

[Historia clínica medioambiental en el niño con patología respiratoria]

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia, España
1º edición, 2012.

Ortega García JA, Sánchez-Solís M, López-Andreu JA, Ferrís i
Tortajada J

www.pehsu.org/wp



Historia clínica medioambiental en el niño con patología respiratoria.

Conjunto de preguntas para una evaluación en profundidad de los factores de riesgo medioambiental relacionados con la patología respiratoria más frecuente en pediatría (crisis de asma, bronquitis, tos crónica, infecciones respiratorias de vías altas o bajas...).

Puede ser útil para estudios de caso en pediatría ambulatoria o de Atención Primaria, urgencias o en unidades de neumología pediátrica o de salud medioambiental.

Duración: 20-25 minutos.

Puede ser realizada por pediatras o enfermeros/as (es amplia y requiere para obtener un mejor rendimiento habilidades específicas y entrenamiento en PEHSU).

Referencia: Ortega García JA, Sánchez Solís M, López Andreu JA, Ferrís i Tortajada J. Historia Clínica Medioambiental en el Niño con Patología Respiratoria en Pediatría. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica, Murcia, España; 2012. Disponible: <http://pehsu.org/wp/>.

Revisado: 1/11/2012

Válido hasta: 1/11/2014

GENEALOGÍA

Señala la presencia de patología inmunológica y datos relevantes.

DATOS al NACIMIENTO			
Semanas de gestación			
Peso al nacer			
Perímetro craneal			
Parto:	Inducido	Cesarea	Espontáneo
En caso de instrumentado utilizaron....	Ventosa	forceps	
Anestesia	Epidural	Raquianestesia	General
Apgar:	Al minuto:	A los 5 minutos:	
Vitamina K	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

1) ¿Le dió algo de "pecho" a su hijo/a?

Si No

2.) ¿Durante cuánto tiempo alimentó a su hijo con lactancia materna de forma exclusiva?

1. _____ meses _____ días (p.ej. 4 meses 8 días, mínimo 1 día, si es posible . Si es entre 3 y 4 meses se ponen 3 meses y 15 días)

b. ¿Durante cuánto tiempo continuó amamantando a su hijo al pecho una vez introducidos otros alimentos (no contamos agua de bebida)?

_____ meses _____ días

3) Introducción de LA. Indicar si biberón pirata y fecha.

Tipo /marca	Motivo	Mes y día de cambio

¿Ha presentado el niño algún tipo de reacción con algún alimento ó leche?

¿Qué tipo de reacción?: _____
 (ampliar si fuera necesario con caracterización dietética)

CASA

1. Ha cambiado de domicilio desde el año previo al inicio de los síntomas?

- 1 Sí
 2 No

1a. ¿Cuándo se ha cambiado?..... (Pasar cuestionario 2 de vivienda)

2. ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a? |_|_|_|

2.a Madre (1. Sí 2. No)

2.b Padre (1. Sí 2. No)

2.c Hermanos |_|_|_| Número

2.d Abuelos |_|_|_| Número

2.e Otros (1.Sí 2.No) |_|_|_| Número

2.f Si son niños menores de 12 años especificar número |_| y su(s) edad(es): |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| años

3. ¿Quién es el principal cuidador del niño?

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Ambos
- 4 Abuelos
- 5 Otros Especificar:.....

4. ¿Acude su hijo/a a la guardería?

- 1 No
 - 2 Sí, Media jornada
 - 3 Sí, todo el día
- 4.a Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
 municipio (urbanización):..... CP:.....
- 4.b ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez? |__|__| meses

Edad del edificio: Son fumadores sus profesores: Utiliza el Bus:
 Empeoran los síntomas en clase:

4A. ¿Acude su hijo/a a la escuela?

- 1 No
 - 2 Sí, Media jornada
 - 3 Sí, todo el día
- 4.a Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
 municipio (urbanización):..... CP:.....
- 4.b ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez? |__|__| meses

Edad del edificio: Son fumadores sus profesores: Utiliza el Bus:
 Empeora en la escuela:

5. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden?

- 1 No
 - 2 Sí, Media jornada
 - 3 Sí, todo el día
- 5.a1 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
 municipio (urbanización):..... CP:.....
- 5.a2 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
 municipio (urbanización):..... CP:.....
- 5.b1 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez? |__|__| meses
- 5.b2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez? |__|__| meses

6. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas?

