**PROYECTO: MECANISMO DE GÉNESIS Y EVOLUCIÓN DEL ASMA (MEGA)**

**FECHA DE CRIBADO: ……. / ………. / ……………**

**HOSPITAL DE ORIGEN: ………………………………………………………………………………**

**CÓDIGO: ………………………………….**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Sí  No

**I. DATOS DEMOGRÁFICOS:**

**1. Edad: …………..** años

**2. Sexo:** Hombre  Mujer

**3. Raza:**

 Caucásico  Asiático  Negra  Hispano  Otros:……………………….

**II. ANTECEDENTES INFANTILES:**

**1. HISTORIA NEONATAL** (<3 años):

 Sí  No

 Prematuridad

  Distrés respiratorio

  Bronquiolitis

  Otras enfermedades respiratorias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES INFANTILES** (3 - 14 años):

 Sí  No

 Bronquiolitis

  Infecciones respiratorias recurrentes

  Rinitis

  Otitis

  Sinusitis

  Otras enfermedades respiratorias

**3. NACIMIENTO** (tipo de alumbramiento):  Eutócico  Distócico

**4. LUGAR DE RESIDENCIA EN LA INFANCIA**:  Urbana  Rural

**5. CLASE SOCIAL EN LA INFANCIA**:

 Alta  Media  Baja

**6. COEXISTENCIA ESTRECHA CON ANIMALES DOMESTICOS:**  Sí  No

**III. DIAGNOSTICO DE ASMA:**

**1. TIPO DE MÉDICO ESPECIALISTA:**

 Alergólogo  Neumólogo  Médico de Familia  Otros……………………..

**2. DIAGNÓSTICO**:

* Síntomas :  Sí  No
* Espirometría :  Sí  No
* Test Broncodilatador :  Sí  No
* Test de PBI :  Sí  No
* Variabilidad del Peak Flow:  Sí  No
* Óxido Nítrico :  Sí  No
* Eosinofilia en Esputo :  Sí  No
* Test terapéutico con CE:  Sí  No

**IV. HISTORIA PERSONAL:**

**1. Lugar de residencia actual:**   Urbano  Rural

**2. Nivel de estudios completados:**

 No estudios  Primario  Secundario  Superior

**3. Clase social actual:**

 Clase I (Profesionales y empresarios con >10 trabajadores)

 Clase II (Ocupaciones intermedias y empresarios con <10 trabajadores)

 Clase III (Trabajadores no manuales calificados)

 Clase IVa (Trabajadores manuales semi-calificados)

 Clase IVb (Trabajadores manuales calificados)

 Clase V (Trabajadores manuales no calificados)

**4. Convivencia con animales domésticos:** Sí  No

**V. USO DE SUSTANCIAS:**

**1. Hábito tabáquico:**

 Fumador

\*Año de Inicio: …………

\*Nº paquetes-años: ……

 No fumador

 Ex-Fumador

\*Año de inicio: …………...

\*Año de finalización:…….

 Fumador pasivo

 \* Nº paquetes-años:……..

**2. Hábito enólico:**  Sí UBE: ………………………………………………..

  No

**3. Actividad física:**   Sí Horas/semana: …………………..

  No

**VI. OCUPACIÓN:**

**1. Ocupación actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Año de Inicio: …………..

 ¿Continúa trabajando?:  Sí

  No (año de finalización: \_\_\_\_\_\_)

**2. Otras ocupaciones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Año de Inicio: …………………..

 Año de finalización: ……………

**3. Pasatiempos de riesgo:**  Sí Cual?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  No

**VII. ALERGIAS:**

**1. Prick o Rast:** Negativo

  Positivo:

 Ácaro:

  Epitelio:

  Polen:

  Hongos:

 Agentes ocupacionales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alimentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Descripción ……………………………………………………………….

