

El asma, las alergias y la administración del EpiPen

**Presentado por: Enfermeras preescolares
25 de marzo de 2021**

Conceptos básicos sobre el asma para las escuelas

- ❑ Según La Fundación de Asma y Alergias de los Estados Unidos:
 - ❑ “Los niños pasan unas siete horas al día en la escuela, sin incluir las actividades antes y después de la escuela”.
 - ❑ “Identificar, reducir y eliminar los factores desencadenantes del asma en el entorno escolar es una parte importante para mantener el asma bien controlado para los estudiantes, los maestros y el personal”.



Leyes sobre el asma en Nueva Jersey



❑ N.J.S.A. 18A:40-12.3

- ❑ Permite a los estudiantes autoadministrarse un inhalador o EpiPen.

❑ N.J.S.A. 18A:40-12.7

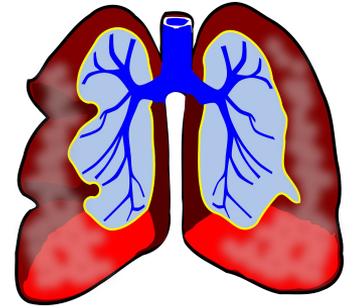
- ❑ Obliga a todas las escuelas a tener y mantener un nebulizador.

❑ N.J.S.A. 18A:40:-12.8

- ❑ Establece que cada alumno autorizado a usar medicamentos para el asma debe tener un Plan de acción contra el asma (AAP) preparado por el hogar médico del estudiante y presentado a la enfermera certificada escolar. El AAP identificará, como mínimo, los desencadenantes del asma, la atención de emergencia e incluirá en el plan de atención médica individualizado.

¿Qué es el asma?

Una inflamación crónica- de las vías respiratorias de los pulmones que causa tos, opresión en el pecho, sibilancias o dificultad para respirar.



A un asmático le suceden tres cosas que le dificultan la respiración:

1. Las vías respiratorias se llenan de moco.
2. Los revestimientos de las vías respiratorias se hinchan.
3. Los músculos alrededor de las vías respiratorias se tensan, también llamado broncoespasmo.

El estrechamiento de las vías respiratorias dificulta que el aire entre y salga libremente de los pulmones.

El Asma

- El asma es una de las principales enfermedades crónicas en los niños y adolescentes de los Estados Unidos.
- También, es una de las principales causas de ausentismo escolar.
- En promedio, en un salón de clases de 30 niños, es probable que unos 3 tengan asma.



Señales de alerta temprana de un ataque de asma

Cambios en la respiración:

- Tos
- Sibilancias
- Respirando por la boca
- Dificultad para respirar

Quejas verbales:

- Opresión en el pecho
- Dolor de pecho
- Boca seca
- Cuello se siente raro
- "Simplemente no me siento bien".

- Ser consciente de estos primeros signos de advertencia le permite al niño tomar medicamentos en un momento en el que el asma es más fácil de controlar.**



Signos y síntomas

Los niños con asma a menudo experimentan períodos de:

- Dificultad para respirar
- Sibilancias
- Tos
- Opresión en el pecho
- Parecer temeroso o preocupado
- Falta de energía
- Irritable
- Congestión y nariz que moquea
- Retracciones
- Aleteo nasal

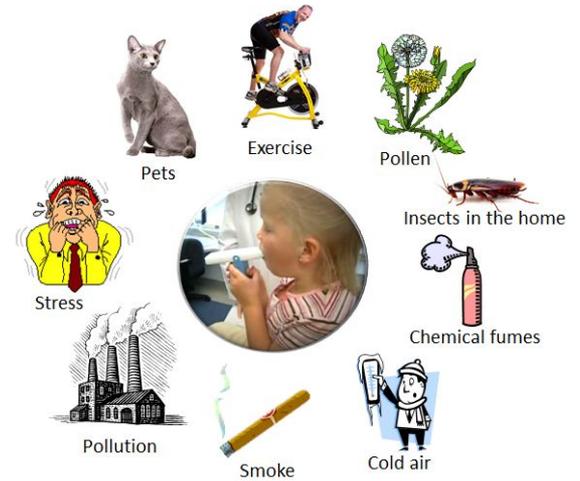


Durante estos períodos se denominan ataques o episodios y siempre deben tomarse en serio.

