#Hasmás
Por su calidad de vida

Tu salud bajo control
conoce. identifica. actúa.

MI DIARIO DEL ASMA

Material diseñado con fines educativos y contiene recomendaciones generales que en ningún caso pretenden reemplazar la consulta médica. Estas recomendaciones deben ser discutidas y acordadas con su médico tratante. MAT-CO-2500917 3/2025.

ÍNDICE

	¿CÓMO ESTOY?	3
1.1.	EXÁMENES	3
1.2.	VACUNAS	5
1.3.	FUNCION PULMONAR	7
1.4.	CRISIS ASMÁTICAS	9
1.5.	ACQ5	11
1.6.	ACT	13
2.	¿HACIA DÓNDE VOY?	15
2.1.	PLAN DE TRABAJO	15
2.2.	MEDICAMENTOS	17
2.3.	RECOMENDACIONES DE TU MÉDICO	19
2.4.	PRÓXIMOS CONTROLES	21
2.5.	META PERSONAL	23

1. ¿CÓMO ESTOY?

Este diario será la herramienta para que puedas tener el asma bajo control, ¡Recuerda llevarla a todos tus controles!

EXÁMENES

FECHA			Niveles de Inmunoglobulina IGE	Valor de los eosinófilos (eos) EOS (cel/µL)	FeNO	ESPIROMETRÍA
Día	Mes	Año				

VACUNAS*

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA		
				Día	Mes	Año

*Esta sección la debe diligenciar el profesional de la salud

FUNCIÓN PULMONAR: VEF1% CVF*

FECHA			PESO	LI. Teórico	PRE	POST
Día	Mes	Año				

*Esta sección la debe diligenciar el profesional de la salud

CRISIS ASMÁTICAS*

FECHA			¿REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN?		¿REQUIRIÓ CORTICOIDE ORAL O INYECTADO?	
Día	Mes	Año	Sí	No	Sí	No

FECHA			¿REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN?		¿REQUIRIÓ CORTICOIDE ORAL O INYECTADO?	
Día	Mes	Año	Sí	No	Sí	No

*Esta sección la debe diligenciar el profesional de la salud

ACQ5: CUESTIONARIO DE CONTROL DEL ASMA

Cada vez que diligencies el cuestionario, utiliza la columna del mismo color.

En el primer recuadro, escribe la fecha y en los siguientes el puntaje respectivo.

Cuando termines de responder las preguntas, suma el puntaje de las casillas del mismo color, divídelo entre cinco y escribe el resultado en la sección "Puntaje final".

Comparte los resultados con tu médico

1. En promedio, durante la última semana, ¿con qué frecuencia te despertaste por la noche debido al asma?

0- Nunca | **1**- Casi nunca | **2**- Unas cuantas veces | **3**- Varias veces
4- Muchas veces | **5**- Muchísimas veces | **6**- Incapaz de dormir

	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4	Fecha 5	Fecha 6	Fecha 7
Puntaje							
	Fecha 8	Fecha 9	Fecha 10	Fecha 11	Fecha 12	Fecha 13	Fecha 14
Puntaje							

2. En promedio, durante la última semana, ¿Qué tan graves fueron los síntomas de asma al despertarte por la mañana?

0- Ningún síntoma | **1**- Muy leves | **2**- Leves | **3**- Moderados
4- Un tanto graves | **5**- Graves | **6**- Muy graves

Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje

3. En promedio, durante la última semana, ¿hasta qué punto el asma te limitó en tus actividades?

0- Nada | **1**- Casi nada | **2**- Un poco | **3**- Moderadamente
4- Mucho | **5**- Extremadamente | **6**- Totalmente

Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje

4. En promedio, durante la última semana, ¿Qué tanto te faltó el aire debido al asma?

0- Nada | **1**- Casi nada | **2**- Un poco | **3**- Moderadamente
4- Bastante | **5**- Mucho | **6**- Muchísimo

Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje

5. En promedio, durante la última semana, ¿cuánto tiempo tuviste silbidos o pitidos en el pecho?

0- Nunca | **1**- Casi nunca | **2**- Poco tiempo | **3**- Parte del tiempo
4- Algunas veces | **5**- Casi siempre | **6**- Siempre

Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje

PUNTAJE FINAL

Menos o igual a 0,7: Control adecuado del asma
De 0,75 a 1,5: Asma parcialmente controlada
Más de 1,5: Control inadecuado del asma

ACT: TEST DEL CONTROL DEL ASMA

Contesta cada pregunta y escribe el número de la respuesta en el círculo que aparece a la derecha de la pregunta.

Suma tus respuestas y escribe el resultado en el círculo del TOTAL al final del test

Habla con tu doctor sobre los resultados.