- 1 Sí
- 2 No

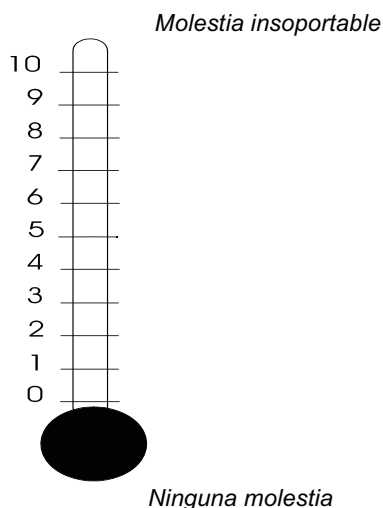
6a. ¿Con qué frecuencia acude esta persona? |__|__| horas/semana

	Si Sí, especificar situación actual
7. frecuencia pasan coches por la calle donde se encuentra su casa?	1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
8. frecuencia pasan vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) por la calle donde se encuentra su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía)?	1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
9. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico pasa continuamente:	__ __ __ metros

10. Si en la anterior ha contestado que la distancia es menor de 50 metros, ¿Su piso /casa tiene al menos una ventana que dé a una calle en la que el tráfico pasa continuamente? (No preguntar si no ha habido cambios)

- 1 Sí
- 2 No

11. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tráfico, la industria etc.)?



12. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio en los meses previos al inicio de los síntomas?

Especifique en caso afirmativo. Fecha y relación con la aparición de los síntomas.

- 1 Sí, obras
- 2 Sí, pintado
- 3 Sí, ambas cosas
- 4 No

12a. Si Sí Nº de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)): |_|_|

13. ¿Tiene o ha tenido animales en el domicilio desde que nació el niño?

- 1 Sí (completar la tabla)
- 2 No

13.a (Indicar con una cruz aquellos meses en los que tuvo el animal y si durmió con él también la frecuencia)

Animal	Nº de animales	Años de vida del niño que los ha tenido en su casa											Frecuencia noches al mes		
		0 = No tiene animales													
		1 = Tiene animales y No duermen con el niño													
2 = Tiene animales y duermen con el niño															
		1/2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Perros														de 1 a 7	> 7
Gatos														de 1 a 7	> 7
Pájaros														de 1 a 7	> 7
Otros (indicar)														de 1 a 7	> 7
Otros (indicar)														de 1 a 7	> 7

14. ¿Su vivienda tiene...?:	1. Dormitorio del niño		2 Lugar de juegos del niño (Indicar):		3. Otras salas (Indicar):	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Cortinas	1	2	1	2	1	2
b. Manchas de humedad	1	2	1	2	1	2
c. Doble cristal	1	2	1	2	1	2
d. Muñecos de peluche	1	2	1	2	1	2
e. Moqueta	1	2	1	2	1	2
f. Alfombras	1	2	1	2	1	2
g. Si utiliza alfombras, ¿cuántos meses al año las pone? ¿Dónde las guarda? ¿Con qué las trata?	_ _		_ _		_ _	
h. Un suelo que no sea gres/baldosa	1	2	1	2	1	2
i. Si la anterior es si, ¿qué tipo de suelo?						
j. Tiene grietas la casa	1	2	1	2		

DORMITORIO DEL NIÑO/A

15. El bebe duerme actualmente:

- 1 Solo/a → 19.1a. ¿A partir de qué mes duerme solo/a? |_|_|
2 Con otras personas

15.2a. Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño/a (sin contarlo a él/ella) |_|

15.2b. N° de personas por grupo de edad

1. niños menores de 12 años |_|
2. entre 12-64 años |_|
3. Mayor de 65 años |_|

16. ¿Qué tipo de colchón ha utilizado a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo? (no son excluyentes)

- Lana Espuma Muelles Látex
 Otros(indicar):.....
 Ns/Nc

16a. ¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño? |_|_| años

17. ¿Ha utilizado almohada a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo?

