

TALLER PARA PADRES DE HRL: EL ASMA Y LA ESCUELA

Creador Del Taller:
Children's Health Fund

Descripción Del Taller:
Este taller les enseñará a los padres sobre el asma.

Puntos Principales (conocimientos para impartir):

Después de haber hecho el taller, los participantes habrán aprendido sobre la importancia de

1. El control del asma.
2. Conocer los desencadenantes.
3. Hacer un plan de acción contra el asma.

Durante el Taller:

Los padres aprenderán sobre cómo impacta el asma en sus hijos y en la escuela. Platicarán sobre cómo manejar el asma de sus hijos para que el niño pueda seguir en la escuela.

A largo Plazo:

Buscamos que los padres sigan un plan de acción contra el asma y controlen el asma de sus hijos.

Materiales:

1. Presentación.
2. Encuestas para después del
3. Plan de acción contra el asma
4. Formulario de autorización de suministro de medicamentos contra el asma (Asthma MAF)
5. Boletín Informativo

Duración:

Aproximadamente 1 hora.

Costo:

Alrededor de \$1 para los popotes

Plan de lecciones del taller: Vea la presentación para obtener más información/notas para el facilitador.

Tiempo	Diapositiva	Acciones	Materiales necesarios
1 minuto	Página con el título	Presente el tema.	
2 minutos	Diapositiva 2	Dé 1 minuto a los participantes para responder la pregunta. Elija a entre 1 y 3 padres para que compartan sus ideas.	
3 minutos	Diapositiva 4	Dé 3 minutos a los participantes para platicar sobre esta pregunta con la persona que esté sentada a su derecha o izquierda.	
5 minutos	Diapositiva 8	Actividad práctica con popotes. Instrucciones: Dígalos a los padres que tomen un popote. El objetivo de esta actividad es ver cómo se siente tener un ataque de asma respirando por un popote. Dígalos que se tapen la nariz apretando el dedo pulgar y el dedo medio. Después, dígalos que soplen aire por el popote.	Popotes
2 minutos	Diapositiva 9	Dé 1 minuto a los participantes para responder la pregunta. Elija a entre 1 y 3 padres para que compartan sus ideas.	
2 minutos	Diapositiva 10	Dé 1 minuto a los participantes para responder la pregunta. Elija a entre 1 y 3 padres para que compartan sus ideas	
2 minutos	Diapositiva 11	Dé 1 minuto a los participantes para responder la pregunta. Elija a entre 1 y 3 padres para que compartan sus ideas.	Calculadora del sueño
3 minutos	Diapositiva 16	Dé 3 minutos a los participantes para platicar sobre esta pregunta con la persona que esté sentada a su derecha o izquierda.	
3 minutos	Diapositiva 17	Dé 3 minutos a los participantes para platicar sobre esta pregunta con la persona que esté sentada a su derecha o izquierda.	
2 minutos	Diapositiva 20	Dé 1 minuto a los participantes para responder la pregunta. Elija a entre 1 y 3 padres para que compartan sus ideas.	
4 minutos	Encuestas para después del taller	Pídales a los participantes que llenen la parte de atrás de la encuesta que recibieron cuando empezó el taller. Junte las encuestas de todos los participantes.	Encuestas para después del taller



El Asma y la Escuela

Taller Para Padres

Copyright (c) 2017 Children's Health Fund
Todos los derechos reservados



healthy
AND READY TO
learn
Children's
Health Fund

Pregunta Para Pensar

¿Cómo afecta **el asma** a los niños en la escuela?

www.hrl.nyc

2



Notas para el facilitador: Haga la pregunta al público y deje un tiempo para pensar. Dé a los participantes 1 minuto para responder la pregunta. Siéntase libre de permitir a los participantes que digan sus respuestas en voz alta o, si es un grupo callado, pida a entre 1 y 3 padres que compartan sus ideas.

imagen:

https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3ABlue_asthma_inhaler_graphic.svg

Aprendizajes del Dia

- **Si no puede respirar, no puede aprender.** No controlar bien el asma puede afectar el aprendizaje de su hijo.
- **El objetivo es el control.** El buen control del asma ayuda a su hijo a volver a la normalidad.
- **Sepa cuáles son sus desencadenantes.** Evitar los desencadenantes es importante para el buen control del asma.
- **¡No deje que el asma lo detenga!** Hasta los deportistas olímpicos tienen asma.



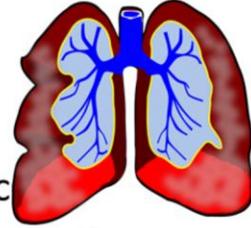
Notas para el facilitador: En esta sesión aprenderemos... (lea los aprendizajes; haga clic para que aparezcan las viñetas).

¿Qué es el Asma?

QUÉ SABEN LOS PADRES

¿Qué **ya** sabe usted sobre el asma?

¿Qué es el Asma?

