

## PROPUESTA PREGUNTAS SALUD Q4

### SIBILANTES / PITOS

#### 1.- ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a en los últimos 12 meses?

Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (nº episodios=0)	1 (pasar a la pregunta 6)
Tiene pitos ocasionalmente (nº episodios=1-2)	2
Tiene pitos a menudo (nº episodios=3-6)	3
Tiene pitos muy a menudo (nº episodios=7-12)	4
Tiene pitos la mayor parte del tiempo (nº episodios >12)	5

- *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.*

#### 1b - Si los pitos que se refiere han aparecido por primera vez en los últimos 12 meses. ¿Qué edad tenía el niño a la aparición de los pitos?

.....(años)..... (meses)

#### 2 - ¿Alguno de estos factores ha hecho que empeoraran los pitos de su hijo en los últimos 12 meses?

- El tiempo    El polen    Los humos    Humo tabaco    El polvo
- La emoción (como por ejemplo, el llanto)    El ejercicio    La noche
- Las mascotas    Ropa de lana    Jabones y/o sprays y/o detergentes    Comida/bebida
- Resfriados/gripe
- Otras cosas (por favor, enumérelas): \_\_\_\_\_

#### 3. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez sus pitos han sido tan severos que han producido que parase de respirar?

SÍ.....1

NO.....2 (pasar a la pregunta 4)

3..1 Si SÍ, esto ha pasado:	Sólo una vez .....	1
	Pocas veces (menos de 6).....	2
	Ocasionalmente (una al mes).....	3
	A menudo (una a la semana).....	4
	Muy a menudo (casi todos los días) .....	5

#### 4. ¿En los últimos 12 meses, alguna vez sus pitos han sido tan severos que no le dejan dormir?

SÍ.....1

NO.....2 (pasar a la pregunta 5)

4.1 Si SÍ, esto ha pasado:	Sólo una vez .....	1
	Pocas veces (menos de 6).....	2
	Ocasionalmente (una al mes).....	3
	A menudo (una a la semana).....	4
	Muy a menudo (casi todos los días) .....	5

#### 5. ¿En los últimos 12 meses, alguna vez sus pitos han sido tan severos que interfieren sus actividades?

SÍ.....1

NO..... 2 (pasar a la pregunta 6)

5.1 Si SÍ, esto ha pasado:	Sólo una vez .....	1
	Pocas veces (menos de 6).....	2
	Ocasionalmente (una al mes).....	3
	A menudo (una a la semana).....	4
	Muy a menudo (casi todos los días) .....	5

5.2. ¿Cuáles son estas actividades? .....

**PECHO CARGADO**

**6 - ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo en los últimos 12 meses?**

- Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (como dolor de garganta, infección de oído, fiebre). *(Por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho)*.....1 (pasar a la pregunta 8)
- Tiene el pecho cargado ocasionalmente o a veces.....2
- Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está (4 o más días por semana al menos 3 meses al año).....3

**7 - Si su hijo ha empezado a tener el pecho cargado durante los últimos 12 meses, ¿Qué edad tenía cuando usted notó por primera vez que su hijo/a tenía el pecho cargado?**

.....(años) y ..... (meses)

**TOS**

**8 – En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo/a una tos que haya durado más de 3 semanas?**

- Ninguna.....1 (pasar a la pregunta 12)
- 1 o 2 episodios de tos > 3 semanas.....2
- Entre 3 y 5 episodios de tos > 3 semanas.....3
- Entre 6 y 9 episodios de tos > 3 semanas.....4
- Tiene tos la mayor parte del tiempo.....5
- NS/NC.....9

**9 – Durante este tiempo, su hijo ha sido visto por un pediatra o médico por una tos que haya durado más de 3 semanas y que no se debiera a resfriado o gripe?**

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

**9.1 - ¿En cuántas ocasiones?**

**10 - Si su hijo ha empezado a tener tos que haya durado más de 3 semanas en los últimos 12 meses, ¿Qué edad tenía cuando usted notó por primera vez que su hijo/a tenía esta tos?**

.....(años) y ..... (meses)

**11 -¿Alguna vez esta tos de más de 3 semanas ha sido tan severa que no le ha dejado dormir?**

- SI.....1 NO..... 2 (pasar a la pregunta 12)

- 11.1 Si Sí, esto ha pasado: Sólo una vez ..... 1
- Pocas veces (menos de 6)..... 2
- Ocasionalmente (una al mes).....3
- A menudo (una a la semana).....4
- Muy a menudo (casi todos los días) .....5

**OTROS PROCESOS**

**12 - ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mucosa en los últimos 12 meses?**

- Ninguna.....1
- 1 o 2 .....2
- Entre 3 y 5.....3
- Entre 6 y 12 .....4
- Más o menos siempre lo está.....5
- NS/NC.....9

**ASISTENCIA SANITARIA**

**16 - En los últimos 12 meses, ¿ el niño ha sufrido alguna de estas enfermedades? (Sí:1; No:2)**

16.1 Gripe

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.2)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.2 Infección en el pecho

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.3)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.3 Neumonía

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.4)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.4 Bronquitis

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.5)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.5 Asma

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.6)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.6 Otitis

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.7)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

**16.6b (antiga 14)- Si ha tenido su primera infección de oído en los últimos 12 meses ¿Qué edad tenía, entonces?**

.....(años).....(meses)

16.7 Rinitis alérgica

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.8)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.8 Eczema atópico

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.9)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.9 Diarrea y/o vómitos

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 17)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

	Cuantas veces?	Ha requerido asistencia en alguno de los siguientes niveles asistenciales?			
		CAP	Médico Privado	Urgencias (estancia de <24h desde la llegada al hospital)	Ingreso (estancia de >24h después de la llegada al hospital)
Gripe		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Infección en el pecho		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Neumonía		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Bronquitis		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Asma		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Otitis		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Rinitis Alérgica		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Eczema atópico		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Diarrea y/o vómitos		Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....

