

## PRUEBA DE CONTROL DEL ASMA DURANTE EL EMBARAZO

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el asma le impidió hacer todo lo que tenía que hacer en el trabajo o en casa?					Puntaje
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
1	2	3	4	5	
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad para respirar debido a su asma?					
Más de una vez al día	Una vez al día	3 a 6 veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Para nada	
1	2	3	4	5	
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de su asma (respiración con sibilancias, tos, dificultad para respirar, presión o dolor en el pecho) la despertaron en la noche o más temprano que lo habitual en las mañanas?					
4 o más noches a la semana.	2 o 3 noches a la semana	Una vez a la semana	Una o dos veces	Para nada	
1	2	3	4	5	
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador de rescate o medicamentos nebulizadores (como albuterol)?					
3 o más veces al día	1 a 2 veces al día	2 a 3 veces a la semana	Una o dos veces	Para nada	
1	2	3	4	5	
5. ¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?					
No controlada en absoluto	Mal controlada	Controlada en cierta medida	Bien controlada	Completamente controlada	
1	2	3	4	5	
Puntuación total:					

*Si la suma de sus puntajes es 19 o menos, es posible que su asma no esté tan bien controlada como podría. Hable con su médico.*