- 1 Sí
2 Sí, pero solo unos meses (indicar edad (en meses) del niño) de.....a.....(mes del niño)
3 No

21 a ¿ De qué tipo? (no son excluyentes)

- Lana Espuma Látex Plumas
 Otros (indicar):.....
 Ns/Nc

18. ¿Qué tipo de ropa de cama ha utilizado a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo? (no son excluyentes)

- Manta Edredón de plumas Edredón sintético
 Otros (Indicar):.....
Ns/Nc

19. ¿Han cambiado o remodelado la habitación desde el mes previo de comenzar con los síntomas? (no son excluyentes):

- Hemos empapelado las paredes Pintado Barnizado
 Otros (Especificar).....
 No

20. ¿Utiliza en la habitación del niño humidificadores?

- 1 Si, de forma habitual
2 Sí, cuando padece problemas respiratorios
3 No

20a. ¿De qué tipo?

- 1. ... sólo vapor
- 2. ... con esencia

COCINA

21. ¿Tiene extractor encima de la cocina? 1 Sí 2 No
22. Al cocinar ¿usa el extractor? 1 Siempre 2 A veces 3 Nunca

23. Tipo de cocina:

- 1 Gas natural
- 2 Gas butano
- 3 Gas propano
- 4 Eléctrica
- 5 Carbón , madera
- 6 Otro:.....

CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO-CALENTADOR AGUA

24. ¿En su casa hay?

	Sí	No	Ubicación aparato (indicar):.....
a. Calefacción central	1	2	
b. Calefacción por aire	1	2	
c. Aire acondicionado	1	2	

25. Tipo de calefacción:

	1. Dormitorio del niño		2 Lugar de juegos del niño (Indicar):		3. Otras salas (Indíquelas):	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Gas natural	1	2	1	2	1	2
b. Gas butano (en estufa)	1	2	1	2	1	2
c. Gas propano	1	2	1	2	1	2
d. Gasoil	1	2	1	2	1	2
e. Eléctrica	1	2	1	2	1	2
f. Chimenea abierta al exterior	1	2	1	2	1	2
g. Estufa de carbón o madera	1	2	1	2	1	2
h. Otros	1	2	1	2	1	2
	Indicar:		Indicar:		Indicar:	

26. ¿Cuál de los siguientes combustibles usa para calentar el agua?

	Sí	No	Ubicación aparato (indicar):.....	Existe ventilación (rejilla, ...etc)	
				Sí	No
a. Gas natural	1	2		1	2
b. Gas butano	1	2		1	2
c. Gas propano	1	2		1	2
d. Caldera de aceite/fuel o gasoil	1	2		1	2
e. Eléctrica	1	2		1	2
f. Calentador de parafina/queroseno	1	2		1	2
g. Carbón o madera	1	2		1	2
h. otros:	1	2		1	2

LIMPIEZA

27. ¿Utiliza alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa por lo menos una vez por semana?

	Sí	No	Ns/Nc
a. Lejía	1	2	9
b. Amoniaco	1	2	9
c. Salfumán	1	2	9
d. Desengrasante	1	2	9

e. Disolventes quitamanchas	1	2	9
f. Limpiamuebles	1	2	9
g. Limpiacristales	1	2	9
h. productos para alfombras, mantas o cortinas	1	2	9
i. Spray para la mopa del suelo	1	2	9
j. Spray para el horno	1	2	9
k. Ambientadores	1	2	9
l. Spray para planchar	1	2	9
m. Productos de limpieza perfumados	1	2	9
n. Productos líquidos multiusos para limpiar	1	2	9
o. Naftalina u otros antipolillas	1	2	9
p. Otros productos de limpieza			
¿Cuál?...(incienso).....	1	2	9
.....	1	2	9
.....	1	2	9

28. ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza en su casa? (limpieza que incluye suelo, polvo...)

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

29. ¿Tiene aspirador/vaporetta?

- 1 Sí
- 2 No

29a. ¿Con que frecuencia se pasa el aspirador en su casa?

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

30. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?

		Nada	<30 minutos	30 minutos-2horas	>2horas
Habitación. niño	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4
Resto casa	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4

31. ¿Tiene problemas en casa con alguno de las siguientes plagas?

	Sí	No
a. Cucarachas	1	2
b. Moscas y Mosquitos	1	2
c. Hormigas	1	2
d. Otros (especificar).....	1	2

32. ¿Utiliza insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, plagas de las plantas de interior, etc. en el interior de su casa? 1 Sí 2 No

33 ¿Qué tipo de insecticida utiliza (puede señalar más de uno) y con qué frecuencia?

