



El Test de Control del Asma

Compruebe su valor de asma

La puntuación del test ACT es de 25 – ¡Felicitaciones!

Ha obtenido el CONTROL TOTAL del asma. No tiene síntomas ni limitaciones debidas al asma. Consulta a su médico o enfermera si esto cambiara.

La puntuación del test ACT es entre 20 y 24 – En el área del objetivo

Su asma está BIEN CONTROLADA.
Su medico o enfermera puede ayudarle o conseguir el CONTROL TOTAL.

La puntuación del test ACT es menor de 20 – Fuera del área del objetivo

Puede que su asma NO ESTÉ CONTROLADA.
El asma NO CONTROLADA puede perjudicar gravemente su salud. Su médico o enfermera pueden recomendarle un plan de acción para ayudar a mejorar el grado de control del asma.



El Test de Control del Asma

Cuestionario para el control del asma – ACT™

El Test de Control del Asma es un TEST SIMPLE útil para pacientes asmáticos (de más de 12 años). El test consiste en CINCO PREGUNTAS que puede responder conectado (online) o no (offline).

Los resultados pueden ayudarle a determinar el grado de control de su asma.

Quizás le ayude comentar su puntuación en el test con su médico o enfermera. También puede ser una buena idea contestar el test varias veces al año.

El asma es una enfermedad frecuente y tratable que puede incidir de manera importante en la calidad de vida. Los médicos están de acuerdo en que el grado de control del asma es una característica fundamental para determinar el tratamiento más adecuado para el asma. El Test de Control del Asma ha sido desarrollado por médicos expertos en asma y se ha probado científicamente en cientos de pacientes asmáticos. El test proporciona a los pacientes y personal sanitario una útil puntuación que ayudará a determinar el tratamiento requerido.

1. Paso: Junto a cada pregunta marque con una cruz la respuesta válida e ingrese el puntaje en el recuadro de la derecha.

Por favor, responda tan sinceramente como sea posible. Eso ayudará a usted y a su médico a hablar sobre su asma y determinar la gravedad real del mismo.

2. Paso: Sume los puntos para obtener el valor total.

3. Paso: En el dorso conozca qué significa su resultado.

1 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido el asma completar sus actividades habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca	Puntos
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

2 Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha notado que le faltaba el aire?

Más de una vez al día	Una vez al día	De 3 a 6 veces por semana	Una o dos veces por semana	Nunca	Puntos
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

3 Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han despertado por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana sus síntomas de asma (sibilancias/pitidos, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor)?

4 noches o más por semana	De 2 a 3 noches por semana	Una vez por semana	Una o dos veces	Nunca	Puntos
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

4 Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ej., Salbutamol, Ventolin®, Terbasmin®)?

3 veces o más al día	1 ó 2 veces al día	2 ó 3 veces por semana	Una vez por semana o menos	Nunca	Puntos
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

5 ¿Hasta qué punto diría que su asma ha estado controlada durante las últimas 4 semanas?

Nada controlada	Mal controlada	Algo controlada	Bien controlada	Totalmente controlada	Puntos
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

Apellido

Fecha

Cantidad