

# Cuestionarios de control de asma en niños

El control del asma incluye el control de los síntomas y el riesgo futuro (consecuencias de ese control) y se define por el grado en que sus manifestaciones se han reducido o eliminado con el tratamiento que hemos aplicado.

La autovaloración por parte de los pacientes y cuidadores del grado de control del asma es una herramienta fundamental en el manejo del niño con asma.

Los criterios establecidos para definir el grado de control del asma varían de unas guías a otras, aunque generalmente son clasificados en asma bien controlada, parcialmente controlada y mal controlada.

Para facilitar la evaluación del control de los síntomas se han diseñado unos cuestionarios específicos, que se disponen validados en castellano, y son los siguientes:

**1.- Control del Asma en el Niño (CAN):** validado en población española. Dispone de una versión para niños de 9 a 14 años y otra para padres/cuidadores (niños de 2 a 8 años). Evalúa 9 preguntas sobre la clínica presente en las últimas 4 semanas y se puntúa de 0 a 4 cada pregunta (menor puntuación a menos síntomas), así la puntuación total del cuestionario oscila entre 0 (buen control) y 36 (mal control). Se considera que un niño está mal controlado cuando tienen una puntuación igual o mayor de 8 (Anexo 1).

**2.- Childhood Asthma Control Test (c-ACT)** para niños de 4 a 11 años y **Asthma Control Test (ACT)** para niños 12 o más años, validados en castellano. Evaluar el estado del niño en las últimas 4 semanas igual que el anterior. El c-ACT (4-11 años) consta de 7 preguntas (4 para el niño y 3 para los padres/cuidadores) y el ACT (mayores 12 años) consta de 5 preguntas para responder por el niño. En ambos casos se considera que el niño está mal controlado cuando tiene una puntuación inferior a 20 (Anexo 2).

**3.- Asthma Control Questionary (ACQ)** con una versión validada para niños de 11 o más años y otra para niños de 6 a 10 años. En este caso evalúa el estado del niño en los últimos 7 días. LA versión original contiene 6 preguntas autoadministradas sobre síntomas y el uso del inhalador de rescate en la semana previa (0 sin alteración y 6 máxima afectación) y un apartado en el que el médico evalúa el FEV1% en 7 categorías. Existe otra versión corta de solo 5 preguntas para utilizar cuando no se disponen de estos datos.

## Anexo 1: Cuestionario de control de asma en niños, CAN (Tomado de GEMA 5.0)

<p><b>1.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante el día en ausencia de resfriados/constipados?</b></p> <p>4. Más de una vez al día 3. Una vez al día 2. De 3 a 6 veces por semana 1. Una o 2 veces por semana 0. Nunca</p>	<p><b>4.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante la noche?</b></p> <p>4. Más de una vez por noche 3. Una vez por noche 2. De 3 a 6 veces por semana 1. Una o 2 veces por semana 0. Nunca</p>	<p><b>7.- Cuando el niño hace ejercicio (juega, corre, etc.) o ríe a carcajadas ¿tiene tos o pitos/silbidos?</b></p> <p>4. Siempre 3. Casi siempre 2. A veces 1. Casi nunca 0. Nunca</p>
<p><b>2.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante la noche en ausencia de resfriados/constipados?</b></p> <p>4. Más de una vez por noche 3. Una vez por noche 2. De 3 a 6 veces por semana 1. Una o 2 veces por semana 0. Nunca</p>	<p><b>5.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar durante el día?</b></p> <p>4. Más de una vez al día 3. Una vez al día 2. De 3 a 6 veces por semana 1. Una o 2 veces por semana 0. Nunca</p>	<p><b>8.- Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido que ir a Urgencias debido al asma?</b></p> <p>4. Más de 3 veces 3. 3 veces 2. 2 veces 1. 1 vez 0. Ninguna</p>
<p><b>3.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante el día?</b></p> <p>4. Más de una vez al día 3. Una vez al día 2. De 3 a 6 veces por semana 1. Una o 2 veces por semana 0. Nunca</p>	<p><b>6.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar durante la noche?</b></p> <p>4. Más de una vez por noche 3. Una vez por noche 2. De 3 a 6 veces por semana 1. Una o 2 veces por semana 0. Nunca</p>	<p><b>9.- Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces han ingresado en el hospital al niño debido al asma?</b></p> <p>4. Más de 3 veces 3. 3 veces 2. 2 veces 1. 1 vez 0. Ninguna</p>

## Anexo 2: Cuestionario de Asthma control test pediátrico (ACT) (Tomado de GEMA 5.0)

Deje que su hijo/a responda a estas preguntas

### 1. ¿Cómo esta tu asma hoy?

 0 Muy mal	 1 Mal	 2 Bien	 3 Muy bien
--	--	---	---

### 2. ¿En qué medida tu asma es un problema cuando corres, haces gimnasia o practicas deporte?

 0 Es un gran problema, no puedo hacer lo que quiero	 1 Es un problema y no me gusta	 2 Es un pequeño problema pero no me importa	 3 No es ningún problema
--	---	--	--

### 3. ¿Toses a causa de tu asma?

 0 Sí, siempre	 1 Sí, casi siempre	 2 Sí, algunas veces	 3 No, nunca
---	--	---	---

### 4. ¿Te despiertas por la noche a causa de tu asma?

 0 Sí, siempre	 1 Sí, casi siempre	 2 Sí, algunas veces	 3 No, nunca
--	---	--	--

Responda a las siguientes preguntas usted solo/a

### 5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántos días tuvo su hijo/a síntomas del asma durante el día?

5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-10 días	2 11-18 días	1 19-24 días	0 Cada día
--------------	---------------	----------------	-----------------	-----------------	---------------

### 6. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántos días tuvo su hijo/a silbidos en el pecho durante el día a causa del asma?

5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-10 días	2 11-18 días	1 19-24 días	0 Cada día
--------------	---------------	----------------	-----------------	-----------------	---------------

### 7. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántos días tuvo se despertó su hijo/a durante la noche, a causa del asma?

5 Ninguno	4 1-3 días	3 4-10 días	2 11-18 días	1 19-24 días	0 Cada día
--------------	---------------	----------------	-----------------	-----------------	---------------