

## TEST ACT: Test de control del asma

Marque con un círculo el valor de cada respuesta. Sume los cinco valores.

**A. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le impidió el asma llevar a cabo sus actividades en el trabajo, la escuela o el hogar?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Pocas veces
5. Nunca

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

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

**C. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le despertaron por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana los síntomas de asma (sibilancias/pitos, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho)?**

1. cuatro noches o más por semana
2. De dos a tres noches por semana
3. Una vez por semana
4. Una o dos veces
5. Nunca

D. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ejemplo, salbutamol, ventolín, atrovent.)?

1. Tres veces o más al día
2. Una o dos veces al día
3. Dos o tres veces por semana
4. Una vez por semana o menos
5. Nunca

E. ¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

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

**Resultado:**

Total de 25: Control total del asma

De 20 a 24: Buen control del asma

23 o menos: Asma no controlada

*Bibliografía:*

1.GEMA 5.3. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. España: Luzán 5; 2023. Disponible en: <https://www.gemasma.com/profesionales>

2. Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control by Nathan et al. in American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. Doi: 10.1016/j.jaci.2003.09.008