

CUESTIONARIO

Buenos días, Soy.....

Estamos realizando un estudio promovido por la Sociedad Española de Neumología de investigación sobre el conocimiento de la espirometría. La participación en este estudio es voluntaria y todos los datos que se recojan son anónimos. El único inconveniente para usted será la molestia de contestarme a unas breves preguntas, no le llevarán más de 10 minutos.

¿Acepta participar y nos da su consentimiento para recoger sus respuestas con el fin de analizarlas de forma anónima?

Muchas gracias.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

S1. ¿Podría indicar qué edad tiene? _____

< 40 años → **Finalizar entrevista.**

40-50 años

51-60 años

61-70 años

>70 años

S2.- Sexo (anotar sin preguntar en función del nombre -si es posible-):

Hombre

Mujer

S3.- CCAA*:

Andalucía

Aragón

Asturias

C.Madrid

Canarias

Cantabria

Castilla-La Mancha

Castilla-León

Cataluña

Extremadura

Galicia

Islas Baleares

* Se dispone de esta información en la BBDD de teléfonos de población general.

- La Rioja
- País Vasco
- Valencia
- Navarra
- R.Murcia

S4.- Hábitat*:

- Igual o menor 10.000 habitantes
- mayor 10.000 habitantes

CONOCIMIENTO - DIAGNÓSTICO EPOC

C1.- ¿Podría indicar, en una escala del 0 (muy malo) al 10 (muy bueno), cómo considera su estado de salud general?

C2.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad respiratoria?

- Sí → Ir a C3.
- No → Ir a C4.
- Ns/Nc → Ir a C4.

Conocimiento espontáneo

C3.- ¿Podría indicar cuál o cuáles? (*No leer opciones*)

- EPOC (o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Asma
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- Otras (anotar que otra enfermedad respiratoria refiere)

Si no indica EPOC, Bronquitis Crónica o Enfisema en C3 responder a C4.

Si indica EPOC en C3 ir a C5.

C4.- ¿Sabe qué es la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)?
(recoger el conocimiento espontáneo)

- Sí ¿Cuáles son sus principales síntomas? (no leer)
- Tos matutina Pitos al respirar

Expectoración/Espertos/Flemas Ahogo Otros

Si en C4 indica que SI (pasar a C6)

No (pasar a C5)

C5. (Leer) *Como sabrá, la EPOC es el nombre de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que engloba un conjunto de enfermedades como bronquitis crónica y enfisema y que se caracteriza por, sensación de ahogo, tos, pitos al respirar y cansancio provocada por el consumo de tabaco y otras causas.*

¿la conoce ahora? No (ir a C7) Sí (Ir a C6)

C6.- ¿a través de qué medio la conoce?

- Medios de comunicación (prensa, radio, Tv)
- Internet o redes sociales
- Médicos
- Farmacéutico
- Familiar/ conocido que la padece

C7.- ¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades?

Consultar **sólo** sobre las que **no** se hayan mencionado en C3.

	Sí	No	No sabe
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si **no** indica EPOC, Bronquitis crónica o Enfisema en C7 y tampoco en C2 ir a E1.*

TRATAMIENTO de la EPOC(Sólo si indica EPOC o Bronquitis crónica o Enfisema en C2 o C7)

T1.- ¿Sigue tratamiento para la EPOC?

- No
- Sí → T2. Especificar tratamiento (*leer opciones*):
 - Inhaladores
 - Medicamentos
 - Oxígeno
 - Tratamiento de apoyo para dejar de fumar (pastillas, parches, etc)

Si indica inhaladores en T2 (ir a T3).

T3. ¿Sería tan amable de indicar en una escala del 0 (nada difícil) al 10 (muy difícil) cómo considera la realización de su tratamiento inhalado?

CARACTERÍSTICAS del sujeto (A todos los encuestados)

P1.- ¿Usted fuma?

- Sí, Fumador P.1.1.1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____
- P.1.1.2.- ¿Cuántos años hace que fuma? _____
- P.1.1.3.- ¿Ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión?

- Sí → P1.1.4.- ¿Cuántas veces? _____
- No

- No, Exfumador

P 1.2.1 ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?

P.1.2.2.- ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?

_____ P.1.2.3.- ¿Cuántos años ha fumado? _____

- No, nunca ha fumado

P2 ¿Ha probado alguna vez otras alternativas al tabaco?

Sí → .- Especificar (*leer opciones*):

- cigarrillo electrónico
- IQOS
- JUUL
- Otros...

No

P.3 Nos podría indicar su actitud, en relación con estas alternativas al tabaco tradicional,

Muy favorable

Favorable

No sabe

Desfavorable

Muy desfavorable

P.4 ¿Considera que pueden ayudar a dejar de fumar? (en relación con estas otras alternativas al tabaco tradicional)

SI

NO

No sabe

P.5 ¿Considera que tiene riesgos para la salud?

(en relación a estas otras alternativas al tabaco tradicional)

SI

NO

No sabe

P6.- ¿Al menos hace 2 años sufre tos matutina, de forma más o menos ininterrumpida, por más de 3 meses al año?

Sí No

P7.- ¿Al menos hace 2 años sufre tos con expectoración (tos con esputo), de forma más o menos ininterrumpida, por más de 3 meses al año?

Sí No

P8.- ¿Presenta pitos o ruidos al respirar, de forma más o menos ininterrumpida, por más de tres meses al año?

Sí No

P9.- ¿Siente sensación de falta de aire (dificultad para coger aire más que para expulsarlo)? (*Leer opciones*)

- No
- Al subir una cuesta o dos pisos
- Al subir un piso
- Al andar en llano
- En reposo

Si ha indicado algunos de los síntomas siguientes: Sí en P6, P7, P8, o no ha indicado No en P9 (ir a P10 y a P11)

P10.- ¿Ha consultado a su médico por estos problemas? (*citar en caso necesario tos, tos con esputo y/o falta de aire, según lo respondido*)

No

Sí (especificar):

¿Con quién?

- médico de cabecera
- especialista de los pulmones/neumólogo/a

¿Le han realizado alguna vez una espirometría (soplar por un aparato)?

No Sí

P11.- ¿Ha acudido alguna vez urgencias por empeoramiento de estos problemas respiratorios? (*citar en caso necesario tos, tos con esputo y/o falta de aire, según lo respondido*)

No

Sí (especificar cuantas veces en ultimo año):

PERCEPCIÓN de la EPOC (a todos los entrevistados)

F1.- ¿Podría indicar, en una escala del 0 (ausencia gravedad) al 10 (máxima gravedad), cómo considera de grave esta enfermedad, la EPOC? _____

F2.- ¿Sería tan amable de indicar en una escala del 0 (ausencia gravedad) al 10 (máxima gravedad) cómo considera cada una de las siguientes enfermedades?

Diabetes..... _____

Hipertensión..... _____

Angina de pecho..... _____

Úlcera de estómago

Artrosis-Artritis..... _____

Muchas gracias por su colaboración