**2. Atopia: Prick test y/o IgE específica positiva a alérgeno común** Sí  No

**3. Rinitis alérgica**  Sí  No

**4. Dermatitis atópica** Sí  No

**5. Conjuntivitis alérgica**  Sí  No

**6. Otitis**  Sí  No

**7. Rinosinusitis crónica con poliposis** Sí  No

**8. Pólipos nasales** Sí  No

**9. Intolerancia a los AINEs** Sí  No

**10. Anosmia** Sí  No

**11. Aspergillus**  Sí  No

**12. Alergia medicamentosa:** Sí  No

**13. Animales: perros** Sí  No

**14. Animales: gato** Sí  No

**15. Animales: Otros** Sí  No

**16. Alergia alimentaria: Leche** Sí  No

**17. Alergia alimentaria: Huevo** Sí  No

**18. Alergia alimentaria: Pescado**  Sí  No

**19. Alergia alimentaria: Mariscos** Sí  No

**20. Alergia alimentaria: Cereales** Sí  No

**21. Alergia alimentaria: Nueces** Sí  No

**22. Alergia alimentaria: Habichuelas** Sí  No

**23. Alergia alimentaria: Frutas** Sí  No

**24. Alergia alimentaria: Otros** Sí  No

**25. Alternaria** Sí  No

**VIII. OTRAS ENTIDADES ASOCIADAS CON ASMA:**

**1. Otras entidades asociadas con asma:** Sí Entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  No

**2. Otras entidades asociadas con asma o que puede influenciar o simular asma durante la enfermedad:**

Sí Entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  No

**IX. COMORBILIDADES:**

**Comorbilidades:**  No

  Sí \*Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**X. HISTORIA DE ASMA:**

**1. Familiares de primer grado con historia de asma?:**  Sí  No

**2. Familiares de primer grado con historia de atopia?:**  Sí  No

**3. Año de debut del asma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Severidad en el debut (GEMA/GINA):**

 Intermitente  Leve  Moderado  Severo

**5. Severidad actual (paso terapéutico):**

 Intermitente  Leve  Moderado  Severo

**6. Control actual:**

 Controlado  Parcialmente controlado  No controlado:

**7. Relación de los síntomas con la menstruación:**  Sí  No

**8. Relación de los síntomas con el embarazo:**  Sí  No

**9. Asma Ocupacional:**   Sí  No

**10 Asma agravado por el trabajo:**  Sí  No

**11. Exacerbaciones severas** (Promedio anual en los últimos 3 años): \_\_\_\_\_\_\_

**12. Visitas por el departamento de urgencias** (Promedio anual en los últimos 3 años): \_\_\_\_

**13. Nº visitas totales al departamento de urgencias en el último año:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**14. Número total de ingresos hospitalarios previos** (no UCI) :\_\_\_\_\_\_\_

**15. Número total de ingresos en UCI**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XI. TRATAMIENTO DEL ASMA:**

**1. Corticoide Inhalado (CI)**  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dispositivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Corticoide Sistémico (CS)**   Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dispositivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Beta agonistas de larga duración (LABA):**  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dispositivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Beta agonistas de corta duración (SABA):**  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dispositivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Anticolinérgico de larga duración (LAMA):**  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dispositivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Anticolinérgico de corta duración (SAMA):**  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dispositivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Montelukast:**   Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Teofilinas:**  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Inhibidor de la fosfodiesterasa-4**   Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Omalizumab:**   Sí  No Dosis/mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. Macrólidos:**   Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Otros:**  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13. Combinados de CI + LABA**   Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**14. Tratamiento de exacerbaciones:** \_\_\_\_\_\_ (Nº ciclos, de CS ≥3 días seguidos/año)

**15. Correcto manejo de los inhaladores:**  Sí  No

**16. Adherencia al tratamiento:** Adecuada  Regular  Mala

**XII. MEDICACIÓN CONCOMITANTE:**

¿Medicación concomitante?  Sí  No

 ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dosis/día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Medicación específica de enfermedad?  Sí  No

 Enfermedad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermedad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XIII. SINTOMAS:**

Calificar del 1 al 5 (*0: no síntomas; 1: muy leve, 2: leve; 3: moderado; 4: severo; 5: muy severo*).

-Tos : \_\_\_\_\_\_

-Disnea : \_\_\_\_\_\_

-Sibilantes : \_\_\_\_\_\_

-Expectoración : \_\_\_\_\_\_

-Opresión torácica : \_\_\_\_\_\_

**XIV. EXAMEN FÍSICO:**

1. Peso (Kg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Talla (cm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. PA: \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

4. Hallazgos:  No

  Sí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XV. ESPIROMETRÍA:**

1. Espirometria realizada:  Sí

  No

2. Parámetros: FVC: \_\_\_\_\_\_ ( )

 FEV1: \_\_\_\_\_\_ ( )

 FEV1%: \_\_\_\_\_\_ ( )

 TLC: \_\_\_\_\_\_ ( )

 VR: \_\_\_\_\_\_ ( )

 DLCO \_\_\_\_\_\_ ( )

 TLCO/VA. \_\_\_\_\_\_ ( )

3. Prueba Broncodilatadora:

 Sí  No

 Positiva

 Negativa

4. Prueba de provocación con metacolina:  Sí  Positiva (PC20:\_\_\_\_\_\_ ; DRR:\_\_\_\_\_\_\_)

 Negativa.

