

CUESTIONARIO 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 P6)
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

Sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no 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 noche
 La emoción (como por ejemplo, el llanto) El ejercicio Las mascotas Ropa de lana
 Jabones y/o spray 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?

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

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

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

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

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

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

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

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

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 P8
❖ Tiene el pecho cargado ocasionalmente o a veces.....2
❖ Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está (4 o + días/ semana al menos 3 meses/ 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 P12) Entre 6 y 9 episodios de tos > 3 semanas.....4
1 o 2 episodios de tos > 3 semanas.....2 Tiene tos la mayor parte del tiempo.....5
Entre 3 y 5 episodios de tos > 3 semanas...3 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 9.1 - ¿En cuántas ocasiones? NO.....2 NS/NC.....9

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?
 Sí.....1 NO..... 2 (pasar a la pregunta 12)

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

OTROS PROCESOS

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

Ninguna.....1 Entre 6 y 124
 1 o 2.....2 Más o menos siempre lo está.....5
 Entre 3 y 5.....3 NS/NC.....9

13 - ¿Cuántas infecciones de oído ha tenido su hijo/a en los últimos 12 meses?

Ninguna.....1 (pasar a P15)
 1 o 2.....2 Entre 6 y 12.....4
 Entre 3 y 5.....3 NS/NC.....9

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

15 - ¿Ha visitado al médico por algún cuadro de diarrea y/o vómitos (gastroenteritis) en los últimos 12 meses?

Sí.....1 15.1 ¿En cuántas ocasiones? NO.....2 NS/NC.....9

16 - ¿Alguno de los abuelos o bisabuelos de su hijo ha sido diagnosticado de parkinson, alzheimer o demencia?

NO.....1
 Sí..... 2

¿Quién?				
¿De qué?				
¿A qué edad?				

16bis – País de origen de abuelos y bisabuelos del niño/a

Abuelo Paterno 1		Abuela Paterna 2		Abuelo Materno 3		Abuela Materna 4	
Bisabuelo 1	Bisabuela 1	Bisabuelo 2	Bisabuela 2	Bisabuelo 3	Bisabuela 3	Bisabuelo 4	Bisabuela 4

ASISTENCIA SANITARIA

17 - En los últimos 12 meses, ¿el médico le ha diagnosticado que el niño ha sufrido alguna de estas enfermedades? (Sí: 1; No: 2) ¿en qué nivel asistencial: primaria, urgencias, ingreso hospitalario?

	SI/NO	CAP	Médico Privado	Urgencias (estancia <24h)	Ingreso (estancia >24h)
Gripe	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Infección en el pecho	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Neumonía	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Bronquitis	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Asma	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Otitis	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Rinitis Alérgica	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Eczema atópico	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....
Diarrea y/o vómitos	SÍ 1 NO 2	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....	Sí..... n° veces.... No.....

18.- ¿En los últimos 12 meses /después de los 2 años ha sido visto su hijo en consultas externas de algún servicio para el seguimiento de algún problema de salud?

NO.....2 Sí.....1 ¿Cuál?.....

PIEL Y ALERGIAS

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

Varicela.....1 Herpes Simplex.....4
 Eccema atópico.....2 (pasar a 19a) Impétigo.....5
 Eccema seborreico.....3 Ninguno.....6

19 a- En caso de que haya padecido Eccema atópico, ¿Qué fármacos le fueron prescritos para tratarlo.

Enumerarlos:

20 –En los últimos 12 meses, ¿Su hijo/a ha presentado algún tipo de reacción con algún alimento?

Sí.....1 No.....2 (pasar a la pregunta 22)

20 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 (Eg, cutánea, intestinal, conjuntival, respiratoria).

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 h 3) tardías, cuando los síntomas aparecen mas allá de los dos días de ingerir el alimento.

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

Sí.....1 20c - Si 1, indicar el/los alimentos eliminados?
 No.....2

21 – Alguno de esos episodios fue caracterizado como una alergia alimentaria, ¿por diagnóstico de un médico?

Sí.....1 Especificar prueba diagnóstica:
 No.....2

22 – En el día de la fecha, enumere si su hijo/a tiene alguna de estas condiciones en la piel

- a. Piel seca en general: Sí.....1 No.....2
- b. Manchas rojas que pican: Sí.....1 No.....2
- c. Estas manchas se localizan en:
- c1. Zonas de flexión Sí.....1 No.....2
 (Pliegue del codo, detrás de las rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo)
- c2. Superficie externa (brazos y piernas) Sí.....1 No.....2
- c3. Mejillas Sí.....1 No.....2

MEDICAMENTOS

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

	SÍ – Completar tabla	NO – Pasar a siguiente	NS/NC
23.1. Pitos/sibilancias			
23.2. Alergias			
23.3 Tos			
23.4. Pecho cargado/infecciones respiratorias			
23.5. Otras infecciones			
23.6. Fiebre			
23.7. Diarrea			
23.8. Estreñimiento			
23.9. Dolor			
23.10. Eczema atópico			
23.11.Por cualquier otro motivo			

<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) ¹	<u>Nº de días que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista</u> ²	<u>Nº de veces por día</u> ³	<u>Quién lo prescribió</u> ⁵
		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. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. 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. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. 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. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. 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. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. 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. farmacéutica/o 4. enfermera/o 5. automedicación (madre) 6. otros (no especificar)

¹escribir el nº de episodios o veces que ha recibido el tratamiento (si es crónico o continuo; episodios 1) ²escribir 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

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