

CUESTIONARIO INFECCIONES 18 MESES

1.- ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a desde la última entrevista?

- Nunca tiene pitos**, aunque esté resfriado y mocososo,
o tenga otra infección (nº episodios=0).....1 ⇒ (pasar a preg 3)
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 - ¿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

3 - ¿Cuántos episodios de pitos/sibilancias/bronquitis ha tenido su hijo/a durante el primer año de vida?

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

4 – ¿Ha recibido para estos episodios, tratamiento con medicamentos para los pitos/sibilancias?

- Nunca.....1
A veces.....2
Siempre.....3

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

- NO.....1⇒ (Pasar a preg 11)
SI.....2⇒ completar tabla;
NS/NC.....9

Nombre medicamento	Forma administración (Cápsulas, jarabe...)	Nº de episodios	Nº de días en total	Nº de veces/día	Quién lo prescribió ⁵

6 – ¿Considera que su hijo/a mejora con los tratamientos recibidos durante el episodio agudo 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 – ¿Han empeorado los pitos de su hijo/a tras la administración de algún medicamento (cualquier medicamento)?

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

11 – 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
A veces.....2 **3c.1 ¿Quién?**.....
Siempre.....3 **3c.2 ¿Quién?**.....

12 - ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a desde la última entrevista?

(Por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho)

Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección.....1
Ocasionalmente o a veces tiene el pecho cargado.2
Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está.....3

13– 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

14 – 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 ¿En cuantas ocasiones?
NS/NC.....9

16 - ¿Cuántas veces ha estado su hijo/a resfriado o con la nariz mucosa desde la última entrevista?

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

17 - ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo/a desde la última entrevista?

Ninguna.....1 ⇒ **(pasar a preg 19)**
1 o 2.....2
Entre 3 y 4.....3
Entre 5 y 8.....4
NS/NC.....9

18 - Si la 1ª infección de oído fue después del 6to mes, ¿Qué edad tenía cuando ocurrió el primer episodio de otitis?
(Meses).....

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

NO.....1 ⇒ **(pasar a preg 21)**
SI.....2
NS/NC.....9

20 - 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.

Infección	6º m	7º m	8º m	9º m	10º m	11º m	12º m	13º m	14º m	15º m	16º m	17º m	18º m
Bronquiolitis													
Neumonía													
Bronquitis													
Laringitis, crup													
Neumonitis													

21 – Su hijo/a, ¿ha padecido alguna infección urinaria desde el nacimiento?

NO.....1
 SI.....2 21a – Número de episodios:
 NS/NC.....9

22 - Desde la última entrevista, ¿su hijo/a ha tomado medicamentos para alguna infección (incluyendo antibióticos, medicamentos para la tos y para la fiebre)?

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

Motivo	Nombre medicamento	Forma de administración (Cápsulas, jarabe...)	Nº episodios	Nº días	Nº veces/día	Quién lo prescribió

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

NO.....1 ⇒(pasar a preg 25)
 SI.....2 24- ¿En cuántas ocasiones?
 NS/NC.....9

25 – Desde la última entrevista, ¿ha padecido su hijo/a 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

26– 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 Edad bebé..... Causa.....
 Visita ambulatoria a un centro de atención privado (mutuas).....3 Edad bebé..... Causa.....
 Visita a urgencias en un centro hospitalario.....4 Edad bebé..... Causa.....
 Ingresos.....5 Edad bebé..... Causa.....
 NS / NC.....9

27 - Desde la última entrevista, ¿su hijo ha tomado algún otro medicamento por cualquier otro motivo (incluyendo cremas, vitaminas, productos de homeopatía, etc.)?

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

Motivo	Nombre medicamento	Forma de administración (Cápsulas, jarabe...)	Nº de episodios	Nº de días	Nº de veces por día	Quién lo prescribió

28 – ¿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;.....

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

NO.....1 ⇒ (pasar a preg 33)
SI.....2

30 – 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.

30 a- ¿Ha eliminado el alimento/s de su alimentación?

NO.....1
SI.....2 ⇒ ¿Cuáles?

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

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

32 – ¿Algún médico le ha diagnosticado **eczema atópico desde la última entrevista**?

1 - NO

2 - SI

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

33 – 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. **Piel seca** en general

Si

No

b. **Manchas rojas** en la piel que pican

Si

No

Estas **manchas se localizan en**:

c1. **Zonas de flexión**

Si

No

(Pliegue del codo, detrás de las rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo)

c2. **Superficie externa** (brazos y piernas)

Si

No

c3. **Mejillas**

Si

No

OBSERVACIONES: