

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

PARA LOS PACIENTES:

## Tome la Prueba de Control del Asma (Asthma Control Test™ – ACT) para personas de 12 años de edad en adelante.

Averigüe su puntaje. Comparta sus resultados con su médico.

Paso 1 Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.

Paso 2 Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.

Paso 3 Llévelo la prueba a su doctor para hablar sobre su puntaje total.

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?

|         |   |                       |   |                 |   |                    |   |       |   |
|---------|---|-----------------------|---|-----------------|---|--------------------|---|-------|---|
| 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 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 |
|-----------------------|---|-----------------|---|---------------------------|---|----------------------------|---|-------|---|

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?

|                           |   |                        |   |                    |   |                 |   |       |   |
|---------------------------|---|------------------------|---|--------------------|---|-----------------|---|-------|---|
| 4 o más noches por semana | 1 | 2 ó 3 veces 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)?

|                      |   |                    |   |                        |   |                            |   |       |   |
|----------------------|---|--------------------|---|------------------------|---|----------------------------|---|-------|---|
| 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?

|                            |   |                |   |                 |   |                 |   |                          |   |
|----------------------------|---|----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|--------------------------|---|
| No controlada, en absoluto | 1 | Mal controlada | 2 | Algo controlada | 3 | Bien controlada | 4 | Completamente controlada | 5 |
|----------------------------|---|----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|--------------------------|---|

Derechos de autor 2002, por QualityMetric Incorporated  
Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

PUNTAJE

TOTAL

**Si obtuvo 19 puntos o menos, es posible que su asma no esté tan bien controlada como podría. Hable con su médico.**

PARA LOS MÉDICOS:

### La Prueba ACT:

- Ha sido convalidada clínicamente por espirometría y evaluaciones de especialistas<sup>1</sup>
- Tiene el apoyo de la American Lung Association (Asociación Americana del Pulmón)
- Consiste en un breve cuestionario de 5 preguntas al que el paciente responde independientemente y que puede ayudarle al médico a evaluar el asma de sus pacientes durante las últimas 4 semanas.

Referencia: 1. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;113:59-65.