

Centros para la Investigación y Prevención de los Defectos de Nacimiento

Estudio Suplementario sobre la Muerte Fetal

Entrevista telefónica asistida por computadora

Versión 1 del cuestionario

La carga horaria que requiere la tarea de recolección de información pública se estima en un promedio de 25 minutos. En este cálculo se incluyen el tiempo de revisión de las instrucciones, la búsqueda de fuentes de datos existentes, la recopilación y el mantenimiento de los datos necesarios, y la compleción y la revisión de la recopilación de información. Un organismo no podrá realizar ni patrocinar una recopilación de información, y una persona no está obligada a responder a dicha recopilación, a menos que el organismo exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). Envíe los comentarios sobre esta estimación de carga horaria o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir el tiempo de esta tarea, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0010).

Índice

DECLARACIÓN INTRODUCTORIA.....	1
Sección A: Antecedentes PREVIOS DE EMBARAZO.....	1
EMBARAZO DE REFERENCIA: AFECCIONES ESPECÍFICAS DEL EMBARAZO.....	1
Sección B: PERCEPCIÓN MATERNA DE LOS MOVIMIENTOS FETALES.....	1
Sección C: POSICIÓN MATERNA PARA DORMIR.....	4
Sección D: CRECIMIENTO FETAL.....	4
Sección E: HEMORRAGIA VAGINAL.....	5
Sección F: PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	6
Sección G: DOLOR ABDOMINAL.....	7
EMBARAZO DE REFERENCIA: EXPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	7
Sección H: EXPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	7
ENFERMEDADES Y SU TRATAMIENTO.....	9
Sección I: DIABETES.....	9
Sección J: HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	12
Sección K.: PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.....	16
Sección L: EPILEPSIA/CONVULSIONES.....	19
Sección M: JAQUECA.....	23
Sección N: DEPRESIÓN/ANSIEDAD.....	28
Sección O: TRASTORNOS HEMORRÁGICOS/DE COAGULACIÓN.....	31
Sección P: ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA.....	33
Sección Q: FIEBRE.....	39
Sección R: ASMA.....	41
Sección S: LESIONES.....	49
Sección T. EXPOSICIONES A MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS.....	50
Sección U: OTRAS PREGUNTAS.....	60

DECLARACIÓN INTRODUCTORIA

En esta entrevista, le haremos preguntas principalmente sobre su embarazo de {nombre del hijo}, que nació el {fecha de nacimiento del hijo} (**en el caso de los niños que nacieron con vida**)/que finalizó el {fecha de finalización del embarazo} (**en el caso de mortinatos**).

Sección A: Antecedentes PREVIOS DE EMBARAZO

Comenzaré preguntándole sobre sus experiencias con **embarazos previos**.

A1. ¿Tuvo algún embarazo que haya finalizado con muerte fetal?

- a. Sí → CONTINUAR EN A2
- b. No → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

A2. ¿Se le realizó una autopsia o algún otro tipo de examen al bebé que falleció?

- a. Sí → CONTINUAR EN A3
- b. No → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

A3. ¿Algún proveedor de atención médica le dio los resultados de la autopsia o le dio su opinión sobre el motivo de la muerte del bebé?

- a. Sí → CONTINUAR EN A4
- b. No → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

A4. ¿Cuál fue el motivo? _____

EMBARAZO DE REFERENCIA: AFECCIONES ESPECÍFICAS DEL EMBARAZO

Ahora, le preguntaré sobre sus experiencias con el **embarazo** de {nombre del hijo}, que nació el {fecha de nacimiento del hijo} (**en el caso de los niños que nacieron con vida**)/que finalizó el {fecha de finalización del embarazo} (**en el caso de mortinatos**).

Sección B: PERCEPCIÓN MATERNA DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

B1. ¿Recuerda el mes en el que el bebé empezó a moverse por primera vez?

- a. Sí → CONTINUAR EN B2
- b. No → PASAR A B3
- c. NS → PASAR A B3

d. RH → PASAR A B3

B2. ¿En qué mes empezaron los movimientos? [REGISTRE UNA OPCIÓN]

- a. ___ semanas O
- b. ___ meses O
- c. ___ trimestre O
- d. ___ / ___ / ___ ___ fecha [dd/mm/aaaa]
- e. NS
- f. RH

B3. En el último trimestre del embarazo, ¿advirtió algún cambio en la frecuencia de los movimientos fetales?

- a. Sí → CONTINUAR EN B4
- b. No → PASAR A B7
- c. NS → PASAR A B7
- d. RH → PASAR A B7

B4. ¿Aumentó la frecuencia

- a. de los movimientos? → PASAR A B7
- b. ¿No hubo cambios? → PASAR A B7
- c. ¿Disminuyeron? → CONTINUAR EN B5
- d. NS → PASAR A B7
- e. RH → PASAR A B7

B5. ¿Cuándo fue la primera vez que notó que los movimientos fetales se habían reducido en su embarazo?
[REGISTRE UNA OPCIÓN]

- g. ___ semanas O
- h. ___ meses O
- i. ___ trimestre O
- j. ___ / ___ / ___ ___ fecha [dd/mm/aaaa]
- k. NS
- l. RH

B6. ¿La reducción de los movimientos fetales fue lo suficientemente grave como para llamar a su proveedor de atención médica, mencionársela o informarle al respecto?

- a. Sí
- b. NO
- c. NS
- d. RH

B7. En el último trimestre del embarazo, ¿advirtió algún cambio en la fuerza del movimiento fetal?

- a. Sí → CONTINUAR EN B8
- b. No → PASAR A B11
- c. NS → PASAR A B11
- d. RH → PASAR A B11

B8. ¿Aumentó la intensidad

- e. de los movimientos? →PASAR A B11
- f. ¿No hubo cambios? →PASAR A B11
- g. ¿Disminuyeron? →CONTINUAR EN B9
- h. NS →PASAR A B11
- i. RH →PASAR A B11

B9. ¿Cuándo fue la primera vez que advirtió una disminución en la fuerza de los movimientos fetales?

- a. ___ semanas O
- b. ___ meses O
- c. ___ trimestre O
- d. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa]
- e. NS
- f. RH

B10. ¿La disminución de la fuerza del movimiento fetal fue lo suficientemente grave como para llamar a su proveedor de atención médica, mencionársela o informarle al respecto?

- a. Sí
- b. NO
- c. NS
- d. RH

B11. ¿Alguna vez advirtió que los movimientos fetales habían cesado por completo?

- a. Sí → IR A B12
- b. No → PASAR A B13
- c. NS → PASAR A B13
- d. RH → PASAR A B13

B12. ¿Cuándo fue la primera vez que advirtió que los movimientos fetales habían cesado por completo?

- a. ___ semanas O
- b. ___ meses O
- c. ___ trimestre O
- d. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa]
- e. NS
- f. RH

B13. En el último trimestre del embarazo, ¿sintió movimientos rítmicos o que su bebé tenía hipo (breves movimientos bruscos que ocurren a intervalos regulares durante un período de tiempo)?

- a. Sí
- b. No
- c. NS
- d. RH

Sección C: POSICIÓN MATERNA PARA DORMIR

C1. ¿Qué posición suele adoptar para dormir cuando no está embarazada?

- a. Boca arriba
- b. Boca abajo
- c. A la izquierda
- d. A la derecha
- e. Combinación de posiciones
- f. NS
- g. RH

C2. ¿Cuál fue la posición para dormir a la que se acostumbró en el último mes de su embarazo?

- a. Boca arriba
- b. Boca abajo
- c. A la izquierda
- d. A la derecha
- e. Combinación de posiciones
- f. NS
- g. RH

Sección D: CRECIMIENTO FETAL

D1. ¿Un proveedor de atención médica le informó que el bebé no estaba creciendo normalmente durante el embarazo?

