

CUESTIONARIO INFECCIONES 14 MESES (adaptado)

IDNUM NIÑO:

--	--	--	--	--	--

FECHA CUESTIONARIO ACTUAL: ___/___/___

FECHA ÚLTIMA ENTREVISTA: ___/___/___

ENTREVISTADOR: _____

ENTREVISTADO: _____

Nota para el entrevistador: Este cuestionario se utilizará en aquellos niños de la Cohorte INMA- Sabadell cuyas madres no hayan contestado el cuestionario telefónico del 6^{to} mes.

1 – ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a?

Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mocososo,
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 3c.2 ¿Quién?.....

A veces.....2 3c.3 ¿Quién?.....

Siempre.....3

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

Tiene pitos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección1

Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos2

Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos3

5 – ¿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

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

6 – ¿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– ¿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 – ¿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 - ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a?

- Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mocososo, 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- ¿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 – ¿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 el nacimiento ¿cuántas veces ha estado su hijo/a resfriado o con la nariz mucosa?

- Ninguna.....1
- 1 o 22
- Entre 3 y 4.....3
- Entre 5 y 84
- Más o menos siempre lo está.....5
- NS/NC.....9

16 - Desde el nacimiento, ¿cuántas infecciones de oído ha tenido su hijo/a?

- Ninguna.....1 ⇒ (pasar a preg 18)
- 1 o 22
- Entre 3 y 43
- Entre 5 y 84
- NS/NC.....9

17 - ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando ocurrió el primer episodio de otitis?

(meses).....

18 – Desde el nacimiento, ¿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	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	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 el nacimiento, ¿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 el nacimiento, ¿su hijo/a ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede señalar más de uno)

Varicela.....1
 Eczema atópico.....2
 Eczema seborreico3
 Herpes Simplex.....4
 Exantema vírico5 ⇒ Especificar:
 Ninguno de estos.....6

24– Desde que nació su hijo/a, señale si 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
 Ingresos5
 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 el nacimiento, ¿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...) ¹	Nº de episodios en los que ha recibido el medicamento (o "tandas" de tratamiento) ²	Nº de días que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista ³	Nº de veces por día ⁴	Quién lo prescribió ⁵

1,2,3,4 y 5 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 ⇒ $\left\{ \begin{array}{l} \text{que medicamento/vacuna;} \\ \text{que reacción;} \end{array} \right.$
 NS/NC.....9

27 – Desde el nacimiento, ¿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 ^A	Tipo de reacción ^B
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 que nació su hijo/a, ¿algún médico le ha diagnosticado eczema atópico?

1 - NO

32 a Persiste hasta hoy este problema?

1- NO

2 - SI

2 - SI

29 – Desde que nació 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

SI

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

SI

OBSERVACIONES: