

## CUESTIONARIO DE SALUD RESPIRATORIA INMA

|              |  |  |  |  |     |
|--------------|--|--|--|--|-----|
| <b>IDNUM</b> |  | <b>Fecha cuestionario</b><br><i>Formato DDMMAAAA</i> |  |  | 2 0 |
|--------------|--|--|--|--|-----|

Este cuestionario contiene preguntas sobre tu salud respiratoria. Cada grupo de preguntas va acompañado de una explicación de cómo se debe responder. Es muy importante que contestes a todas las preguntas. No se trata de ningún examen. Escoge sinceramente la respuesta que más se ajuste a tu situación. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Tus respuestas serán procesadas de forma confidencial y sólo se analizarán de forma anónima.

¡Muchas gracias por participar!

### ASMA Y ALERGIAS

**Ahora te preguntaremos por diversos síntomas respiratorios que puedes haber tenido o no durante los últimos 12 meses o en algún momento de tu vida. Algunas preguntas te resultarán muy parecidas a las anteriores, respóndelas igualmente y sin pensar demasiado. Si no sabes qué es uno de los síntomas, marca „no“**

1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **pitos o silbidos en el pecho**?  Sí  No
  
2. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **ataques de pitos o silbidos en el pecho**?  Sí  No → Saltar a la pregunta 3
  - 2.a ¿Cuántos en los últimos 12 meses?
    - De 1 a 3
    - De 4 a 12
    - Más de 12
  
3. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **dificultades para respirar** (opresión en el pecho, falta de aliento)?  Sí  No
  
4. En los últimos 12 meses, ¿te has **despertado debido a pitos en el pecho o dificultades para respirar**?  Sí  No → Saltar a la pregunta 5
  - 4.a ¿Con qué frecuencia, en los últimos 12 meses?
    - Menos de una noche a la semana
    - Una o más noches a la semana
  
5. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez pitos en el pecho o dificultades para respirar tan importantes como para que **cada dos palabras hayas tenido que parar para respirar**?  Sí  No
  
6. En los últimos 12 meses, ¿has notado pitos o silbidos al respirar **durante/después de hacer ejercicio**?  Sí  No
  
7. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener infección de pecho**?  Sí  No
  
8. En los últimos 12 meses, ¿has tomado alguna **medicación para el asma o por dificultades respiratorias** (pitores/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar)?  Sí  No → Saltar a la pregunta 9

- 8.a Indica qué medicación **para el asma o por dificultades respiratorias** has tomado, indicando si ha sido con receta médica o no:
- Con receta médica. Especificar:  
\_\_\_\_\_
- Sin receta médica. Especificar:  
\_\_\_\_\_
- 8.b Si has tomado corticoides orales (en pastillas), ¿los tomaste al menos durante 3 días seguidos?  Sí  No
9. En los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia **tuviste que llamar o ir al médico o al hospital urgentemente debido a dificultades respiratorias** (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar)? (Si la respuesta es nunca, poner 0) Número: \_\_\_\_\_
10. En los últimos 12 meses, ¿has tenido habitualmente **el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) cuando NO estabas resfriado?**  Sí  No → Saltar a la pregunta 11
- 10.a ¿Has tenido el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) **la mayoría de los días (4 o más días por semana) durante al menos 3 meses al año?**  Sí  No
11. ¿Has sido alguna vez **diagnosticado por un médico de asma?**  Sí  No → saltar a la 12
- 11.a ¿Has sido diagnosticado por un médico de asma en los **últimos 12 meses?**  Sí  No
- 11.b ¿Qué edad tenías cuándo tuviste **tu primer ataque de asma?** Años: \_\_\_\_\_
- 11.c ¿Qué edad tenías cuándo tuviste **tu último ataque de asma?** Años: \_\_\_\_\_
12. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez **problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado ni con gripe?**  Sí  No → Saltar a la pregunta 13
- 12.a ¿Cuáles de los siguientes síntomas has tenido SIN estar resfriado ni con gripe?
- Estornudos:  Sí  No
- Nariz mucosa:  Sí  No
- Nariz tapada:  Sí  No
- Picor y lagrimeo en los ojos  Sí  No
13. En los últimos 12 meses, ¿has sido alguna vez **diagnosticado por un médico de tener rinitis alérgica** (rinitis debido al gato, polvo...) o **rinitis alérgica estacional** (rinitis al polen)?  Sí  No
14. En los últimos 12 meses, ¿has tomado alguna medicación **para la rinitis alérgica?**  Sí  No → Saltar a la pregunta 15
- 14.a Indica qué medicación **para la rinitis alérgica** has tomado, indicando si ha sido con receta médica o no
- Con receta médica. Especificar:  
\_\_\_\_\_
- Sin receta médica. Especificar:  
\_\_\_\_\_
15. En los últimos 12 meses ¿has tenido **problemas con la nariz o los ojos (SIN estar resfriado ni con gripe)** relacionado con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? Por favor marca todas las que correspondan:
- Animales
- Hierbas, árboles, flores
- Polvo de la casa, ácaros