- a. Sí → CONTINUAR EN D2
- B. NO → PASAR A D3
- C. NS → PASAR A D3
- D. RH → PASAR A D3

D2. ¿Qué le dijo el proveedor de atención médica? _____

D3. ¿Se realizó alguna ecografía durante su embarazo en la que se haya indicado que el crecimiento de su bebé estaba limitado?

- a. Sí → ¿Cuándo se realizó la ecografía? ____ semanas O ____ meses O ____ trimestre O ____ / ____ / ____ fecha [dd/mm/aaaa]
- b. NO
- c. NS
- d. RH

D4. ¿Se realizó alguna prueba durante su embarazo en la que se indicaron problemas con la placenta o el cordón umbilical, como ser placenta previa o nudos en el cordón?

- a. Sí → ¿Qué problema se detectó? _____
¿Alguna otra cosa? _____
- b. NO

- c. NS
- d. RH

SI EL DESENLACE DEL EMBARAZO DE LA PARTICIPANTE FUE UN BEBÉ CON VIDA, PASAR A LA SECCIÓN E (SANGRADO VAGINAL)

SI EL DESENLACE DEL EMBARAZO DE LA PARTICIPANTE FUE UN MORTINATO, CONTINUAR EN D5

D5. ¿Se le realizó una autopsia o algún otro tipo de examen al bebé que falleció?

- a. Sí → CONTINUAR EN D6
- b. No → PASAR A D8
- c. No está segura → PASAR A D8
- D. RH → PASAR A D8

D6. ¿Algún proveedor de atención médica le dio los resultados de la autopsia o le dio su opinión sobre el motivo de la muerte del bebé?

- a. Sí → CONTINUAR EN D7
- b. No → PASAR A D8
- c. No está segura → PASAR A D8
- D. RH → PASAR A D8

D7. ¿Cuál fue el motivo que se le informó? _____

D8. ¿Un proveedor de atención médica realizó alguna prueba genética a causa de la muerte del bebé?

- a. Sí → CONTINUAR EN D9
- b. No → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- D. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

D9. ¿Recuerda qué pruebas se realizaron?

- a. Sí → CONTINUAR EN D10
- b. No → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

D10. ¿Cuáles fueron los resultados? _____

Sección E: HEMORRAGIA VAGINAL

E1. En algún momento durante el embarazo, ¿tuvo algún sangrado que implicó el uso de más de una toalla sanitaria en el día?

- a. SÍ → CONTINUAR EN E2
- b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

E2. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo un sangrado con esta intensidad en el embarazo?
[REGISTRE UNA OPCIÓN]

- a. ___ semanas O
- b. ___ meses O
- c. ___ trimestre O
- d. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa]
- e. NS
- f. RH

E3. Antes del parto, ¿cuándo fue la última vez que tuvo un sangrado con esta intensidad?
[REGISTRE UNA OPCIÓN]

- a. ___ semanas O
- b. ___ meses O
- c. ___ trimestre O
- d. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] O
- e. NS
- f. RH

E4. ¿El sangrado fue lo suficientemente intenso como para llamar a su proveedor de atención médica, mencionárselo o informarle al respecto?

- a. SÍ
- b. NO
- c. NS
- d. RH

Sección F: PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

F1. En algún momento durante el embarazo, ¿presentó una secreción de líquidos lo suficientemente importante como para tener que usar una toalla sanitaria?

- a. SÍ → CONTINUAR EN F2
- b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

F2. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo secreción de líquidos en su embarazo?[REGISTRE UNA OPCIÓN]

- a. ___ semanas O
- b. ___ meses O
- c. ___ trimestre O
- d. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] O
- e. NS
- f. RH

F3. ¿La secreción de líquidos fue lo suficientemente grave como para llamar a su proveedor de atención médica, mencionársela o informarle al respecto?

- a. Sí
- b. NO
- c. NS
- d. RH

Sección G: DOLOR ABDOMINAL

G1. Durante este embarazo, ¿presentó dolor abdominal intenso?

- a. Sí → CONTINUAR EN G2
- b. No → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

G2. ¿Cuándo fue la primera vez que presentó dolor abdominal intenso en el embarazo?

[REGISTRE UNA OPCIÓN]

- a. ___ semanas O
- b. ___ meses O
- c. ___ trimestre O
- d. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa]
- e. NS
- f. RH

G3. ¿Este dolor abdominal fue lo suficientemente intenso como para llamar a su proveedor de atención médica, mencionárselo o informarle al respecto?

- a. Sí
- b. No
- c. NS
- d. RH

EMBARAZO DE REFERENCIA: EXPOSICIONES ESPECÍFICAS

Sección H: EXPOSICIONES ESPECÍFICAS

H1. ¿Le administraron algún medicamento para seguir con el embarazo, o bien, para evitar un parto prematuro? Entre los ejemplos de estos tipos de medicamentos se incluyen los siguientes: 17-hidroxiprogesterona, aspirina, sulfato de magnesio

- a. Sí → ¿Qué le administraron? _____
Fecha de inicio _____ Fecha de suspensión _____
¿Algún otro? _____

- b. No
- c. NS
- d. RH

H2. ¿Fumó cigarrillos en algún momento desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → IR A H2a
- b. NO → PASAR A H3
- c. NS → PASAR A H3
- d. RH → PASAR A H3

H2a. ¿En qué meses fumó?

- a. MES DE EMBARAZO (P4 / P5 / P6 / P7 / P8 / P9)
- g. NS
- h. RH

H2b. ¿Cuántos cigarrillos fumó por día?

- a. CANTIDAD _____
- b. NS
- c. RH

H3. ¿Utilizó cigarrillos electrónicos, también conocidos como e-cigarrillos, en algún momento desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → EN CASO AFIRMATIVO, IR A H3a
- b. NO → PASAR A H4
- c. NS → PASAR A H4
- d. RH → PASAR A H4

H3a. ¿Con qué frecuencia utilizó e-cigarrillos?

- a. TODOS LOS DÍAS
- b. ALGUNOS DÍAS
- c. ESPORÁDICAMENTE
- d. NS
- e. RH

H4. ¿Bebió vino, cerveza, tragos o medidas de bebidas alcohólicas de alta graduación desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → IR A H4a
- b. NO → PASAR A H5
- c. NS → PASAR A H5

d. RH → PASAR A H5

H4a. ¿Durante qué meses consumió bebidas alcohólicas?

- a. _____ (P4, P5, P6, P7, P8, P9)
- b. NS
- c. RH

H4b. ¿Cuál fue la mayor cantidad de copas que bebió en una sola oportunidad durante este período? Por una copa se entiende una cerveza, un vaso de vino, un trago o una medida de bebida alcohólica de alta graduación.

- a. CANTIDAD _____
- b. NS
- c. RH

H5. Durante su embarazo, algún trabajador de atención médica sospechó alguna vez que había estado expuesta a monóxido de carbono (debido a causas como las siguientes: humo de un incendio, uso de calentadores de agua defectuosos, uso de herramientas de gas, vehículos o áreas mal ventilados, tubo de escape).

- a. Sí
- b. No
- c. NS
- d. RH

ENFERMEDADES Y SU TRATAMIENTO

Introducción: Durante su entrevista telefónica previa, nos centramos en el primer trimestre de su embarazo. En esta parte de la entrevista le preguntaremos sobre algunos temas cubiertos anteriormente, pero esta vez nuestro interés se centrará principalmente en el último período de su embarazo, desde el comienzo del segundo trimestre hasta el final del embarazo. También cubriremos algunos temas nuevos. Si rellenó el formulario de medicamentos que le enviamos anteriormente, sería útil que lo tenga a la mano al responder estas preguntas.

Nota: Se le enviará un formulario de medicamentos que cubra el segundo y tercer trimestres con los materiales introductorios.

En estas preguntas el entrevistador deberá acceder a las respuestas de la participante en la entrevista telefónica asistida por computadora (Computer Assisted Telephone Interviewing, CATI) primaria.

