

CUESTIONARIO DE SALUD RESPIRATORIA INMA

IDNUM		Fecha cuestionario <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 refriado 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