	Frecuencia	Habitación niño	Resto de la casa
a. Sprays insecticidas	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4
c. Otros (especificar):	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4

34. ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente? Si No

NOMBRES	En habitación niño	En resto de casa
a. Sprays insecticidas	1. 2. 3.	1. 2. 3.
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, líquido,...)	1. 2. 3.	1. 2. 3.
c. Otros		

¿Han tenido que tratar las partes comunes del edificio por plagas?

35. ¿Alguna persona de su hogar ó vecinos frente a casa realiza alguno de los siguientes trabajos, actividades o hobbies en la casa?

		Frecuencia	¿Está el niño en la misma habitación?
a. Pintura o rotulación	1 Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
	2 No		
b. Fotografía y/o revelado con utilización de productos químicos	1 Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
	2 No		
c. Utilización algún tipo de pegamento o cola	1 Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
	2 No		
d. Modelismo, construcción de maquetas	1 Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
	2 No		
e. Bricolaje o pequeñas reparaciones	1 Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
	2 No		
f. Otros, indicar cuales. Explíquelo.	1 Sí	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
	2 No		
¿Su hijo, tiene que estar en contacto con colas ó disolventes en el colegio?	1 Sí 2 No		

EXTERIOR

36. Su casa , ¿tiene jardín, huerto o corral con plantas?

- 1 Sí
- 2 No

36 a. indicar superficie actual |_|_|_|_| m²

36 b. ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?

- 1 Sí
- 2 No

36b.1 ¿Con qué frecuencia?

- 1 Todos los meses
- 2 Cada 2-3 meses
- 3 3 veces al año
- 4 Ocasionalmente

36b.2 ¿Está el niño en el jardín o corral cuando fumigan?

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

36b.3 ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?: |_|_|_| min

➔ **36b.4 ¿Guarda productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.) en la casa (interior y exterior)?**

- 1 Sí
- 2 No

36b.4a ¿Dónde los guarda?

- 1 garaje/trastero
- 2 exterior
- 3 otro:.....

36b.4b ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?

.....

	Si Sí, especificar distancia actual
37. Distancia de su casa a un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas	<ul style="list-style-type: none"> 1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)
38. Distancia de su casa a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)	<ul style="list-style-type: none"> 1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)
39. Distancia de su casa cerca a una zona con alguna actividad industrial	<p>39a. _ _ _ metros</p> <p>39.b ¿Polígono o zona industrial?. Indicar nombre:.....</p> <p>39.c ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica?,...) Indicar tipo de actividad y distancia: </p>
40. En la planta baja de su edificio.... que sistema de extracción utilizan:	

AGUA, BAÑO Y ASEO

41. ¿Lleva a su hijo/a a la piscina?

- 1 Sí
 2 No

53a. ¿Con qué frecuencia se baña su hijo en la piscina?

	Verano		Resto del año	
	Nº de veces al mes	Tiempo (minutos)	Nº de veces al mes	Tiempo (minutos)
1. Piscina descubierta	v	_ _ _ tpo	r	_ _ _ tpo
2. Piscina cubierta	v	_ _ _ tpo	r	_ _ _ tpo

42. ¿ha utilizado algún tipo de loción, colonia, champú en el aseo de su hijo?

- 1 Sí
 2 No

Nombre comercial del producto Ej: cremas balsámicas...®)	Frecuencia de uso
	1 Más de una vez a la semana 2 Mas de una vez al mes Esporádicamente (nº veces este año): 3 Entre 1 a 7 veces 4 Entre 8 a 14 veces 5 Entre 15 a 30 veces 6 Más de 30 veces

54 bis. ¿ha utilizado algún producto de parafarmacia para su hijo?

- 1 Sí
 2 No

Explíquelo

43. HISTORIAL LABORAL MADRE

L3. ¿Cuál es su situación laboral actual?

1. Trabajadora
2. Parada
3. Estudiante
4. Baja laboral () Por:
5. Ama de casa
6. Otras (especificar):

En relación con su trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados desde el embarazo del niño, podría indicarnos (empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás si ha habido otros trabajos previos hasta cubrir el periodo de 1 año antes del nacimiento)

Periodo de contrato: Tiempo trabajado en la empresa (fecha de entrada, fecha de salida)

Actividad de la empresa: ¿A qué se dedica la empresa?

Puesto de trabajo: ¿Qué puesto ocupa el trabajador en la empresa?

