



Servicio de Neumología
Hospital Universitario
Paseo de San Vicente 58-172
Teléfono 923291928

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 Llévele 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? | | | | | | PUNTAJE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TOTAL <input type="text"/> | | | | |
| 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 | |
| <small>Derechos de autor 2002, por QualityMetric Incorporated Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.</small> | | | | | | | | | | |

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