Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 13/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 13/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

- □ 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 espontaneo)

□ Sí ¿Cuáles son sus principales síntomas? (no leer)

□ Tos matutina□ Pitos al respirar

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 13/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

□□Expectoración/Esputos/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	□	□	□
Asma	□	□	□
Bronquitis crónica	□	□	□
Enfisema	□	□	□

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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 13/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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

□ Oxigeno

□ 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 cuanto 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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 13/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 13/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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)*

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 13/05/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

□ 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