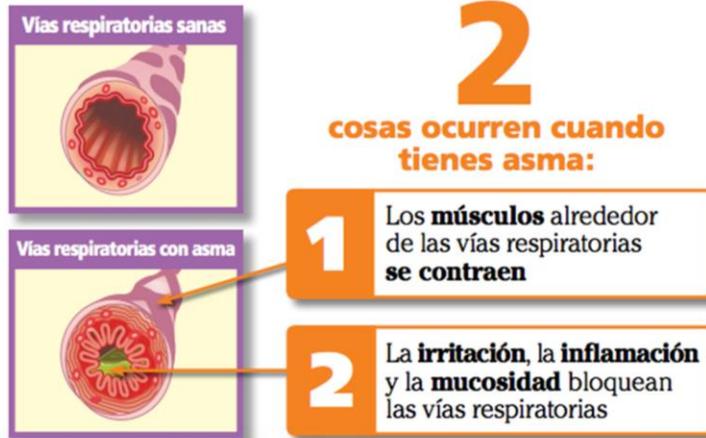


- Enfermedad de los **pulmones**.
- Hace que sea **difícil respirar**
- Los **síntomas** aparecen y desaparecen
 - Síntomas: tos, respiración sibilante, opresión en el pecho, problemas para respirar.
- Puede causar **ataques de asma** peligrosos.

Fuente: <http://www.cdc.gov/asthma/faqs.htm>

Imagen: <https://pixabay.com/en/lungs-human-diagram-respiratory-39981/>

¿Cómo funciona el asma?



www.hrf.nyc

6

Notas para el facilitador: En el asma, ocurren 2 cosas principales.

1) Tensión en los músculos, que puede ser repentina, como en un ataque de asma.

2) Irritación, hinchazón y mucosidad excesiva, que puede empeorar con el tiempo si no se trata y causar síntomas diarios.

Esto es importante porque los diferentes medicamentos contra el asma funcionan para resolver estos problemas de manera diferente. Volveremos a tratar este tema cuando platiquemos sobre los medicamentos.

Imagen: Guía de asma de CHF

Imagen original ya no disponible en wikimedia: Imagen de

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Asthmatic_bronchioles.jpg

¿Cómo funciona el asma?

Vías respiratorias sanas



Vías respiratorias con asma



2

cosas ocurren cuando
tienes asma:

1

Los **músculos** alrededor
de las vías respiratorias
se contraen

2

La **irritación**, la **inflamación**
y la **mucosidad** bloquean
las vías respiratorias

Quando las vías respiratorias se estrechan demasiado, su hijo no puede respirar.

Pida medicamentos y ayuda de inmediato.

¿Cómo funciona el asma?

Vías respiratorias sanas



Vías respiratorias con asma



2

cosas ocurren cuando
tienes asma:

1

Los **músculos** alrededor
de las vías respiratorias
se contraen

2

La **irritación**, la **inflamación**
y la **mucosidad** bloquean
las vías respiratorias

Actividad práctica con popotes:
¿Cómo se siente un ataque de
asma?

¿Cómo funciona el asma?

Actividad
práctica con
popotes:
¿Cómo se siente
un ataque de
asma?

El asma ataca las
vías respiratorias



Los tubos musculares
se estrechan

Se llenan de
mocos

¡No pasa
el aire!

Instrucciones: Dígalas a los padres que tomen un popote. El objetivo de esta actividad es ver cómo se siente tener un ataque de asma respirando por un popote. Dígalas a los padres que tomen el popote. Dígalas que se tapen la nariz apretando el dedo pulgar y el dedo medio. Dígalas que soplen aire por el popote.

Pregunta Para Pensar

En un salón de 30 alumnos, ¿**cuántos** cree que tienen asma?



www.hrl.nyc

10

Notas para el facilitador: Haga esta pregunta al público. Luego haga clic para la segunda pregunta. Dé a los participantes 1 minuto para responder la pregunta. Siéntase libre de permitir a los participantes que digan sus respuestas en voz alta o, si es un grupo callado, pida a entre 1 y 3 padres que compartan sus ideas.

Imagen: <https://openclipart.org/detail/228880/diverse-kids>

El enlace a esta fuente no funciona: Fuente:

<http://www.healthinschools.org/en/Health-in-Schools/Health-Services/School-Health-Services/School-Health-Issues/Asthma.aspx>

Pregunta Para Pensar

En un salón de 30 alumnos, **3 alumnos** en promedio tienen asma.



El enlace no funciona: Fuente: <http://www.healthinschools.org/en/Health-in-Schools/Health-Services/School-Health-Services/School-Health-Issues/Asthma.aspx>

Pregunta Para Pensar

En un salón de 30 alumnos, en este barrio,
6 alumnos en promedio tienen asma.

¿Cómo afecta el
asma a los niños
en la escuela?



Notas para el facilitador: Haga esta pregunta al público. Luego haga clic para la segunda pregunta. Dé a los participantes 1 minuto para responder la pregunta. Siéntase libre de permitir a los participantes que digan sus respuestas en voz alta o, si es un grupo callado, pida a entre 1 y 3 padres que compartan sus ideas.

Fuente:

Imagen: <https://openclipart.org/detail/228880/diverse-kids>

Cuando El Asma Está Bien Controlado...

- **No** debería afectar la capacidad de aprender.
- **No** debería afectar la capacidad de hacer ejercicio.

Cada niño necesita un plan creado especialmente para él, lo cual, a veces, lleva tiempo. Trabaje con el doctor de su hijo para crear el mejor plan.

¿Cómo afecta el aprendizaje el asma mal controlado?

Un niño con asma puede...

- Estar distraído durante las clases.
- Dormir mal y estar cansado en clase.
- Obtener calificaciones más bajas.
- Faltar muchas veces a la escuela.
- No poder participar en las actividades de la escuela.

Si no puede respirar, no puede aprender.

¿Cómo Afecta El Aprendizaje El Asma Mal Controlado?