Desencadenantes del asma

Alergias:

- Alimentos
- Polen
- Caspa de animales de mascotas con plumas o peludas
- Cucarachas
- Ácaros del polvo
- Moho



Asthma Triggers

Irritantes:

- Polución o la contaminación del aire
- Diferentes humos
- Productos químicos y olores fuertes

Otros desencadenantes:

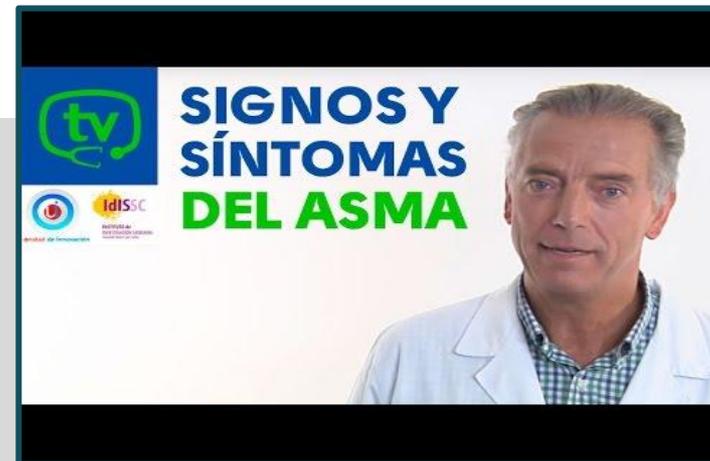
- Cambios climáticos extremos
- Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Aire frío
- Emociones fuertes
- Ejercicio

SEÑALES DE EMERGENCIA



❑ Las señales de que un NIÑO está teniendo **DIFICULTAD PARA RESPIRAR** son:

- ❑ Retracciones
- ❑ El niño tiene problemas para caminar o hablar
- ❑ Luchando para respirar



¿Cómo afecta el asma incontrolada al aprendizaje de los estudiantes?

- ❑ Fatiga: los estudiantes que se despiertan por la noche con síntomas están cansados por la mañana.
- ❑ Ausentismo: relacionado con episodios de asma, citas de atención médica y hospitalizaciones.
- ❑ Tiempo de clase perdido debido a las frecuentes visitas al consultorio de salud de la escuela.



¿Cómo se controla el asma?

- ❑ **Siga el plan de acción individualizado contra el asma**
- ❑ **Reducir o eliminar los desencadenantes**
- ❑ **Fomentar el cumplimiento de la medicación**
- ❑ **Monitorear la respuesta al tratamiento**
- ❑ **Fomentar la atención pediátrica regular**
- ❑ **Asegurar una buena comunicación entre el personal de la escuela, el pediatra y los padres.**

Plan de acción contra el asma

Fecha en que se realizó _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado/Maestro
Proveedor de atención médica	Teléfono del consultorio del proveedor de atención médica	Número de expediente médico
Padre/Tutor	Teléfono	Teléfono alternativo
Contacto de emergencia alternativo del padre/tutor	Teléfono	Teléfono alternativo

DIAGNÓSTICO DE GRAVEDAD DEL ASMA **FACTORES DESENCADENANTES DEL ASMA** (Cosas que empeoran el asma)

Intermitente Persistente Leve Moderada Grave Humo Resfío Ejercicio Animales Polvo Alimentos
 Olores Polen Otro

ZONA VERDE: ¡ADELANTE! Tome estos **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO (PREVENCIÓN) CADA DÍA**

¿Usted tiene **TODO** lo siguiente?  No necesita medicamentos de control diario
 Medicamentos de control diario

• Respira bien
 • No tiene tos ni sibilancia
 • Puede trabajar y jugar
 • Puede dormir toda la noche

Realice inhalaciones o una compresión por día.
 Para el asma provocado por el ejercicio, **AGREGUE** inhalaciones con espaciador minutos antes del ejercicio.

SIEMPRE ENLÁZGUE LA BOCA DESPUÉS DE USAR EL MEDICAMENTO DE INHALACIÓN DIARIO.

