

Recordatorio Multicolor de **Guía Simplificada** de Asma Niños de 0 a 4 años de edad (MSAGR-ZF en inglés) © Revisado Mayo 2008

Nombre: _____ Edad: _____ M F Fecha _____

Provocadores de Síntomas y Evaluación

<p>ICS es la terapia de Control de Largo plazo Preferida en el Enfoque de Etapas para Niños que tienen los Signos de Riesgo de Asma (ARP) siguientes:</p>
<p>(A) > 4 episodios de sibilancia el año pasado que duraron > 1 día y afectaron dormir</p> <p style="text-align: center; color: red;">Más Un Signo de Riesgo de Asma Importante</p>
<p>Historial de padres de Asma <input type="checkbox"/> o Diagnóstico de Médico de Dermatitis Atópica <input type="checkbox"/> o Evidencia de sensibilización a aeroalergenos (Polvo de casa, ácaros, perro, gato, moho de Alternaria y cucarachas, etc.) Diagnosticado por historial clínico, prueba cutánea o RAST <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; color: red;">O Dos Signos de Riesgo de Asma Menores</p>
<p>Evidencia de sensibilización a alimentos (leche, huevos, cacahuates) <input type="checkbox"/> > 4% eosinofilia <input type="checkbox"/> sibilancia aparte de resfríos <input type="checkbox"/></p>
<p>(B) > 2 exacerbaciones en 6 meses que requirieron esteroides orales (C) Requerir constantemente tratamiento sintomático con SABA > 2/días por semana por > 4 semanas (D) Considerar para uso sólo durante periodos o temporadas, de riesgo documentado anteriormente (Ej. durante temporadas de infecciones respiratorias virales). Días de Suspensión de Fármacos durante Periodos Asintomáticos</p>
<p>Diagnóstico Alternativo como obstrucción de vía aérea superior <input type="checkbox"/> Reflujo GE <input type="checkbox"/> Aspiración FB <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> BPD <input type="checkbox"/> Anormalidad Congénita <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> son excluidos Sí <input type="checkbox"/> No indicado clínicamente <input type="checkbox"/></p>

ELEMENTOS DE SEVERIDAD RIESGO ENFOQUE EN ETAPAS SEGÚN SEVERIDAD DE ASMA

	Síntomas de día Síntomas de noche Interferencia de actividad normal	Agravación que requiere esteroides orales ARP	AGENTES CONTROLADORES	Exacerbación de cualquier severidad puede suceder en cualquier categoría Puede necesitarse Esteroides orales de corta duración
Intermitente	≤ 2 días/semana Ninguno Ninguno	0-1/año ARP	Paso 1 SABA pm, si paciente usa >2x/día (Excluye uso de EIB) Inicia Paso 2	← SABA Rescate pm para alivio de síntomas →
Leve Persistente	>2x/no diario 1-2x/mes Menor	≥ 2/año ARP	Paso 2 PT: Dosis baja-ICS AT: Cromolyn o LTRA	
Moderado Persistente	Diario 3-4x/mes Alguno	≥ 2/año ARP	Paso 3 PT: Dosis mediana-ICS Paso 4 PT: Dosis mediana-ICS + o LABA o LTRA	
Severa Persistente	Durante todo el día > 1x/sem Extremadamente	≥ 2/año ARP	Paso 5 PT: Dosis alta -ICS + LABA o LTRA	
			Paso 6 PT: Dosis alta -ICS + LABA o LTRA + Esteroides oral	

*No se justifica tratar a niños con sibilancia recurrente con **SABA & esteroides orales** & calificarse como "Enfermedad de Vías Aéreas Reactivas (RAD), Bronquitis sibilante, Bronquitis asmática o Neumonía recurrente".

*No dar terapia de asma prolongada impropia a niños pequeños.

Consultar a Especialista de Asma si no está seguro de diagnóstico de asma.

Visitar sitio de Internet: www.ttuhschool.edu/el Paso/som/asthma

Para descarga (download) gratis en inglés y español

Apoyado en parte por Adolescent Services, Las Cruces New Mexico Department of Health, El Paso Allergy & Asthma Coalition y Texas Asthma Coalition

