

EVALUACIÓN SOBRE LA LIMPIEZA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

Paciente: _____

Médico: _____

Fecha: _____



No hay respuestas correctas ni incorrectas para esta encuesta.

Responda lo más sinceramente posible para que juntos podamos encontrar los mejores tratamientos de limpieza de las vías respiratorias para usted y para su estilo de vida.

1 ¿Qué métodos de tratamiento está usando actualmente? Encierre con un círculo los dispositivos o métodos que usa y la frecuencia con que los usa.		¿Cuántas veces al día?	¿Durante cuánto tiempo por vez?	¿Cuántas veces a la semana?	
Ejercicio: Especifique el tipo:					
Inhalación de broncodilatadores: Proventil® Ventolin® ProAir® Xopenex® Perforomist® Serevent® Spiriva® Otro:					
Mucolíticos o diluyentes de mucosidad: Solución salina hipertónica al 3 % 7 % Otro:					
Técnicas para la limpieza de las vías respiratorias					
Presión espiratoria positiva (Positive Expiratory Pressure, PEP): Válvula PEP Máscara PEP					
Presión espiratoria positiva oscilante (Oscillating Positive Expiratory Pressure, OPEP): Acapella Choice® Aerobika® Lung Flute® Otro:					
Oscilación de pared torácica de alta frecuencia: AffloVest® The Vest® InCourage® SmartVest® Monarch®					
Tos con resoplido					
Fisioterapia torácica (Chest Physical Therapy, CPT)					
Drenaje postural y percusión					
Técnica de ciclo de respiración activo (Active Cycle of Breathing Techniques, ACBT)					
Drenaje autógeno					
Otro:					
2 ¿En qué medida cree que cada afirmación es verdadera? Marque la casilla que corresponde a cada enunciado.		No del todo verdadera	Un poco verdadera	Verdadera	Muy verdadera
Puedo explicar los beneficios de la limpieza de las vías respiratorias.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que la limpieza de las vías respiratorias es una parte importante de mi atención médica y me hace más sentir más sano.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy consciente de todas las opciones de limpieza de las vías respiratorias que tengo disponibles.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy seguro de que sé cómo limpiar las vías respiratorias de manera correcta.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre hago la limpieza de las vías respiratorias en mi rutina diaria.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecho con mi rutina de limpieza de las vías respiratorias actual.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continúo haciendo mi rutina de limpieza de las vías respiratorias cuando viajo.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento cómodo limpiando las vías respiratorias frente a amigos y familiares.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo reservar tiempo a diario para limpiar las vías respiratorias.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy seguro de que sé cómo cuidar el equipamiento para la limpieza de las vías respiratorias.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sé el orden correcto en el que debo usar los diferentes tratamientos pulmonares, entre ellos, la limpieza de las vías respiratorias.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ¿Cuál de las siguientes opciones podría interferir en su actual rutina de limpieza de las vías respiratorias? Marque todas las opciones que correspondan con su situación.		4 Use este espacio para agregar cualquier cuestión que no se haya abordado en las secciones anteriores.			
Tiene un costo adicional alto.	<input type="radio"/>	No creo que me ayude.	<input type="radio"/>	Tengo problemas con la limpieza o desinfección.	<input type="radio"/>
Es difícil de ajustar.	<input type="radio"/>	No creo que lo necesite.	<input type="radio"/>	Puede causar sangrado.	<input type="radio"/>
Es demasiado complicado.	<input type="radio"/>	No estoy seguro de por qué debería hacerlo.	<input type="radio"/>	Me recuerda a mi enfermedad.	<input type="radio"/>
Me lleva demasiado tiempo.	<input type="radio"/>	Me olvido de hacerlo.	<input type="radio"/>	Es vergonzoso.	<input type="radio"/>
Interrumpe mi rutina.	<input type="radio"/>	Es incómodo o duele.	<input type="radio"/>	No quiero que otros sepan.	<input type="radio"/>
No puedo viajar con eso.	<input type="radio"/>	Empeora mi tos.	<input type="radio"/>	Ninguna de estas opciones.	<input type="radio"/>
Prefiero hacer ejercicio.	<input type="radio"/>	Interrumpe el momento que tengo para hacer sociales.	<input type="radio"/>	Otra	<input type="radio"/>

