Cuestionario de evaluación para el tratamiento del asma en niños y adolescentes

Nombre del(de la) paciente: _____

Nº de identificación: _____

Nombre del médico: _____ Fecha: _____

Este cuestionario debe ser completado por los padres o el tutor.

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,* ¿su hijo/a**		
a)	presentó sibilancia o dificultad para respirar al practicar ejercicios? ☐ Sí (1) ☐ No (0) ☐ No sabe (1)	____	
b)	presentó sibilancia durante el día mientras **no** practicaba ejercicios? ☐ Sí (1) ☐ No (0) ☐ No sabe (1)	____	
c)	se despertó por las noches con sibilancia o dificultad para respirar? ☐ Sí (1) ☐ No (0) ☐ No sabe (1)	____	
d)	perdió días de clase por causa del asma? ☐ Sí (1) ☐ No (0) ☐ No sabe (1)	____	
e)	dejó de hacer alguna actividad cotidiana (jugar, ir a la casa de un amigo o cualquier otra actividad familiar) por causa del asma? ☐ Sí (1) ☐ No (0) ☐ No sabe (1)	____	
2.	**¿Usa su hijo/a un inhalador o nebulizador 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 veces** en 1 día que su hijo/a usó el inhalador/nebulizador?		
	0 ☐ (0) — 5 a 6 ☐ (1)		
	1 a 2 ☐ (0) — Más de 6 ☐ (1)		
	3 a 4 ☐ (1)* — **Anote el puntaje** →	____	
3.	**¿Le prescribieron alguna vez a su hijo/a un medicamento para el asma que NO se use como alivio rápido sino para *controlar* el asma?** ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		
	(Si la respuesta es Sí o No sabe) ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la forma en que su hijo/a toma su medicamento ahora?		
	Lo toma todos los días. ☐ (0) — Sólo lo toma cuando aparecen los síntomas. ☐ (1)		
	Lo toma algunos días sí y otros no. ☐ (1) — Jamás lo toma. ☐ (1)		
	Solía tomarlo, pero ya no. ☐ (1) — **Anote el puntaje** →		____
4.	**¿Está disconforme con algo del tratamiento *actual* para el asma de su hijo/a?** ☐ Sí (1) ☐ No (0) ☐ No sabe (1)		____
5.	**¿Cree usted que**		
a)	el asma de su hijo/a estuvo bien controlado en las **últimas 4 semanas**? ☐ Sí (0) ☐ No (1) ☐ No sabe (1)	____	
b)	su hijo/a puede tomar su(s) medicamento(s) para el asma según lo prescripto? ☐ Sí (0) ☐ No (1) ☐ No sabe (1)		____
c)	ese(esos) medicamento(s) sirven para controlar el asma de su hijo/a? ☐ 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 de su hijo/a? ☐ (1)		
c)	converse sobre cómo prefiere su hijo/a tomar su(s) 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.

MERCK

Copyright © 2007 Merck & Co., Inc. Todos los derechos reservados. 20605031(7)-01/07-SNG-HMO Impreso en los EE.UU. Mínimo de 10% de papel reciclado