

Cuestionario Insuficiencia Respiratoria Severa

# IRS

Cuestionario para establecer el estado del paciente en caso de  
Insuficiencia Respiratoria Severa

Querido paciente, querida paciente

Usted está recibiendo tratamiento médico con nosotros a causa de su insuficiencia respiratoria. Para determinar su estado actual, le rogamos que conteste el siguiente cuestionario. Por favor, conteste cada pregunta marcando con una sola cruz la respuesta correspondiente. Responder a estas preguntas es voluntario. Todos los datos están sujetos al secreto médico profesional y serán tratados de manera estrictamente confidencial. Para cualquier duda que tenga, su especialista está a su disposición.

Código:

# IRS

A continuación vamos a estudiar su estado de salud general. Encontrará afirmaciones sobre distintos aspectos de la vida diaria.

**¿Cómo se ha encontrado la última semana?** Por favor, marque lo que proceda en cada caso.

	Totalmente falso -2	Bastante falso -1	En parte verdadero/ en parte falso 0	Bastante verdadero +1	Totalmente verdadero +2
1. Me resulta difícil subir escaleras.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
2. Noto falta el aire al comer.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
3. Puedo salir por las tardes / noches.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
4. Con frecuencia me encuentro mal de ánimo.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
5. También me falta el aire sin realizar esfuerzos físicos.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
6. Con frecuencia me duele la cabeza.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
7. Tengo muchos amigos y conocidos.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
8. Me preocupa que mi enfermedad pueda empeorar.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
9. Puedo conciliar bien el sueño.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
10. Me relaciono bien con otras personas.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
11. A veces me mareo.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
12. Por las noches me despierto con falta de aire.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
13. Por las noches tengo miedo de que me falte el aire.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
14. Con frecuencia tengo dolor en la nuca.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
15. La enfermedad me ata al hogar.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
16. Me cuesta trabajo realizar las tareas domésticas.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

# IRS

¿Cómo se ha encontrado la última semana? Por favor, marque lo que proceda en cada caso.

	Totalmente falso -2	Bastante falso -1	En parte verdadero/ en parte falso 0	Bastante verdadero +1	Totalmente verdadero +2
17. Con frecuencia me despierto por la noche.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
18. Puedo dormir de un tirón toda la noche.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
19. Noto falta de aire al respirar	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
20. Veo el futuro con optimismo.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
21. Me siento solo.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
22. Noto falta de aire al hablar.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
23. Las visitas me agotan.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
24. Toso mucho.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
25. Con frecuencia me noto las vías respiratorias llenas de mucosidad.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
26. Evito aquellas situaciones en las que puedo sentirme avergonzado a causa de mi falta de aire.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
27. Me siento bien entre mis amigos.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
28. Tengo miedo a tener un ataque de asfixia.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
29. Noto falta de aire al realizar esfuerzos físicos.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
30. Las limitaciones de mi enfermedad me ponen nervioso.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
31. Mi cónyuge / pareja sufre con mi enfermedad.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
32. Puedo hacer la compra.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

# IRS

¿Cómo se ha encontrado la última semana? Por favor, marque lo que proceda en cada caso.

	Totalmente falso -2	Bastante falso -1	En parte verdadero/ en parte falso 0	Bastante verdadero +1	Totalmente verdadero +2
33. Puedo dedicarme a todas las aficiones que me gustan en mi tiempo libre.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
34. Me irrito con frecuencia.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
35. Tengo menos contacto con mis amigos o conocidos debido a mi enfermedad.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
36. Soy feliz con mi vida.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
37. Puedo participar en actividades sociales.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
38. Con frecuencia estoy triste.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
39. Mis problemas respiratorios me molestan en público.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
40. Con frecuencia estoy nervioso.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
41. Puedo vestirme solo.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
42. Estoy cansado durante el día.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
43. Me siento aislado.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
44. Llevo bien mi enfermedad.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
45. Mis problemas respiratorios limitan mi actividad diaria.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
46. La enfermedad afecta a mi vida familiar.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
47. He perdido el contacto con otras personas debido a mi enfermedad.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
48. La enfermedad limita mis posibilidades de tiempo libre.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
49. En general, estoy contento con mi vida.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

**MUCHAS GRACIAS**