

Asthma Control Test™ (La Prueba de Control del Asma) es:

- ▶ Una prueba rápida para personas asmáticas de 12 años de edad en adelante que produce un resultado numérico para ayudar a evaluar el control del asma.
- ▶ Reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health - NIH) en sus directrices sobre el asma de 2007.¹
- ▶ Convalidada clínicamente en comparación con evaluaciones de especialistas con espirometría.²

PACIENTES:

1. Escriba el número de cada respuesta en el cuadro de puntaje que aparece a la derecha.
2. Sume los cuadros de puntajes para obtener el TOTAL.
3. Hable con su médico sobre sus resultados.

1. En las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?	<table border="1"> <tr> <td>Siempre 1</td> <td>La mayoría del tiempo 2</td> <td>Algo del tiempo 3</td> <td>Un poco del tiempo 4</td> <td>Nunca 5</td> </tr> </table>					Siempre 1	La mayoría del tiempo 2	Algo del tiempo 3	Un poco del tiempo 4	Nunca 5	PUNTAJE
Siempre 1	La mayoría del tiempo 2	Algo del tiempo 3	Un poco del tiempo 4	Nunca 5							
2. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?	<table border="1"> <tr> <td>Más de una vez al día 1</td> <td>Una vez al día 2</td> <td>De 3 a 6 veces por semana 3</td> <td>Una o dos veces por semana 4</td> <td>Nunca 5</td> </tr> </table>					Más de una vez al día 1	Una vez al día 2	De 3 a 6 veces por semana 3	Una o dos veces por semana 4	Nunca 5	
Más de una vez al día 1	Una vez al día 2	De 3 a 6 veces por semana 3	Una o dos veces por semana 4	Nunca 5							
3. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?	<table border="1"> <tr> <td>4 o más noches por semana 1</td> <td>De 2 a 3 noches por semana 2</td> <td>Una vez por semana 3</td> <td>Una o dos veces 4</td> <td>Nunca 5</td> </tr> </table>					4 o más noches por semana 1	De 2 a 3 noches por semana 2	Una vez por semana 3	Una o dos veces 4	Nunca 5	
4 o más noches por semana 1	De 2 a 3 noches por semana 2	Una vez por semana 3	Una o dos veces 4	Nunca 5							
4. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?	<table border="1"> <tr> <td>3 o más veces al día 1</td> <td>1 ó 2 veces al día 2</td> <td>2 ó 3 veces por semana 3</td> <td>Una vez por semana o menos 4</td> <td>Nunca 5</td> </tr> </table>					3 o más veces al día 1	1 ó 2 veces al día 2	2 ó 3 veces por semana 3	Una vez por semana o menos 4	Nunca 5	
3 o más veces al día 1	1 ó 2 veces al día 2	2 ó 3 veces por semana 3	Una vez por semana o menos 4	Nunca 5							
5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas ?	<table border="1"> <tr> <td>No controlada en absoluto 1</td> <td>Mal controlada 2</td> <td>Algo controlada 3</td> <td>Bien controlada 4</td> <td>Completamente controlada 5</td> </tr> </table>					No controlada en absoluto 1	Mal controlada 2	Algo controlada 3	Bien controlada 4	Completamente controlada 5	
No controlada en absoluto 1	Mal controlada 2	Algo controlada 3	Bien controlada 4	Completamente controlada 5							
						TOTAL					

Si obtuvo 19 puntos o menos, es probable que su asma no esté bajo control. Sin importar el puntaje obtenido, comparta los resultados con su médico.

Copyright 2002, QualityMetric Incorporated.

Asthma Control Test™ (La Prueba de Control del Asma) es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

- ▶ Incluya el puntaje de la Prueba de Control del Asma en la historia clínica de su paciente para llevar un registro del control del asma.

Referencias: 1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. *Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3 2007)*. Ítem de NIH No. 08-4051. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Consultado el 8 de noviembre de 2011. 2. Nathan RA y otros. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.



GlaxoSmithKline

Este material fue elaborado por GlaxoSmithKline.

Prueba de Control del Asma de la Infancia para niños de 4 a 11 años de edad

Cómo contestar la Prueba de Control del Asma de la Infancia

- **Paso 1** Deje que su niño/a conteste las **primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4)**. Si su niño/a necesita ayuda para leer o entender alguna pregunta, usted lo/la puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. Conteste usted las **tres preguntas restantes (de la 5 a la 7)** y no permita que las respuestas de su niño/a afecten sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.
- **Paso 2** Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.
- **Paso 3** Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.
- **Paso 4** Líe-le la prueba a su doctor para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

19
puntos o
menos





Si su hijo/a obtuvo 19 puntos o menos, puede ser una señal de que su asma no está tan bien controlada como podría serlo. Lleve esta prueba a su doctor para hablar con él sobre los resultados.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 0 Muy mal	 1 Mal	 2 Bien	 3 Muy bien	PUNTAJE <input type="text"/>
--	--	--	---	---------------------------------

2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?

 0 Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer.	 1 Es un problema y no me siento bien.	 2 Es un problema pequeño pero está bien.	 3 No es un problema.	<input type="text"/>
---	--	--	---	----------------------

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.	<input type="text"/>
---	---	--	---	----------------------

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.	<input type="text"/>
---	---	--	---	----------------------

Por favor complete usted las siguientes preguntas.

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	<input type="text"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a respiración sibilante (un silbido en el pecho) durante el día debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	<input type="text"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	<input type="text"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------

TOTAL