

# 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"/>

