

Plan para el Tratamiento del Asma Instrucciones para Padres y Pacientes



El Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey fue diseñado para ayudar a entender los pasos necesarios que cada paciente debe seguir para alcanzar el control de su asma.

1. Pacientes/Padres/Representantes: Complete la parte izquierda del comienzo del formulario antes de dársela a su Proveedor del Cuidado de su Salud con:

- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Nombre y teléfono del doctor del paciente
- Nombre del padre/representante y número de teléfono
- Nombre y teléfono del contacto de emergencia del paciente

2. Su Proveedor del Cuidado de Salud:

Completa las siguientes partes:

- La fecha en que el plan fue puesto en efecto
- La información de la medicina para las secciones Saludable, Precaución y Emergencia
- Su Proveedor del Cuidado de Salud marcará el casillero al lado del medicamento e indicará qué cantidad y cuántas veces debe tomar el medicamento
- Su Proveedor del Cuidado de su Salud puede que indique "OTRO" y:
 - ❖ **Escribe en el formulario medicamentos de asma que no aparecen en el formulario**
 - ❖ **Escribe en el formulario medicamentos adicionales que controlaran su asma**
 - ❖ **Escribe en el formulario medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marcas reconocidas**
- Juntos, usted y su Proveedor del Cuidado de Salud decidirán que tratamientos usted o su niño deberán seguir para mejorar su asma

3. Pacientes/Padres/Representantes y Proveedores del Cuidado de Salud:

Discutan antes de completar las siguientes partes del formulario:

- Los niveles del medidor de flujo en las secciones de: Saludable, Precaución y Emergencia, en la parte izquierda del formulario
- Los provocadores del asma del paciente en la parte derecha del formulario
- La parte de abajo del formulario es **Solamente Para Menores**: Discuta la habilidad de su niño de utilizar, sin ninguna ayuda, medicamentos inhaladores. Usted y el Proveedor de Salud de su niño deberán marcar, firmar y fechar en la parte apropiada del formulario

4. Padres/Representantes: Después de completar el formulario con su Proveedor del Cuidado de la Salud:

- Sáquele copias al Plan para el Tratamiento del Asma de su niño y déle la copia original y firmada a la enfermera de la escuela de su niño o al proveedor del cuidado de su niño
- Mantenga una copia disponible en su casa para poder manejar con facilidad el asma del niño
- Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asmas a todas aquellas personas que le proporcionan cuidado a su niño: niñeras, personal de cuidado del niño antes o después de la escuela, entrenadores y líderes de scout

Este Plan para el Tratamiento del Asma fue diseñado para asistir y no para reemplazar las decisiones clínicas necesarias para cada paciente. No todos los medicamentos del asma aparecen en la lista. Los nombres de medicamentos genéricos del asma tampoco aparecen en la lista.

Denuncia:

El uso y contenido de la Pagina Web del Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición Contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey es a su propio riesgo. El contenido es proporcionado "como es." La Asociación Norteamericana del Pulmón de Mid-Atlantic (ALAM-A), la Coalición en Contra del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, rechazan autorizaciones expresas o implícitas, reglamentarias o de cualquiera otro tipo incluyendo pero no limitadas a autorizaciones con fines de lucro, para sus propios beneficios, y que no respetan los derechos y bienestar de terceras personas implicadas.

ALAM-A no hace ningún tipo de representación o autorización acerca de la veracidad, seguridad total, existente o contigua del contenido. ALAM-A no hace ningún tipo de autorización, representación o garantías de que la información no será interrumpida o sin errores o que no hay algún tipo de falla en la información.

En no circunstancia ALAM-A será responsable por daños (incluyendo pero no limitados, a daños incidentales, consecuenciales, daños personales/muertes, pérdidas económicas o daños resultantes de la información o por la interrupción de negocios) debido al uso o la inhabilidad de poder usar el contenido de este Plan para el Tratamiento del Asma, basado en autorización, contrato indemnizable u otro tipo de teoría legal y si ALAM-A ha sido o no ha sido aconsejada de las posibilidades de estos tipos de daños. ALAM-A y sus afiliados no son responsables por ningún tipo de reclamos causados por el uso o mal uso del Plan para el Tratamiento del Asma o esta pagina Web.