Sección I: DIABETES

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE DIABETES [F1 DE LA CATI PRIMARIA = NO, NS, RH] → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

SI LA PARTICIPANTE INFORMÓ PREVIAMENTE UN DIAGNÓSTICO DE DIABETES [F1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ]
→ LEA LO SIGUIENTE:

Previamente nos informó que tuvo diabetes. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas más sobre la diabetes y sobre cualquier medicamento que posiblemente se le haya administrado para esta enfermedad desde el comienzo de su segundo trimestre, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo.

11. ¿Qué tipo de diabetes tuvo o tiene actualmente? Fue [LEER LA LISTA]
 - a. Gestacional, es decir, durante el embarazo únicamente → CONTINUAR EN I2
 - b. Diabetes insulino dependiente, también denominada de tipo 1 o juvenil → PASAR A I4
 - c. Diabetes no insulino dependiente, también denominada de tipo 2 o de aparición en adultos → PASAR A I4
 - d. NS → PASAR A I4
 - e. RH → PASAR A I4

12. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera la diabetes gestacional? [LEER LA LISTA, a-c]
 - a. En un embarazo previo únicamente → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - b. En este embarazo [de referencia] únicamente → CONTINUAR EN I3
 - c. En este embarazo [de referencia] y en un embarazo anterior → CONTINUAR EN I3
 - d. NS → PASAR A I4
 - e. RH → PASAR A I4

13. ¿En qué período del embarazo [de referencia] se le diagnosticó la diabetes gestacional?
 - a. ___ / ___ / ___ ___ fecha [dd/mm/aaaa]
 - b. Mes de embarazo (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9)
 - c. NS
 - d. RH

14. ¿Se le administró algún medicamento para tratar la diabetes y sus complicaciones desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
 - a. SÍ → CONTINUAR EN I5
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

15. ¿Qué medicamentos se le administraron? /¿Recibió algo más? ENUMERAR TODOS. SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS. ¿Se le administró...?
 - a. Actos

- b. Amaryl
- c. Byetta
- d. Diabeta
- e. Diabinese
- f. Glucophage
- g. Glucotrol
- h. Glucotrol XL
- i. Glumetza
- j. Gliburida
- k. Glynase PresTab
- l. Humalog
- m. Humulin N
- n. Humulin R
- o. Januvia
- p. Lantus
- q. Levemir
- r. Metformina HCL
- s. Micronase
- t. Novolin N
- u. Novolin R
- v. Novolog
- w. Onglyza
- x. Prandin
- y. Precose
- z. Starlix
- aa. Victoza
- bb. OTRO (ESPECIFICAR)
- cc. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- dd. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

16. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para la diabetes durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
- c. NS
- d. RH

17. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A I6 E I7, OMITIR I8

- c. NS
 - d. RH
- I8. O bien, ¿durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - b. NS
 - c. RH
- I9. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.
- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH
 - b. NS
 - c. RH
- I10. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → REGRESAR A H6, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN I11
 - b. NO → CONTINUAR EN I11
- I11. ¿Recibió algo más para la diabetes?
- a. SÍ → REGRESAR A I5
 - b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección J: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE HIPERTENSIÓN [H28 DE LA CATI PRIMARIA = NO, NS, RH] → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.

SI LA PARTICIPANTE INFORMÓ PREVIAMENTE UN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN [H28 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ] → LEA LO SIGUIENTE:

En la entrevista previa, nos informó que se le había diagnosticado hipertensión arterial. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas más sobre la hipertensión arterial y sobre cualquier medicamento

que se le haya administrado para tratarla desde el comienzo de su segundo trimestre, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo.

- J1. ¿Qué tipo de hipertensión arterial tuvo o tiene actualmente? ¿Estuvo **relacionada con el embarazo**, es decir, presentó esta afección únicamente durante el embarazo? O bien, ¿se trata de una **hipertensión arterial crónica**? Es decir, una hipertensión arterial no relacionada con su embarazo. Es posible que se haya diagnosticado durante el embarazo, pero que no se resolvió después de la finalización del embarazo.
- a. Relacionada con el embarazo → CONTINUAR EN J2
 - b. Hipertensión arterial crónica → PASAR A J4
 - c. Ambas → CONTINUAR EN J2
 - d. NS → PASAR A J4
 - e. RH → PASAR A J4
- J2. ¿Cuándo tuvo hipertensión arterial relacionada con el embarazo? [LEER LA LISTA, a-c]
- a. En un embarazo anterior únicamente → SI J1 = AMBAS → PASAR A J4
SI J1 = RELACIONADA CON EL EMBARAZO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - b. En este embarazo [de referencia] únicamente → CONTINUAR EN J3
 - c. En este embarazo [de referencia] y en un embarazo anterior → CONTINUAR EN J3
 - d. NS → PASAR A J4
 - e. RH → PASAR A J4
- J3. ¿Cuándo se le diagnosticó la hipertensión arterial durante su embarazo [de referencia]?
- a. Fecha _____
 - b. Mes de embarazo (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9)
 - c. NS
 - d. RH
- J4. ¿Se le administró algún medicamento o remedio para tratar la hipertensión arterial desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN J5
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- J5. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más? SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS:

- a. Accupril
- b. Adalat
- c. Altace
- d. Amlodipino
- e. Atenolol
- f. Avapro
- g. Benazepril HCL
- h. Benicar
- i. Calan
- j. Capoten
- k. Cardizem
- l. Covera -HS
- m. Cozaar
- n. Diltiazem HCL
- o. Diovan
- p. Maleato de enalapril
- q. Hidralazina
- r. Hidroclorotiazida
- s. Inderal
- t. Irbesartán
- u. Labetalol
- v. Lisinopril
- w. Losartán potásico
- x. Lotensin
- y. Metildopa
- z. Metoprolol
- aa. Microzide
- bb. Nifedipina
- cc. Normodyne
- dd. Norvasc
- ee. Olmesartán medoxomilo
- ff. Prinivil
- gg. Procardia
- hh. Propranolol
- ii. Quinapril HCL
- jj. Ramipril
- kk. Tenormin
- ll. Tiazac
- mm. Trandate
- nn. Valsarón
- oo. Vasotec

- pp. Verapamil
- qq. Verelan
- rr. Zestril
- ss. OTRO (ESPECIFICAR): _____
- tt. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- uu. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

J6. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para la hipertensión arterial durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
- c. NS
- d. RH

J7. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A J6 y J7, OMITIR J8
- c. NS
- d. RH

J8. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

J9. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH

J10. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → REGRESAR A J6, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN J11
- b. NO → CONTINUAR EN J11

- J11. ¿Recibió algo más para la hipertensión arterial?
- a. SÍ → REGRESAR A J5
 - b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección K.: PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

- K1. ¿un médico u otro profesional de atención médica le informaron que tenía toxemia, preeclampsia o eclampsia en algún momento durante su embarazo [en estudio]?
- a. SÍ → CONTINUAR EN K2
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- K2. ¿Qué afecciones tuvo? [LEER TODO, REGISTRAR TODO]
- a. Toxemia/preeclampsia → Cuándo se le diagnosticó (mes de embarazo) _____
 - b. Eclampsia → Cuándo se le diagnosticó (mes de embarazo) _____
 - c. NS
 - d. RH
- K3. ¿Se le administró algún medicamento o remedio para tratar {afecciones específicas} desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN K4
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- K4. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más? SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS:
- a. Accupril
 - b. Adalat
 - c. Altace
 - d. Amlodipino
 - e. Atenolol
 - f. Avapro
 - g. Benazepril HCL

- h. Benicar
- i. Calan
- j. Capoten
- k. Cardizem
- l. Covera -HS
- m. Cozaar
- n. Diltiazem HCL
- o. Diovan
- p. Maleato de enalapril
- q. Hidralazina
- r. Hidroclorotiazida
- s. Inderal
- t. Irbesartán
- u. Labetalol
- v. Lisinopril
- w. Losartán potásico
- x. Lotensin
- y. Sulfato de magnesio
- z. Metildopa
- aa. Metoprolol
- bb. Microzide
- cc. Nicardipina
- dd. Nifedipina
- ee. Nitroprusiato
- ff. Normodyne
- gg. Norvasc
- hh. Olmesartán medoxomilo
- ii. Prinivil
- jj. Procardia
- kk. Propranolol
- ll. Quinapril HCL
- mm. Ramipril
- nn. Corticoesteroides no especificados de otro modo
- oo. Tenormin
- pp. Tiazac
- qq. Trandate
- rr. Valsarán
- ss. Vasotec
- tt. Verapamil
- uu. Verelan
- vv. Zestril
- ww. OTRO (ESPECIFICAR):_____

- xx. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- yy. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

K5. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para {afecciones específicas} durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. ___ MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
- c. NS
- d. RH

K6. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A K5 y K6, OMITIR K7
- c. NS
- d. RH

K7. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

K8. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH

K9. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → REGRESAR A K5, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN K10
- b. NO → CONTINUAR EN K10

K10. ¿Recibió algo más para {afecciones específicas}?

- a. SÍ → REGRESAR A K4

- b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección L: EPILEPSIA/CONVULSIONES

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE EPILEPSIA [K1 DE LA CATI PRIMARIA = NO, NS, RH O K1 = SÍ Y K3 = DESPUÉS DEL EMBARAZO, NS, RF] → PASAR A L11

SI LA PARTICIPANTE INFORMÓ PREVIAMENTE UN DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA QUE TUVO LUGAR ANTES DE LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO DE REFERENCIA [K1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ Y K3 = MÁS DE 2 AÑOS ANTES (DEL EMBARAZO), EN LOS 2 AÑOS PREVIOS, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, DESPUÉS DEL PRIMER TRIMESTRE PERO AÚN DURANTE EL EMBARAZO] → LEER LO SIGUIENTE:

En la entrevista previa, nos informó que se le había diagnosticado epilepsia. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas específicamente sobre su afección desde el comienzo del segundo trimestre de embarazo, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo.

L1. ¿Se le administró algún medicamento para tratar la epilepsia desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → CONTINUAR EN L2
b. NO → PASAR A L9
c. NS → PASAR A L9
d. RH → PASAR A L9

L2. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más? SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS:

- a. Carbamazepina
b. Carbatrol
c. Clonazepam
d. Depacon
e. Cápsulas de Depakene
f. Depakote
g. Dilantin
h. Epitol
i. Equetro
j. Felbatol
k. Keppra
l. Klonopin
m. Lamictal
n. Lamotrigina

- o. Fenobarbital
- p. Fenitoína
- q. Stavzor
- r. Tegretol
- s. Topamax
- t. Topiramato
- u. Trileptal
- v. Ácido valproico
- w. OTRO (ESPECIFICAR)
- x. NS → PASAR A L9
- y. RH → PASAR A L9

L3. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para la epilepsia durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
- c. NS
- d. RH

L4. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A L3 y L4, OMITIR L5
- c. NS
- d. RH

L5. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

L6. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH

- L7. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → REGRESAR A L3, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN L8
 - b. NO → CONTINUAR EN L8
- L8. ¿Recibió algo más para la epilepsia?
- a. SÍ → REGRESAR A L2
 - b. NO → CONTINUAR EN L9
- L9. ¿Tuvo alguna convulsión desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN L10
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- L10. ¿Cuántas convulsiones tuvo en total durante ese período?
- a. CANTIDAD: _____ → LUEGO, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - b. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- L11. ¿Tuvo alguna convulsión en el período comprendido entre un mes antes de quedar embarazada y la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN L12
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- L12. ¿Cuántas convulsiones tuvo en total durante ese período?
- a. CANTIDAD: _____
 - b. NS
 - c. RH
- L13. ¿Recibió algún medicamento para tratar esta afección o para prevenir las convulsiones en el período comprendido entre un mes antes de quedar embarazada y la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN L14
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

L14. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más? SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS:

- a. Carbamazepina
- b. Carbatrol
- c. Clonazepam
- d. Depacon
- e. Cápsulas de Depakene
- f. Depakote
- g. Dilantin
- h. Epitol
- i. Equetro
- j. Felbatol
- k. Keppra
- l. Klonopin
- m. Lamictal
- n. Lamotrigina
- o. Fenobarbital
- p. Fenitoína
- q. Stavzor
- r. Tegretol
- s. Topamax
- t. Topiramato
- u. Trileptal
- v. Ácido valproico
- w. OTRO (ESPECIFICAR)
- x. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- y. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

L15. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para la epilepsia durante este período?

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (A1, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9)
- c. NS
- d. RH

L16. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] o

- b. MES DE EMBARAZO (A1, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A L15 y L16, OMITIR L17
- c. NS
- d. RH

L17. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió durante este período?

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

L18. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH

L19. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde el período comprendido entre un mes antes de quedar embarazada y la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → REGRESAR A L15, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN L20
- b. NO → CONTINUAR EN L20

L20. ¿Recibió algo más para su afección?

- a. SÍ → REGRESAR A L14
- b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección M: JAQUECA

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ PREVIAMENTE CASOS DE JAQUECA [L1 DE LA CATI PRIMARIA = NO, NS, RH] → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.

SI LA PARTICIPANTE INFORMÓ PREVIAMENTE CASOS DE JAQUECA [L1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ] → LEA LO SIGUIENTE:

En la entrevista previa, nos informó que había tenido jaquecas. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas sobre su afección desde el comienzo del segundo trimestre de embarazo, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo.

M1. ¿Tuvo algún caso de jaqueca desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → CONTINUAR EN M2
- b. NO → PASAR A M3
- c. NS → PASAR A M3
- d. RH → PASAR A M3

M2. ¿Cuántos casos de jaqueca presentó en total desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. Cantidad total: _____ /NS /RH o
- b. Frecuencia - CANTIDAD: _____
 - i. Al día
 - ii. Por semana
 - iii. Por mes

M3. Ahora, voy a preguntarle sobre medicamentos y remedios de mantenimiento que podrían administrarse para las jaquecas. Incluya los medicamentos que podría usar para evitar o prevenir las jaquecas Y para tratar los dolores a causa de la jaqueca cuando esta se presenta. Incluya los medicamentos de venta libre y recetados.

¿Se le administró algún medicamento o remedio para las jaquecas desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → CONTINUAR EN M4
- b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

M4. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más? SI NO PUEDE RECORDAR: ¿Se administró este medicamento para evitar una jaqueca o para tratar el dolor que provocado por ella? SI SE TRATÓ DE UN ANALGÉSICO: ¿Se administró un analgésico de venta libre o recetado? LUEGO, LEA DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CORRESPONDIENTE:

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Amitriptilina
- d. Aspirina
- e. Atenolol

- f. Botox
- g. Calan
- h. Carbamazepina
- i. Carbatrol
- j. Ciproheptadina HCL
- k. Depacon
- l. Depakene
- m. Depakote
- n. Diltiazem
- o. Divalproato de sodio
- p. Doxepina
- q. Effexor
- r. Epitol
- s. Equetro
- t. Comprimidos oblongos/comprimidos/cápsulas en gel de Exedrin Extra Fuerte
- u. Gabapentina
- v. Ibuprofeno
- w. Inderal
- x. Innopran XL
- y. Lamictal
- z. Lamotrigina
- aa. Lisinopril
- bb. Metoprolol
- cc. Motrin
- dd. Motrin Ib
- ee. Nadolol
- ff. Naproxeno sódico
- gg. Neurontin
- hh. Nifedipina
- ii. Nimodipina
- jj. Nortriptilina
- kk. Pamelor
- ll. Propranolol
- mm. Propriptilina HCL
- nn. Tegretol
- oo. Timolol
- pp. Topamax
- qq. Topiramato
- rr. Valproato sódico
- ss. Ácido valproico
- tt. Venlafaxina
- uu. Verapamil

vv. Verelan
ww. Vivactil
xx. Zestril

ANALGÉSICOS DE VENTA LIBRE

- yy. Acetaminofén
- zz. Advil
- aaa. Aleve
- bbb. Aspirina
- ccc. Exedrin Migraña
- ddd. Ibuprofeno
- eee. Motrin
- fff. Naproxeno sódico
- ggg. Tylenol

