

## CUESTIONARIO INFECCIONES 14 MESES

IDNUM NIÑO:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	CH		
FECHA CUESTIONARIO ACTUAL:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	FECHA ÚLTIMA ENTREVISTA:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	
ENTREVISTADOR:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		ENTREVISTADO:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

**Nota:** Dado que muchas preguntas ya se han formulado en la entrevista telefónica del sexto mes, le rogamos preste atención a los encabezados de cada pregunta, en donde se le especificará si es referido a todos los meses de vida de su hijo, o a los meses transcurridos desde la última entrevista.

### 1 – Desde la última entrevista, ¿cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a?

- Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (nº episodios=0).....1
- Ocasionalmente o a veces tiene pitos (nº episodios=1-3).....2
- Tiene pitos la mayor parte del tiempo o siempre, (nº episodios=4 o más).....3
- *Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada.*
  - *Por otra infección queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre.*

### 2– ¿Durante el primer año de vida, cuántos episodios de pitos/sibilancias/bronquitis ha tenido su hijo/a?

- Ninguno.....1 ⇒ (pasar a preg 11)
- Una vez.....2
- Dos veces.....3
- Tres o cuatro veces.....4
- Más de cinco veces.....5
- Ns / Nc.....9

### 3 – Referido al primer año de vida, durante los episodios de sibilancias/pitos de su hijo/a algún otro miembro de la familia presenta síntomas similares (dificultad respiratoria o sibilancias)?

- |               |                           |
|---------------|---------------------------|
| Nunca.....1   | <b>3c.2 ¿Quién?</b> ..... |
| A veces.....2 | <b>3c.3 ¿Quién?</b> ..... |
| Siempre.....3 |                           |

### 4 - ¿Cómo describiría los episodios de pitos que tiene su hijo/a?

- Tiene pitos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección .....1
- Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos .....2
- Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos .....3

**5 - Desde la última entrevista, ¿ha tomado su hijo/a: Ventolin, Terbasmin, Atrovent, Pulmicort, Seretide, Flixotide, Estilsona,... o cualquier otro medicamento para los pitos/sibilancias?**

NO.....1  
 SI.....2⇒ **completar tabla;**  
 NS/NC.....9

Nombre del medicamento	Forma farmacéutica o vía de administración (cápsulas, jarabe...) <sup>1</sup>	Nº de episodios en los que ha recibido el medicamento (o "tandas" de tratamiento) <sup>2</sup>	Nº de días que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista <sup>3</sup>	Nº de veces por día <sup>4</sup>	Quién lo prescribió <sup>5</sup>

**6 – Desde la última entrevista ¿considera que su hijo/a mejora con los tratamientos recibidos, durante los episodios agudos de pitos/sibilancias?**

NO.....1  
 Ocasionalmente.....2  
 Frecuentemente.....3  
 Siempre.....4  
 NS/NC.....9

**7– Desde la última entrevista, ¿ha recibido su hijo/a tratamiento preventivo\* para los pitos/sibilancias/bronquitis?**

\*se entiende por tratamiento preventivo aquel que evita la aparición de síntomas o aquel que se administra antes, durante o después de los síntomas, de forma más o menos continuada, para evitar exacerbaciones o reagudizaciones de los síntomas.

NO.....1⇒ **(pasar a preg 9)**  
 SI.....2  
 NS/NC.....9⇒ **(pasar a preg 9)**

**8 – Desde la última entrevista, ¿ha reducido su hijo/a el número de episodios de pitos/sibilancias/bronquitis con este tratamiento preventivo?**

NO.....1  
 SI, han reducido un poco el número de episodios.....2

SI, han reducido bastante el número de episodios.....3  
 SI, han desaparecido completamente.....4  
 NS/NC.....9

**9- ¿Sigue usted las recomendaciones médicas, en cuanto a dosis y frecuencia de administración de los medicamentos para los pitos/sibilancias/bronquitis?**

NO.....1  
 Ocasionalmente.....2  
 Frecuentemente.....3  
 Siempre.....4  
 NS/NC.....9

**10 – Desde el nacimiento de su hijo/a, ¿la administración de algún medicamento (cualquier tipo de medicamento) le empeoró los pitos/sibilancias/bronquitis?**

NO.....1  
 SI.....2 ⇒ **que medicamento:**.....  
 NS/NC.....9

**11 - Desde la última entrevista, ¿cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a?**

Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección.  
*(por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho)*.....1  
 Ocasionalmente o a veces tiene el pecho cargado. ....2  
 Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está.....3

**12– Desde la última entrevista, ¿Ha tenido su hijo/a una tos que haya durado más de 3 semanas?**

Ninguna.....1  
 1 o 2 episodios de tos > 3 semanas.....2  
 Entre 3 y 4 episodios de tos > 3 semanas.....3  
 Entre 5 y 8 episodios de tos > 3 semanas.....4  
 Tiene tos la mayor parte del tiempo.....5  
 NS/NC.....9

**13 – Desde la última entrevista, ¿ha llevado a su hijo/a al pediatra o médico por una tos que haya durado más de 3 semanas y que no se debiera a resfriado o gripe?**

NO.....1  
 SI.....2  
 NS/NC.....9

**14 - ¿En cuantas ocasiones? .....**

**15 - Desde la última entrevista, ¿cuántas veces ha estado su hijo/a resfriado o con la nariz mucosa?**

- Ninguna.....1
- 1 o 2 .....2
- Entre 3 y 4.....3
- Entre 5 y 8 .....4
- Más o menos siempre lo está.....5
- NS/NC.....9

**16 - Desde la última entrevista, ¿cuántas infecciones de oído ha tenido su hijo/a?**

- Ninguna.....1 ⇒ (pasar a preg 18)
- 1 o 2 .....2
- Entre 3 y 4 .....3
- Entre 5 y 8 .....4
- NS/NC.....9

**17 - Si su hijo/a ha tenido su primera infección de oído después del 6to mes, ¿Qué edad tenía cuando ocurrió el primer episodio de otitis?**

(meses).....

