

ANEXO 1: ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ESPAÑA

**PII REHABILITACION RESPIRATORIA SEPAR
2012-2020**

1.- NOMBRE DEL CENTRO Y DIRECCION DE CORREO

--	--

2. - TIPO DE CENTRO

- Hospital nivel I
- Hospital nivel II
- Hospital nivel III
- Centro socio-sanitario
- Centro de medicina primaria
- Centro de rehabilitación publico
- Centro de rehabilitación privado
- Otros

--

3.- ¿EXISTE UNA UNIDAD/AREA/ SERVICIO DE REHABILITACION EN SU CENTRO?

- SI
- NO

Si es que si, ¿de qué tipo?

<input type="checkbox"/> REHABILITACION GENERAL	<input type="checkbox"/> REHABILITACION RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> AMBAS
--	--	--------------------------------

¿De qué espacio físico dispone?

METROS:	Nº SALAS:
---------	-----------

4.- NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO Y CORREO ELECTRONICO

--	--

5.- PROFESION DE LA PERSONA DE CONTACTO

- Médico Rehabilitador/a
- Médico Neumólogo/a
- Médico cardiólogo/a
- Médico de Familia
- Fisioterapeuta
- Enfermera
- Otros

--

6.- ¿QUIÉN SOLICITA LA REHABILITACION RESPIRATORIA?

	Muy frecuente	Poco frecuente	Nunca
Médico Rehabilitador/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico de Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidad de hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de urgencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras, ¿cuáles?			
<input type="text"/>			

Médico de Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros			
<input type="text"/>			

7.- ¿SE UTILIZA ALGUN DOCUMENTO DE DERIVACION?

¿Cuál?

NO

8.- ¿QUIÉN REVISY REALIZA LA INDICACIÓN DE REHABILITACION RESPIRATORIA?

- Médico Rehabilitador/a
- Médico Neumólogo/a
- Médico cardiólogo/a
- Médico de Medicina Interna
- Médico de Familia
- Fisioterapeuta
- Enfermera
- Otros

9.- ¿QUE PACIENTES INCLUYEN EN REHABILITACION RESPIRATORIA?

- Pacientes con EPOC
- Pacientes con enfermedades distintas de la EPOC con disnea
 - Enfermedades intersticiales
 - Asma bronquial
 - Bronquiectasias o Fibrosis quística
 - Hipertensión arterial
- Pacientes con enfermedades hipersecretoras
- Fibrosis quística
- Bronquiectasias
- Pacientes con enfermedades de la caja torácica
- Pacientes con enfermedades neuromusculares y síntomas respiratorios
- Pacientes con enfermedades agudas como Neumonía o Derrame pleural
- Pacientes propuestos para cirugía torácica
- Pacientes hospitalizados por causa neumológica
- Pacientes con enfermedades cardíacas
- Pediatría
- Otros

10.- ¿SOLICITAN UN CONSENTIMIENTO INFORMADO A TODO PACIENTE QUE SIGUE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA?

- SI
- NO

11.- ¿QUÉ INCLUYE LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE AL INICIO Y AL FINAL DEL PROGRAMA?

	<u>Inicio</u>	<u>Final</u>	<u>Siempre</u>	<u>A veces</u>
Historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de la disnea				
MRC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BORG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rx tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tac torácico,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espirometría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volúmenes pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIM/PEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNIF/SNEF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pico flujo de la tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gases arteriales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsioximetría noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas de esfuerzo				
Prueba de 6 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shuttle test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba ergométrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación nutricional				
IMC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medida de la Calidad de vida				
SF36/Sf12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SGRQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario de las Actividades de la vida diaria/actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuestionario de Ansiedad/depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.- ¿SE REALIZA UN INFORME DE ALTA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA?

- SI
 NO

13.- ¿QUÉ COMPONENTES DEL PROGRAMA PUEDEN OFRECER?

- Educación
 Deshabitación tabaco
 Fisioterapia respiratoria
 Entrenamiento físico general
 Entrenamiento de músculos respiratorios
 Terapia ocupacional
 Soporte nutricional
 Soporte psicosocial
 Electroestimulación /estimulación magnética
 Otros

14. - EDUCACION

¿A QUE PACIENTES?

CONTENIDO

- Conocimientos sobre la enfermedad
 Conocimiento sobre el tratamiento
 Conocimiento de los síntomas de alarma
 Técnicas de ahorro de energía y hábitos de vida
 Otras

DURACION 3 sesiones de 1 hora de duración durante el programa

- EN GRUPO INDIVIDUAL

15.- FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

¿A QUE PACIENTES?

- Paciente estable (ambulatorio),
- Paciente agudizado
- OTROS

TECNICAS

- Ventilación
- Drenaje de secreciones
- Relajación

DURACION:

- EN GRUPO
- INDIVIDUAL

16.- ENTRENAMIENTO MUSCULAR

ENTRENAMIENTO DE PIERNAS:

¿A QUE PACIENTES?