ANALGÉSICOS RECETADOS

- hhh. Acetaminofén con codeína
- iii. Maleato de almotriptán
- jjj. Amerge
- kkk. Axert
- lll. Cafergot
- mmm. Dihidroergotamina
- nnn. Hidrobromuro de eletriptán
- ooo. Ergotamina
- ppp. Fioricet
- qqq. Frova
- rrr. Frovatriptán succinato
- sss. Imitrex
- ttt. Indometacina
- uuu. Maxalt
- vvv. Migergot supositorio
- www. Migranal
- xxx. Naproxeno sódico/Sumatriptán succinato
- yyy. Naratriptán
- zzz. Relpax
- aaaa. Rizatriptán
- bbbb. Sumatriptán succinato
- cccc. Treximet
- dddd. Zolmitriptán
- eeee. Zomig
- ffff. OTRO (ESPECIFICAR): _____
- gggg. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- hhhh. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

- M5. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para la migraña durante este período?
- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
 - b. MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
 - c. NS
 - d. RH
- M6. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?
- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
 - b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A M5 y M6, OMITIR M7
 - c. NS
 - d. RH
- M7. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?
- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - b. NS
 - c. RH
- M8. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.
- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH
- M9. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → REGRESAR A M5, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN M10
 - b. NO → CONTINUAR EN M10
- M10. ¿Recibió algo más para la migraña?
- a. SÍ → REGRESAR A M4
 - b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección N: DEPRESIÓN/ANSIEDAD

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ UN DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD O DE DEPRESIÓN ANTES DE LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO DE REFERENCIA

[O1 DE LA CATI PRIMARIA = NO, NS, RH Y O4 = NO, NS, RH

O BIEN,

O1 DE LA CATI PRIMARIA = NO, NS, RH Y O4 = SÍ Y O5 = DESPUÉS DEL EMBARAZO

O BIEN,

O1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ Y O3 = DESPUÉS DEL EMBARAZO Y O4 = NO, NS, RH

O BIEN,

O1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ Y O3 = DESPUÉS DEL EMBARAZO Y O4 = SÍ Y O5 = DESPUÉS DEL EMBARAZO]

→ PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ PREVIAMENTE UN DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD O DE DEPRESIÓN QUE HAYA TENIDO LUGAR ANTES DE LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO DE REFERENCIA

[O1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ Y O3 = MÁS DE 2 AÑOS ANTES (DEL EMBARAZO), EN LOS 2 AÑOS PREVIOS, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, DESPUÉS DEL PRIMER TRIMESTRE, PERO AÚN DURANTE EL EMBARAZO

O BIEN,

O4 = SÍ Y O5 = MÁS DE 2 AÑOS ANTES (DEL EMBARAZO), EN LOS 2 AÑOS PREVIOS, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, DESPUÉS DEL PRIMER TRIMESTRE, PERO AÚN DURANTE EL EMBARAZO]

→ LEER LO SIGUIENTE:

En la entrevista previa, nos informó que se le había diagnosticado *depresión* [SI O4 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ/{*ansiedad de O2*} [SI O1 = SÍ]. Ahora, quisiera preguntarle sobre su afección desde el comienzo de su segundo trimestre, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo.

N1. ¿Presentó algún síntoma desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. SÍ → CONTINUAR EN N2
- b. NO → PASAR A N3
- c. NS → PASAR A N3
- d. RH → PASAR A N3

N2. ¿Qué síntomas presentó?

- a. Especificar: _____ /NS /RH

N3. ¿Se le administró algún medicamento para tratar su afección desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. SÍ → CONTINUAR EN N4

- b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

N4. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más? SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS.

- a. Abilify
- b. Alprazolam
- c. Anafranil
- d. Aripiprazol
- e. Ativan
- f. Bupropión
- g. Buspar
- h. Bupirona HCL
- i. Carbamazepina
- j. Carbatrol
- k. Celexa
- l. Citalopram hidrobromuro
- m. Clomipramina
- n. Clonazepam
- o. Cymbalta
- p. Depacon
- q. Depakene
- r. Depakote
- s. Diazepam
- t. Duloxetina HCL
- u. Effexor
- v. Epitol
- w. Equetro
- x. Oxalato de escitalopram
- y. Fluoxetina HCL
- z. Imipramina
- aa. Inderal
- bb. Klonopin
- cc. Lamictal
- dd. Lamotrigina
- ee. Lexapro
- ff. Lorazepam
- gg. Paroxetina HCL
- hh. Paxil
- ii. Propranolol

- jj. Prozac
- kk. Sertralina HCL
- ll. Hierba de San Juan
- mm. Tegretol
- nn. Tofranil
- oo. Valium
- pp. Ácido valproico
- qq. Venlafaxina
- rr. Wellbutrin
- ss. Xanax
- tt. Zoloft
- uu. OTRO (ESPECIFICAR): _____
- vv. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- ww. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

N5. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para su afección durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
- c. NS
- d. RH

N6. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A N5 y N6, OMITIR N7
- c. NS
- d. RH

N7. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

N8. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH
- N9. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → REGRESAR A N5, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN N10
- b. NO → CONTINUAR EN N10
- N10. ¿Recibió algo más para esta afección?
- a. SÍ → REGRESAR A N4
- b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección O: TRASTORNOS HEMORRÁGICOS/DE COAGULACIÓN

- O1. ¿Le informó alguna vez un médico u otro profesional de atención médica que tuvo un trastorno hemorrágico o de coagulación?
- a. SÍ → CONTINUAR EN O2
- b. NO → PASAR A O7
- c. NS → PASAR A O7
- d. RH → PASAR A O7
- O2. ¿Cómo se llamaba el trastorno hemorrágico o de coagulación?
- a. _____ (especificar)
- b. NS
- c. RH
- O3. ¿Cuándo se le diagnosticó esta afección?
- a. ___/___/____ fecha [dd/mm/aaaa] o _____ (edad en años)
- b. NS
- c. RH
- O4. En algún momento durante su embarazo, ¿tuvo alguna complicación a causa de esta afección, por ejemplo, hemorragia intensa o formación de un coágulo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN O5

- b. NO → PASAR A O7
- c. NS → PASAR A O7
- d. RH → PASAR A O7

- O5. ¿Cuáles fueron las complicaciones?
- _____ (especificar)
 - NS
 - RH
- O6. ¿Cuándo sucedió? ¿En algún otro momento?
- ___/___/___ fecha [dd/mm/aaaa] O
 - ___ MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
 - NS
 - RH
- O7. En algún momento durante su embarazo, ¿recibió algún medicamento o tratamiento para un trastorno hemorrágico o de coagulación? Incluya todos los medicamentos que puede haber recibido para evitar un problema.
- Sí → CONTINUAR EN O8
 - NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- O8. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más?
- ESPECIFICAR: _____
 - NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- O9. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para su afección durante el embarazo?
- ___/___/___ fecha [dd/mm/aaaa] o
 - MES DE EMBARAZO (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9)
 - NS
 - RH
- O10. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento}?
- ___/___/___ fecha [dd/mm/aaaa] o
 - MES DE EMBARAZO (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A O9 y O10, OMITIR O11
 - NS
 - RH