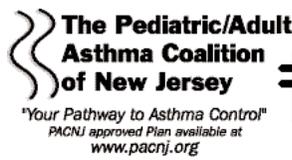
La Coalición Contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Norteamericana del Pulmón de Nueva Jersey y esta publicación están apoyadas por una beca del Departamento de Salud y Servicios para personas de Tercera Edad (NJDHSS), por sus siglas en inglés, con fondos suministrados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (USCDCP) por sus siglas en inglés, bajo el Acuerdo de 5US9EH000206-2. Su contenido es de exclusiva responsabilidad de los autores y no representa necesariamente la opinión oficial NJDHSS o el USCDCP. Aunque este documento ha sido financiado en su totalidad o en parte por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos bajo los Acuerdos XA97256707-1, XA98284401-3 y XA97250908-0 para la asociación Norteamericana del Pulmón de Nueva Jersey, no ha pasado por el proceso de revisión de publicaciones de la Agencia y por lo tanto no refleja necesariamente los puntos de vista de la Agencia y no se deberá inferir ningún apoyo oficial. La información en esta publicación no intentará diagnosticar problemas de salud o tomar el lugar de los consejos médicos. Para el asma o cualquier otra condición médica, solicite consejo médico para su niño de su Profesional de Cuidado de Salud.

Plan de Tratamiento para el Asma

(Este plan de acción contra el asma cumple con la ley de NJ N.J.S.A. 18A:40-12.8)

(Órdenes del médico)

(en letra de imprenta)



Patrocinado por



Spanish

Nombre		Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)		Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono		Teléfono

SALUDABLE



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Tome estos medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores con dosis medida (MDI, por sus siglas en inglés) podrían ser más eficaces si se los usa con una cámara inhalatoria, úsela en caso indicado.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Advair® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 inhalación dos veces por día
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una o <input type="checkbox"/> dos veces por día
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	1 inhalación dos veces por día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una o <input type="checkbox"/> dos veces por día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 unidad nebulizada <input type="checkbox"/> una o <input type="checkbox"/> dos veces por día
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Singulair® <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 tableta diaria
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Ningunos	

Disparadores

Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- Polvo de tiza
- Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
- Resfriós/gripe
- Ácaros, polvo, peluches, alfombras
- Ejercicio
- Moho
- Días de alerta de ozono
- Plagas – roedores y cucarachas
- Mascotas – caspa de los animales
- Plantas, flores, césped cortado, polen
- Olores fuertes, perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
- Cambios repentinos de temperatura
- Humo de la madera
- Alimentos:

Y/o un flujo máximo de más de _____

Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome este medicamento _____ minutos antes de hacer ejercicio.

ADVERTENCIA



Usted tiene alguno de estos síntomas:

- Exposición a un disparador conocido
- Tos
- Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

Continúe tomando su(s) medicamento(s) diario(s) y agregue medicamento(s) de acción rápida.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizado cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizado cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 puffs MDI cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 puffs MDI cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizado cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Aumentar la dosis de, o agregar:	
<input type="checkbox"/> Otro	

➡ Si necesita un medicamento de acción rápida más de 2 veces por semana, excepto antes del ejercicio, llame a su médico.

Y/o flujo máximo de _____ a _____

EMERGENCIA



Su asma empeora rápidamente:



- El medicamento de acción rápida no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil y rápida
- Las aletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules

Tome estos medicamentos AHORA y llame al 911.

El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!

<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Pro-Air <input type="checkbox"/> Proventil®	2 puffs MDI cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 puffs MDI cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Otro	

- Otro: _____

Este plan de tratamiento para el asma está destinado a ayudar, no a reemplazar, a la toma de decisiones clínicas requerida para satisfacer las necesidades individuales de cada

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

La Coalición contra el asma pediátrico y adulto de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Norteamericana del Pulmón de Nueva Jersey, y esta publicación están apoyadas por una beca del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad (NJHSS, por sus siglas en inglés), con fondos suministrados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (USCDCP, por sus siglas en inglés) bajo el Acuerdo de Cooperación 5U59EH000206-2. Su contenido es de exclusiva responsabilidad de los autores y no representa necesariamente la opinión oficial de NJHSS o USCDCP.

Aunque este documento ha sido financiado en su totalidad o en parte por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos bajo los Acuerdos XA96284401-4 y XA97256707-1 para la Asociación Norteamericana del Pulmón de Nueva Jersey, no ha pasado por el proceso de revisión de publicaciones de la Agencia y por lo tanto, no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia y no se deberá inferir ningún apoyo oficial.

REVISADO EN MAYO DE 2009

Permiso para reproducir el formulario en blanco aprobado por www.pacnj.org

SOLO PARA MENORES:

- Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba según la Ley de NJ.
- Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

Haga una copia para el paciente y para el registro del médico. Para niños menores de 18 años, enviar el original a la enfermera de la escuela o al proveedor de atención infantil.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____

SELLO DEL MÉDICO