

# Centros para la Investigación y Prevención de los Defectos de Nacimiento

## Estudio Suplementario sobre la Muerte Fetal

### Entrevista telefónica asistida por computadora

---

Versión 1.2 del cuestionario

July 23, 2018

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.....	3
Sección D: CRECIMIENTO FETAL.....	4
Sección E: HEMORRAGIA VAGINAL.....	5
Sección F: PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	6
Sección G: DOLOR ABDOMINAL.....	6
EMBARAZO DE REFERENCIA: EXPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	7
Sección H: EXPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	7
ENFERMEDADES Y SU TRATAMIENTO.....	9
Sección I: DIABETES.....	10
Sección J: HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	12
Sección K.:PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.....	15
Sección L: EPILEPSIA/CONVULSIONES.....	18
Sección M: MIGRAÑA.....	23
Sección N: DEPRESIÓN/ANSIEDAD.....	27
Sección O: TRASTORNOS HEMORRÁGICOS/DE COAGULACIÓN.....	30
Sección P: ENFERMEDAD AUTOINMUNITARIA.....	32
Sección Q: FIEBRE.....	37
Sección R: ASMA.....	40
Sección S: LESIONES.....	48
Sección T. EXPOSICIONES A MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS.....	49
Sección U: OTRAS PREGUNTAS.....	57

## 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/meses/trimestreO
- b. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- c. NS
- d. RH

B3. En el último trimestre del embarazo, ¿notó 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. ¿Diría que la frecuencia de los movimientos [READ ALL]...?

- a. Incrementar → PASAR A B7
- b. Permanecer igual → PASAR A B7
- c. Disminución → 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]

- a. \_\_\_ semanas/meses/trimestreO
- b. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- c. NS
- d. RH

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

- a. Sí
- b. NO
- c. NS
- d. RH

B7. En el último trimestre del embarazo, ¿notó 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. ¿Diría que la intensidad de los movimientos ...[READ ALL]

- a. Incrementar →PASAR A B11
- b. Permanecer igual →PASAR A B11
- c. Disminución →CONTINUAR EN B9
- d. NS →PASAR A B11
- e. RH →PASAR A B11

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

- a. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
- b. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- c. NS
- d. RH

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

- a. Sí
- b. NO
- c. NS
- d. RH

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

- a. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
- b. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- c. NS
- d. 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? PREGUNTA: [READ OPTIONS]

- a. En la espalda
- b. En el estómago, con la cabeza girada hacia la izquierda o hacia la derecha
- c. Izquierda
- d. Derecha

- e. Combinación de posiciones
- f. NS
- g. RH

C2. ¿Cuál fue la posición habitual para dormir a la que se acostumbró en el **último mes** de su embarazo?  
PREGUNTA: [READ OPTIONS]

- a. En la espalda
- b. En el estómago, con la cabeza girada hacia la izquierda o hacia la derecha
- c. Izquierda
- d. 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? \_\_\_\_\_ NS RH

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

- a. Sí → D3a
- b. NO → PASAR A D4
- c. NS → PASAR A D4
- d. RH → PASAR A D4

D3a. ¿Cuándo se realizó la ecografía?

- a. \_\_\_\_ semanas/meses/trimestre O
- b. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- 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 tener placenta previa o nudos en el cordón?

- a. SÍ → CONTINUAR EN D4A
- b. NO → PASAR A D5
- c. NO → PASAR A D5
- d. NO → PASAR A D5

D4a. ¿Qué problema se detectó? \_\_\_\_\_

PREGUNTA: ¿Algo más? \_\_\_\_\_

**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

D10. ¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

- a. NS
- b. RH

## **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/meses/trimestre O
- b. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- c. NS
- d. RH

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

- a. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
- b. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- c. NS
- d. 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, ¿experimentó tener una suficiente secreción de líquidos 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/meses/trimestre O
- b. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- c. NS
- d. RH

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

- a. SÍ
- b. NO
- c. NS
- d. RH



## Sección G: DOLOR ABDOMINAL

G1. Durante este embarazo, ¿sintió dolor abdominal intenso? ? [IF MOM ASKS WHAT WE MEAN BY "SEVERE", TELL HER WHATEVER SHE CONSIDERS SEVERE.]

- 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 sintió dolor abdominal intenso en el embarazo?  
[REGISTRE UNA OPCIÓN]

- a. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
- b. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
- c. NS
- d. 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. ¿Usó usted 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 →CONTINUAR EN H1a
- b. No →PASAR A H2
- c. NS →PASAR A H2
- d. RH →PASAR A H2

H1a. ¿Qué medicamentos tomó? \_\_\_\_\_ ¿Tomó algo más?

H1b. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento}?

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)

- c. NS
- d. RH

¿Cuándo dejó de usar {medicamento}?

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
- c. NS
- d. RH

O, ¿Cuánto tiempo lo tomó?

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH
  - i. Días
  - ii. Semanas

iii. Meses

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. ¿Durante qué meses fumó? [SELECT ALL THAT APPLY]

- a. MES DE EMBARAZO: P4 -P9
- b. NS
- c. 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. CADA DÍA
- b. ALGUNOS DÍAS
- c. RARAMENTE
- d. NS
- e. RH

H4. ¿Bebió vino, cerveza, tragos o medidas de bebidas alcohólicas 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.

- 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

**10. 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, solo durante el embarazo → CONTINUAR EN I2
  - b. Diabetes insulino dependiente, también llamada de tipo 1 o juvenil → PASAR A I4
  - c. Diabetes no insulino dependiente, también llamada 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. Solo durante un embarazo anterior → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
  - b. Solo durante este embarazo → CONTINUAR EN I3
  - c. Durante este embarazo y en un embarazo anterior → CONTINUAR EN I3
  - d. NS → PASAR A I4
  - e. RH → PASAR A I4
  
13. ¿Cuándo se diagnosticó la diabetes gestacional durante este embarazo?
  - a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
  - b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)

- c. NS
  - d. RH
14. ¿Usó 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 usó? /¿Usó algo más? ENUMERAR TODOS. SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS. PREGUNTA: ¿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

15a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó {medicamento}? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

16. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para la diabetes la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
- c. NS
- d. RH

17. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para la diabetes la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH

SI RESPONDE A 16 E 17, OMITIR 18

18. 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

19. ¿Con qué frecuencia usó {medicamento} la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día/por semana/por mes/por año/por periodo/
- b. NS
- c. RH

(Por periodo se refiere al número de veces que ella tomó un medicamento entre las fechas que ha mencionado/(cualquiera)/Parche (de uso continuo)/horario variado/conforme fue necesario/frecuencia cada vez menor.

## 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, sintió 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. Presión arterial alta 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. Solo durante un embarazo anterior → SI J1 = AMBAS → PASAR A J4  
SI J1 = RELACIONADA CON EL EMBARAZO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
  - b. Solo durante este embarazo → CONTINUAR EN J3
  - c. Durante este embarazo y 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?
- a. Fecha \_\_\_\_\_
  - b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
  - c. NS
  - d. RH

- J4. ¿Usó 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 usó? /¿Usó 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

J0. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

J6. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para la hipertensión la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-P3)

c. NS

d. RH

J7. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para la hipertensión la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-P3) → SI RESPONDE A J6 Y J7 OMITIR J8

c. NS

d. RH

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

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

J9. ¿Con qué frecuencia usó {medicamento} la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ al día/por semana/por mes/NS/RH

## 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?

- 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 → CONTINUAR EN K2a
- b. Eclampsia CONTINUAR EN K2a
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

K2a. ¿Cuándo se le diagnosticó (afecciones específicas)?  
(mes de embarazo, P1-P9, NS, RH) \_\_\_\_\_

K3. Desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta el final de su embarazo, ¿tomó algún medicamento o remedio para {afecciones específicas}?