ZONA AMARILLA: ¡PRECAUCIÓN! Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y **AGREGUE** los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO**

¿Usted tiene **ALGUNO** de los siguientes síntomas?  Tome el medicamento de control diario, si se lo indica el médico, y añada el siguiente medicamento de alivio rápido cuando tenga problemas para respirar:

• Tos o sibilancia leve
 • Opresión en el pecho
 • Falta de aire
 • Problemas para dormir, trabajar o jugar

Realice inhalaciones cada horas, si es necesario. Útilice siempre un espaciador; algunos niños pueden necesitar una mascarilla. Inhalador de mg/
 Realice un tratamiento con nebulizador de mg / ml nebulizador de mg / ml de cada hora, si es necesario.
 Otro

Si el medicamento de alivio rápido NO DA RESULTADO en minutos, llámede nuevamente y **LLÁME** a su proveedor de atención médica. Si está usando un medicamento de alivio rápido más de veces en horas, **LLÁME** a su proveedor de atención médica. **SI ESTÁ EN LA ZONA AMARILLA DURANTE MÁS DE 24 HORAS, LLÁME AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.**

ZONA ROJA: ¡EMERGENCIA! Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y con los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO** y **¡POTENCIA AQUÍ!**

¿Usted tiene **ALGUNO** de los siguientes síntomas?  Realice inhalaciones cada horas, si es necesario. Útilice siempre un espaciador; algunos niños pueden necesitar una mascarilla. Inhalador de mg/
 Realice un tratamiento con nebulizador de mg / ml nebulizador de mg / ml de cada hora, si es necesario.
 Otro

LLÁME INMEDIATAMENTE AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS RECIBE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO. SI NO PUEDE COMUNICARSE con el proveedor de atención médica, LLÁME A UNA NEBULIZACIÓN AL 911 O AGUDA DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS!

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA USAR LOS MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Permiso del proveedor de atención médica: Solicito que se siga este plan tal como está escrito. Este plan es válido para el año escolar _____ - _____
 Firma _____ Fecha _____

Permiso del padre/tutor: Doy mi consentimiento para que el profesional de enfermería escolar le dé a mi hijo los medicamentos indicados en este plan, o para que el personal escolar capacitado lo ayude a tomar dichos medicamentos tras la revisión del profesional de enfermería escolar. Este plan se compartirá con el personal escolar que cuida de mi hijo.
 Firma _____ Fecha _____

OPCIONAL PERMISOS PARA LLEVAR Y USAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE MANERA INDEPENDIENTE

Permiso del proveedor de atención médica para llevar y usar medicamentos de manera independiente: Hago constar que el estudiante ha demostrado ante mí que puede administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que puede llevar y usar dicho medicamento en la escuela de manera independiente sin supervisión del personal escolar.
 Firma _____ Fecha _____

Permiso del padre/tutor para llevar y usar medicamentos de manera independiente (si así lo indica el proveedor de salud antedicho): Acepto que mi hijo pueda administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que pueda llevar y usar dicho medicamento en la escuela sin supervisión del personal escolar.
 Firma _____ Fecha _____

¿Existe una cura?

- ❑ No tiene cura, pero se puede controlar.
- ❑ Un niño con asma controlada puede vivir una vida normal.
- ❑ El asma puede ser controlado por:
 - Conocer y evitar los desencadenantes comunes
 - Uso apropiado de medicamentos.



Equipo de asma de la escuela



Estudiante



Padres

**Proveedor de atención
médica**



**Enfermera de la escuela, maestra de aula, paraprofesionales,
director, personal extracurricular**

El papel del maestro en el manejo del asma



- ❑ **Ayude a reducir la exposición a los desencadenantes del asma en el aula.**
- ❑ **Esté atento al darse cuenta cuando los estudiantes están tosiendo o mostrando otros signos de que algo no está bien.**
- ❑ **Comuníquese con la enfermera de la escuela.**
- ❑ **Si la enfermera de la escuela no está presente, llame a un administrador de la escuela, llame al 911 y comuníquese con el padre/tutor.**
- ❑ **Quédese con el niño y brindarle tranquilidad y apoyo.**

Formulario de tratamiento del asma

Los estudiantes que hayan sido diagnosticados con asma por sus proveedores de atención médica, deben presentar a la enfermera de la escuela un Plan de tratamiento del asma.

El plan de tratamiento del asma debe renovarse anualmente.

Las secciones amarilla y roja son las órdenes de medicamentos que las enfermeras de la escuela administrarán según sea necesario.

