



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Plan de acción para el control del asma

Subdirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Dirección de Promoción y Prevención

Grupo de Riesgo de Enfermedades Respiratorias
Crónicas de las Vías Inferiores

Bogotá, agosto de 2018.

1. Presentación

El Plan de Acción es una herramienta usada a nivel mundial para el control del asma. Comprende datos individuales relacionados con el asma del paciente, desencadenantes, tratamiento y signos de alarma y estrategias de control según la zona donde se sitúe el individuo de acuerdo con su sintomatología.

En esta herramienta se presenta el formato de Plan de Acción del Ministerio de Salud y Protección Social, adjunto a la Ruta Integral de Atención en Salud del grupo de riesgo de Enfermedades Respiratorias Crónicas de las vías inferiores.

Su aplicación hace parte del proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención de la Enfermedad Respiratoria Crónica.

El formato de Plan de Acción se puede adaptar a su institución de salud incluyendo el nombre y logotipo de esta en la parte inferior de la hoja.

2. Objetivos

Generar la estandarización del uso de la herramienta del Plan de Acción para el control del asma.

3. Población

Pacientes de cualquier edad con diagnóstico confirmado de asma.

4. Instrucciones para diligenciamiento del Plan de Acción

El plan de acción se debe diligenciar por el profesional en medicina que brinde atención y realice seguimiento al paciente con asma, en compañía del paciente.

4.1. Datos básicos

Diligencie los datos básicos del paciente incluyendo la información relacionada con qué hacer en caso de urgencias, en el campo correspondiente. Especifique información de la IPS para atención de urgencias o contacto de urgencia del paciente.

4.2. Datos del asma

Incluya la clasificación del asma, de acuerdo con el escalón de la terapia que reciba el paciente, pasos 1 y 2 asma leve, 3 y 4, moderada y 5 y 6 severa.

Indique el nivel de control del asma según los puntajes obtenidos en las herramientas indicadas en la Ruta Integral de Atención, el resultado de flujo pico, los episodios previos de exacerbaciones y el criterio médico. Escriba el mejor valor del flujo pico e identifique desencadenantes.

4.3. Tratamiento actual

Identifique el tratamiento que actualmente sigue el paciente según la categoría indicada en las filas, mencionando el nombre genérico, la dosis en puff y microgramos, la frecuencia de uso diario y la duración de este. Recuerde que la duración del manejo controlador debe ser indefinida.

4.4. Zonas de control

Indique al paciente el uso de la tabla, explicando cómo identificar signos y síntomas y el valor de flujo pico correspondiente, para que conozca la ubicación de su zona de control, así como las acciones que debe seguir de acuerdo con cada una de ellas.

Diligencie el tratamiento a seguir en las zonas amarilla y roja, según la necesidad de cada individuo.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

PLAN DE ACCIÓN PARA EL CONTROL DEL ASMA

Fecha: DD/MM/AAAA Nombre del paciente: _____ Edad: _____ años

Asegurador: _____ En caso de urgencia, asistir o llamar a: _____

Datos del asma

Severidad de asma: Leve _____ Moderada _____ Severa _____ Nivel de control: Controlada _____ No controlada _____

Mejor valor de flujo-pico: _____

Desencadenantes	Ejercicio	Cigarrillo	Olores fuertes	Mascotas	Plantas, pasto, flores
	Polvo	Alimentación	Humo y vapores	Infecciones	Frío o cambios de clima
	Otros				

Tratamiento actual

Manejo actual	Medicamento (nombre genérico)	Dosis	Frecuencia	Duración
Controlador				
Aliviador				
Presentaciones combinadas				
Medicamentos vía oral				
Otros				

Zonas de control

Zonas	Verde	Amarilla	Roja
Síntomas	No hay tos, ni sibilancia, ni opresión en el pecho, ni dificultad para respirar. Duerme bien toda la noche. Se mantiene sin necesidad de cambios en su tratamiento.	Tos, sibilancia, opresión en el pecho o dificultad para respirar sin mejoría con medicamentos de rescate por 4 horas. Infección respiratoria superior, sin pérdida de control previa asociado. Síntomas con actividades diarias, trabajo, juego y ejercicio Interrupción del sueño nocturno con síntomas. Necesidad de aumentar medicamento de rescate 1 a 4 disparos al día.	Dificultad para respirar, empeora la tos, sibilancias no mejoran. Problemas para caminar o hablar. Se marcan las costillas o músculos del cuello al respirar. Limitación para hablar o tiene coloración azul en las manos o labios. No mejoría con los medicamentos de alivio rápido. No ha mejorado con el manejo de la zona amarilla.
Flujo pico _____	>80% del mejor personal	50% a 79% del mejor personal	<50% del mejor personal
¿Qué hacer?			
Medicamento controlador	Continuar tratamiento actual		
Medicamento aliviador			2 a 4 puff cada 20 minutos por una hora
Esteroides oral			TOME UNA DOSIS SI TIENE
Recuerde	Todo está muy bien puede trabajar, jugar, ejercitarse y realizar las actividades diarias sin síntomas. Asista a su cita de control.	Esté atento a la evolución de sus síntomas, identifique el sitio de atención y el teléfono del profesional de salud que lo atiende.	Inmediatamente Consulte con su profesional de salud o a la institución que lo atiende.