- 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 usó? /¿Usó 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. Valsarón
- 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

K4a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

K5. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para {afecciones específicas} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez??

a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)

c. NS

d. RH

K6. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para {afecciones específicas} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?

a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-T3) → SI RESPONDE A K5 Y K6, OMITIR K7

c. NS

d. RH

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

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

K8. ¿Con qué frecuencia usó {medicamento} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ al día/por semana/por mes/NS/RH

## 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. ¿Usó 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 usó? /¿Usó 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. Eptol
- 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

L2a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

L3. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para la epilepsia la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH

L4. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para la epilepsia la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH

SI RESPONDE A L3 Y L4, OMITIR L5

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

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

L6. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} para la epilepsia la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ al día/por semana/por mes/NS/RH

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?

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH

L13. ¿Usó 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 usó? /¿Usó 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. Eptol
- 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

L14a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

L15. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para la epilepsia la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO B3-T3

c. NS

d. RH

L16. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO B3-T3 → SI RESPONDE A L15 Y L16, OMITIR L17

c. NS

d. RH

L17. O bien, ¿durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

?

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

L18. ¿Con qué frecuencia usó {medicamento} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.



CANTIDAD: \_\_\_\_\_ al día/por semana/por mes/NS/RH

## Sección M: MIGRAÑA

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

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

En la entrevista previa, nos informó que había tenido migrañas. 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 migraña 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. Desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo, ¿con qué frecuencia fueron sus migrañas?

- a. Frecuencia - CANTIDAD: \_\_\_\_\_/NS/RH
  - i. Al día
  - ii. Por semana
  - iii. Por mes
  - iv. Por período

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

¿Usó algún medicamento o remedio para las migrañas desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. SÍ → CONTINUAR EN M4a

- 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? PREGUNTA: SI NO PUEDE RECORDAR: ¿Se administró este medicamento para evitar una migraña 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. Propriprtilina 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

M4a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

M5. ¿Cuándo comenzó a usar {PREVENTION - medicamento} para la migraña la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)

c. NS

d. RH

M6. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para la migraña la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-T3) → SI RESPONDE A M5 Y M6, OMITIR M7

c. NS

d. RH

M7. O bien, ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH

i. Días

- ii. Semanas
- iii. Meses

M8. ¿Con qué frecuencia usó {medicamento} la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

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

## 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. ¿Sintió algún síntoma desde {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

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

N2. ¿Qué síntomas sintió?

a. Especificar: \_\_\_\_\_ NS/RH

N3. ¿Usó algún medicamento para tratar su afección desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su 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 usó? /¿Usó 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. Buspirona 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. Eptol
- 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

N4a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

N5. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para su afección la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)

c. NS

d. RH

N6. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para su afección la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O

b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)

c. NS

d. RH

SI RESPONDE A N5 Y N6, OMITIR N7

- N7. O bien, ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH
    - i. Días
    - ii. Semanas
    - iii. Meses
- N8. ¿Con qué frecuencia usó {medicamento} la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ al día/por semana/por mes/NS/RH

## 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 O5a
  - b. NO → PASAR A O7
  - c. NS → PASAR A O7
  - d. RH → PASAR A O7
- O5a. ¿Cuántas veces tuvo complicaciones? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- O5. ¿Cuáles fueron las complicaciones la {1.ª, 2.ª etc.} vez que tuvo complicaciones?
- a. \_\_\_\_\_ (ESPECIFICAR)
  - b. NS
  - c. RH
- O6a. ¿Cuándo sucedió? ¿Sucedió en algún otro momento?
- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
  - b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
  - c. NS
  - d. RH
- O7. En algún momento durante su embarazo, ¿usó algún medicamento o tratamiento para un trastorno hemorrágico o de coagulación? Incluya todos los medicamentos que puede haber recibido para evitar un problema.
- a. SÍ → CONTINUAR EN O8
  - b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
  - c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
  - d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- O8. ¿Qué usó? /¿Usó algo más?
- a. ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_
  - b. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
  - c. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- O8a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- O9. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para su afección la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH

O10. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para su afección la (1.ª, 2.ª, etc.) vez??

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. MES DE EMBARAZO (B3-T3) → SI RESPONDE A O9 Y O10, OMITIR O11
- c. NS
- d. RH

O11. 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

O12. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

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

## 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. ¿Usó 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 usó? /¿Usó 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.