**PIEL**

**17 - ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede indicar más de uno)**

Varicela.....	1
Eccema seborreico.....	3
Herpes Simple.....	4
Impétigo.....	5
Ninguno.....	6

**MEDICAMENTOS**

**18 - En los últimos 12 meses, ¿ha tomado su hijo algún medicamento (incluyendo cremas, inhaladores, gotas, etc...) para alguna de las siguientes patologías?:**

18.1. Pitos/sibilancias (1)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.2)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.2)

18.2. Alergias (2)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.3)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.3)

18.3 Tos (3)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.4)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.4)

18.4. Pecho cargado/infecciones respiratorias (4)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.5)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.5)

18.5. Otras infecciones (5)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.6)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.6)

18.6. Fiebre (6)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.7)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.7)

18.7. Diarrea (7)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.8)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.8)

18.8. Estreñimiento (8)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.9)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.9)

18.9. Dolor (9)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.10)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.10)

18.10. Eczema atópico (10)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.11)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;**
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.11)

18.11. Por cualquier otro motivo (11)

- a. NO.....1 (Fin de cuestionario)
- b. Sí.....2 ⇒ **completar tabla;** (y Fin de cuestionario)
- c. NS/NC.....9 (Fin de cuestionario)

<u>Motivo</u>	<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Forma farmacéutica o vía de administración</u> (cápsulas, jarabe...)	<u>Nº de episodios en los que ha recibido el medicamento</u> (o "tandas" de tratamiento) <sup>1</sup>	<u>Nº de días que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista</u> <sup>2</sup>	<u>Nº de veces por día</u> <sup>3</sup>	<u>Quién lo prescribió</u> <sup>5</sup>
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)

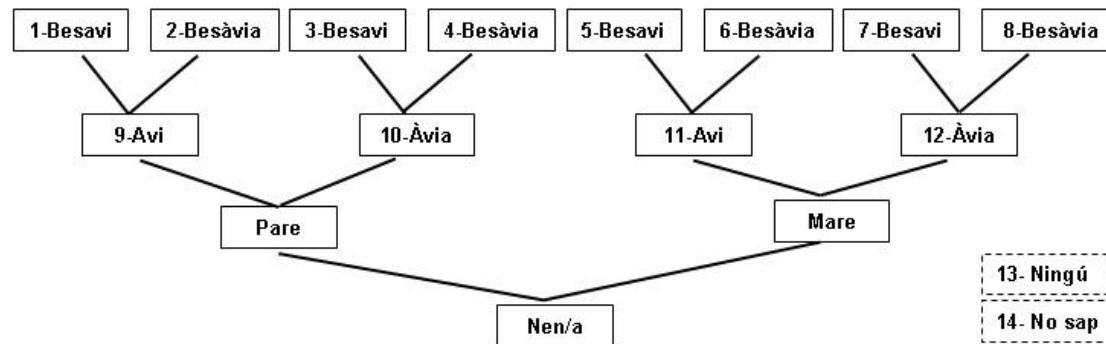
<sup>1</sup>escribir el nº de episodios o veces que ha recibido el tratamiento (si es crónico o continuo; episodios 1) <sup>2</sup>escribir el nº de días totales que ha recibido el tratamiento (suma del total de días en los diferentes episodios) ejemplo: dos episodios de 7 días cada uno; nº total de días = 14

<sup>3</sup>ejemplo: si lo tomaba tres veces al día o cada 8 horas, nº veces=3

**ANTECEDENTES**

**19- Alguno de los abuelos o bisabuelos de su hijo/a ha estado diagnosticado de:  
(poner el número o números de los abuelos/bisabuelos que padezcan o hayan padecido la enfermedad):**

- a) Parkinson:.....
- b) Alzheimer: .....
- c) Demencia: .....



**19a-Alguna de las enfermedades anteriores, ha sido diagnosticada antes de los 60 años?**

- 1-No
- 2 SI

19a1-Indicar quién (número)..... y de que enfermedad (poner letra).....  
 19a2-Indicar quién (número)..... y de que enfermedad (poner letra).....  
 19a3-Indicar quién (número)..... y de que enfermedad (poner letra).....

3- NS/NC

**19b- Indicar País de origen de cada uno de los abuelos y bisabuelos de su hijo (los números corresponden a los del árbol genealógico).**

1-Bisabuelo: \_\_\_\_\_  
 2-Bisabuela: \_\_\_\_\_  
 3-Bisabuelo: \_\_\_\_\_  
 4-Bisabuela: \_\_\_\_\_  
 5-Bisabuelo: \_\_\_\_\_  
 6-Bisabuela: \_\_\_\_\_

7-Bisabuelo: \_\_\_\_\_  
 8-Bisabuela: \_\_\_\_\_  
 9-Abuelo: \_\_\_\_\_  
 10-Abuela: \_\_\_\_\_  
 11-Abuelo: \_\_\_\_\_  
 12- Abuela: \_\_\_\_\_