

# Cuestionario de evaluación del tratamiento del asma en pacientes pediátricos/adolescentes

## VERSIÓN DEL CONSULTORIO

Instrucciones: solicítele al padre o tutor que rellene este cuestionario.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de identificación \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**1. ¿En las últimas 4 semanas, su hijo...**

	Sí ▼	No ▼	No estoy seguro ▼
a) ha tenido pitidos o dificultad para respirar al hacer ejercicio? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ha tenido pitidos durante el día cuando <b>no</b> hacía ejercicio? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) se ha despertado por la noche con pitidos o dificultad para respirar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ha perdido días de colegio debido al asma? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ha dejado de hacer alguna de sus actividades diarias (como jugar, ir a casa de un amigo o cualquier actividad familiar) debido al asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ¿Utiliza su hijo un inhalador o un nebulizador para el alivio rápido de los síntomas de asma?**

Sí .....  → (Si la respuesta es Sí) En las **últimas 4 semanas**, ¿cuál fue el máximo número de veces que su hijo utilizó este inhalador/nebulizador **en un día**?

No .....

No estoy seguro .....

0 .....

1 ó 2 .....

3 ó 4 .....

5 ó 6 .....

Más de 6 .....

(Si la respuesta es Sí) En los **últimos 12 meses**, los días en que su hijo utilizó un inhalador/nebulizador para el **alivio rápido**, ¿cuántas veces por día lo usaba **generalmente**?

1 ó 2 .....

3 ó 4 .....

5 ó 6 .....

Más de 6 .....

**3. ¿Le han prescrito alguna vez a su hijo un medicamento para el asma que **NO** se utilice para el alivio rápido, sino para controlar el asma?**

Sí .....  → (Si la respuesta es Sí) ¿Cuál de las siguientes describe mejor cómo toma su hijo este medicamento ahora?

No .....

No estoy seguro .....

Lo toma todos los días .....

Lo toma algunos días, pero otros no .....

Lo tomaba, pero ahora no .....

Sólo lo toma cuando tengo síntomas .....

Nunca lo ha tomado .....

**4. ¿Hay alguna parte del tratamiento actual para el asma de su hijo con la que está insatisfecho?**

	Sí ▼	No ▼	No estoy seguro ▼
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Si la respuesta es Sí o No estoy seguro) ¿Con qué parte del tratamiento actual para el asma de su hijo está insatisfecho?

\_\_\_\_\_

**5. ¿Considera que...**

	Sí ▼	No ▼	No estoy seguro ▼
a) el asma de su hijo estuvo bien controlada durante las <b>últimas 4 semanas</b> ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) su hijo puede tomar su(s) medicamento(s) para el asma como se le ha indicado? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) el(los) medicamento(s) que toma su hijo logra(n) controlar el asma? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Sí ▼	No ▼	No estoy seguro ▼
a) comentara los distintos tipos de medicamentos para controlar el asma? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) comentara con usted y con su hijo las opciones de tratamiento para el asma? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) comentara cómo prefiere su hijo tomar el(los) medicamento(s) para el asma (por ejemplo, en inhalador, tabletas, solución líquida o nebulizador)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>