

# Cuestionario de evaluación para el tratamiento del asma en adultos

Nombre del(de la) paciente: \_\_\_\_\_

Nº de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Marque 1 respuesta para cada pregunta y anote el **puntaje (0 ó 1)** sobre la línea.

Temas de control  
Otros temas

**1. En las últimas 4 semanas, ¿usted**

- a) dejó de ir al trabajo, a la escuela o debió abandonar una tarea cotidiana por causa del asma?  Sí (1)  No (0)  No sabe (1)
- b) se despertó por las noches por causa del asma?  Sí (1)  No (0)  No sabe (1)

**2. ¿Usa usted un inhalador para el alivio rápido de los síntomas de asma?**  Sí  No  No sabe

**(Si la respuesta es Sí)** En las últimas 4 semanas, ¿cuál fue la mayor cantidad de inhalaciones que hizo en 1 día?

- Ninguna  (0) de 9 a 12 inhalaciones  (1)\*
- de 1 a 4 inhalaciones  (0) Más de 12 inhalaciones  (1)
- de 5 a 8 inhalaciones  (1)\*

**Anote el puntaje** \_\_\_\_\_

**3. ¿Su médico o proveedor de atención médica le ha prescrito un inhalador o píldora para el asma que NO se use como alivio rápido sino para controlar el asma?**  Sí  No  No sabe

**(Si respondió Sí)** ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la forma en que usted toma ese medicamento ahora?

- Lo tomo todos los días.  (0) Lo tomo sólo cuando aparecen los síntomas.  (1)
- Lo tomo algunos días sí y otros no.  (1) Jamás lo tomo.  (1)
- Solía tomarlo pero ya no.  (1)

**Anote el puntaje** \_\_\_\_\_

**4. ¿Está disconforme con algo de su tratamiento actual para el asma?**  Sí (1)  No (0)  No sabe (1)

**5. ¿Cree usted que**

- a) su asma estuvo bien controlado en las últimas 4 semanas?  Sí (0)  No (1)  No sabe (1)
- b) puede tomar su(s) medicamento(s) para el asma según lo prescrito?  Sí (0)  No (1)  No sabe (1)
- c) su(s) medicamento(s) sirve(n) para controlar el asma?  Sí (0)  No (1)  No sabe (1)

**6. En esta visita al consultorio, ¿le gustaría que el médico**

- a) le explique qué otros tipos de medicamentos existen para controlar el asma?  (1)
- b) hable sobre otras opciones para tratar el asma?  (1)
- c) converse sobre sus preferencias para tomar el(los) medicamento(s) para el asma?  (1)
- d) hable sobre algún otro tema?  (1)

**Anote el puntaje** \_\_\_\_\_

Sume los números en la columna azul claro y anote el PUNTAJE total aquí.

**TOTAL** \_\_\_\_\_

Sume los números en la columna azul oscuro y anote el PUNTAJE total aquí.

**TOTAL** \_\_\_\_\_

Si alguno de los PUNTAJES es igual o mayor que 1, revise el cuestionario con su médico

\*Esto indica que el umbral para identificar posibles problemas de control es menor al utilizado en los estudios de validación de este cuestionario. Esta modificación fue creada para que pacientes y prestadores discutan el uso de los medicamentos para el asma.