1. En las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo te ha impedido el asma hacer todo lo que quieres en el trabajo, en el colegio o en casa?

Siempre 1.	La mayoría del tiempo 2.	Algo del tiempo 3.	Un poco del tiempo 4.	Nunca 5.

	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4	Fecha 5	Fecha 6	Fecha 7
Puntaje							
	Fecha 8	Fecha 9	Fecha 10	Fecha 11	Fecha 12	Fecha 13	Fecha 14
Puntaje							

2. En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia te ha faltado el aire?

Más de una vez al día 1.	Una vez al día 2.	De 3 a 6 veces por semana 3.	Una o dos veces por semana 4.	Nunca 5.

	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4	Fecha 5	Fecha 6	Fecha 7
Puntaje							
	Fecha 8	Fecha 9	Fecha 10	Fecha 11	Fecha 12	Fecha 13	Fecha 14
Puntaje							

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia tus síntomas de asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire,opresión en el pecho o dolor) te despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 o más noches a la semana 1.	De 2 a 3 noches a la semana 2.	Una vez por semana 3.	Una o dos veces al mes 4.	Nunca 5.

	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4	Fecha 5	Fecha 6	Fecha 7
Puntaje							
	Fecha 8	Fecha 9	Fecha 10	Fecha 11	Fecha 12	Fecha 13	Fecha 14
Puntaje							

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia has usado el inhalador de rescate o medicamento en nebulizador?

3 o más veces al día 1.	1 o 2 veces al día 2.	2 o 3 veces a la semana 3.	Una vez a la semana o menos 4.	Nunca 5.

	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4	Fecha 5	Fecha 6	Fecha 7
Puntaje							
	Fecha 8	Fecha 9	Fecha 10	Fecha 11	Fecha 12	Fecha 13	Fecha 14
Puntaje							

5. ¿Cómo evaluarías el control de tu asmadurante las últimas 4 semanas?

No controlada en lo absoluto 1.	Mal controlada 2.	Algo controlada 3.	Bien controlada 4.	Controlada completamente 5.

	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4	Fecha 5	Fecha 6	Fecha 7
Puntaje							
	Fecha 8	Fecha 9	Fecha 10	Fecha 11	Fecha 12	Fecha 13	Fecha 14
Puntaje							

Si obtuviste 19 puntos o menos, es probable que tu asma no esté bajo control.

Total

Asegúrate de hablar con tu doctor sobre los resultados.

2. ¿HACIA DÓNDE VOY?

PLAN DE TRABAJO[2]

TU ASMA ESTÁ BIEN CONTROLADA SI:	• Necesitas tu inhalador de rescate menos de 3 veces a la semana. • No te despiertas por asma. • Tu asma no limita tus actividades (incluyendo el ejercicio) Si usas pico flujo el resultado esperado es _____l/m **Sigue tus controles y medicamentos como están formulados**
TU ASMA SE ESTÁ DETERIORANDO SI:	• Necesitas tu inhalador de rescate más veces que de costumbre. • Te despiertas por asma. • No puedes hacer tus actividades normales por asma (incluyendo el ejercicio) Si usas pico flujo el resultado esperado estará entre _____ y _____ l/min **Sigue tus controles y medicamentos como están formulados**

SI TU ASMA NO ESTÁ BIEN CONTROLADA:	• Necesitas tu inhalador más frecuente que cada 3-4 horas. • Tienes dificultad para respirar. • Te despiertas frecuentemente por asma. Si usas pico flujo el resultado esperado es menos de _____ l/min **Sigue tus controles y medicamentos como están formulados**

Referencias: 1. Ataque de asma. (2023, diciembre 30). Mayoclinic.org. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/asthma-attack/symptoms-causes/syc-20354268 2. Adaptado de: 1. Ginasthma.org. [cited 2024 May 30]. Available from: https://ginasthma.org /wp-content/uploads/2021/05/GINA-Patient-Guide-SPANISH-2021-copy.pdf.

MEDICAMENTOS*

Recuerda tomar tus medicamentos según las indicaciones de tu médico y no automedicarte.

NOMBRE	PESO

TIPO TRATAMIENTO		FECHA INICIO			FECHA FINAL		
CONTROL	RESCATE	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

*Esta sección la debe diligenciar el profesional de la salud

RECOMENDACIONES DE TU MÉDICO

PRÓXIMOS CONTROLES

Recuerda que el asma se puede controlar ¡Asiste a tus controles!

FECHA			ESPECIALISTA
Día	Mes	Año	

FECHA			ESPECIALISTA
Día	Mes	Año	

META PERSONAL

Diligencia este espacio con la ayuda de tu médico, establece tu próximo objetivo para mejorar tu estado de salud, ¡Toma el control!