

# Prueba de Control del Asma de la Infancia para niños de 4 a 11 años de edad

## 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 lo/la 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** Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.
- Paso 3** Suma todos los puntos en los cuadros para obtener el total.
- Paso 4** Llévele la prueba a su doctor para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

**19**  
puntos o menos

Si su hijo/a obtuvo 19 puntos o menos, puede ser una señal de que su asma no está tan bien controlada como podría serlo. Lleve esta prueba a su doctor para hablar con él sobre los resultados.

### Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

|                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                                       |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>0</b><br>Muy mal | <br><b>1</b><br>Mal | <br><b>2</b><br>Bien | <br><b>3</b><br>Muy bien |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                      |                                                                                                                                         |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>0</b><br>Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer. | <br><b>1</b><br>Es un problema y no me siento bien. | <br><b>2</b><br>Es un problema pequeño pero está bien. | <br><b>3</b><br>No es un problema. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

|                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                                                                         |                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>0</b><br>Sí, siempre. | <br><b>1</b><br>Sí, la mayoría del tiempo. | <br><b>2</b><br>Sí, algo del tiempo. | <br><b>3</b><br>No, nunca. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

|                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                                                                         |                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>0</b><br>Sí, siempre. | <br><b>1</b><br>Sí, la mayoría del tiempo. | <br><b>2</b><br>Sí, algo del tiempo. | <br><b>3</b><br>No, nunca. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Por favor complete usted las siguientes preguntas.

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día?

|                   |                           |                            |                             |                             |                            |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>5</b><br>Nunca | <b>4</b><br>De 1 a 3 días | <b>3</b><br>De 4 a 10 días | <b>2</b><br>De 11 a 18 días | <b>1</b><br>De 19 a 24 días | <b>0</b><br>Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

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?

|                   |                           |                            |                             |                             |                            |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>5</b><br>Nunca | <b>4</b><br>De 1 a 3 días | <b>3</b><br>De 4 a 10 días | <b>2</b><br>De 11 a 18 días | <b>1</b><br>De 19 a 24 días | <b>0</b><br>Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

|                   |                           |                            |                             |                             |                            |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>5</b><br>Nunca | <b>4</b><br>De 1 a 3 días | <b>3</b><br>De 4 a 10 días | <b>2</b><br>De 11 a 18 días | <b>1</b><br>De 19 a 24 días | <b>0</b><br>Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

PUNTAJE








TOTAL

