

# Lung Transplant Health-Related Quality of Life (LT-QOL) Survey

## LT-QOL Copyright and Permission

Although the LT-QOL is copyrighted, it is available without charge and no written permission is required for use.

If you translate the LT-QOL to another language, please send a copy to Dr. Singer for our records: [jon.Singer@ucsf.edu](mailto:jon.Singer@ucsf.edu)

### You are free to:

**Share** — copy and redistribute the material in any medium or format

**Adapt** — remix, transform, and build upon the material

### Under the following terms:

 **Attribution** — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

 **NonCommercial** — You may not use the material for commercial purposes.

 **ShareAlike** — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original.

Citation: Singer JP, Soong A, Chen J, Shrestha P, Zhuo H, Gao Y, Greenland JR, Hays SR, Kukreja J, Golden J, Gregorich SE, Stewart AL. Development and Preliminary Validation of the Lung Transplant Quality of Life (LT-QOL) Survey. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Apr 15;199(8):1008-1019. doi: 10.1164/rccm.201806-1198OC. PMID: 30303408; PMCID: PMC6467318.

Funded by National Heart, Lung, and Blood Institute (Grant K23 HL111115, R01 HL134851) and National Institute on Aging (Grant P30-AG15272)



© 2015, Lung Transplant Health-Related Quality of Life (LT-QOL) Survey, The Regents of the University of California. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Fecha: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA DESPUES DE UN TRASPLANTE PULMONAR  
(LT-QOL)

El propósito de esta encuesta es entender cómo su salud impacta su habilidad para hacer sus actividades del día a día y su calidad de vida.

¡Apreciamos su participación en este estudio!

Por favor de vuelta a la página para iniciar la encuesta.

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de estos síntomas, sin tener una infección o rechazo de pulmón?

	Para Nada	Sólo cuando tuve una infección	Unos cuantos días del mes	Varios días por semana	Casi todos los días
1. Tuve dificultad para respirar (falta de aire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentí presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuve tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Expulsé flema (esputo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuve episodios de sibilancias (silbido al respirar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	1 o 2 días por semana	3/4 días por semana	Casi todos los días	Todos los días
6. Durante los últimos <u>3 meses</u> , ¿cuántos días buenos (con pocas molestias pulmonares/respiratorias) ha tenido?	<input type="checkbox"/>				
	0 episodios	1 episodio	2 episodios	3 episodios	3+ episodios

7. Durante los últimos <u>3 meses</u> , ¿cuántos episodios severos o muy desagradables de problemas pulmonares/respiratorios ha tenido?	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La siguiente es una lista de síntomas o condiciones que tal vez usted haya experimentado. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

	Nunca	Una o dos veces	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
8. Tuve dificultad para tragar comida	<input type="checkbox"/>				
9. Tuve dificultad para tragar líquidos	<input type="checkbox"/>				

La siguiente es una lista de síntomas o condiciones que tal vez usted haya experimentado. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

	Nunca	Una o dos veces	Pocas veces	Frecuent-emente	Muy frecuent-emente
10. Me ahogué al tragar	<input type="checkbox"/>				
11. Me ha molestado el sabor de la comida	<input type="checkbox"/>				
12. Tuve poco apetito	<input type="checkbox"/>				
13. Tuve náusea	<input type="checkbox"/>				
14. Tuve molestias o dolor de estómago	<input type="checkbox"/>				
15. Tuve hinchazón o calambres en el área del estómago	<input type="checkbox"/>				
16. Tuve estreñimiento	<input type="checkbox"/>				
17. Tuve diarrea	<input type="checkbox"/>				
18. He tenido urgencia para ir al baño	<input type="checkbox"/>				
19. Tuve temblor de manos	<input type="checkbox"/>				
20. Sentí debilidad en las piernas	<input type="checkbox"/>				
21. Sentí entumecimiento de las manos o de los pies	<input type="checkbox"/>				
22. Sentí molestias en las manos o en los pies (dolor, calambres, ardor, etc)	<input type="checkbox"/>				

Las siguientes preguntas son sobre las últimas cuatro semanas de su tratamiento médico (tomar sus medicamentos, acudir a sus citas en la clínica, y tener exámenes como rayos X o bronoscopías).

	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasia do
23. Los efectos del tratamiento médico han sido peor de lo que imagine.	<input type="checkbox"/>				
24. ¿Qué tan difícil ha sido su vida al seguir su tratamiento médico (incluyendo tomar sus medicamentos)?	<input type="checkbox"/>				

25. ¿Qué tan difícil fue seguir su tratamiento médico diariamente?	<input type="checkbox"/>				
Durante las últimas <u>4 semanas</u> , ¿en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones?	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
26. Me preocupa que mi trasplante de pulmón no va a funcionar o que voy a tener rechazo.	<input type="checkbox"/>				
27. Me preocupa contraer infecciones.	<input type="checkbox"/>				
28. Ha sido difícil hacer planes a futuro por mi trasplante.	<input type="checkbox"/>				
29. Me preocupa que mi salud vaya a empeorar.	<input type="checkbox"/>				
30. Siento incertidumbre acerca de mi salud en el futuro.	<input type="checkbox"/>				
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas?	Nunca	Una o dos veces	Unas cuantas veces	Regularmente	Muy frecuentemente
31. Sentirse nervioso o ansioso	<input type="checkbox"/>				
32. No poder controlar su preocupación o estar preocupado constantemente	<input type="checkbox"/>				
33. Preocuparse en exceso sobre diferentes cosas	<input type="checkbox"/>				
34. Dificultad para relajarse	<input type="checkbox"/>				
35. Sentirse tan inquieto que es difícil estar tranquilo	<input type="checkbox"/>				
36. Enojarse o irritarse fácilmente	<input type="checkbox"/>				
37. Sentir miedo de que algo terrible va a ocurrir	<input type="checkbox"/>				
Las siguientes preguntas son sobre como se siente y como ha estado. Durante las últimas <u>cuatro semanas</u> , ¿qué tan frecuentemente...	Nunca	Una o dos veces	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
38. El estar deprimido ha interferido con sus actividades usuales?	<input type="checkbox"/>				
39. Se ha sentido deprimido?	<input type="checkbox"/>				

40. Ha estado malhumorado o rumiando pensamientos?	<input type="checkbox"/>				
41. Se ha sentido con el ánimo decaído o muy decaído?	<input type="checkbox"/>				
42. Se ha sentido descorazonado y deprimido?	<input type="checkbox"/>				
	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
43. ¿Qué tan deprimido se ha sentido en su peor momento?	<input type="checkbox"/>				
Durante las últimas <u>4 semanas</u> , ¿cuánto tiempo...	Nunca	Poco tiempo	Algo de tiempo	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
44. Tuvo dificultad para razonar y resolver problemas, por ejemplo, tomar decisiones, o aprender cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>				
45. Tuvo dificultad para realizar actividades que requieren pensar y concentrarse?	<input type="checkbox"/>				
46. Se confundió y empezó varias actividades a la vez?	<input type="checkbox"/>				
47. Se le olvidaron las cosas, por ejemplo, hechos recientes, donde puso las cosas, o sus citas?	<input type="checkbox"/>				
48. Tuvo dificultad para estar atento durante una actividad por cierto tiempo?	<input type="checkbox"/>				
49. Reaccionó con lentitud a cosas que pasaron o le dijeron?	<input type="checkbox"/>				
¿Qué tan frecuentemente en las últimas semanas...	Nunca	Una o dos veces	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
50. Sintió frustración acerca de su salud?	<input type="checkbox"/>				
51. Se sintió abrumado por sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/>				

52. Se sintió desanimado por sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/>				
53. Se sintió desesperado por sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/>				
54. Se sintió asustado por salud?	<input type="checkbox"/>				
55. Su salud fue una preocupación en su vida?	<input type="checkbox"/>				

Las siguientes preguntas son sobre cómo sus problemas de salud pueden interferir con su vida sexual. Son preguntas personales, pero son importantes para entender cómo los problemas de salud pueden afectar la vida de la gente.

Durante las últimas <u>4 semanas</u> , en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones?	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
56. ¿Ha perdido el interés en las relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>				
57. ¿Ha sentido incapacidad para relajarse y disfrutar del sexo?	<input type="checkbox"/>				
58. ¿Ha tenido dificultad para sentir excitación sexual?	<input type="checkbox"/>				

Las últimas dos preguntas son sobre su vida en general.

Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones?	Para nada	Poco	Algo	Bastante	Demasiado
59. Soy capaz de disfrutar la vida.	<input type="checkbox"/>				
60. Estoy contento con mi calidad de vida en este momento.	<input type="checkbox"/>				

Ha llegado al final de su encuesta. ¡Gracias por su participación!