

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA EPOC

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Ciudad donde reside: _____

Nombre del médico tratante: _____

Tratamiento actual: _____

Cuestionario de evaluación del nivel de impacto de la EPOC

(Modificado de CAT™)

Para cada pregunta, marque la casilla que mejor describa actualmente el impacto que tiene la enfermedad pulmonar en su vida.

Nunca toso

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Siempre toso

No siento flemas
en el pecho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Siento el pecho
lleno de flemas

No sufro opresión
en el pecho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sufro mucha opresión
en el pecho

Cuando subo una pendiente
o escaleras, no siento falta
de aire

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Cuando subo una pendiente
o escaleras, siento mucha
falta de aire

No padezco limitación para
hacer actividades domésticas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Padezco mucha limitación para
hacer actividades domésticas

Me siento confiado al salir de
casa a pesar de la afección
pulmonar que padezco

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Me siento inseguro al salir
de casa debido a la afección
pulmonar que padezco

No tengo problemas
para dormir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tengo problemas para dormir
y creo que se debe a mi
enfermedad pulmonar

Mi nivel de energía durante
el día es adecuado

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Mi nivel de energía durante el
día es bajo y me siento cansado

PUNTAJE

--

• Impacto leve (1-10 puntos):

La EPOC es la causa de alguna de sus limitaciones.

• Impacto moderado (11-20 puntos):

La EPOC es uno de los principales problemas del paciente.

• Impacto severo (21-30 puntos):

La EPOC es el problema más importante.

• Impacto muy severo (31-40 puntos):

La limitación es máxima.