- Los niños con asma **pierden más días de clase** que los niños sin asma.
- Con solo perder **2 días por mes** debido al asma, al sumarlos, el niño habrá perdido 1 mes completo del año escolar.
- Los niños con 1 mes de ausencias en la escuela tienen **calificaciones más bajas, menores niveles de lectura** y pueden **atrasarse** en la escuela.
- **El buen control del asma** ayuda a su hijo a **volver a la normalidad**

El Objetivo Es El Control.



Si controla bien el asma, su hijo seguramente:

- No tendrá síntomas todos los días. Learn better
- Dormirá mejor.
- Aprenderá mejor.
- Faltará menos a la escuela.
- Podrá jugar deportes y ser activo.
- No tendrá ataques de asma.

Imágenes: <https://www.flickr.com/photos/usaghumphreys/6205421569>
<https://pixabay.com/en/boy-math-student-desk-elementary-1126140/>
<http://maxpixel.freegreatpicture.com/Girls-Studio-Dance-Toddler-Adorable-Lesson-Young-695198>
<http://www.afcent.af.mil/News/tabid/4768/Article/221032/falcon-band-makes-friends-inspires-blind-children-in-kyrgyzstan.aspx>

El Objetivo Es El Control.



¿En qué nivel está el control del asma de su hijo ahora?

¿En qué nivel desea que esté el control del asma de su hijo?

Sepa Cuáles Son Sus Desencadenantes

QUÉ SABEN LOS PADRES

¿Qué desencadenantes de asma hay **en el hogar?**

Notas para el facilitador: Haga a los padres la pregunta sobre qué saben los padres. Luego dé 3 minutos a los participantes para platicar sobre esta pregunta con la persona que esté sentada a su derecha o izquierda.

Sepa Cuáles Son Sus Desencadenantes



QUÉ SABEN LOS PADRES

¿Qué desencadenantes de asma hay **en la escuela?**

Notas para el facilitador: Haga a los padres la pregunta sobre qué saben los padres. Luego dé 3 minutos a los participantes para platicar sobre esta pregunta con la persona que esté sentada a su derecha o izquierda.

Sepa Cuáles Son Sus Desencadenantes



Asthma Triggers

Fuente de imagen:

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/97/Asthma_triggers_2.PNG

Sepa Cuáles Son Sus Desencadenantes

- Los desencadenantes hacen que **aparezcan** los síntomas del asma.
- Se encuentran tanto **dentro** como **fuera** del hogar
- Ayudar a su hijo a **evitar los desencadenantes** ayuda a controlar el asma

DISPARADORES MÁS COMUNES

INTERIORES

- Polvo/ácaros del polvo
- Gatos, perros y otros animales
- Ratas o ratones
- Cucarachas
- Moho

EXTERIORES

- Polen
- Plantas, flores, césped o árboles
- Cambios de clima o estación

IRRITANTES

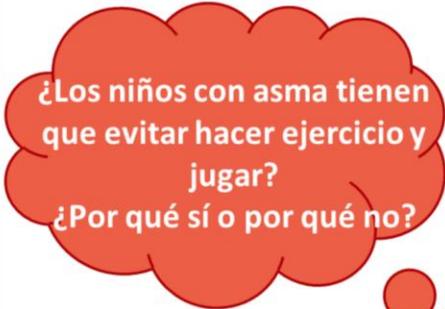
- Humo de Cigarrillo
- Olores fuertes (como productos de limpieza o perfumes)
- Polución o smog

OTROS

- Estrés o preocupaciones
- Resfriados o enfermedades
- Ejercicios o juegos
- Alergias alimentarias
- Aire frío




Sepa Cuáles Son Sus Desencadenantes



DISPARADORES MÁS COMUNES

INTERIORES

- Polvo/ácaros del polvo
- Gatos, perros y otros animales
- Ratas o ratones
- Cucarachas
- Moho

EXTERIORES

- Polen
- Plantas, flores, césped o árboles
- Cambios de clima o estación

IRRITANTES

- Humo de Cigarrillo
- Olores fuertes (como productos de limpieza o perfumes)
- Polución o smog

OTROS

- Estrés o preocupaciones
- ~~Resfriados o enfermedades~~
- Ejercicios o juegos
- Alergias alimentarias
- Aire frío

www.hrf.nyc

22

Notas para el facilitador: Haga esta pregunta al público. Luego haga clic para que aparezca la segunda pregunta. Dé a los participantes 1 minuto para responder la pregunta. Siéntase libre de permitir a los participantes que digan sus respuestas en voz alta o, si es un grupo callado, pida a entre 1 y 3 padres que compartan sus ideas.

Hacer ejercicio y jugar es importante para que su hijo esté saludable. Para poder correr y jugar hay que tener un buen control del asma. Hay niños con asma que se han convertido en atletas olímpicos.

Si nota que después de hacer ejercicio se activa el asma de su hijo, platique con su doctor para crear un plan de tratamiento.

Haga Un Plan de Acción

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Todos las personas deben tener un plan de acción contra el asma.
Tu médico o enfermera te ayudará a llenar un formulario como este.

Información del Paciente	Información del Médico o Enfermera
Paciente: _____	Médico: _____
Fecha de nacimiento: _____	Enfermera: _____
Padre: Madre: Tutor: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Indicador: _____

¡ADELANTE! ZONA VERDE	Toma tus medicamentos diariamente															
<p>Hijo Mريض de _____</p> <p>Presentas todos los síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respiras fácilmente No toses, no tienes sibilancias ni problemas para dormir Nivel de energía normal No necesitas ir a la escuela o trabajo Mantente en la Zona Verde 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Cantidad</th> <th>Cuántas veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Comentarios: _____</p>	Medicamento	Cantidad	Cuántas veces	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamento	Cantidad	Cuántas veces														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														

¡CUIDADO! ZONA AMARILLA	Toma los medicamentos para la zona verde y la zona amarilla															
<p>Hijo Mريض de _____</p> <p>Presentas algunos de estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para respirar Tos, de día o de noche Sibilancias breves Fatiga Operación en el pecho Mantente en la Zona Amarilla 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Cantidad</th> <th>Cuántas veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Comentarios: _____</p>	Medicamento	Cantidad	Cuántas veces	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamento	Cantidad	Cuántas veces														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														

¡PELIGRO! ZONA ROJA	Toma los medicamentos de la Zona Roja y Busca ayuda inmediatamente															
<p>Hijo Mريض de _____</p> <p>¡BUSCA AYUDA INMEDIATAMENTE!</p> <p>Los medicamentos de la zona verde y amarilla no hacen efecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para respirar. Respiración agitada. De ser los ruidos al respirar. La tos es constante al respirar. Operación o dolor en el pecho. Dificultad para hablar o caminar bien. Los labios o los dedos se tornan azulados. Mantente en la Zona Roja. 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Cantidad</th> <th>Cuántas veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Comentarios: _____</p> <p><small>Este es un formulario de emergencia. No garantiza el éxito. Llame al médico o enfermera inmediatamente. No guarde este formulario. Lleve una copia con usted en todo momento. Este formulario es propiedad de Children's Health Fund.</small></p>	Medicamento	Cantidad	Cuántas veces	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamento	Cantidad	Cuántas veces														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														

Nota: Los dispositivos que empujan la inhalación.

- Un plan de acción es una guía para **el buen control del asma.**
- Mantiene toda la información sobre el asma **en un solo lugar.**
- Muestra **qué medicamentos tomar** según el nivel de los síntomas del asma.
- Está hecho específicamente para su hijo **con ayuda de su doctor.**

Haga Un Plan de Acción

Hay dos tipos de medicamentos para el asma en un plan de acción:

1 Aliviadores: ayudan a **aliviar rápidamente** los síntomas del asma cuando aparecen

- ✓ Ayudan a volver a respirar **normalmente**.
- ✓ **Albuterol**, Ventolin, Bricanyl, Atrovent, Airomir, ProAir

Notas para el facilitador: Los medicamentos aliviadores en ocasiones son llamados “medicamentos de rescate”. Este tipo de medicamentos actúan instantáneamente relajando los músculos tensos alrededor de las vías respiratorias en los pulmones. Hay que usar este tipo de medicamentos durante un ataque de asma.

Levante la mano si su hijo tiene un medicamento aliviador. Todos los niños con asma tienen que tener un medicamento aliviador para casos de emergencia. Tienen que tener acceso a ellos todo el tiempo.

Fuente: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/treatment>

Haga Un Plan de Acción

Hay dos tipos de medicamentos para el asma en un plan de acción:

2 Controladores: ayudan a **controlar** el asma para sentirse más sano todos los días.

- ✓ Con pulmones más saludables, hay **menos síntomas en general.**
- ✓ Flovent, Advair

¿Cómo ayudan los medicamentos controladores a su hijo en la escuela?

Notas para el facilitador: Cuando se los usa todos los días, según las instrucciones del doctor de su hijo, este tipo de medicamentos puede ayudar a reducir la inflamación, la mucosidad excesiva y la inflamación de las vías respiratorias. Pero se necesitan días o semanas para que funcionen y solo funcionan si se los usa con regularidad.

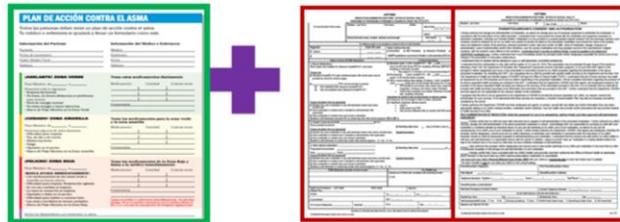
Si su hijo usa sus controladores con regularidad, gradualmente irá teniendo menos síntomas e incluso podrá tolerar mejor cosas como los resfriados, sin fuertes ataques de asma.

Los niños con síntomas de asma muy poco frecuentes podrían no necesitar un medicamento controlador diario.

Si su hijo tiene más de un medicamento para el asma, es MUY importante saber cuál es el controlador y cuál es el aliviador, porque se usan y funcionan de manera diferente. Platique con el doctor de su hijo para asegurarse de que su hijo tenga el mejor plan.

Fuente: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/asthma.html>

Haga Un Plan de Acción



Para ayudar a su hijo con el control del asma, su escuela necesita:

- El **plan de acción contra el asma** de su hijo; y
- Su Formulario de autorización de suministro de medicamentos contra el asma (**Asthma MAF**) (2 páginas) firmado.

Notas para el facilitador: Entregue formularios de plan de acción y de autorización de suministro de medicamentos contra el asma.

Fuente: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/treatment>

Haga Un Plan de Acción

The image shows two forms side-by-side, separated by a purple plus sign. The form on the left is titled 'PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA' and is a multi-sectioned document with various fields for patient information, medical history, and treatment plans. The form on the right is titled 'Asthma MAF' and is a more detailed medical form with many small text boxes and checkboxes, likely for a school or healthcare provider to use.

La escuela **no puede darle medicamentos contra el asma a su hijo** si no tiene su formulario **Asthma MAF** firmado.

Haga Un Plan de Acción: 4 Pasos Para la Escuela.



Paso 1: Lleve el **plan de acción** y el **Asthma MAF** al doctor. Pídale al doctor que llene los dos formularios.

Paso 2: Entregue el **plan de acción** y el **Asthma MAF firmado** al enfermero de la escuela. Pídale al enfermero de la escuela que le devuelva 2 copias del plan de acción.

Paso 3: Entregue 1 copia del **plan de acción** al maestro.

Paso 4: Conserve 1 copia del **plan de acción** en su hogar. Úselo para ir controlando los síntomas de su hijo.

Fuente: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/treatment>




Repasemos: Paso 1

Plan de acción contra el asma





Asthma MAF



Doctor



Enfermera



Maestro



Hogar

www.hrf.nyc

29

Fuente: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/treatment>

Imágenes: <https://pixabay.com/en/boy-cartoon-chart-checkup-clinic-2027615/>
https://pixabay.com/p-1080410/?no_redirect
<http://www.publicdomainpictures.net/view-image.php?image=56145>
<https://www.flickr.com/photos/editor/8201594882/>

Repasemos: Paso 2




Plan de acción contra el asma



Asthma MAF




Doctor


Enfermera


Maestro


Hogar

www.hrl.nyc

30

Source: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/treatment>

Imágenes: <https://pixabay.com/en/boy-cartoon-chart-checkup-clinic-2027615/>
https://pixabay.com/p-1080410/?no_redirect
<http://www.publicdomainpictures.net/view-image.php?image=56145>
<https://www.flickr.com/photos/editor/8201594882>



Fuente: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/treatment>

Imágenes: <https://pixabay.com/en/boy-cartoon-chart-checkup-clinic-2027615/>
https://pixabay.com/p-1080410/?no_redirect
<http://www.publicdomainpictures.net/view-image.php?image=56145>
<https://www.flickr.com/photos/editor/8201594882>




Repasemos: Paso 4

Plan de acción contra el asma





Asthma MAF



Doctor



Enfermera



Maestro



Hogar

www.hrf.nyc

32

Fuente: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/asthma/treatment>

Imágenes: <https://pixabay.com/en/boy-cartoon-chart-checkup-clinic-2027615/>
https://pixabay.com/p-1080410/?no_redirect
<http://www.publicdomainpictures.net/view-image.php?image=56145>
<https://www.flickr.com/photos/editor/8201594882>

No Deje Que El Asma Lo Detenga

Casi **1 de cada 10** deportistas olímpicos tiene asma
¡El buen control del asma los ayuda a **triunfar!**



Jerome Bettis
Asma, edad 15
Pittsburgh Steelers



Todd Lodwick
Asma, toda su vida
1 Olympic silver medal

www.hrf.nyc

33

Jerome Bettis

Este corredor optimista —bien llamado “El Bus”— fue diagnosticado de asma a los 15 años, después de desmayarse durante una prueba de futbol americano en la escuela. Pero el asma no detuvo a El Bus. Tras destacarse en Notre Dame, Bettis ganó el premio al Novato del Año de la NFL y jugó 13 temporadas en la liga, durante las cuales ganó un Super Bowl. Siempre tenía un inhalador al costado del campo de juego.

Una vez, Bettis sufrió un ataque de asma durante un partido que jugó en 1997, un día de mucho calor y humedad, en Jacksonville, Florida. “Imagínense que les pusieran una bolsa de plástico en la cabeza”, comentó Bettis a *USA Today* sobre su experiencia. Bettis se arrastró al costado del campo de juego, le dieron una inyección y lo nebulizaron, y finalmente volvió al juego.

Todd Lodwick

Todd Lodwick es un esquiador que compitió 6 veces en los Juegos Olímpicos. A pesar de haber sido diagnosticado de asma cuando era niño, Lodwick pudo manejar su asma mientras hacía ejercicio en climas fríos y se convirtió en un campeón mundial reconocido. En los Juegos Olímpicos de Invierno de 2014, Lodwick fue seleccionado para llevar la bandera de los EE.UU. por los otros deportistas que representaban a los EE.UU.

Deportistas sin foto

Jackie Joyner-Kersey

Esta estrella de la pista y el campo, que participó en 4 Juegos Olímpicos y ganó 3 medallas de oro, fue diagnosticada de asma cuando era estudiante de primer año en la UCLA. Jugaba al basquetbol y corría en pista en ese momento y no podía recuperar la respiración después de hacer mucho ejercicio. Por miedo a perder su beca, Joyner-Kersey se escondía en el baño para ocultar su problema a los entrenadores y compañeros de equipo.

Incluso después de que un doctor le diagnosticara asma, Joyner-Kersey no tomaba sus medicamentos con regularidad, y por ello años después sufrió un ataque de asma que puso su vida en riesgo. “Finalmente entendí que tenía que respetar al asma tanto como a un contrincante”, dijo Joyner-Kersey a [*Sports Illustrated for Women*](#), que en el año 2000 la [nombró la mejor deportista de todos los tiempos](#).

Amy Van Dyken

De niña, el asma de Amy Van Dyken era tan grave que no podía subir un tramo de escaleras. A los 6 años empezó a hacer natación por consejo del doctor, que le dijo que la respiración rítmica y el aire húmedo podrían ayudarla a estirar los pulmones.

