

# Test de control del asma (ACT)

(<http://asthmacontrol.com>)

### Compruebe su valor de asma

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.

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.

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

- 2. Paso: Sume los puntos para obtener el valor total.
- 3. Paso: Conozca qué significa su resultado.

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

Ha obtenido el CONTROL TOTAL del asma. No tiene síntomas ni limitaciones debidas al asma. Consulte 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 médico o enfermera pueden 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.

## PREGUNTAS DEL ACT

**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	1
Casi siempre	2
A veces	3
Pocas veces	4
Nunca	5

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

Más de una vez al día	1
Una vez al día	2
De 3 a 6 veces por semana	3
Una o dos veces por semana	4
Nunca	5

**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	1
De 2 a 3 noches por semana	2
Una vez por semana	3
Una o dos veces	4
Nunca	5

**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
1 o 2 veces al día	2
2 o 3 veces por semana	3
Una vez por semana o menos	4
Nunca	5

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

Nada controlada	1
Mal controlada	2
Algo controlada	3
Bien controlada	4
Totalmente controlada	5