

## ANEXO



### ENCUESTA

1. **¿Su hijo padece o ha padecido bronquiolitis?**  
Sí/No
2. **¿Cuál es su sexo?**  
Femenino/Masculino
3. **¿Su hijo nació de forma prematura( antes de las 32 semanas de embarazo) o presentó bajo peso al nacer?**  
Sí/No
4. **¿Padece/padeció su hijo la enfermedad entre los 6 meses y los 3 años de edad?**  
Sí/No
5. **¿Su hijo es/fue alimentado con leche materna?**  
Sí/No
6. **¿Comparte/compartía habitación con hermanos mayores o asistió a guardería?**  
Sí/No
7. **¿Está/estuvo expuesto al humo del tabaco?**  
Sí/No
8. **¿Su hijo padece/padecía de alguna enfermedad pulmonar crónica o cardiaca congénita previa?**  
Sí/No
9. **¿Su hijo padece/padecía algún tipo de inmunodeficiencia( quimioterapia, trasplante de médula u órganos, defectos de inmunidad celular)?**  
Sí/No
10. **¿Alguna enfermedad neurológica o metabólica o sufrió displasia broncopulmonar?**  
Sí/No
11. **¿Padece/padeció la enfermedad durante el invierno o principio de primavera?**  
Sí/No
12. **Vive/Vivió usted en una ciudad con clima húmedo o con elevada contaminación atmosférica?**



Sí/No

**13. ¿Requirió su hijo hospitalización?**

Sí/No

**14. ¿Sufrió reinfección?**

Sí/No

**15. ¿Precisa/precisó algún tipo de medida de soporte como lavado nasal, oxigenación?**

Sí/No

**16. ¿Requiere/requirió tratamiento farmacológico?**

Sí/No

Observaciones: antibióticos, broncodilatadores(salbutamol-ventolín), glucocorticoides(pulmicort nebulizado), adrenalina

**17. Toma/tomó Singulair(montelukast) o palivizumab como tratamiento preventivo?**

Sí/No

**18. ¿ Ha cumplido con el tratamiento respecto a los días y horas de administrárselo a su hijo o se ha olvidado alguna vez de dárselo?**

Sí/No

**19. ¿Tomó usted algún suplemento de ácido fólico durante el embarazo? En caso afirmativo, indicar el número de trimestres.**

Sí/No

**20. ¿Presentó usted niveles de vitamina D adecuados durante el embarazo? En caso negativo, ¿Tomó algún suplemento para contrarrestar el déficit?**

Sí/No