- Humo de tabaco u olores fuertes  
 Contaminación del aire  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_  
 No, ningún problema
16. En los últimos 12 meses, ¿has tenido la **piel seca**?  Sí  No
17. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna **erupción con picor** en la piel en algún momento?  Sí  No → Saltar a la pregunta 18
- 17.a ¿Con qué frecuencia, de promedio, has estado **despierto por la noche** por culpa de esta erupción con picor?
- Nunca en los últimos 12 meses  
 Menos de una noche por semana  
 Una o más noches por semana
- 17.b ¿Te ha desaparecido esta erupción por completo en algún momento?  Sí  No
- 17.c ¿Alguna vez has tenido erupción con picor en alguno de los siguientes lugares? Por favor señala todas las localizaciones que correspondan
- Los pliegues de los codos  
 Detrás de las rodillas  
 Delante de los tobillos  
 Debajo de las nalgas  
 Alrededor del cuello, las orejas o la cara  
 Otras partes del cuerpo. Especificar:  
 \_\_\_\_\_
18. ¿Has tenido alguna vez un **eczema en las manos** (lesiones con picor, ampollas, erupciones)?  Sí  No → Saltar a pregunta 19
- 
- 18.a ¿A qué edad lo tuviste por primera vez? \_\_\_\_\_ años
- 
19. ¿Has tenido alguna vez eczema después de contacto con ...? (Por favor señala todas las sustancias que correspondan):
- Objetos metálicos (como botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj, gafas (de sol), clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares). ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 Bisutería  
 Tinte para el pelo u otros colorantes  
 Tatuajes  
 Productos cosméticos, perfumes, fragancias, desodorantes  
 Champú, jabón o acondicionador  
 Ropa  
 Látex, goma/plásticos (guantes de goma/plástico, globos, preservativos)  
 Otros materiales, ¿cuáles? \_\_\_\_\_  
 No, con ningún material

20. ¿Has sido diagnosticado alguna vez por un médico de **eczema, dermatitis atópica o neurodermatitis**?  Sí  No
- 

## DISNEA Y OTROS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

**1. Ahora te preguntaremos sobre el grado de ahogo o falta de aire que tienes habitualmente, cuando NO te encuentras mal. Marca el grado más adecuado para ti.**

| Grado                      | Descripción de la sensación de ahogo o falta de aire  |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 | No tengo ahogo o sólo se presenta ante un ejercicio intenso   |
| <input type="checkbox"/> 1 | Tengo ahogo al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada.  |
| <input type="checkbox"/> 2 | Debido al ahogo, tengo incapacidad para mantener el paso de otras personas de mi misma edad caminando en llano, o tengo que parar para tomar aire al andar en llano a mi propio paso. |
| <input type="checkbox"/> 3 | Tengo que parar para tomar aire después de andar unos 100 metros o a los pocos minutos de andar en llano.   |
| <input type="checkbox"/> 4 | El ahogo me impide salir de casa, o aparece simplemente al vestirme o desvestirme.  |

---

**2. Ahora te preguntaremos por otros síntomas respiratorios. Algunas preguntas te resultarán muy parecidas a las anteriores, respóndelas igualmente y sin pensar demasiado.**

**2.a Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces sentiste que te faltaba el aliento?**

- Nunca  
 Pocas veces  
 Algunas veces  
 La mayoría de veces  
 Todo el día

**2.b. ¿Alguna vez expulsas algo al toser, como mucosidad o flema?**

- No, nunca  
 Sólo con resfriados o infecciones del pecho ocasionales  
 Sí, algunos días del mes  
 Sí, casi todos los días de la semana  
 Sí, todos los días

**2.c. Durante el último año, ¿has reducido tus actividades cotidianas debido a problemas respiratorios?**

- No, en absoluto  
 Casi nada  
 No estoy seguro/a  
 Sí  
 Sí, mucho

**2.d. ¿Has fumado al menos 100 cigarrillos en TODA TU VIDA?**

- No
-

Sí

No sé

---