



RedAlergiayAsma.org  
800.878.4403

# Tratamientos Respiratorios

2021



La Red de Alergia y Asma es una organización sin fines de lucro dedicada a terminar con la muerte y el sufrimiento innecesario debido al asma, las alergias y otras condiciones relacionadas, a través de alcance comunitario, educación, abogacía e investigación.



128 = CONTADOR DE DOSIS   G = GENÉRICO DISPONIBLE

A = ASMA   E = EPOC

## BRONCODILATADORES BETA<sub>2</sub>-AGONISTAS DE CORTA DURACIÓN



## CORTICOSTEROIDES INHALADOS



## MEDICINAS COMBINADAS



## ANTAGONISTA MUSCARÍNICO (ANTICOLINÉRGICO)



## BIOLÓGICOS

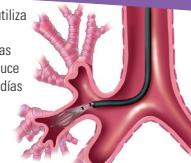


## BRONCODILATADORES BETA<sub>2</sub>-AGONISTAS DE LARGA DURACIÓN



## TERMOPLASTÍA BRONQUIAL

Procedimiento de invasión mínima que utiliza calor moderado para reducir la masa del músculo liso bronquial. Esto disminuye las crisis severas de asma y por lo tanto reduce las visitas a la sala de emergencia y los días de actividades perdidos.  
[www.btorforsthma.com](http://www.btorforsthma.com)



## INHIBIDORES PDE4



## Plan de acción para el asma en el hogar y en la escuela

Nombre:

**Gravedad del asma:**  Intermitente     Persistente suave     Persistente moderada     Persistente grave  
 É/ella ha tenido muchos o graves ataques de asma/exacerbaciones

**Fecha de nacimiento:**

|  |  |
|--|--|
| <b>😊 Zona Verde</b> El niño debe tomar estos medicamentos todos los días, incluso cuando se siente bien.<br>Siempre use espaciador con los inhaladores según las instrucciones.<br>Medicamento(s) de control: _____  |  |
| Medicamento(s) de control dado en la escuela: _____<br>Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada cuatro horas según sea necesario<br>Medicamento de ejercicio: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs 15 minutos antes de la actividad según sea necesario |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>☺ Zona Amarilla</b> Comience el plan de tratamiento para enfermedad si el niño tiene los, sibilancias, falta de aire u opresión en el pecho. El niño debe tomar todos estos medicamentos cuando está enfermo.<br>Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada 4 horas según sea necesario<br>Medicamento(s) de control:<br><input type="checkbox"/> Pasar a medicamentos de Zona Verde:<br><input type="checkbox"/> Agregar:<br><br><input type="checkbox"/> Cambia: _____ |  |
| <b>Si el niño está en la Zona Amarilla más de 24 horas o si empeora, pase a la Zona Roja y LLAME AL MÉDICO DE INMEDIATO</b>  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>☹ Zona Roja</b> Si la respiración es dificultosa y rápida, sobresalen las costillas, hay dificultad para caminar, hablar o dormir.<br><b>Pida ayuda ya mismo</b> |  |
| <b>Tomar medicamento(s) de rescate ahora</b><br>Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada _____<br>Tomar: _____                               |  |
| <b>Si el niño no mejora de inmediato, llame al 911</b><br>Por favor, llame al doctor en cualquier momento si el niño está en la Zona Roja.                          |  |

**Disparadores de asma:** (Listas)

**Personal escolar:** Siga los planes de la Zona Amarilla y de la Zona Roja para medicamentos de rescate según los síntomas del asma.  
 A menos que se estipule otra cosa, los únicos controles que se darán en la escuela son los listados en la Zona Verde como "dados en la escuela".  
 Tanto la persona a cargo de cuidar el asma como el padre/la madre creen que el niño puede llevar y autoadministrarse sus inhaladores  
 La enfermera escolar está de acuerdo en que el alumno se autoadministre los inhaladores

Nombre en imprenta e información de contacto de quien atiende el asma: \_\_\_\_\_ Firma de quien atiende el asma.

Fecha:

**Madre o padre/Tutor:** Autorizo por escrito para que los medicamentos listados en el plan de acción sean dados en la escuela por la enfermera u otro personal escolar según sea apropiado. Autorizo la comunicación entre el profesional médico que prescriba el tratamiento/la clínica, la enfermera escolar, el asesor médico escolar y los proveedores de cuidados médicos que estén en la escuela necesarios para el tratamiento del asma y la administración de este medicamento.

Firma de padre/madre/tutor:

Fecha:

Por favor, envíe una copia firmada al proveedor antes de la fecha.