

La prueba Asthma Control Test™:

- ▶ Es una prueba para personas con asma a partir de los 12 años de edad. Proporciona una puntuación numérica que sirve para evaluar el control del asma.
- ▶ Es reconocida por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en sus pautas de asma de 2007.¹
- ▶ Ha sido validada clínicamente con respecto a la evaluación de especialistas mediante espirometría.²

PACIENTE:

1. Escriba el número de cada respuesta en la casilla de puntuación proporcionada.
2. Sume las casillas de puntuación para obtener el TOTAL.
3. Hable acerca de los resultados con su proveedor de servicios de salud.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo el asma le impidió hacer todo lo que quería en el trabajo, la escuela o el hogar?

Todo el tiempo	1	La mayor parte del tiempo	2	Parte del tiempo	3	Muy poco tiempo	4	En ningún momento	5
----------------	---	---------------------------	---	------------------	---	-----------------	---	-------------------	---

PUNTUACIÓN

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó dificultad respiratoria?

Más de una vez al día	1	Una vez por día	2	Tres a seis veces por semana	3	Una o dos veces por semana	4	En ningún momento	5
-----------------------	---	-----------------	---	------------------------------	---	----------------------------	---	-------------------	---

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (sibilancia, tos, dificultad respiratoria, opresión o dolor en el pecho) lo despertaron en la noche o más temprano de lo habitual por la mañana?

Cuatro noches o más por semana	1	Dos o tres noches por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	En ningún momento	5
--------------------------------	---	------------------------------	---	--------------------	---	-----------------	---	-------------------	---

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado el inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (tal como albuterol)?

Tres veces o más por día	1	Una o dos veces por día	2	Dos o tres veces por semana	3	Una vez por semana o menos	4	En ningún momento	5
--------------------------	---	-------------------------	---	-----------------------------	---	----------------------------	---	-------------------	---

5. ¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Sin ningún control	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5
--------------------	---	----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------------------------	---

Si su puntuación es 19 o menos, es posible que su asma no esté tan controlada como debería. Independientemente de la puntuación obtenida, comparta los resultados con su proveedor de servicios de salud.

TOTAL

NOTA: Si su puntuación es 15 o menos, es posible que sea un indicio de que su asma esté muy mal controlada. Si este fuera el caso, comuníquese con su proveedor de servicios de salud de inmediato.

PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD:

- ▶ Incluya la puntuación de la prueba Asthma Control Test™ en la historia clínica de su paciente para llevar un seguimiento de su control del asma.

Copyright 2002, de QualityMetric Incorporated. Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

Referencias: 1. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3 2007)*. NIH Item No. 08-4051. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Con acceso el 31 de marzo de 2017. 2. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.

GSK desarrolló este material.



©2022 GSK group of companies.
All rights reserved. Printed in USA. 818452R0_SPAN November 2022