

Prueba de control del asma de la infancia para niños/as de 4 a 11 años

Conozca el puntaje

Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar a su médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

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 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 Escriba el número de cada respuesta en el cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

Paso 3 Sume cada uno de los puntajes de los cuadrillos para obtener el total.

Paso 4 Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

19
o menos

Si el puntaje de su niño/a es 19 o menos, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

PUNTAJE

| | | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| 0 Muy mala | 1 Mala | 2 Buena | 3 Muy buena | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|

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="checkbox"/> |
|--|---|--|------------------------------------|--------------------------|

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="checkbox"/> |
|------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|

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="checkbox"/> |
|------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|

Por favor conteste 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="checkbox"/> |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|

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="checkbox"/> |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|

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="checkbox"/> |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|

TOTAL

Por favor dé vuelta a la página para saber lo que quiere decir el puntaje total de su niño/a. _____