Tareas: ¿Qué tipo de tareas desempeña el trabajador en su trabajo?

Exposiciones ¿El trabajador está expuesto en su trabajo a sustancias químicas tóxicas (metales, disolventes, etc.), o a contaminantes biológicos (bacterias, virus)? En caso afirmativo, especificar naturaleza y tipo de exposición

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones
(Embarazo) Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				

¿Hay posibilidad de que pueda arrastrar trazas de sustancias químicas de su trabajo a casa en la ropa o los zapatos?

- 1 Sí
 2 No

► Si la respuesta es SÍ,

- Podría dar más explicaciones

44. HISTORIAL LABORAL PADRE

¿Cuál es la situación laboral actual del padre?

1. Trabajador
2. Parado
3. Estudiante
4. Baja laboral () Por:
5. Otras (especificar):
9. No sabe

En relación con el trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados por el padre podría indicarnos
(empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás si ha habido otros trabajos previos hasta cubrir el periodo de un año previo al embarazo – acción sobre la célula germinal)

Periodo de contrato: Tiempo trabajado en la empresa (fecha de entrada, fecha de salida)

Actividad de la empresa: ¿A qué se dedica la empresa?

Puesto de trabajo: ¿Qué puesto ocupa el trabajador en la empresa?

Tareas: ¿Qué tipo de tareas desempeña el trabajador en su trabajo?

Exposiciones: ¿El trabajador está expuesto en su trabajo a sustancias químicas tóxicas (metales, disolventes, etc.), a contaminantes biológicos (bacterias, virus)? En caso afirmativo, especificar naturaleza y tipo de exposición.

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				
Desde / Hasta / Mes Año				

¿Hay posibilidad de que pueda arrastrar trazas de sustancias químicas de su trabajo a casa en la ropa o los zapatos?

- 3 Sí
 4 No

➔ Si la respuesta es SÍ,

- Podría dar más explicaciones

Datos sobre tabaquismo

45. TABACO			
	Madre	padre	
1.- En su domicilio paterno, ¿han habido fumadores durante su infancia y adolescencia? 1 Sí 2 No			T1m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T1p <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En caso de que sí, ¿Quiénes eran fumadores?			T1ma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T1pa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha fumado a lo largo de su vida? 1 Sí 2 No			T2m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T2p <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.- Podría describir su tabaquismo antes del embarazo			
Comenzó a los			T3ma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T2pa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fumaba aproximadamente..... (nº de cigarrillos /semana)			T3mb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T2pb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En el año previo al embarazó fumó?			T3mc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T2pc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cuanto por semana (nº de cigarrillos /semana?)			T3md <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T2pd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.- Tras el nacimiento de su hijo, fuma?			T4m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T2p <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 a .- ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco desde que convive con su hijo? 1 Fuma diariamente 2 Fuma pero no diariamente 3 No fuma aunque antes fumaba diariamente 4 No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente			T4ma <input type="checkbox"/> T4pa <input type="checkbox"/>
5.- Fuma en casa? 1 Sí 2 No			T5m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T5p <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.- Desde el diagnóstico de su hijo fuma? 1 Sí 2 No			T6m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T6p <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 a . ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco actual? 1 Fuma diariamente 2 Fuma pero no diariamente 3 No fuma aunque antes fumaba diariamente 4 No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente			T6am <input type="checkbox"/> T6pa <input type="checkbox"/>
7. ¿Fumó durante el embarazo de su hijo? 1 Sí			T7m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7p <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.a Número de cigarrillos habituales: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig/semana			T7ma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7pa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.b ¿Cambió el consumo de tabaco debido al embarazo de su hijo? 1 Sí 2 No			T7mb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7pb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.c1 ¿Cuándo cambió? 1 Antes de quedar embarazada 2 Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que cambió: <input type="checkbox"/>			T7mc1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7pc1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. c2 ¿Cuánto fumaba antes de ese mes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig/semana			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7mc2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7pc2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>2 No</p> <p>7.d ¿A qué edad dejó de fumar? <input type="text"/> años</p> <p>7.e ¿Dejó de fumar por el embarazo?</p> <p style="margin-left: 20px;">1 Sí</p> <p style="margin-left: 20px;">2 No</p> <p>7.e1 ¿Cuándo dejó de fumar?</p> <p style="margin-left: 40px;">1 Antes de quedar embarazada</p> <p style="margin-left: 40px;">2 Cuando me enteré que estaba embarazada. Primera falta.</p> <p style="margin-left: 40px;">3 Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar: <input type="text"/></p> <p>7.e2 ¿Cuánto fumaba habitualmente hasta entonces?</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="text"/> cig/semana</p> <p>8. ¿Durante el embarazo fumó otra persona en casa?</p> <p style="margin-left: 20px;">1 Sí</p> <p style="margin-left: 20px;">2 No</p>	<p>T7m d <input type="text"/> <input type="text"/> T7p d <input type="text"/></p> <p>T7m e <input type="text"/> T7p e <input type="text"/></p> <p>T7m e1 <input type="text"/> T7p e1 <input type="text"/></p> <p>T7m e2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>T7p e2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>T8 <input type="text"/></p>																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">Pareja</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Otro (1). Parentesco</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Otro (2).Parentesco</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Cuántos cigarrillos en total a la semana?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8a <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. ¿Cuántos cigarrillos en casa a la semana?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8b <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. ¿Cambió el consumo durante el embarazo?</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>T8c <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. ¿Cuándo cambió? (meses)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8d <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. ¿Cuánto fumaba antes?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8e <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>9. ¿A qué nivel de humo de tabaco está expuesta en su trabajo?</p> <p style="margin-left: 20px;">1 Mucho</p> <p style="margin-left: 20px;">2 Bastante</p> <p style="margin-left: 20px;">3 Poco</p> <p style="margin-left: 20px;">4 Nada</p> <p style="margin-left: 20px;">5 No trabaja</p>		Pareja		Otro (1). Parentesco		Otro (2).Parentesco		a. ¿Cuántos cigarrillos en total a la semana?						T8a <input type="text"/>	b. ¿Cuántos cigarrillos en casa a la semana?						T8b <input type="text"/>	c. ¿Cambió el consumo durante el embarazo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	T8c <input type="text"/>	d. ¿Cuándo cambió? (meses)							T8d <input type="text"/>	e. ¿Cuánto fumaba antes?							T8e <input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">Madre</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Padre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Preconcepcional</td> <td>embarazo</td> <td>preconcepcional</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>T9m prec <input type="text"/></p> <p>T9m e <input type="text"/></p> <p>T9 p <input type="text"/></p>		Madre		Padre		Preconcepcional	embarazo	preconcepcional				
	Pareja		Otro (1). Parentesco		Otro (2).Parentesco																																																					
a. ¿Cuántos cigarrillos en total a la semana?						T8a <input type="text"/>																																																				
b. ¿Cuántos cigarrillos en casa a la semana?						T8b <input type="text"/>																																																				
c. ¿Cambió el consumo durante el embarazo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	T8c <input type="text"/>																																																			
d. ¿Cuándo cambió? (meses)							T8d <input type="text"/>																																																			
e. ¿Cuánto fumaba antes?							T8e <input type="text"/>																																																			
	Madre		Padre																																																							
	Preconcepcional	embarazo	preconcepcional																																																							
<p>8. ¿Durante el año prevo a la aparición de los síntomas fumó otra persona en casa?</p> <p style="margin-left: 20px;">1 Sí</p> <p style="margin-left: 20px;">2 No</p>	<p>T8 <input type="text"/></p>																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">Pareja</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Otro (1). Parentesco</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Otro (2).Parentesco</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Cuántos cigarrillos en total a la semana?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8a <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. ¿Cuántos cigarrillos en casa a la semana?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8b <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. ¿Cambió el consumo durante el embarazo?</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>T8c <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. ¿Cuándo cambió? (meses)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8d <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. ¿Cuánto fumaba antes?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>T8e <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Pareja		Otro (1). Parentesco		Otro (2).Parentesco		a. ¿Cuántos cigarrillos en total a la semana?						T8a <input type="text"/>	b. ¿Cuántos cigarrillos en casa a la semana?						T8b <input type="text"/>	c. ¿Cambió el consumo durante el embarazo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	T8c <input type="text"/>	d. ¿Cuándo cambió? (meses)							T8d <input type="text"/>	e. ¿Cuánto fumaba antes?							T8e <input type="text"/>	<p>T10 <input type="text"/></p> <p>T10a <input type="text"/></p>												
	Pareja		Otro (1). Parentesco		Otro (2).Parentesco																																																					
a. ¿Cuántos cigarrillos en total a la semana?						T8a <input type="text"/>																																																				
b. ¿Cuántos cigarrillos en casa a la semana?						T8b <input type="text"/>																																																				
c. ¿Cambió el consumo durante el embarazo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	T8c <input type="text"/>																																																			
d. ¿Cuándo cambió? (meses)							T8d <input type="text"/>																																																			
e. ¿Cuánto fumaba antes?							T8e <input type="text"/>																																																			
<p>10.- Las personas del servicio doméstico que cuidan a los niños fuman en casa?</p> <p style="margin-left: 20px;">En caso afirmativo, ¿Cuantas horas diarias trabajan?</p>	<p>T11 <input type="text"/></p>																																																									
<p>11.- El niño está expuesto al humo del tabajo en los trayectos diarios en coche? 1 Si 2 No</p>	<p>T11 <input type="text"/></p>																																																									