Plan de acción contra el asma

Fecha en que se realizó

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado/Maestro
Proveedor de atención médica	Teléfono del consultorio del proveedor de atención médica	Número de expediente médico
Padre/Tutor	Teléfono	Teléfono alternativo
Contacto de emergencia alternativo del padre/tutor	Teléfono	Teléfono alternativo

DIAGNÓSTICO DE GRAVEDAD DEL ASMA

Intermitente Persistente [Leve Moderada Grave]

FACTORES DESENCADENANTES DEL ASMA (Cosas que empeoran el asma)

Humo Resfrió Ejercicio Animales Polvo Alimentos
 Clima Olores Polen Otro

ZONA VERDE: ¡ADELANTE!

Tome estos **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO (PREVENCIÓN) CADA DÍA**

Usted tiene **TODO**

lo siguientes:

- Respira bien
- No tiene tos ni sibilancia
- Puede trabajar y jugar
- Puede dormir toda la noche



No necesita medicamentos de control diario

Medicamentos de control diario

Realice _____ inhalaciones o tome _____ comprimidos _____ por día.

Para el asma provocada por el ejercicio, AGREGUE:

_____ inhalaciones con espaciador _____ minutos antes del ejercicio

SIEMPRE ENJUÁGUESE LA BOCA DESPUÉS DE USAR EL MEDICAMENTO DE INHALACIÓN DIARIO.

ZONA AMARILLA: ¡PRECAUCIÓN!

Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y **AGREGUE** los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO**

Usted tiene **ALGUNO** de

los siguientes síntomas:

- Tos o sibilancia leve
- Opresión en el pecho
- Falta de aire
- Problemas para dormir, trabajar o jugar



Tome el medicamento de control diario, si se lo indicó el médico, y añada el siguiente medicamento de alivio rápido cuando tenga problemas para respirar:

Realice _____ inhalaciones cada _____ horas, si es necesario. Utilice siempre un espaciador; algunos niños podrían necesitar una mascarilla. _____ inhalador de _____ mg

Realice un tratamiento con nebulizador _____ nebulizador de _____ mg / _____ ml de cada _____ horas, si es necesario.

Otro _____

Si el medicamento de alivio rápido NO DA RESULTADO en _____ minutos, tómelo nuevamente y LLAME a su proveedor de atención médica

Si está usando un medicamento de alivio rápido más de _____ veces en _____ horas, LLAME a su proveedor de atención médica

SI ESTÁ EN LA ZONA AMARILLA DURANTE MÁS DE 24 HORAS, LLAME AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

ZONA ROJA: ¡EMERGENCIA!

Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y con los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO** y **¡OBTENGA AYUDA!**

Usted tiene **ALGUNO** de

los siguientes síntomas:

- Mucha dificultad para respirar
- Los medicamentos no hacen efecto
- La respiración es rápida y dificultosa
- La nariz está muy abierta, se le notan las costillas, no puede hablar bien
- Los labios o las uñas están de color grisáceo o azulado



Realice _____ inhalaciones cada _____ horas, si es necesario. Utilice siempre un espaciador; algunos niños podrían necesitar una mascarilla. _____ inhalador de _____ mg

Realice un tratamiento con nebulizador de _____ nebulizador de _____ mg / _____ ml de cada _____ horas, si es necesario.

Otro _____

LLAME NUEVAMENTE AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS RECIBE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO. ¡SI NO PUEDE COMUNICARSE con el proveedor de atención médica, LLAME A UNA AMBULANCIA AL 911 O ACUDA DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS!

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA USAR LOS MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Permiso del proveedor de atención médica: Solicito que se siga este plan tal como está escrito. Este plan es válido para el año escolar _____ - _____.

Firma _____

Fecha _____

Permiso del padre/tutor: Doy mi consentimiento para que el profesional de enfermería escolar le dé a mi hijo los medicamentos indicados en este plan, o para que el personal escolar capacitado lo ayude a tomar dichos medicamentos tras la revisión del profesional de enfermería escolar. Este plan se compartirá con el personal escolar que cuida de mi hijo.

Firma _____

Fecha _____

OPCIONAL PERMISOS PARA LLEVAR Y USAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE MANERA INDEPENDIENTE

Permiso del proveedor de atención médica para llevar y usar medicamentos de manera independiente: Hago constar que el estudiante ha demostrado ante mí que puede administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que puede llevar y usar dicho medicamento en la escuela de manera independiente sin supervisión del personal escolar.

Firma _____

Fecha _____

Permiso del padre/tutor para llevar y usar medicamentos de manera independiente (si así lo indica el proveedor de salud antedicho): Acepto que mi hijo pueda administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que pueda llevar y usar dicho medicamento en la escuela sin supervisión del personal escolar.

Firma _____

Fecha _____

Formulario de Administración de Medicamento

- ❑ Todos los medicamentos para el asma deben ser proporcionados por el padre / tutor.
- ❑ NO envíe medicamentos en la mochila.
- ❑ El medicamento debe estar en su empaque original con la etiqueta original de la farmacia adjunta.
- ❑ El padre/tutor debe firmar el formulario Administración de Medicinas en la Escuela.

**Perth Amboy
Public Schools**
178 Barracks Street, Perth Amboy, NJ 08861
Phone: 732 376-6200, Ext: 30145
E-Mail: evakucaba@paps.net

ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOL

Dear Parent/Guardian:

Administrative policy of the Perth Amboy Public Schools requires the school nurse to have written permission from you and the attending physician. Medication administered by the school nurse should be done only in exceptional circumstances wherein the child's health may be jeopardized without it.

Sincerely,
Eva Kucaba

.....

As the Parent/Guardian of _____ School/Room _____
Home Telephone _____ Work telephone _____

I request that the below medication, as prescribed, be administered to my child:

Signature _____ **Date** _____

Please have your doctor fill in the information requested on the form below. This form must be returned to the school nurse with a supply of the medication in the original, labeled pharmacy container.

Physician's Section:

Diagnosis for which medication is given: _____

Medication: _____ Dosage: _____

Times: _____ Contraindications: _____

Side Effects: _____

Other information: _____

Physician's Name: _____ Date: _____

Physician's Signature: _____ Tel. # _____

Physician's Stamp: _____

¿QUÉ SON LAS ALERGIAS?

Las alergias son una respuesta anormal del sistema inmunológico.

Cualquier sustancia que cause una reacción alérgica se llama **alérgeno**.

Una alergia podría ser algo que:

- Comes.
- Inhala en los pulmones.
- Inyecta en su cuerpo.
- Tocas.



ALÉRGENOS COMUNES

- Polen
- Ácaros del polvo
- Moho
- Caspa de mascota
- Látex
- Cucarachas
- Picaduras de insectos
- Medicamentos
- Alimentos (huevos comidos comúnmente, leche, maní, nueces de árbol, pescado, mariscos, trigo y soja)



EGGS



GMO



GLUTEN



SUGAR



PEANUTS



CORN



MILK



SOY



TRANS FATS

Reacciones

Las reacciones leves pueden causar:

tos, estornudos, picazón en los ojos, secreción nasal y picazón en la garganta.

Las reacciones graves pueden causar:

erupciones, urticaria, dificultad para respirar, ataques de asma e incluso la muerte.

Las alergias alimentarias pueden causar:

malestar estomacal, vómitos y diarrea.

Las alergias a insectos pueden causar:

hinchazón, enrojecimiento y dolor.



Reacciones

- ❑ La exposición por primera vez a alérgenos solo puede producir una reacción leve.
- ❑ Las exposiciones repetidas pueden provocar reacciones más graves.
- ❑ Una vez que una persona está sensibilizada (ha tenido una reacción previa), incluso una exposición limitada a una pequeña cantidad de alérgeno puede desencadenar una reacción grave.
- ❑ La mayoría de las reacciones graves ocurren a los pocos segundos o minutos de la exposición al alérgeno, aunque algunas pueden ocurrir horas después.



Estadísticas

- ❑ Aproximadamente 32 millones de personas en los Estados Unidos tienen alergias alimentarias.
- ❑ Las alergias alimentarias son un problema creciente de seguridad alimentaria y salud pública que afecta aproximadamente al 8% de los niños en los Estados Unidos.
- ❑ Eso es 1 de cada 13 niños o aproximadamente 2 estudiantes por aula.
- ❑ 1 de cada 10 adultos se ven afectados por alergias alimentarias.
- ❑ Cada año en los EE. UU. 200,000 personas requieren atención médica de emergencia por reacciones alérgicas a los alimentos.



Diagnóstico / tratamiento de alergias

- ❑ Si usted o alguien que conoce tiene síntomas de alergia, un alergólogo o inmunólogo puede ayudarlo con un diagnóstico.
- ❑ Todos los resultados de las pruebas deben ser interpretados por su proveedor médico, quien los revisará con su historial médico.
- ❑ No existe cura para las alergias.
- ❑ Con prevención y tratamiento se pueden controlar las alergias.
- ❑ Su proveedor médico recomendará el tratamiento.



¿Quién está en riesgo?

- El riesgo de desarrollar alergias es mayor si hay antecedentes familiares de asma, alergias o eccema.
- Si el niño tiene asma.
- Exposición a alérgenos ambientales.
- Las alergias pueden desarrollarse a cualquier edad y por lo general aparecen durante la niñez o la edad adulta temprana.



Alergias en la escuela

Las alergias más comunes en la escuela son provocadas por alimentos e insectos.

PLAN DE CUIDADO DE ALERGIAS ALIMENTARIAS:

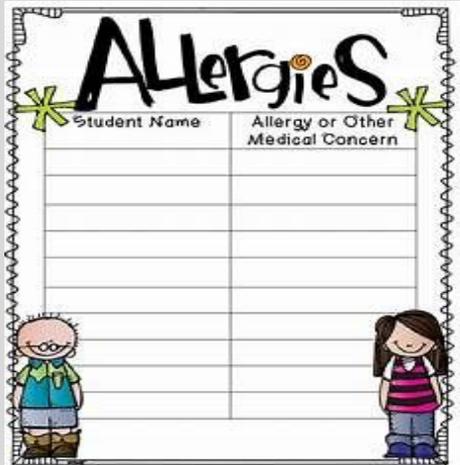
- Debe ser completado y firmado por un proveedor médico.
- Debe estar firmado por el padre/tutor
- El medicamento solicitado debe estar en su empaque original con la etiqueta original de la farmacia adjunta.
- El formulario debe renovarse anualmente.

FARE PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y ANAFILAXIA			
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____			
Alérgico a: _____			
Peso: _____ kilos. Asma: <input type="checkbox"/> Sí (Riesgo más alto de reacción grave) <input type="checkbox"/> No			
NOTA: No recura a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.			
Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos:			
POR LO TANTO: <input type="checkbox"/> Si esta opción está marcada y es PROBABLE que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante CUALQUIERA de estos síntomas. <input type="checkbox"/> Si esta opción está marcada y es SEGURO que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.			
ANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:	SÍNTOMAS GRAVES		
 PULMÓN Falta de aire, sibilancia, mucha tos.	 CORAZÓN Tez azulada o pálida, desmayo, mareo.	 GARGANTA Ronquera u oclusión, dificultad para tragar o respirar.	 BOCA Hinchazón significativa de la lengua o los labios.
 PIEL Urticaria extendida en las distintas partes del cuerpo, enrojecimiento generalizado.	 INTESTINOS Vómitos reiterados, diarrea grave.	 OTRO Sensación de que va a pasar algo malo, ansiedad, confusión.	O UNA COMBINACIÓN de los síntomas de las distintas áreas.
1. INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO			
2. Llame al 911. Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.			
• Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina: -Antihistamínico -Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante			
• Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.			
• Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.			
• Comuníquese con los contactos de emergencia.			
• Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).			
SÍNTOMAS LEVES		INTestino Náuseas leves o malestar.	
 NARIZ Picazón o moqueo nasal, estornudos.	 BOCA Picazón bucal.	 PIEL Picazón leve.	 INTestino Náuseas leves o malestar.
EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.			
EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:			
1. Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.			
2. Quedése junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.			
3. Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.			
MEDICAMENTOS/DOSIS			
Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____			
Dosis de epinefrina: <input type="checkbox"/> 0.1 mg IM <input type="checkbox"/> 0.15 mg IM <input type="checkbox"/> 0.3 mg IM			
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____			
Dosis de antihistamínico: _____			
Otro(s) (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____			
FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE O PADRE/TUTOR	FECHA	FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE SALUD INTERVINIENTE	FECHA
FORMULARIO SUMINISTRADO POR CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 5/2020			

La enfermera escolar notifica al personal

La enfermera de la escuela notificará al personal del aula y al departamento de servicio de alimentos sobre las alergias de su hijo para garantizar su seguridad.

Esta información se mantendrá confidencial y sólo se compartirá con el personal necesario.