**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

**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

**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

**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

**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

P2a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (AFECCIÓN - medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

P3. ¿Cuándo comenzó a recibir {medicamento} para {afección específica} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
- c. NS
- d. RH

P4. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para {afección específica} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH

SI RESPONDE A P3 Y P4, OMITIR P5

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

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

P6. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ al día/por semana/por mes/NS/RH

## Sección Q: FIEBRE

Q1. ¿Tuvo fiebre, incluida la fiebre a causa de enfermedades respiratorias, bronquitis, neumonía, infección de riñón, cistitis, infección urinaria, enfermedad inflamatoria pélvica u otras infecciones o enfermedades desde el comienzo de su segundo trimestre, {fecha de inicio del segundo trimestre}, hasta la finalización de su 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 de su embarazo? SI NO SABE LA CANTIDAD, SELECCIONAR 1 Y PEDIRLE INFORMACIÓN A LA MAMÁ SOBRE 1 CASO DE FIEBRE QUE RECUERDE.

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/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?

- a. VALOR: \_\_\_\_\_
  - i. UNIDADES: °F O °C \_\_\_\_\_
- b. NS
- c. RH
- d. NOT RECORDED → SKIP UNITS

Q6. ¿Tomó algún medicamento o remedio para este caso de fiebre?

- a. SÍ → CONTINUAR EN Q7
- b. NO → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
- c. NS → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
- d. 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 usó? ¿Usó algo más? PREGUNTA: CODIFICAR TODO LO QUE CORRESPONDA. SI NO LOS RECUERDA, LÉALOS DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS: ¿Se le administró...?

- a. Acetaminofén
- b. Advil
- c. Aleve
- d. Ibuprofeno
- e. Motrin
- f. Naproxeno sódico
- g. Nuprin
- h. Tylenol
- i. OTRO (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_
- j. NS → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
- k. RH → REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE. SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.

Q7a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

Q8. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para este caso de fiebre la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
- c. NS
- d. RH

Q9. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para este caso de fiebre la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
- b. MES DE EMBARAZO (B3-T3) → SI RESPONDE A Q8 Y Q9, OMITIR Q10
- c. NS
- d. RH

Q10. O bien, ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

Q11. ¿Con qué frecuencia recibió {medicamento} la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH
  - i. Por días
  - ii. Por semanas
  - iii. Por meses
  - iv. Por período de tiempo

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 de su embarazo} (en el caso de mortinatos).

R1. En algún momento **durante el año antes de que quedó embarazada**, ¿fue hospitalizada durante la noche a causa del asma?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R1a
- b. NO → PASAR A R1c
- c. NS → PASAR A R1c
- d. RH → PASAR A R1c

R1a. ¿Cuántas veces estuvo hospitalizada? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- R1b. ¿Cuándo fue hospitalizada el (1er, 2er, etc.) tiempo?
- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH
- R1c. En cualquier momento **durante el año anterior a su embarazo**, ¿fue a una sala de emergencias por un aumento de los síntomas del asma (pero no requirió hospitalización)?
- a. SÍ → CONTINUAR EN R1d  
b. NO → PASAR A R1f  
c. NS → PASAR A R1f  
d. RH → PASAR A R1f
- R1d. ¿Cuántas veces acudió a una sala de emergencias? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- R1e. ¿Cuándo acudió a un servicio de urgencias el (1er, 2er, etc.) tiempo?
- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O NS/RH
- R1f. En algún momento **durante el año antes de que quedó embarazada**, ¿tuvo que hacer una visita urgente a un médico o la clínica por un aumento de los síntomas del asma (diferentes a los indicados anteriormente)?
- a. SÍ → CONTINUAR EN R1g  
b. NO → PASAR A R1i  
c. NS → PASAR A R1i  
d. RH → PASAR A R1i
- R1g. ¿Cuántas veces tuvo que hacer una visita urgente a un médico o la clínica? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- R1h. ¿Cuándo hizo la visita urgente por (1er, 2er, etc.) vez?
- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O NS/RH
- R1i. ¿Usó corticoesteroides (por ejemplo, prednisona) en comprimidos, o bien, mediante inyección o por vía IV?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R1j
- b. NO → PASAR A R2
- c. NS → PASAR A R2
- d. RH → PASAR A R2

R1j. ¿Cuántas veces se le administraron esteroides? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

R1k. ¿Cuándo le dieron esteroides por (1er, 2er, etc.) vez?