46. MARIHUANA, COCAÍNA, CANNABIS, HEROÍNA, ANFETAMINAS...			
	Madre	padre	
1. A lo largo de su vida ha consumido alguna vez, aunque sea de forma muy esporádica: 1 marihuana 2 cocaína 3 cannabis (polen o chocolate) 4 heroína 5 anfetaminas 6 otras pastillas (especificar) 9 No sabe			T1m <input type="checkbox"/> T1p <input type="checkbox"/>
2.- Podría describir la forma de hacerlo antes del embarazo			
Comenzó a los			T2ma <input type="checkbox"/> T2pa <input type="checkbox"/>
Y una cantidad....			T2mb <input type="checkbox"/> T2pb <input type="checkbox"/>
En el año previo al embarazo...?			T2mc <input type="checkbox"/> T2pc <input type="checkbox"/>
Una cantidad de....			T2md <input type="checkbox"/> T2pd <input type="checkbox"/>
3.- Tras el nacimiento de su hijo, fuma alguno de los productos anteriores?			T3m <input type="checkbox"/> T3p <input type="checkbox"/>
4.- ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo desde que convive con su hijo? 1 Fuma diariamente 2 Fuma pero no diariamente 3 No fuma aunque antes fumaba diariamente 4 No fuma aunque antes fumaba pero no diariamente			T4m <input type="checkbox"/> T4p <input type="checkbox"/>
5.- consume dentro de casa? 1 Sí 2 No			T5m <input type="checkbox"/> T5p <input type="checkbox"/>
6.- Desde el diagnóstico de su hijo continúa consumiendo? 1 Sí 2 No			T6m <input type="checkbox"/> T6p <input type="checkbox"/>
7. ¿Consumió algunos de estos productos durante el embarazo de su hijo? 1 Sí 7.a cantidad habitual: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig/semana 7.b ¿Cambió el consumo debido al embarazo de su hijo? 1 Sí 2 No 7.c1 ¿Cuándo cambió? 1 Antes de quedar embarazada 2 Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que cambió: <input type="checkbox"/> 7. c2 ¿Cuánto consumía antes de ese mes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x / semana 2 No 7.d ¿A qué edad dejó de consumir? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años 7.e ¿Lo dejó por el embarazo? 1 Sí 2 No 7.e1 ¿Cuándo lo dejó? 4 Antes de quedar embarazada			T7m <input type="checkbox"/> T7p <input type="checkbox"/> T7ma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7pa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7mb <input type="checkbox"/> T7pb <input type="checkbox"/> T7mc1 <input type="checkbox"/> T7pc1 <input type="checkbox"/> T7mc2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7pc2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7m d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7p d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T7m e <input type="checkbox"/> T7p e <input type="checkbox"/>

- 5 Cuando me enteré que estaba embarazada. Primera falta.
- 6 Durante el embarazo. Indique el mes de embarazo en el que dejó de fumar:

T7m e1 T7p e1

T7m e2

T8

8. ¿Durante el embarazo fumó estos productos otra persona en casa?

- 1 Sí
 2 No

	Pareja		Otro (1). Parentesco		Otro (2).Parentesco		
				
a. ¿Cuántos en total a la semana?							T8a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. ¿Cuántos en casa a la semana?							T8b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. ¿Cambió el consumo durante el embarazo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	T8c <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. ¿Cuándo cambió? (meses)							T8d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. ¿Cuánto fumaba antes?							T8e <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

OBSERVACIONES: