

Recordatorio Multicolor de **Guía Simplificada** de Asma 12 años de edad y adultos (MSAGR-TA en inglés) © Revisado Mayo 2008

Nombre: _____ Edad: _____ M F Fecha _____

Síntomas y Evaluación

Síntomas	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Tensión de pecho	<input type="checkbox"/> FDR (<i>SOB</i>)
Provocadores	<input type="checkbox"/> Flema	<input type="checkbox"/> Tos nocturna	<input type="checkbox"/> Humo de tabaco	<input type="checkbox"/> Risa
	<input type="checkbox"/> URI	<input type="checkbox"/> Rino-sinusitis	<input type="checkbox"/> Perro	<input type="checkbox"/> Pájaro
	<input type="checkbox"/> Llorar	<input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Cambio de clima	<input type="checkbox"/> Moho
	<input type="checkbox"/> Cucarachas	<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Ácaros de polvo	<input type="checkbox"/> Tempestad de tierra
	<input type="checkbox"/> Contaminación	<input type="checkbox"/> Aire frío	<input type="checkbox"/> Chimenea/estufa	<input type="checkbox"/> ERGE (<i>GERD</i>)
	<input type="checkbox"/> Día de viento	<input type="checkbox"/> Fuego de bosque	<input type="checkbox"/> Emoción/estrés	<input type="checkbox"/> Beta-bloqueador
	<input type="checkbox"/> ASA	<input type="checkbox"/> NSAID	<input type="checkbox"/> Otro	
Patrón	<input type="checkbox"/> ACE-Inhibitor	<input type="checkbox"/> Menses	<input type="checkbox"/> Perenne con agravación de temporada	
	<input type="checkbox"/> Perenne	<input type="checkbox"/> Temporada/episódico		
Evaluación	Excluidos diagnósticos alternativos		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Frecuencia de uso de <i>beta-2 agonist</i> inhalado de corto plazo			<input type="checkbox"/> <2 días/ semana	<input type="checkbox"/> > 2 /semana pero < 1x/día
	<input type="checkbox"/> Una vez/día	<input type="checkbox"/> 2-4 veces/día	<input type="checkbox"/> Otros medicamentos: (Dosis/frecuencia/duración)	

ELEMENTOS DE SEVERIDAD

RIESGO

ENFOQUE EN ETAPAS SEGÚN SEVERIDAD DE ASMA

	Síntomas de día <u>Síntomas de noche</u> Interferencia con actividad normal	FEV1 FEV1/FVC	Agravación que requiere esteroide oral	AGENTES CONTROLADORES	Puede necesitarse Esteroides oral de corta descarga
Intermitente	≤ 2 días/semana ≤ 2x/mes Ninguno	> 80% Normal	0-1/año	Paso 1 SABA pm, si paciente usa >2x/día (Excluye uso de EIB) Iniciar Paso 2	←SABA Rescate pm para alivio de síntomas→ Exacerbación de cualquier severidad puede suceder en cualquier categoría
Leve Persistente	> 2x/no diario 3-4x/mes Menor	> 80% Normal	≥ 2/año	Paso 2 PT: Dosis baja -ICS AT: Cromolyn, LTRA, Nedocromil o Theophylline	
Moderado Persistente	Diario >1x/sem no cada noche Alguno	60% - 80% Reducido 5%	≥ 2/año	Paso 3 PT: Dosis baja -ICS + LABA. o Dosis mediana -ICS AT: Dosis baja-ICS + LTRA, Theophylline o Zileuton Paso 4 PT: Dosis mediana-ICS + LABA AT: Dosis mediana-ICS + LTRA, Theophylline o Zileuton	
Severa Persistente	Durante todo el día Frecuentemente 7x/sem Extremadamente	< 60% Reducido 5%	≥ 2/año	Paso 5 PT: Dosis alta-ICS + LABA y considerar Anti-IgE Paso 6 PT: Dosis alta-ICS + LABA + Esteroides oral y considerar Anti-IgE	

Consultar a **especialista de alergias** para inmunoterapia de alérgenos para pacientes que tienen asma alérgica en pasos **2 a 4**.
Consultar a **especialista de asma** si se requiere atención de paso **4** o más alto.

Considerar consultas a **especialista de asma**:

- (A) En atención de paso **3**
- (B) Cualquier paciente que requiere más de **2** descargas de esteroide oral para exacerbación de asma durante **año** pasado.
- (C) Si no está seguro con diagnóstico de asma.

Visitar nuestro sitio de Internet: www.ttuhschool.edu/el Paso/som/asthma
Para descarga (*download*) gratis en inglés y español

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

Adaptado de 2007 NHLBI/NAEPP