Al principio el avance era lento —Van Dyken no pudo nadar 100 metros hasta que fue adolescente—, pero con la ayuda de un régimen de medicamentos (y a pesar de los frecuentes ataques de asma), Van Dyken fue avanzando hasta lo más alto de su deporte. Ganó 4 medallas de oro en los Juegos Olímpicos de Atenas y consiguió otras 2 en Sídney, 4 años después.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3A2010_Winter_Olympics_Todd_Lodwick_in_nordic_combined_NH10km.jpg

Fuente: <https://www.thebus36.com>

<http://www.teamusa.org/us-ski-and-snowboard/athletes/Todd-Lodwick>

Imágenes: <https://www.flickr.com/photos/aidanmorgan/5203085471>,

https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3A2010_Winter_Olympics_Todd_Lodwick_in_nordic_combined_NH10km.jpg

Aprendizajes del Dia

- **Si no puede respirar, no puede aprender.** No controlar bien el asma puede afectar el aprendizaje de su hijo.
- **El objetivo es el control.** El buen control del asma ayuda a su hijo a volver a la normalidad.
- **Sepa cuáles son sus desencadenantes.** Evitar los desencadenantes es importante para el buen control del asma.
- **¡No deje que el asma lo detenga!** Hasta los deportistas olímpicos tienen asma.



Notas para el facilitador: En esta sesión aprenderemos... (lea los aprendizajes; haga clic para que aparezcan las viñetas).

¿Preguntas?



¡Gracias!

Si quiere ver más recursos para el asma o recibir información sobre otros **problemas de salud que limitan el aprendizaje**, visite el **Centro de recursos y capacitación de Healthy and Ready to Learn**.

ENCUESTA SOBRE EL TALLER

¡Gracias por participar en nuestro taller! Nos gustaría que nos ayudara a saber cómo mejorar el taller, cuánto aprendió y si cree que aplicará lo que aprendió en su trabajo y en su vida. Tómese unos minutos para llenar esta encuesta. ¡Le agradecemos que nos dé su opinión sincera!

1) ¿Cuál fue la mejor parte del taller?

2) ¿Qué le GUSTÓ MENOS del taller?

3) ¿Cómo mejoraría el taller?

4) Marque con un círculo el número que mejor represente su conocimiento y habilidades antes y después de esta capacitación:

Como el asma afecta el aprendizaje

ANTES DEL TALLER					DESPUÉS DEL TALLER				
Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Muchísimo	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Como crear un plan para el asma

ANTES DEL TALLER					DESPUÉS DEL TALLER				
Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Muchísimo	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Cuáles son las desencadenantes de asma

ANTES DEL TALLER					DESPUÉS DEL TALLER				
Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Muchísimo	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Muchísimo
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

5) ¿Qué tan probable es que use el conocimiento y las habilidades que adquirió en el taller? (Marque con un círculo)

Muy poco probable	Poco probable	Neutral	Probable	Muy probable
1	2	3	4	5

6) ¿Qué desafíos cree que tendrá para usar lo que aprendió?

7) ¿Algún otro comentario?

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Todos las personas deben tener un plan de acción contra el asma.
Tu médico o enfermera te ayudará a llenar un formulario como este.

Información del Paciente

Paciente _____
Fecha de nacimiento _____
Padre/ Madre/ Tutor _____
Teléfono _____

Información del Médico o Enfermera

Médico _____
Enfermera _____
Fecha _____
Teléfono _____

¡ADELANTE! ZONA VERDE

Flujo Máximo: de _____ a _____

Presentas todo lo siguiente:

- Respiras fácilmente
- No toses, no tienes sibilancias ni problemas para dormir.
- Nivel de energía normal
- No toses al jugar o hacer ejercicios
- Marca de Flujo Máximo en la Zona Verde

Toma estos medicamentos diariamente

Medicamento	Cantidad	Cuántas veces
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comentarios _____

¡CUIDADO! ZONA AMARILLA

Flujo Máximo: de _____ a _____

Presentas algunos de estos síntomas:

- Dificultad para respirar
- Tos, de día o de noche
- Sibilancias leves
- Fatiga
- Opresión en el pecho
- Marca de Flujo Máximo en la Zona Amarilla

Toma los medicamentos para la zona verde y la zona amarilla

Medicamento	Cantidad	Cuántas veces
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comentarios _____

¡PELIGRO! ZONA ROJA

Flujo Máximo: de _____ a _____

¡BUSCA AYUDA INMEDIATAMENTE!

- Los medicamentos de las zonas verde y amarilla no hacen efecto.
- Dificultad para respirar. Respiración agitada.
- Se ven las costillas al inspirar.
- La nariz se ensancha al respirar.
- Opresión o dolor en el pecho.
- Dificultad para hablar o caminar bien
- Las uñas y los labios se tornan azulados.
- Marca de Flujo Máximo en la Zona Roja.

Toma los medicamentos de la Zona Roja y llama a tu médico inmediatamente

Medicamento	Cantidad	Cuántas veces
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comentarios _____

Llama al médico o enfermera inmediatamente. No pierdas tiempo. Si no te puedes comunicar con tu médico llama al 911 o ve a la sala de emergencia del hospital rápidamente.