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O NS/RH

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

R2. ¿Con qué frecuencia interfirió el asma en la compleción de sus tareas domésticas y en el trabajo? [READ LIST]

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. A MENUDO
- d. CONSTANTEMENTE
- e. NS
- f. RH

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

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

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

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

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

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

R2e. ¿Cómo calificaría su control del asma? [READ LIST]

- a. COMPLETAMENTE CONTROLADO
- b. BIEN CONTROLADO
- c. ALGO CONTROLADO

- d. PORBREMENTE CONTROLADO
- e. NADA CONTROLADO
- f. NS
- g. RH

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

R3a. ¿Cuántas veces estuvo hospitalizada? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

R3b. ¿Cuándo fue hospitalizada el (1er, 2er, etc.) tiempo?

- a. \_\_\_\_\_ Fecha, B3-T3, NS, RH

R3c. En algún momento **durante el embarazo**, ¿acudió a una sala de emergencias a causa del aumento de los síntomas del asma (pero no requirió hospitalización)?

- a. SÍ → CONTINUAR EN R3d
- b. NO → PASAR A R3f
- c. NS → PASAR A R3f
- d. RH → PASAR A R3f

R3d. ¿Cuántas veces tuvo que ir a una sala de emergencias? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

R3e. ¿Cuándo acudió a una sala de emergencias el (1er, 2er, etc.) tiempo?

- a. \_\_\_\_\_ Fecha, B3-T3, NS, RH

R3f. En algún momento **durante el embarazo** ¿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 R3g
- b. NO → PASAR A R3i
- c. NS → PASAR A R3i

- d. RH → PASAR A R3i
- R3g. ¿Cuántas veces tuvo que hacer una visita urgente a un médico o la clínica? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- R3h. ¿Cuándo hizo la visita urgente por (1er, 2er, etc.) vez?
- a. \_\_\_\_\_ Fecha, B3-T3, NS, RH
- R3i. En algún momento **durante el embarazo**, ¿se le administró corticoesteroides (por ejemplo, prednisona) en comprimidos, o bien, mediante inyección o por vía IV?
- a. SÍ → CONTINUAR EN R3j
- b. NO → PASAR A R4a
- c. NS → PASAR A R4a
- d. RH → PASAR A R4a
- R3j. ¿Cuántas veces se le administraron esteroides? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- R3k. ¿Cuándo le dieron esteroides por (1er, 2er, etc.) vez??
- a. \_\_\_\_\_ Fecha, B3-T3, NS, RH
- R4a. Las próximas preguntas están relacionadas con el asma durante el **primer trimestre** del embarazo. Durante **el primer trimestre del embarazo** ¿Con qué frecuencia interfirió el asma en la terminación de sus tareas domésticas y en el trabajo? [READ LIST]
- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. A MENUDO
- d. CONSTANTEMENTE
- e. NS
- f. RH
- R4b. ¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para respirar a causa del asma?
- CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH
- 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.

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

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

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

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

- a. COMPLETAMENTE CONTROLADO
- b. BIEN CONTROLADO
- c. ALGO CONTROLADO
- d. PORBREMENTE CONTROLADO
- e. NADA CONTROLADO
- f. NS
- g. RH

R5a. 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** ¿con qué frecuencia interfirió el asma en la terminación de sus tareas domésticas y en el trabajo? [READ LIST]

- a. NUNCA
- b. A VECES
- c. A MENUDO
- d. CONSTANTEMENTE
- e. NS
- f. RH

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

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

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.

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

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

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ por día, por semana, por mes, por año, Nunca, NS, RH

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.  
[READ LIST]

- a. COMPLETAMENTE CONTROLADO
- b. BIEN CONTROLADO
- c. ALGO CONTROLADO
- d. DEFICIENTEMENTE CONTROLADO
- e. PARA NADA CONTROLADO
- f. NS
- g. RH

R6. Finalmente, ¿usó 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 tomar para el control a largo plazo del asma y los medicamentos de rápida acción, o “de rescate”, que podría tomar para el tratamiento de una crisis asmática.

- a. SÍ → CONTINUAR EN R7
- b. NO → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- c. NS → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
- d. RH → PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

R7. ¿Qué usó? /¿Usó 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. Zylflo
- 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
- R7a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó (CATEGORÍA DE MEDICAMENTO- medicamento)? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- R8. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para el asma la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O {B3-T3}, NS, RH
- R9. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para el asma la (1.ª, 2.ª, etc.) vez?
- a. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O  
b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)  
c. NS  
d. RH

SI RESPONDE A R8 Y R9, OMITIR EL PUNTO R10

- R10. 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
- R11. ¿Con qué frecuencia usó ó {medicamento} la (1.ª, 2.ª, etc.) vez? Puede indicar la cantidad de veces al día, por semana o por mes.
- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ al día/por semana/por mes/NS/RH

## 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 B3-T3 O NS, RH

T1a2. Fecha de suspensión:

- b. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1a3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1a1 Y T1a2, OMITIR T1a3)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH
  - i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses

T1b. Ácido fólico → En caso AFIRMATIVO,

T1b1. Fecha de inicio:

- \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1b2. Fecha de suspensión:  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1b3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1b1 Y T1b2, OMITIR T1b3)

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

T1c. Alka-seltzer → En caso AFIRMATIVO,

T1c1. Fecha de inicio:  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1c2. Fecha de suspensión:  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1c3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1c1 Y T1c2, OMITIR T1c3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

- T1d2. Fecha de suspensión:  
a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH
- T1d3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1d1 Y T1d2, OMITIR T1d3)  
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 B3-T3 O NS, RH
- T1e2. Fecha de suspensión:  
a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH
- T1e3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1e1 Y T1e2, OMITIR T1e3)  
a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_ NS/RH  
i. Días  
ii. Semanas  
iii. Meses
- T1f. Aleve/Naprosyn/naproxeno → En caso AFIRMATIVO,
- T1f1. Fecha de inicio:  
a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH
- T1f2. Fecha de suspensión:  
a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1f3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1f1 Y T1f2, OMITIR T1f3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1g2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1g3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1g1 Y T1g2, OMITIR T1g3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1h2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1h3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1h1 Y T1h2, OMITIR T1h3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1i2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1i3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1i1 Y T1i2, OMITIR T1i3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1j2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1j3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1j1 Y T1j2, OMITIR T1j3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1k2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1k3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1k1 Y T1k2, OMITIR T1k3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1l2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1l3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1l1 Y T1l2, OMITIR T1l3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1m2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1m3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1m1 Y T1m2, OMITIR T1m3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1n2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1n3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1n1 Y T1n2, OMITIR T1n3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1o2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1o3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1o1 Y T1o2, OMITIR T1o3)

- 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 B3-T3 O NS, RH

T1p2. Fecha de suspensión:

- a. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3 O NS, RH

T1p3. O bien, ¿Durante cuánto tiempo las usó? (SI RESPONDE A T1p1 Y T1p2, OMITIR T1p3)

- a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_
- i. Días
  - ii. Semanas
  - iii. Meses
- b. NS

c. RH

T1q. ¿Algún otro medicamento que haya recibido en este período?

T2. ¿Qué recibió? /¿Recibió algo más?

\_\_\_\_\_MEDICAMENTO/NS/RH

T4a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó [1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, etc., MEDICAMENTO]? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_

T4b. ¿Cuándo comenzó a recibir [medicamento] la [1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, etc.] vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH

T4c. ¿Cuándo dejó de recibir {medicamento} la (1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.) vez?

a. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O B3-T3/NS/RH

→ SI RESPONDE A T4b y T4c, OMITIR T0

T0. O bien, ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el [fecha de inicio del segundo trimestre] hasta la finalización de su embarazo?

a. CANTIDAD: \_\_\_\_\_NS/RH

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

## 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!