



Nombre paciente: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Esta prueba es una herramienta validada y reconocida por la NIH (National Institutes of Health) y respaldada clínicamente con evidencia para evaluar el control del asma.

**Instrucciones**

1. Contestar cada pregunta y escribir el número de la respuesta en el cuadro que aparece a la derecha de la pregunta.
2. Sumar sus respuestas y escribir el puntaje total en el cuadro del TOTAL que se muestra abajo.
3. Correlacionar los resultados de la prueba con parámetros funcionales y FENO, antes y después de iniciado el tratamiento farmacológico y ambiental.

**Preguntas:**

- |   | <b>Puntaje</b>  |
|---|---|
| <b>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?</b><br>Siempre <input type="text" value="1"/> La mayoría del tiempo <input type="text" value="2"/> Algo del tiempo <input type="text" value="3"/> Un poco del tiempo <input type="text" value="4"/> Nunca <input type="text" value="5"/>  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?</b><br>Más de una vez al día <input type="text" value="1"/> Una vez al día <input type="text" value="2"/> De 3 a 6 veces por semana <input type="text" value="3"/> Una o dos veces por semana <input type="text" value="4"/> Nunca <input type="text" value="5"/>   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>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?</b><br>4 o más noches/semana <input type="text" value="1"/> De 2 a 3 noches por semana <input type="text" value="2"/> Una vez por semana <input type="text" value="3"/> Una o dos veces <input type="text" value="4"/> Nunca <input type="text" value="5"/> | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como salbutamol)?</b><br>3 o más veces/día <input type="text" value="1"/> 1 o 2 veces al día <input type="text" value="2"/> 2 o 3 veces por semana <input type="text" value="3"/> Una vez por semana o menos <input type="text" value="4"/> Nunca <input type="text" value="5"/>  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?</b><br>No controlada en absoluto <input type="text" value="1"/> Mal controlada <input type="text" value="2"/> Algo controlada <input type="text" value="3"/> Bien controlada <input type="text" value="4"/> Completamente controlada <input type="text" value="5"/>  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |

**TOTAL:**

**Interpretación de puntaje obtenido**

ACT ≥ 21: Asma controlada  
 ACT 19-20: Asma parcialmente controlada  
 ACT 18 ≤ Asma no controlada