  No

**XVI. AIRE EXHALADO:**

1. Aire Exhalado realizado:  Sí  No

2. Parámetros:

 a. FENO:  Sí (valor: \_\_\_\_)  No

 b. CO espirado:  Sí (valor: \_\_\_ )  No

 c. pH del aire condensado:  Sí (valor: \_\_\_ )  No

**XVII. MATERIAL BIOLÓGICO:**

Material biológico extraído y almacenado:  Sí  No

 a. Sangre:  Sí  No

 b. Orina:  Sí  No

 c. Aire condensado  Sí  No

**XVIII. ESPUTO INDUCIDO:**

Esputo inducido realizado:  Sí  No

**XIX. ANÁLISIS SANGUÍNEA:**

1. Total IgE (KU/L) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Eosinofilos en sangre perifèrica : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Anomalías en las pruebas de laboratoria a revisar :  No

  Sí 🡪 Especifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XX. CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (Test Morisky – Green):**

 Sí  No

**XXI. CUESTIONARIO ACT:**

 Sí  No

**XXII. CUESTIONARIO mini AQLQ:**

  Sí  No

**XXIII. CUESTIONARIO HAD:**

 Sí  No

**XXIV. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS NASOSINUSALES:**

 Sí  No

**PROYECTO: MECANISMO DE GÉNESIS Y EVOLUCIÓN DEL ASMA (MEGA)**

**FECHA DE CRIBADO: ……. / ………. / ……………**

**HOSPITAL DE ORIGEN: ………………………………………………………………………………**

**CÓDIGO: ……………………………… NÚMERO DE VISITA: ……………….**

**CONTINUACIÓN VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO:** Sí  No

**I. ESTADO DE CONTROL:**

**1. Cambios con respecto a la visita previa:**  Sí  No

**Cambio:**

 Antecedentes médicos :

  Uso de sustancias :

  Ocupación :

  Alergias :

  Otras entidades :

  Comorbilidades :

 Historia de asma :

  Tratamiento del asma :

  Adherencia del tratamiento :

  Medicación concomitante :

**II. SINTOMAS:**

Calificar del 1 al 5 (*0: no síntomas; 1: muy leve, 2: leve; 3: moderado; 4: severo; 5: muy severo*).

-Tos : \_\_\_\_\_\_

-Disnea : \_\_\_\_\_\_

-Sibilantes : \_\_\_\_\_\_

-Expectoración : \_\_\_\_\_\_

-Opresión torácica : \_\_\_\_\_\_

**III. EXAMEN FÍSICO:**

1. Peso (Kg): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Talla (cm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. BMI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. PA: \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

4. Hallazgos:  No

  Sí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. ESPIROMETRÍA:**

1. Espirometria realizada:  Sí

  No

2. Parámetros: FVC: \_\_\_\_\_\_ ( )

 FEV1: \_\_\_\_\_\_ ( )

 FEV1%: \_\_\_\_\_\_ ( )

 TLC: \_\_\_\_\_\_ ( )

 VR: \_\_\_\_\_\_ ( )

 DLCO \_\_\_\_\_\_ ( )

 TLCO/VA. \_\_\_\_\_\_ ( )

3. Prueba Broncodilatadora:

 Sí  No

 Positiva

 Negativa

4. Prueba de provocación con metacolina:  Sí  Positiva (PC20:\_\_\_\_\_\_; DRR:\_\_\_\_\_\_\_)

 Negativa.

  No

**V. AIRE EXHALADO:**

1. Aire Exhalado realizado:  Sí  No

2. Parámetros:

 a. FENO:  Sí (valor: \_\_\_\_)  No

 b. CO espirado:  Sí (valor: \_\_\_ )  No

 c. pH del aire condensado:  Sí (valor: \_\_\_ )  No

**VI. MATERIAL BIOLÓGICO:**

Material biológico extraído y almacenado:  Sí  No

 a. Sangre:  Sí  No

 b. Orina:  Sí  No

 c. Aire condensado  Sí  No

**VII. ESPUTO INDUCIDO:**

Esputo inducido realizado:  Sí  No

 Parámetros: ……………. (total de células) ……………(%)

**VIII. ANÁLISIS SANGUÍNEA:**

1. Total IgE (KU/L) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Eosinofilos en sangre perifèrica : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Anomalías en las pruebas de laboratoria a revisar :  No

  Sí 🡪 Especifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IX. REALIZACIÓN DE TC DE TÓRAX:**

 Sí  No

**X. CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (Test Morisky – Green):**

 Sí  No

**XI. CUESTIONARIO ACT:**

 Sí  No

**XII. CUESTIONARIO mini AQLQ:**

  Sí  No

**XIII. CUESTIONARIO HAD:**

 Sí  No

**XIV. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS NASOSINUSALES:**

 Sí  No