Anota los disparadores que empeoran tu asma:

ASTHMA
MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016–2017

Autorización del padre, madre o tutor

Por medio de la presente autorizo el almacenamiento y administración de medicamentos, así también como el almacenamiento y utilización de cualquier instrumento necesario para administrar la medicación, de acuerdo con las indicaciones del prestador de servicios de salud de mi hijo. Entiendo que debo proveer a la escuela de la medicación e instrumentos necesarios para su administración, incluso de inhaladores fuera de stock. El medicamento debe entregarse en el envase original rotulado adecuadamente por la farmacia (obtendré otro envase para que mi hijo lo utilice fuera de la escuela), etiqueta del medicamento recetado debe incluir el nombre y apellido del alumno, el nombre y número de teléfono de la farmacia, el nombre y apellido del profesional matriculado que recetó el medicamento, fecha y número de veces permitido para rellenar el envase, nombre del medicamento, dosis, frecuencia de administración, vía de administración y otras indicaciones; los medicamentos de venta libre y las muestras deben encontrarse en el envase original del fabricante, con el nombre y apellido del alumno pegado en el envase. Entiendo que debe proveerse toda medicación en el envase del medicamento original y SIN ABRIR. Aún más, entiendo que debo notificar de inmediato a la enfermera de la escuela, de cualquier cambio en la receta o en las indicaciones que figuran más arriba.

Entiendo que no se permitirá a ningún alumno llevar consigo o autoadministrarse sustancias reguladas.

Entiendo que este formulario MAF es válido únicamente hasta el final de las sesiones del programa educativo de verano patrocinado por el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE), o hasta el momento en que entregue a la enfermera escolar las nuevas indicaciones del prestador de servicios de salud de mi hijo (cualquiera que ocurra primero). Mediante el presente Formulario de Administración de Medicamentos (MAF), solicito que por medio de la Oficina de Salud Escolar (OSH), el DOE y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH) provean a mi hijo servicios de salud específicos. Entiendo que estos servicios pueden incluir exámenes clínicos y un chequeo médico efectuado por un prestador de la Oficina de Salud Escolar. En este Formulario de Administración de Medicamentos se incluyen amplias y completas indicaciones para los servicios de salud que se mencionaron más arriba. Entiendo que la OSH y sus funcionarios y empleados que participan de la prestación de los servicios de salud que se solicitan arriba, confían en la exactitud de la información que figura en este formulario.

Entiendo que luego de la fecha de vencimiento del formulario MAF, un prestador de servicios de salud de la Oficina de Salud Escolar puede examinar a mi hijo para evaluar sus síntomas de asma y su respuesta a la medicación prescrita y puede llenar un nuevo formulario MAF. Si el prestador de servicios de salud de la oficina OSH determina que no se necesitan cambios en el formulario MAF, dicho prestador de servicios llenará un nuevo formulario MAF con las mismas indicaciones que vencerá al año, a menos que el prestador de servicios de salud de mi hijo dé un nuevo formulario MAF. Si el médico de la oficina OSH basándose en un examen de mi hijo y en la historia clínica pertinente determina que deben cambiarse las indicaciones en el formulario MAF, dicho prestador de servicios llenará un nuevo formulario MAF con indicaciones distintas que vencerá al año, a menos que el médico de mi hijo dé un nuevo formulario MAF. Yo, junto con el prestador de servicios de salud de mi hijo oficial seremos notificados de la expedición de un nuevo formulario MAF y de cualquier cambio en las indicaciones del formulario MAF. Además entiendo que tendré hasta 30 días antes del vencimiento de este formulario MAF para presentar uno nuevo, o para elevar una objeción al examen por escrito, a la enfermera escolar. Si no presento un nuevo formulario MAF a la enfermera escolar, o le notifico por escrito que protesto a que un prestador de servicios de salud de la Oficina de Salud Escolar examine a mi hijo antes del vencimiento del plazo, mi hijo puede ser examinado y puede llenarse un nuevo formulario MAF.

Entiendo que el presente formulario no constituye un acuerdo de la oficina OSH y del DOE para proveer los servicios solicitados, sino más bien mi petición, y consentimiento para dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, un Plan de Adaptaciones para Alumnos puede ser necesario también, y la escuela completará dicho plan.

Entiendo que la oficina OSH y el departamento DOE y sus delegados y empleados pueden comunicarse, consultar y obtener cualquier otra información que consideren adecuada con respecto a la enfermedad de mi hijo, sus medicamentos y su tratamiento, a cualquier prestador de cuidados de salud y/o farmacéutico que haya provisto servicios médicos o de salud a mi hijo.

****AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: Marque con sus iniciales este párrafo para el uso de epinefrina, inhalador para el asma y otros medicamentos aprobados para autoadministrarse:**

____ Por medio de la presente certifico que mi hijo ha sido instruido completamente y que es capaz de autoadministrarse el medicamento recetado. Además autorizo a mi hijo a llevar consigo, almacenar y autoadministrarse en la escuela la medicación que figura más arriba. Entiendo que soy responsable de proveer la medicación para mi hijo en envases rotulados como se describió más arriba, y del seguimiento y control del uso de mi hijo de tal medicamento, y de todas y cada una de las consecuencias que padezca mi hijo debido al uso de dicho medicamento. Entiendo que la enfermera escolar confirmará la capacidad de mi hijo para llevar consigo y autoadministrarse el medicamento de manera responsable. También expreso mi consentimiento a proveer medicamento "de reserva" en un contenedor claramente rotulado que debe almacenarse en la sala médica, en caso de que mi hijo no cuente con suficiente medicamento a disposición para autoadministrarse.

____ También autorizo a la enfermera escolar a almacenar y/o administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que mi hijo sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse dicho medicamento.

____ **Por medio de la presente certifico que he consultado con el prestador del área salud de mi hijo y que autorizo a la Oficina de Salud Escolar para administrar medicación para el asma que tengan en su haber, en caso de que el medicamento para el asma de mi hijo no se encuentre a disposición.**

Debe enviar el inhalador de dosis personal medida (MDI) con su hijo a cualquier excursión escolar para que lo tenga a su disposición. La medicación para el asma de stock que se guarda en la escuela se utiliza cuando los alumnos se encuentran en la dependencia escolar únicamente.