- O11. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió durante el embarazo?
- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - b. NS
 - c. RH
- O12. ¿Con qué frecuencia tomó {medicamento} durante el embarazo? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.
- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH
- O13. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento durante el embarazo?
- a. SÍ → REGRESAR A O9, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN O14
 - b. NO → CONTINUAR EN O14
- O14. ¿Recibió algo más para esta afección?
- a. SÍ → REGRESAR A O8
 - b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección P: ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA [M1 DE LA CATI PRIMARIA = AUSENCIA, NS, RH O M1 = SÍ Y M2 = DESPUÉS DEL EMBARAZO] → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

SI LA PARTICIPANTE INFORMÓ PREVIAMENTE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA QUE TUVO LUGAR ANTES DE LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ESTUDIO [M1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ Y M2 = MÁS DE 2 AÑOS ANTES (DEL EMBARAZO), EN LOS 2 AÑOS PREVIOS, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, DESPUÉS DEL PRIMER TRIMESTRE, PERO AÚN DURANTE EL EMBARAZO] → LEER LO SIGUIENTE:

En la entrevista previa, nos informó que se le había diagnosticado {afecciones específicas de M1}. Ahora, quisiera preguntarle sobre sus afecciones desde el comienzo de su segundo trimestre, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo.

FORMULE ESTAS PREGUNTAS PARA CADA AFECCIÓN INDICADA EN M1 DE LA CATI PRIMARIA.

- P1. ¿Se le administró algún medicamento para tratar su {afección específica} desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN P2
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN O, EN CASO DE AUSENCIA, A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN O, EN CASO DE AUSENCIA, A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN O, EN CASO DE AUSENCIA, A LA PRÓXIMA SECCIÓN

- P2. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más? ESPECIFICAR: _____
SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LAS LISTAS INDICATIVAS DE MEDICAMENTOS CORRESPONDIENTES A ESTAS 4 AFECCIONES, PERO LOS MEDICAMENTOS DEBEN PREGUNTARSE PARA CADA AFECCIÓN.

P2a. Lupus:

- a. Advil
- b. Aleve
- c. Arava
- d. Azasan
- e. Azatioprina
- f. Belimumab
- g. Benlysta
- h. Cellcept
- i. Ciclofosfamida
- j. Cytoxan
- k. Sulfato de hidroxiclороquina
- l. Leflunomida
- m. Metotrexato
- n. Motrin
- o. Micofenolato mofetilo
- p. Plaquenil
- q. Prednisona
- r. Trexall
- s. OTRO (ESPECIFICAR): _____
- t. NS → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
- u. RH → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

P2b. Artritis reumatoide:

- a. Abatacept
- b. Actemra
- c. Adalimumab
- d. Advil
- e. Aleve

- f. Anakinra
- g. Arava
- h. Azasan
- i. Azatioprina
- j. Azulfidina
- k. Certolizumab Pegol
- l. Cimzia
- m. Ciclofosfamida
- n. Ciclosporina
- o. Cytoxan
- p. Dynacin
- q. Enbrel
- r. Etanercept
- s. Gengraf
- t. Golimumab
- u. Humira
- v. Sulfato de hidroxiclороquina
- w. Ibuprofeno
- x. Imuran
- y. Infliximab
- z. Kineret
- aa. Leflunomida
- bb. Metotrexato
- cc. Minocin
- dd. Minociclina
- ee. Motrin
- ff. Naproxeno sódico
- gg. Neoral
- hh. Oencia
- ii. Plaquenil
- jj. Prednisona
- kk. Remicade
- ll. Rituxan
- mm. Rituximab
- nn. Sandimmune
- oo. Simponi
- pp. Sulfasalazina
- qq. Tocilizumab
- rr. Trexall
- ss. OTRO (ESPECIFICAR): _____
- tt. NS → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
- uu. RH → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

P2c. Esclerosis múltiple:

- a. Amantadina
- b. Ampyra
- c. Amrix
- d. Aubagio
- e. Avonex
- f. Baclofeno
- g. Betaseron
- h. Copaxone
- i. Ciclobenzaprina
- j. Dalfampridina
- k. Extavia
- l. Fingolimod
- m. Flexeril
- n. Gilenya
- o. Acetato de glatiramer
- p. Lioresal
- q. Metilprednisolona
- r. Mitoxantrona HCL
- s. Natalizumab
- t. Prednisona
- u. Rebif
- v. Solu-Medrol
- w. Tecfidera
- x. Teriflunomida
- y. Tizandina HCL
- z. Tysabri
- aa. Zanaflex
- bb. OTRO (ESPECIFICAR): _____
- cc. NS → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
- dd. RH → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

P2d. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa:

- a. Adalimumab
- b. Apriso
- c. Asacol
- d. Azasan
- e. Azatioprina
- f. Azulfidina
- g. Balsalazida disódica
- h. Certolizumab Pegol
- i. Cimzia

- j. Cipro
- k. Ciprofloxacina HCL
- l. Colazal
- m. Ciclosporina
- n. Dipentum
- o. Flagyl
- p. Gengraf
- q. Humira
- r. Imuran
- s. Infiximab
- t. Lialda
- u. Mercaptopurina
- v. Mesalamina
- w. Metotrexato
- x. Metronidazol
- y. Natalizumab
- z. Neoral
- aa. Olsalazina sódica
- bb. Purinetol
- cc. Remicade
- dd. Rheumatrex
- ee. Sandimmune
- ff. Sulfasalazina
- gg. Tysabri
- hh. OTRO (ESPECIFICAR):_____
- ii. NS → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
- jj. RH → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

P2e. Psoriasis:

- a. Antralina
- b. Calcipotriene
- c. Alquitrán de hulla
- d. Dovonex
- e. Elidel
- f. Pomada protópica
- g. Retin-A
- h. Ácido salicílico
- i. Tazorac
- j. Tazaroteno
- k. Tretinoína
- l. OTRO (ESPECIFICAR):_____

- m. NS → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
- n. RH → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

P3. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para {afección específica} durante este período?

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
- c. NS
- d. RH

P4. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A P3 y P4, OMITIR P5
- c. NS
- d. RH

P5. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

P6. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH

P7. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → REGRESAR A P3, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN P8
- b. NO → CONTINUAR EN P8

- P8. ¿Recibió algo más para esta afección?
- a. SÍ → REGRESAR A P2
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN O, EN CASO DE AUSENCIA, A LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección Q: FIEBRE

- Q1. ¿Tuvo fiebre, incluida la fiebre a causa de enfermedades respiratorias, bronquitis, neumonía, pielonefritis, cistitis, infección urinaria, infección genital u otras infecciones o enfermedades desde el comienzo de su segundo trimestre, {fecha de inicio del segundo trimestre}, hasta la finalización del embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN Q2
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- Q2. ¿Cuántos casos de fiebre recuerda haber tenido desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo? SI NO SABE LA CANTIDAD, SELECCIONAR 1 Y PEDIRLE INFORMACIÓN A LA MAMÁ SOBRE 1 CASO DE FIEBRE QUE RECUERDE.
- a. CANTIDAD: _____
 - b. NS
 - c. RH
- Q3. ¿Cuál fue la causa del {primer, luego segundo, etc.} caso de fiebre?
- a. CAUSA: _____
 - b. NS
 - c. RH
- Q4. Cuando tuvo {causa}, ¿durante cuál de los siguientes meses tuvo fiebre?
- a. P4
 - b. P5
 - c. P6
 - d. P7
 - e. P8
 - f. P9
 - g. NS
 - h. RH

- Q5. ¿Cuál fue la temperatura más alta que registró al tener fiebre?
- VALOR: _____
 - UNIDADES: °F o °C _____
 - NS
 - RH
- Q6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para este caso de fiebre?
- SÍ → CONTINUAR EN Q7
 - NO → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
 - NS → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
 - RH → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
- Q7. ¿Qué recibió? ¿Recibió algo más? CODIFICAR TODO LO QUE CORRESPONDA. SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS: ¿Se le administró...?
- Acetaminofén
 - Advil
 - Aleve
 - Ibuprofeno
 - Motrin
 - Naproxeno sódico
 - Nuprin
 - Tylenol
 - OTRO (ESPECIFICAR): _____
 - NS → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
 - RH → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
- Q8. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para este caso de fiebre?
- ___/___/___ fecha [dd/mm/aaaa] o
 - MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
 - NS
 - RH
- Q9. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} para este caso de fiebre?
- ___/___/___ fecha [dd/mm/aaaa] o

- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A Q8 y Q9, OMITIR Q10
- c. NS
- d. RH

Q10. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió para este caso de fiebre?