**18 – Desde la última entrevista, ¿algún médico le ha dicho que su hijo/a tenía una infección en el pecho?**

- NO.....1 ⇒ (pasar a preg 20)
- SI.....2
- NS/NC.....9

**19 - Especifique en relación a cada posible infección respiratoria, el/los meses de presentación**

Nota para el entrevistador: marcar con una cruz, si es un solo episodio por celda.

Tipo de infección	6 m	7 m	8 m	9 m	10 m	11 m	12 m	13 m	14 m
Bronquiolitis									
Neumonía									
Bronquitis									
Laringitis, crup									
Neumonitis									

**20 – Desde el nacimiento, ¿su hijo/a ha padecido alguna infección urinaria?**

- NO.....1                      **20a – Número de episodios: .....**  
 SI.....2  
 NS/NC.....9

**21 – Desde la última entrevista, ¿ su hijo/a ha padecido algún cuadro de diarrea y vómitos?**

- NO.....1⇒ (pasar a preg 23)  
 SI.....2  
 NS/NC.....9

**22- ¿En cuántas ocasiones?**

.....

**23 – Desde la última entrevista, ¿su hijo/a ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede señalar más de uno)**

- Varicela.....1  
 Eczema atópico.....2  
 Eczema seborreico .....3  
 Herpes Simplex.....4  
 Exantema vírico .....5 ⇒ **Especificar: .....**  
 Ninguno de estos.....6

**24– Señale si desde la última entrevista, su hijo/a ha requerido asistencia médica fuera del control pediátrico habitual. Puede marcar más de una opción.**

- NO.....1  
 Visita ambulatoria a un centro de atención primaria.....2  
 Visita ambulatoria a un centro de atención privado (mutuas).....3  
 Visita a urgencias en un centro hospitalario.....4  
 Ingresos .....5  
 NS / NC.....9

Nota entrevistador: Completar la tabla, solo para las opciones 2 a 9.

Código motivo	Edad del bebe	Especificar causa del contacto por asistencia médica


**25 - Desde la última entrevista, ¿su hijo ha tomado algún medicamento para la fiebre, la tos, infecciones o por cualquier otro motivo, incluyendo cremas, vitaminas, productos de homeopatía, etc.?**

NO.....1  
 SI.....2 ⇒ **completar tabla;**  
 NS/NC.....9

Motivo	Nombre del medicamento	Forma farmacéutica o vía de administración (cápsulas, jarabe...) <sup>1</sup>	Nº de episodios en los que ha recibido el medicamento (o "tandas" de tratamiento) <sup>2</sup>	Nº de días que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista <sup>3</sup>	Nº de veces por día <sup>4</sup>	Quién lo prescribió <sup>5</sup>

<sup>1.2.3.4 y 5</sup> ver guía de codificación tablas de fármacos 14 meses

**26 – ¿Ha presentado su hijo algún problema o reacción adversa a algún medicamento o vacuna?**

NO.....1  
 SI.....2 ⇒ { que medicamento/vacuna;.....  
 NS/NC.....9 { que reacción;.....

**27 – Desde la última entrevista, ¿su hijo/a ha presentado algún tipo de reacción con algún alimento?**

NO.....1 ⇒ (pasar a preg 28)  
 SI.....2

**27 a – Si ha tenido alguna reacción, complete la siguiente tabla:**

Indicar tipo de alimento	Indicar sitio de reacción <sup>A</sup>	Tipo de reacción <sup>B</sup>
1.		
2.		
3.		

4.		

A. Por sitio de reacción se entiende los órganos o sistemas donde se manifiesta la alergia alimentaria (ej: cutánea, intestinal, conjuntival, respiratoria, mucosa perioral).

B. Por tipo de reacción, se entiende el tiempo que transcurre entre la incorporación del alimento y la aparición de los síntomas. Así se describen reacciones: 1) inmediatas cuando aparecen los síntomas dentro de los 90 minutos, 2) mediatas en las cuales la clínica dentro de las primeras 48 hs 3) tardías, cuando los síntomas aparecen mas allá de los dos días de ingerir el alimento.

**27 b- ¿Ha eliminado el alimento/s de su alimentación?**

NO.....1  
 SI.....2 ⇒ **¿Cuáles?** .....

**27c – Alguno de esos episodios fue diagnosticado como alergia alimentaria, por parte de un médico?**

NO.....1  
 SI.....2 Especificar prueba diagnóstica: .....

**28 – Desde la última entrevista, ¿algún médico le ha diagnosticado eczema atópico?**

1 - NO       **32 a Persiste hasta hoy este problema?**      1- NO      2 - SI  
 2 - SI

**29 – Desde la última entrevista, su hijo/a ha tenido alguna de estas condiciones en la piel:**

Nota para el entrevistador: puede señalar más de una opción.

**a. Manchas rojas en la piel que pican**      NO       SI

**b. Piel seca en general**      NO      

**c. Estas manchas que pican se localizan en:**

**c1. zonas de flexión**  
 (pliegue del codo, detrás de las rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo)      NO       SI

**c2. superficie externa (brazos y piernas)**      NO       SI

**c3. mejillas, alrededor de los ojos**      NO       N

**OBSERVACIONES:**