con el permiso de los autores y editor. Ducharme FM, Davis GM, Noya F, et al. The Asthma Quiz for Kidz: A validated tool to appreciate the level of asthma control in children. [Cuestionario del asma para niños: Una herramienta validada para comprender el nivel del control del asma en los niños]. Canadian Respiratory Journal 2004; 11(8):541-6.

1.	¿Has tenido tos, silbido en el pecho o dificultad para respirar 4 días o más durante los últimos 7 días?	SÍ	NO
2.	¿Te has despertado en la noche debido a la tos, a la respiración de silbido o porque respirabas con dificultad 1 vez o más durante los últimos 7 días?	SÍ	NO
3.	¿Has utilizado el inhalador azul 4 veces o más durante los últimos 7 días?	SÍ	NO
4.	¿ Durante los últimos 7 días, ¿has hecho menos ejercicio o practicado menos deportes porque te causaba tos, respiración de silbido o porque respirabas con dificultad?	SÍ	NO
5.	¿ Durante los últimos 7 días, ¿has faltado a la escuela o a tus actividades habituales debido a la tos, a la respiración de silbido o porque respirabas con dificultad?	SÍ	NO
6.	¿ Durante los últimos 7 días, ¿has ido con un doctor, a una Clínica o a un hospital sin cita debido a la tos, a la respiración de silbido o porque respirabas con dificultad?	SÍ	NO

¿Cuántas veces respondió sí? _____

Si es ninguna (0): su asma está bajo control. 

Si es 2 o más: su asma no está bien controlado. 

5. Visite regularmente a su médico

Su **médico** está para ayudarlo a lograr su objetivo.

- El médico quiere observar su estado y revisar el puntaje del cuestionario del asma.
- Junto a usted, abordará un **NUEVO** Plan de acción con indicaciones para cuando su asma esté controlado y para cuando no lo esté.
- Este **NUEVO** Plan de acción lo ayudará a:
 - mantener controlado su asma todos los días;
 - prevenir otra crisis de asma.