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

Q11. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este caso de fiebre? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/por período de tiempo/NS/RH

Q12. ¿Recibió {medicamento} para la fiebre que tuvo debido a {causa} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?

- a. SÍ → REGRESAR A Q8, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN Q13
- b. NO → CONTINUAR EN Q13

Q13. ¿Tomó algo más para la fiebre que tuvo debido a {causa}?

- a. SÍ → REGRESAR A Q7
- b. NO → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE.

CUANDO SE HAYAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS DE FIEBRE → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.

Sección R: ASMA

SI LA PARTICIPANTE NO INFORMÓ UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE ASMA [J1 DE LA CATI PRIMARIA = NO, NS, RH O J1 = SÍ Y J2 = DESPUÉS DEL EMBARAZO] → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

SI LA PARTICIPANTE INFORMÓ PREVIAMENTE UN DIAGNÓSTICO DE ASMA QUE TUVO LUGAR ANTES DE LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO DE REFERENCIA [J1 DE LA CATI PRIMARIA = SÍ Y J2 = MÁS DE 2 AÑOS ANTES (DEL EMBARAZO), EN LOS 2 AÑOS PREVIOS, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, DESPUÉS DEL PRIMER TRIMESTRE, PERO AÚN DURANTE EL EMBARAZO] → LEER LO SIGUIENTE:

En la entrevista previa, nos informó que se le había diagnosticado asma. Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre el asma. En estas preguntas, me estoy refiriendo a su embarazo de {nombre del hijo} (en el caso de los niños que nacieron con vida)/que finalizó el {fecha de finalización del embarazo} (en el caso de mortinatos).

R1. En algún momento **durante el año antes de que quede embarazada:** .

R1a. ¿Fue hospitalizada durante la noche a causa del asma?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R1b
- b. NO → PASAR A R1c
- c. NS → PASAR A R1c
- d. RH → PASAR A R1c

R1b. ¿Cuándo fue hospitalizada?

a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] → LUEGO PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R1c. ¿Acudió a un servicio de urgencias a causa del aumento de los síntomas del asma (pero no requirió hospitalización)?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R1d
- b. NO → PASAR A R1e
- c. NS → PASAR A R1e
- d. RH → PASAR A R1e

R1d. ¿Cuándo acudió a un servicio de urgencias?

a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] → LUEGO PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R1e. ¿Tuvo que consultar de urgencia a un médico o concurrir a una clínica a causa del aumento de los síntomas del asma (diferentes a los indicados anteriormente)?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R1f
- b. NO → PASAR A R1g
- c. NS → PASAR A R1g
- d. RH → PASAR A R1g

R1f. ¿Cuándo realizó la consulta de urgencia?

a. ____/____/____ fecha [dd/mm/aaaa] → LUEGO PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R1g. ¿Se le administró corticoesteroides (por ejemplo, prednisona) en comprimidos, o bien, mediante inyección o por vía IV?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R1h
- b. NO → PASAR A R2
- c. NS → PASAR A R2
- d. RH → PASAR A R2

R1h. ¿Cuándo se le administraron corticoesteroides?

a. _____ Fecha → LUEGO PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R2. Y ahora algunas preguntas más sobre **el año previo a quedar embarazada**.

R2a. ¿Con qué frecuencia interfirió el asma en la compleción de sus tareas domésticas y en el trabajo?

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. A MENUDO
- d. CONSTANTEMENTE

R2b. ¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para respirar a causa del asma?

a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R2c. ¿Con qué frecuencia se despertaba por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana a causa del asma?

a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R2d. ¿Con qué frecuencia utilizó un inhalador para el alivio inmediato de los síntomas del asma?

a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R2e. ¿Cómo calificaría su control del asma?

- a. COMPLETAMENTE CONTROLADO
- b. BIEN CONTROLADO

- c. ALGO CONTROLADO
- d. DEFICIENTEMENTE CONTROLADO
- e. PARA NADA CONTROLADO

R3. Las próximas preguntas están relacionadas con el asma **durante el embarazo**. En algún momento **durante el embarazo**:

R3a. ¿Fue hospitalizada durante la noche a causa del asma?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R3b
- b. NO → PASAR A R3c
- c. NS → PASAR A R3c
- d. RH → PASAR A R3c

R3b. ¿Cuándo fue hospitalizada?

- a. _____ Fecha → LUEGO, PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R3c. ¿Acudió a un servicio de urgencias a causa del aumento de los síntomas del asma (pero no requirió hospitalización)?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R3d
- b. NO → PASAR A R3e
- c. NS → PASAR A R3e
- d. RH → PASAR A R3e

R3d. ¿Cuándo acudió a un servicio de urgencias?

- a. _____ Fecha → LUEGO, PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R3e. ¿Tuvo que consultar de urgencia a un médico o concurrir a una clínica a causa del aumento de los síntomas del asma (diferentes a los indicados anteriormente)?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R3f
- b. NO → PASAR A R3g
- c. NS → PASAR A R3g
- d. RH → PASAR A R3g

R3f. ¿Cuándo realizó la consulta de urgencia?

- a. _____ Fecha → LUEGO PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R3g. ¿Se le administró corticoesteroides (por ejemplo, prednisona) en comprimidos, o bien, mediante inyección o por vía IV?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R3h
- b. NO → PASAR A R4
- c. NS → PASAR A R4
- d. RH → PASAR A R4

R3h. ¿Cuándo se le administraron corticoesteroides?

- a. _____ Fecha → LUEGO PREGUNTAR: ¿En algún otro momento?

R4. Las próximas preguntas están relacionadas con el asma durante el **primer trimestre** del embarazo. Durante **el primer trimestre del embarazo**:

R4a. ¿Con qué frecuencia interfirió el asma en la compleción de sus tareas domésticas y en el trabajo?

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. A MENUDO
- d. CONSTANTEMENTE

R4b. ¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para respirar a causa del asma?

- a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R4c. ¿Con qué frecuencia se despertaba por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana a causa del asma? Nuevamente, queremos obtener más información sobre el primer trimestre de su embarazo.

- a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R4d. ¿Con qué frecuencia utilizó un inhalador para el alivio inmediato de los síntomas del asma?

- a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R4e. ¿Cómo calificaría su control del asma? Nuevamente, queremos obtener más información sobre el primer trimestre de su embarazo.

- a. COMPLETAMENTE CONTROLADO
- b. BIEN CONTROLADO

- c. ALGO CONTROLADO
- d. DEFICIENTEMENTE CONTROLADO
- e. PARA NADA CONTROLADO

R5. Ahora, quisiera preguntarle sobre el asma desde el comienzo de su segundo trimestre, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo.

Durante ese período:

R5a. ¿Con qué frecuencia interfirió el asma en la compleción de sus tareas domésticas y en el trabajo?

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. A MENUDO
- d. CONSTANTEMENTE

R5b. ¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para respirar a causa del asma?

- a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R5c. ¿Con qué frecuencia se despertaba por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana a causa del asma? Nuevamente, queremos obtener más información sobre el período comprendido entre el comienzo de su segundo trimestre y la finalización del embarazo.

- a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R5d. ¿Con qué frecuencia utilizó un inhalador para el alivio inmediato de los síntomas del asma?

