

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 mantener me 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.