



**7**  
**MAYO**

**2019**

## **Día Mundial del Asma**

ENCUESTA ADULTOS

**“Mi Asma en Latinoamérica”**

### **Departamento de Asma**

Dr. Gabriel García, Director [2018–2020]

[asma@alatorax.org](mailto:asma@alatorax.org)

Asociación Latinoamericana de Tórax



El **asma** es una **enfermedad crónica frecuente**, en ocasiones mortal, y su prevalencia ha aumentado en todas las regiones del mundo, especialmente entre los niños. La enfermedad representa una carga significativa no solo en términos de calidad de vida reducida, sino también en términos de costos de atención médica.

En las últimas décadas, se han desarrollado numerosas pautas para promover métodos estandarizados de diagnóstico y tratamiento del asma, como es actualmente la *Iniciativa Global para el Asma* (GINA). A pesar de este consenso mundial sobre los objetivos del manejo del asma, los datos epidemiológicos publicados recientemente en Europa, Estados Unidos de América y Australia indican que en muchos países el tratamiento de los pacientes con asma es inadecuado y muchos pacientes no logran el control de su enfermedad.

Según el estudio AIRLA, en América Latina ocurre que los niveles actuales de control del asma distan mucho de los objetivos especificados por las guías internacionales para el manejo del asma.

Un aspecto muy importante el control del asma es el **conocimiento** y la **actitud** de los pacientes asmáticos frente a esta enfermedad. Por este motivo se diseñó esta encuesta, a realizarse dentro de las actividades programadas por el **Departamento de Asma ALAT** para el **Día Mundial del Asma 2019**.

## OBJETIVOS

**Determinar la percepción, los conocimientos y las actitudes de los pacientes asmáticos en América Latina.**

**Acceder a la opinión de los pacientes respecto a qué es el control de su enfermedad.**

## MÉTODO

- Durante el **Día Mundial del Asma 2019**, se realizará la encuesta a **pacientes asmáticos** para el caso de los adultos y a **familiares de pacientes pediátricos**, en espacios públicos, como *hall* de los hospitales, plazas centrales de las ciudades participantes, centros comerciales, dentro de las actividades de difusión de dicho día mundial.
- Se procederá a encuestar a **pacientes** quienes *en forma voluntaria* acepten participar. La encuesta consta de dos partes, la primera a ser completada por un encuestador (médico, enfermero o personal de salud) y la segunda por el paciente.
- Si bien la encuesta no es anónima, se resguardarán los datos de los participantes, por lo que **no se permitirán registrar datos personales de los pacientes**, como nombre, apellido, fecha de nacimiento ni otro dato que se considere sensible.
- Cada neumólogo participante recibirá una *planilla Excel* donde se volcarán las encuestas realizadas.
- Los datos serán enviados al **Departamento de Asma ALAT** asma@alatorax.org para su análisis.
- Los resultados de la encuesta serán discutidos en las reuniones del Departamento.

## ENCUESTA ADULTOS

# “Mi Asma en Latinoamérica”

Número de paciente:

Edad:

Sexo:

Ciudad de Residencia:

País:

1. ¿Cuánto tiempo hace que padece asma?  
Menos de un año [ ]      Entre 1 y 5 años [ ]      Más de 5 años [ ]
2. ¿Quién le dijo que tenía asma?      Médico clínico [ ]      Generalista [ ]      Especialista [ ]  
Pediatra [ ]      Otro:
3. ¿Le hicieron una espirometría?      En el último año [ ]      Hace más de un año [ ]      Nunca [ ]
4. ¿Le explicaron alguna vez qué era el asma?      Si [ ]      No [ ]
5. Pensando en el último año ¿cómo está de su asma?      Mejor [ ]      Peor [ ]      Igual [ ]
6. En el último año ¿tuvo crisis de asma?      Si [ ]      No [ ]
7. ¿Consultó a emergencias o una guardia debido a su asma en el último año?      Si [ ]      No [ ]
8. ¿Estuvo alguna vez internado por su asma?      Si [ ]      No [ ]
9. Considera que actualmente su asma está:      Controlada [ ]      No Controlada [ ]      No se [ ]
10. ¿Sabe qué es un medicamento de rescate?      Si [ ]      No [ ]
11. ¿Sabe qué es un medicamento controlador?      Si [ ]      No [ ]
12. Actualmente está tratado con: (marcar lo que corresponda)
  - a) No tiene tratamiento [ ]
  - b) Beta2 de corta [ ]
  - c) Corticoide inhalado [ ]
  - d) Combinación LABA/Corticoide inhalado [ ]
  - e) Montelukast [ ]
  - f) Biológico [ ]
  - g) LAMA [ ]
  - h) Otro:
13. ¿Cómo usa su medicación?
  - a) Aerosol [ ]      b) Polvo seco [ ]      c) Nebulizada [ ]
14. ¿Le explicaron alguna vez cómo usar cada dispositivo?      Si [ ]      No [ ]

**A continuación, entregue el reverso para que el paciente conteste el siguiente cuestionario**

# ENCUESTA ADULTOS

## “Mi Asma en Latinoamérica”

Iniciales de paciente:

Edad:

Sexo:

Ciudad de Residencia:

País:

### COMPLETADO POR EL PACIENTE

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

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

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

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

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

4 o más noches por semana	1	2 ó 3 veces por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	Nunca	5
---------------------------	---	------------------------	---	--------------------	---	-----------------	---	-------	---

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

3 o más veces al día	1	1 ó 2 veces al día	2	2 ó 3 veces por semana	3	Una vez por semana o menos	4	Nunca	5
----------------------	---	--------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---	-------	---

5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

No controlada, en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5
----------------------------	---	----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------------------------	---

Derechos de autor 2002, por QualityMetric Incorporated  
Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

PUNTAJE

TOTAL

Entregue a su encuestador

**¡MUCHAS GRACIAS!**