TIPO

Ergómetros: SI / NO ¿De qué tipo?

Pesas SI / NO ¿De qué tipo?

Caminar SI / NO ¿Qué metodología?

- Ejercicios pasivos
- Electroestimulación/Estimulación magnética
- Otros

MODO

- Carga constante
- Interválico
- Aeróbico
- De fuerza

Nº SESIONES/SEMANA:

DURACIÓN

- EN GRUPO
- INDIVIDUAL

ENTRENAMIENTO DE BRAZOS:

¿A QUE PACIENTES?

A todos

TIPO

Ergómetros: SI / NO ¿De qué tipo?

- Pesas
- Ejercicios pasivos
- Otros

MODO

- Carga constante
- Interválico
- Aeróbico
- De fuerza

Nº SESIONES/SEMANA:

DURACIÓN

- EN GRUPO
- INDIVIDUAL

ENTRENAMIENTO DE MÚSCULOS RESPIRATORIOS

¿A QUE PACIENTES?

TIPO

- Dispositivo umbral (Threshold, Powerbreath o similar)
- Dispositivos variación de diámetro (Thera-PEP o similar)
- Otros

MODO

- Carga constante
- Interválico

Nº SESIONES/SEMANA:

DURACIÓN

- EN GRUPO
- INDIVIDUAL

¿DISPONEN DE ELECTROESTIMULACIÓN/ESTIMULACION MAGNETICA PARA ENTRENAMIENTO?

SI

NO

¿En qué pacientes se utiliza?

¿Cuándo y cómo se utiliza?

GENERALIZDADES DEL ENTRENAMIENTO:

¿UTILIZA SOPORTE DE OXIGENO DURANTE EL ENTRENAMIENTO? ¿EN QUE PACIENTES? ¿COMO AJUSTA EL FLUJO DE OXIGENO?

¿UTILIZA SOPORTE DE VENTILACION NO INVASIVA DURANTE EL ENTRENAMIENTO? ¿EN QUE PACIENTES? ¿CÓN QUE PARAMETROS?

¿TIENEN ALGUN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO?

¿CUÁL?

NO

17.- ¿CUÁNTOS PACIENTES PARTICIPAN EN LOS PROGRAMAS AL MES?

	Educación	Fisioterapia	Entrenamiento
< 5 pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-10 pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-20 pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-30 pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-40 pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>40 pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.- ¿DÓNDE REALIZAN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION?

	Hospitalización	Hospital/centro	Domicilio	A. Primaria	Otros ambulatorio
EDUCACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRENAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANTENIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.- ¿QUÉ PROFESIONALES FORMAN PARTE DEL EQUIPO DE REHABILITACION RESPIRATORIA?

	Tiempo completo	Tiempo parcial
Médico Rehabilitador/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico Neumólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico cardiólogo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros, especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.- ¿DE QUÉ MATERIAL DISPONEN PARA LA REHABILITACION RESPIRATORIA?

- Camillas
- Espejo
- Tapiz rodante
- Cicloergómetro de piernas
- Cicloergómetro de brazos
- Pesas / NO ¿de qué tipo?:
- Pesas libres /
- Poleas /
- Aparatos de musculación.
- Otros sistemas de entrenamiento muscular, ¿cuáles?

- Dispositivo umbral
- Otros dispositivos para entrenamiento m. respiratorios, ¿cuáles?

- Dispositivos para drenaje de secreciones
- PEP
- Acapella
- Flutter
- Cornet
- Cough Assist
- Percusioner
- IPPB
- Vest
- Ventiladores de presión
- Otros ¿cuáles?

- Material para educación,
- Videos
- Ordenador y proyector
- Trípticos o similares
- Placebos de tratamiento
- Acceso a Internet
- Otros

- Esfigmomanómetro
- Pulsioxímetros
- Pulsómetros
- Acelerómetros
- Podómetros
- Toma de oxígeno
- Ventiladores

- ECG
- Equipo de Reanimación cardiopulmonar
- Otros (especificar)

21.- ¿PUEDE SU CENTRO ORGANIZAR O COLABORAR EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN?

- SI NO

¿ESTAN PARTICIPANDO EN LA ACTUALIDAD EN ALGÚN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN?

- Multicéntrico: Si no
 si no

Pertenece vuestro grupo a algún CIBER o red de centros

- Si no

¿DE QUE MEDIOS HUMANOS CUENTA PARA LA INVESTIGACION?

Tenéis becarios adscritos a proyectos de investigación

- Si no

¿DE QUE MEDIOS MATERIALES CUENTA PARA LA INVESTIGACION?

- Laboratorio de función pulmonar
- Pruebas de esfuerzo con ergómetros
- Pruebas de esfuerzo de campo: prueba de 6 minutos/shuttle test
- otros