ALLERGIES

Student Name	Allergy or Other Medical Concern

Illustrations of a boy and a girl are at the bottom of the form.



Anafilaxia

La anafilaxia es una reacción alérgica grave y potencialmente mortal que hace que su sistema inmunológico libere sustancias químicas que pueden hacer que el cuerpo entre en estado de shock.

Los signos y síntomas del shock pueden ocurrir en cuestión de segundos o minutos después de la exposición a algo a lo que es alérgico:

- Hinchazón de la cara, boca y garganta.
- Falta de aliento, sibilancias, tos repetitiva
- Dificultad para tragar o hablar
- Dolor abdominal, náuseas o vómitos
- Pálido, azul, mareado, confundido
- Pérdida de consciencia
- Urticaria generalizada o urticaria en el torso y el cuello



Anafilaxia



- ❑ La anafilaxia requiere una inyección de epinefrina y un viaje de seguimiento a una sala de emergencias.
- ❑ Si no tiene epinefrina, debe ir a una sala de emergencias de inmediato.
- ❑ Si la anafilaxia no se trata de inmediato, puede ser FATAL.
- ❑ **En caso de duda, administre la epinefrina y llame al 911.**

Autoinyectores EpiPen y Auvi-Q:

¿Qué es y cuándo se usa?

EpiPen y Auvi Q son dispositivos de administración de epinefrina (adrenalina).

Se utilizan en situaciones de emergencia para tratar reacciones alérgicas muy graves.

- ❑ Dispositivo de inyección automática
- ❑ Desechable
- ❑ Precargado con 1 dosis de epinefrina



DOSIS DE EPIPEN:

- ❑ Junior 0.15 mg (etiqueta verde) para 33-66 libras.
- ❑ Adulto 0.3 mg (etiqueta amarilla) para 66 libras o mas.



DOSIS DE AUVI-Q:

- ❑ Bebés y niños pequeños 0.1 mg
 - ❑ (etiqueta blanca y lavanda) para 16.5 - 33 libras
- ❑ Niños 0.15 mg
 - ❑ (etiqueta azul) para 33 - 66 libras
- ❑ Cualquiera 0.3 mg
 - ❑ (etiqueta roja) para 66 libras o mas



CÓMO USAR UN EIPEN



Este video te muestra cómo
usar un lapicero EpiPen.

CÓMO USAR AUVI-Q



Este video te muestra cómo usar el sistema de inyección Auvi-Q.

Anafilaxia

Cuando un niño entra en contacto con algo a lo que es alérgico, las reacciones ocurren rápidamente.



La epinefrina actúa rápidamente para:

- Mejorar la respiración
- Estimula el corazón
- Aumenta la presión arterial en descenso
- Urticaria inversa
- Reducir la hinchazón de la cara, los labios y la garganta.

La anafilaxia puede ser FATAL y debe tratarse de inmediato con una inyección de epinefrina.

Enfermería

EpiPen y Auvi-Q de Estudiantes



- ❑ El EpiPen y Auvi-Q de los estudiantes están etiquetados con el nombre del estudiante y el número de habitación y están guardados en un gabinete sin llave en la oficina de la enfermera.

Referencias

[Ataque de Asma-Más Información](#)

[Academia Americana de Alergia, Asma e
Immunologia](#)

[Asociación Americana del Pulmón](#)

[Epi Pen Injections](#)

[Causes & Symptoms of Anaphylaxis](#)

[Food Allergy Facts & Statistics](#)

[Food Allergies in Schools](#)

[Managing Asthma in School](#)

[Asthma & Allergy Facts and
Statistics](#)

[CDC Healthy Schools](#)

[Healthy Children](#)

[Asthma & Allergy Foundation
of America](#)

[Allergies Conditions &
Treatments](#)

[Types of Allergies](#)





Preguntas o Comentarios



Información del contacto

School 7 & Acelero:

Dr. Rosa Ramos

rosaramos@paps.net

Hmieleski ECC:

Lisa Abatangelo

lisaabatangelo@paps.net

Proveedores de preescolar - Grace, Harborview, Mi Escuelita & YMCA

Frances Orozco

franorozco@paps.net

Ignacio Cruz ECC:

Maria Cunha-O'Hara

mariohara@paps.net

Melissa Lopez-Valdes

melilopezvaldes@paps.net

