

# 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.<sup>1</sup>
- ▶ Convalidada clínicamente en comparación con evaluaciones de especialistas con espirometría.<sup>2</sup>

**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 <b>4 semanas</b> , ¿cuánto tiempo le ha impedido su <b>asma</b> hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?	<b>PUNTAJE</b>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Siempre</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">La mayoría del tiempo</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Algo del tiempo</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Un poco del tiempo</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Siempre	1	La mayoría del tiempo	2	Algo del tiempo	3	Un poco del tiempo	4	Nunca	5	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
Siempre	1	La mayoría del tiempo	2	Algo del tiempo	3	Un poco del tiempo	4	Nunca	5		
2. Durante las últimas <b>4 semanas</b> , ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Más de una vez al día</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Una vez al día</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">De 3 a 6 veces por semana</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Una o dos veces por semana</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">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	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
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 <b>4 semanas</b> , ¿con qué frecuencia sus síntomas del <b>asma</b> (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?	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">4 o más noches por semana</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">De 2 a 3 noches por semana</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Una o dos veces</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">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	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
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 <b>4 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">3 o más veces al día</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1 ó 2 veces al día</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2 ó 3 veces por semana</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana o menos</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">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	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
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 <b>asma</b> durante las últimas <b>4 semanas</b> ?	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">No controlada en absoluto</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Mal controlada</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Algo controlada</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Bien controlada</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Completamente controlada</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	No controlada en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
No controlada en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5		
	<b>TOTAL</b>										
	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>										

**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** Líevely 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?

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

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

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

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

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

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

 <b>0</b> Sí, siempre.	 <b>1</b> Sí, la mayoría del tiempo.	 <b>2</b> Sí, algo del tiempo.	 <b>3</b> 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?

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> 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?

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> 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?

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

TOTAL