

ACT (ASTHMA CONTROL TEST)

El Asthma Control Test™ – ACT, para personas mayores de 12 años de edad

1.- EN LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CUÁNTO TIEMPO LE HA IMPEDIDO SU ASMA HACER TODO LO QUE QUERÍA EN EL TRABAJO O EN LA CASA?				
SIEMPRE	LA MAYORÍA DEL TIEMPO	ALGO DE TIEMPO	UN POCO	NUNCA
2.- DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE HA FALTADO AIRE?				
MÁS DE 1 VEZ AL DÍA	1 VEZ AL DÍA	DE 3-6 VECES POR SEMANA	1-2 VECES POR SEMANA	NUNCA
3.- DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA SUS SÍNTOMAS DEL ASMA (PITOS, TOS, FALTA DE AIRE O PRESIÓN EN EL PECHO) LE HAN DESPERTADO POR LA NOCHE O MÁS TEMPRANO POR LA MAÑANA? (POR SEMANA)				
4 NOCHES O MÁS	2-3 NOCHES	1 NOCHE	1-2 NOCHES EN LAS 4 SEMANAS PREVIAS	NUNCA
4.- EN LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA UTILIZADO EL INHALADOR DE RESCATE?				
3 o MÁS VECES	1 o 2 VECES AL DÍA	2 o 3 VECES POR SEMANA	1 VEZ o MENOS POR SEMANA	NUNCA
5.- ¿CÓMO DIRÍA QUE HA ESTADO CONTROLADA SU ASMA DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS?				
DESCONTROLADA	MAL CONTROLADA	ALGO CONTROLADA	BIEN CONTROLADA	CONTROLADA
1	2	3	4	5

RESULTADO (Sumar los valores de puntos obtenidos en cada apartado) E INTERPRETACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

BUEN CONTROL	≥ 20
PARCIALMENTE CONTROLADO	16 – 19
MAL CONTROLADO	≤ 15