Firma del padre/madre/tutor	Nombre y apellido del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)
Firmado el ____/____/____	Dirección del padre/madre/tutor:
Número telefónico: Día (____) ____ - ____ Hogar (____) ____ - ____ Celular* (____) ____ - ____	
Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor*	
Nombre y apellido alternativo de contacto ante emergencias	Número telefónico de contacto (____) ____ - ____
NO ESCRIBIR DEBAJO - PARA USO DE LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR ÚNICAMENTE (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)	
Received by: Name _____ Date ____/____/____	Reviewed by: Name _____ Date ____/____/____
Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	

Confidential information should not be sent by e-mail.

ASTHMA

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/____ M M D D Y Y Y Y	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade

THE FOLLOWING SECTIONS ARE TO BE COMPLETED BY STUDENT'S HEALTH CARE PRACTITIONER

Diagnosis	Select Asthma Severity and Control				
<input type="checkbox"/> Asthma	Severity:	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Mild Persistent	<input type="checkbox"/> Moderate Persistent	<input type="checkbox"/> Severe Persistent
Other:	Control:	<input type="checkbox"/> Well-controlled		<input type="checkbox"/> Poorly Controlled (includes Not Controlled category)	

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes; N = No; U = Unknown)

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	History of asthma-related:
History of life-threatening asthma (e.g., with loss of consciousness or with hypoxic seizure)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	PICU admissions (ever) <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
Received oral steroids within past 12 months: ____ times	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	ER visits within past 12 months: ____ times <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
Date last oral steroids received: ____/____/____				Hospitalizations within past 12 months: ____ times <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
History of food allergy, eczema, specify _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	

Select In School ASTHMA Medications

In School Instructions

<p>1. Quick Relief Medications Choose ONLY one:</p> <p><input type="checkbox"/> Albuterol [Ventolin® can be provided by school for shared usage (plus individual spacer): see back]. <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI</p> <p><input type="checkbox"/> Other Medication Order: Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q ____ hrs Instructions:</p>	<p><input type="checkbox"/> Standard Order: Give 2 inhalations q 4 hours PRN for coughing, wheezing, tightness in chest, difficulty breathing or shortness of breath ("Asthma Flare Symptoms"). Monitor for 20 minutes or until symptom-free. If not symptom-free after 20 minutes may repeat ONCE</p> <p style="text-align: center;">OR</p> <p><input type="checkbox"/> If in Respiratory distress*: call 911 and give 6 inhalations; then may repeat 6 inhalations q 20 minutes until EMS arrives.</p> <p><input type="checkbox"/> Pre-exercise: give 2 inhalations 15 -20 minutes before exercise.</p> <p><input type="checkbox"/> URI symptoms or recent asthma flare (within 5 days): give 2 inhalations @ noon for 5 days.</p>
--	---

<p>2. Controller Medications for In-School Administration <i>(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)</i> <u>SPECIFY Name(s) of medication</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid (ICS): _____ Strength _____ <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ Strength _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: ____ inhalations <u>once a day</u> at ____ AM OR ____ PM OR ____ inhalations <u>twice a day</u> at ____ AM and ____ PM</p> <p><u>Special Instructions:</u></p>
---	---

Select the most appropriate option for this student:

Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication

Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry / self-administer:**

* I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____
practitioner's initials

**** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

HOME Medications (include over-the counter)	For Office of School Health (OSH) Only
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP
	*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, talking in words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature	Date ____/____/____
Address	Tel. (____)____-____		Fax. (____)____-____	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.
NYS License # (Required) _____	Medicaid# _____		NPI # _____	

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

BOLETÍN INFORMATIVO DE HEALTHY AND READY TO LEARN

DESARROLLAR HÁBITOS SALUDABLES

ASMA

El asma es muy común en los niños. Los síntomas comunes del asma son las tos y la respiración sibilante. La respiración sibilante es un sonido agudo o tipo silbido al respirar

El asma bien controlado permite al niño:

- ✓ Perder menos días de escuela
- ✓ Tener un mejor desempeño en la escuela
- ✓ Dormir mejor.
- ✓ Jugar deportes y ser activo
- ✓ Tener menos síntomas molestos
- ✓ Tener menos emergencias médicas

Si sospecha que su hijo tiene asma, visite a su doctor o al enfermero de la escuela de su hijo para que lo asesoren y le expliquen cuáles son las opciones de tratamiento.

SECRETOS PARA EL ÉXITO

Ayude a su hijo a tener una rutina para la mañana

- Levante a su hijo a la misma hora todos los días.
- Prepare la ropa que usará y la mochila la noche anterior.

Esto ayuda a eliminar el estrés de la mañana y hace que su hijo no llegue tarde a la escuela

RINCÓN DE LA COCINA



Wrap de trigo integral con vegetales

Ingredientes

- 1 pepino en rebanadas
- 2 calabacitas en rebanadas
- 2 zanahorias en rebanadas
- 4 champiñones picados
- 4 cebollas cambray picadas
- 1 diente de ajo
- 4 tortillas intergral
- 1/2 taza de queso crema bajo en grasas
- Salsa

Instrucciones:

1. Mezcle todos los vegetales en un recipiente
2. Esparza una cucharadita de queso crema en cada tortilla
3. Esparza una cucharadita de salsa sobre el queso crema.
4. Esparza los vegetales sobre la tortilla.
5. Enrolle la tortilla.