- a. _____ Cantidad de veces al día o por período

R5e. ¿Cómo calificaría su control del asma? Nuevamente, queremos obtener más información sobre el período comprendido entre el comienzo de su segundo trimestre y la finalización del embarazo.

- a. COMPLETAMENTE CONTROLADO
- b. BIEN CONTROLADO
- c. ALGO CONTROLADO
- d. DEFICIENTEMENTE CONTROLADO
- e. PARA NADA CONTROLADO

R6. Finalmente, ¿se le administró algún medicamento para el asma desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo? Indíqueme los medicamentos y remedios de mantenimiento que podría recibir para el control a largo plazo del asma y los medicamentos de rápida acción, o “de rescate”, que podría recibir para el tratamiento de una crisis asmática.

- a. SÍ → CONTINUAR EN R7
- b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

R7. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más?

AEROSOLES NASALES

- a. Flonase
- b. Flunisolida
- c. Aerosol nasal de fluticasona
- c. Aerosol nasal de Nasonex
- c. Aerosol nasal de Omnaris
- f. Aerosol nasal Qnasl
- g. Rhinocort
- h. OTRO (ESPECIFICAR):_____

MEDICAMENTOS INHALATORIOS POR VÍA ORAL

- i. Advair
- j. Aerobid
- k. Aerospan Hfa
- l. Inhalador Alvesco
- m. Asmanex Twisthaler
- n. Suspensión de inhalación de budesonida
- o. Dulera
- p. Flovent
- q. Foradil
- r. Fumarato de formoterol
- s. Perforomist
- t. Pulmicort
- u. Inhalador Qvar HFA
- v. Xinafoato de salmeterol
- w. Serevent
- x. Symbicort
- y. OTRO (ESPECIFICAR):_____

COMPRESIDOS/CÁPSULAS POR VÍA ORAL

- z. Accolate
- aa. Montelukast sódico
- bb. Singulair
- cc. Zafirlukast
- dd. Zileuton
- ee. Zyflo
- ff. OTRO (ESPECIFICAR): _____

MEDICAMENTOS DE RÁPIDA ACCIÓN O “DE RESCATE”

- gg. Albuterol
- hh. Asthmanefrin
- ii. Atrovent HFA
- jj. Bromuro de ipratropio
- kk. Tartrato de levalbuterol
- ll. Maxair
- mm. Acetato de pirbuterol
- nn. Inhalador ProAir HFA
- oo. Ventolin HFA
- pp. Xopenex HFA
- qq. OTRO (ESPECIFICAR): _____

NO SABE/SE REHÚSA

- rr. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- ss. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

R8. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para el asma durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4/P5/P6/P7/P8/P9)
- c. NS
- d. RH

R9. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} durante este período?

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] o
- b. MES DE EMBARAZO (P4, P5, P6, P7, P8, P9) → SI RESPONDE A R8 y R9, OMITIR EL PUNTO R10
- c. NS
- d. RH

- R10. ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo?
- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
 - b. NS
 - c. RH
- R11. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} durante este período? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.
- a. CANTIDAD: _____ al día/por semana/por mes/NS/RH
- R12. ¿Recibió {medicamento} en algún otro momento desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. SÍ → REGRESAR A R8, REGISTRAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR EN R13
 - b. NO → CONTINUAR EN R13
- R13. ¿Recibió algo más para esta afección?
- a. SÍ → REGRESAR A R7
 - b. NO → CONTINUAR EN LA PRÓXIMA SECCIÓN

Sección S: LESIONES

- S1. ¿Sufrió algún daño físico debido a una lesión, abuso o acto delictivo desde el comienzo de su segundo trimestre, es decir, desde el {fecha de inicio del segundo trimestre}, hasta la finalización del embarazo?
- a. SÍ → CONTINUAR EN S2
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
 - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- S2. ¿Obtuvo atención médica para esta lesión?
- a. SÍ → CONTINUAR EN S3
 - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

S3. ¿Fue hospitalizada?

- a. SÍ
- b. NO
- c. NS
- d. RH

Sección T. EXPOSICIONES A MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

T1. Ahora, le leeré una lista de medicamentos específicos. Es posible que ya me haya informado sobre algunos de estos medicamentos en las preguntas anteriores; por lo que le agradecería que me lo indique si reitero algo. Indíqueme si ha recibido alguno de estos medicamentos desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización del embarazo.

T1a. Vitaminas prenatales → En caso AFIRMATIVO,

T1a1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / ___ ___ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1a2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / ___ ___ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1a3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1b. Ácido fólico → En caso AFIRMATIVO,

T1b1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- f. NS
- g. RH

T1b2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1b3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1c. Alka-seltzer → En caso AFIRMATIVO,

T1c1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- h. NS
- i. RH

T1c2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1c3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1d. Pepto bismol → En caso AFIRMATIVO,

T1d1. Fecha de inicio:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- j. NS
- k. RH

T1d2. Fecha de suspensión:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1d3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1e. Aspirina → En caso AFIRMATIVO,

T1e1. Fecha de inicio:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- l. NS
- m. RH

T1e2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1e3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1f. Aleve/Naprosyn/naproxeno → En caso AFIRMATIVO,

T1f1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- n. NS
- o. RH

T1f2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1f3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1g. Advil/Motrin/ibuprofeno → En caso AFIRMATIVO,

T1g1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- p. NS
- q. RH

T1g2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1g3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1h. Tylenol/acetaminofén

T1h1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- r. NS
- s. RH

T1h2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1h3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1i. Sudafed/pseudoefedrina → En caso AFIRMATIVO,

T1i1. Fecha de inicio:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- t. NS
- u. RH

T1i2. Fecha de suspensión:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1i3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1j. Afrin/oximetazolina → En caso AFIRMATIVO

T1j1. Fecha de inicio:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- v. NS
- w. RH

T1j2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1j3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1k. Neosinefrina/fenilefrina → En caso AFIRMATIVO,

T1k1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- x. NS
- y. RH

T1k2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1k3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1l. Adderall → En caso AFIRMATIVO,

T1l1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- z. NS
- aa. RH

T1l2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1l3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1m. Concerta/Ritalin/metilfenidato → En caso AFIRMATIVO,

T1m1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- bb. NS
- cc. RH

T1m2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1m3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1n. Stattera/atomoxetina → En caso AFIRMATIVO,

T1n1. Fecha de inicio:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- dd. NS
- ee. RH

T1n2. Fecha de suspensión:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1n3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1o. Vyvanse/lisdexamfetamina → En caso AFIRMATIVO,

T1o1. Fecha de inicio:

- a. ___/___/_____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- ff. NS
- gg. RH

T1o2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1o3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1p. ¿Anfetaminas, metanfetaminas, cocaína, *crack*? → En caso AFIRMATIVO,

T1p1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- hh. NS
- ii. RH

T1p2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / _____ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1p3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

T1q. ¿Algún otro medicamento que haya recibido en este período? → En caso AFIRMATIVO, especificar todos:

T1q1. Fecha de inicio:

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- jj. NS
- kk. RH

T1q2. Fecha de suspensión:

- a. ___ / ___ / ___ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. ___ Meses O
- c. ___ Trimestre
- d. NS
- e. RH

T1q3. ¿Durante cuánto tiempo las recibió? (SI RESPONDE A T1a1 y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: _____
 - i. Días
 - ii. Semanas
 - iii. Meses
- b. NS
- c. RH

Sección U: OTRAS PREGUNTAS

U1. ¿Tiene alguna creencia o idea acerca de qué puede causar la muerte fetal?
[FORMULAR UNA PREGUNTA ABIERTA]

COMENTARIO FINAL

Para cerrar, queremos agradecerle inmensamente su tiempo y su esfuerzo. Su aporte a este importante estudio nos ayudará muchísimo a comprender mejor las causas de los desenlaces no deseados en los embarazos. ¡Muchas gracias!