

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.

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

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

TOTAL _____

TOTAL _____

*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.