

Prueba de control del asma de la infancia para niños/as de 4 a 11 años

Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar al médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

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 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 Escriba el número de cada respuesta en el cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

Paso 3 Sume cada uno de los puntajes de los cuadrillos para obtener el total.

Paso 4 Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

| | | | |
|---|---|--|--|
|  0 Muy mala |  1 Mala |  2 Buena |  3 Muy buena |
|---|---|--|--|

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

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

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

| | | | |
|---|---|---|---|
|  0 Sí, siempre. |  1 Sí, la mayoría del tiempo. |  2 Sí, algo del tiempo. |  3 No, nunca. |
|---|---|---|---|

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

| | | | |
|---|---|---|---|
|  0 Sí, siempre. |  1 Sí, la mayoría del tiempo. |  2 Sí, algo del tiempo. |  3 No, nunca. |
|---|---|---|---|

Por favor conteste usted las siguientes preguntas.

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

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 5 Nunca | 4 De 1 a 3 días | 3 De 4 a 10 días | 2 De 11 a 18 días | 1 De 19 a 24 días | 0 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?

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 5 Nunca | 4 De 1 a 3 días | 3 De 4 a 10 días | 2 De 11 a 18 días | 1 De 19 a 24 días | 0 Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

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

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 5 Nunca | 4 De 1 a 3 días | 3 De 4 a 10 días | 2 De 11 a 18 días | 1 De 19 a 24 días | 0 Todos los días |
|-------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

19
o menos

Si el puntaje de su niño/a es 19 o menos, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

PUNTAJE

TOTAL