

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ASMA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Ciudad donde reside: _____

Nombre del médico tratante: _____

Tratamiento actual: _____

Cuestionario de evaluación del control del asma (Modificado de ACT™)

1 En el último mes (4 semanas), ¿qué tanto le ha impedido el asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

- Siempre (+1)
- La mayoría del tiempo (+2)
- Algo de tiempo (+3)
- Un poco de tiempo (+4)
- Nunca (+5)

PUNTAJE

2 En el último mes (4 semanas), ¿con qué frecuencia ha tenido sensación de falta de aire?

- Más de una vez al día (+1)
- Una vez por día (+2)
- De 3 a 6 veces por semana (+3)
- Una o dos veces por semana (+4)
- Nunca (+5)

PUNTAJE

3 En el último mes (4 semanas), ¿qué tan frecuentes han sido sus síntomas de asma (silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

- 4 o más noches por semana (+1)
- 2 o 3 veces por semana (+2)
- Una vez por semana (+3)
- Una o dos veces (+4)
- Nunca (+5)

PUNTAJE

4 En el último mes (4 semanas), ¿qué tan frecuentemente ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (salbutamol)?

- 3 o más veces al día (+1)
- 1 o 2 veces al día (+2)
- 2 o 3 veces por semana (+3)
- Una vez por semana o menos (+4)
- Nunca (+5)

PUNTAJE

5 En el último mes (4 semanas), ¿qué tan controlada ha estado su asma?

- No controlada, en absoluto (+1)
- Mal controlada (+2)
- Algo controlada (+3)
- Bien controlada (+4)
- Completamente controlada (+5)

PUNTAJE

Un puntaje arriba de 20 significa que el asma se encuentra bien controlada.

PUNTAJE