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

Índice

[**DECLARACIÓN INTRODUCTORIA** 1](#_Toc514966035)

[**Sección A: Antecedentes PREVIOS de embarazo** 1](#_Toc514966036)

[**EMBARAZO DE REFERENCIA: Afecciones específicas del embarazo** 1](#_Toc514966037)

[**Sección B: Percepción materna de los movimientos fetales** 1](#_Toc514966038)

[**Sección C: Posición materna para dormir** 3](#_Toc514966039)

[**Sección D: Crecimiento fetal** 4](#_Toc514966040)

[**Sección E: Hemorragia vaginal** 5](#_Toc514966041)

[**Sección F: Pérdida de líquido AMNIÓTICO** 6](#_Toc514966042)

[**Sección G: Dolor abdominal** 6](#_Toc514966043)

[**EMBARAZO DE REFERENCIA: Exposiciones específicas** 7](#_Toc514966044)

[**Sección H: Exposiciones específicas** 7](#_Toc514966045)

[**Enfermedades y su tratamiento** 9](#_Toc514966046)

[**Sección I: Diabetes** 10](#_Toc514966047)

[**Sección J:** **Hipertensión arterial** 12](#_Toc514966048)

[**Sección K.:** **Preeclampsia/Eclampsia** 15](#_Toc514966049)

[**Sección L**: **Epilepsia/convulsiones** 18](#_Toc514966050)

[**Sección M: Migraña** 23](#_Toc514966051)

[**Sección N: Depresión/Ansiedad** 27](#_Toc514966052)

[**Sección O:** **Trastornos hemorrágicos/de coagulación** 30](#_Toc514966053)

[**Sección P:** **Enfermedad autoinmunitaria** 32](#_Toc514966054)

[**Sección Q:** **Fiebre** 37](#_Toc514966055)

[**Sección R: Asma** 40](#_Toc514966056)

[**Sección S: LESIONES** 48](#_Toc514966057)

[**Sección T. Exposiciones a medicamentos específicos** 49](#_Toc514966058)

[**Sección U: Otras preguntas** 57](#_Toc514966059)

# **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?

1. Sí 🡪 CONTINUAR EN A2
2. No🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

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

1. Sí 🡪 CONTINUAR EN A3
2. No🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. 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?

1. Sí🡪 CONTINUAR EN A4
2. No🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. 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?

1. Sí🡪 CONTINUAR EN B2
2. No🡪 PASAR A B3
3. NS🡪 PASAR A B3
4. RH🡪 PASAR A B3

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

1. \_\_\_semanas/meses/trimestreO
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. RH

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

1. Sí🡪 CONTINUAR EN B4
2. No🡪 PASAR A B7
3. NS 🡪PASAR A B7
4. RH🡪PASAR A B7

B4. ¿Diría que la frecuencia de los movimientos [READ ALL]…?

1. Incrementar 🡪PASAR A B7
2. Permanecer igual 🡪PASAR A B7
3. Disminución 🡪CONTINUAR EN B5
4. NS 🡪PASAR A B7
5. 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]

1. \_\_\_semanas/meses/trimestreO
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. 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?

1. SÍ
2. NO
3. NS
4. RH

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

1. Sí 🡪CONTINUAR EN B8
2. No 🡪PASAR A B11
3. NS 🡪 PASAR A B11
4. RH 🡪PASAR A B11

B8. ¿Diría que la intensidad de los movimientos …[READ ALL]

1. Incrementar 🡪PASAR A B11
2. Permanecer igual 🡪PASAR A B11
3. Disminución 🡪CONTINUAR EN B9
4. NS 🡪PASAR A B11
5. RH 🡪PASAR A B11

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

1. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
3. NS
4. 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?

1. SÍ
2. NO
3. NS
4. RH

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

1. Sí 🡪 IR A B12
2. No 🡪 PASAR A B13
3. NS 🡪 PASAR A B13
4. RH 🡪 PASAR A B13

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

1. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. 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)?

1. Sí
2. No
3. NS
4. RH

# **Sección C: Posición materna para dormir**

C1. ¿Qué posición suele adoptar para dormir cuando **no** está embarazada? PREGUNTA: [READ OPTIONS]

1. En la espalda
2. En el estómago, con la cabeza girada hacia la izquierda o hacia la derecha
3. Izquierda
4. Derecha
5. Combinación de posiciones
6. NS
7. RH

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

1. En la espalda
2. En el estómago, con la cabeza girada hacia la izquierda o hacia la derecha
3. Izquierda
4. Derecha
5. Combinación de posiciones
6. NS
7. RH

# **Sección D: Crecimiento fetal**

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

1. Sí 🡪CONTINUAR EN D2
2. No 🡪PASAR A D3
3. NS 🡪PASAR A D3
4. 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?

1. \_\_\_\_semanas/meses/trimestre O
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. 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?

1. Sí 🡪Continuar en D6
2. No 🡪PASAR A D8
3. No está segura🡪PASAR A D8
4. 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?

1. Sí 🡪Continuar en D7
2. No 🡪PASAR A D8
3. No está segura🡪PASAR A D8
4. 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?

1. Sí 🡪CONTINUAR EN D9
2. No 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

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

1. NS
2. 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?

1. SÍ 🡪CONTINUAR EN E2
2. NO 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. 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]

1. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. RH

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

1. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. RH

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

1. SÍ
2. NO
3. NS
4. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN F2
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

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

1. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. RH

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

1. SÍ
2. NO
3. NS
4. 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.]

1. Sí 🡪CONTINUAR EN G2
2. No 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

G2. ¿Cuándo fue la primera vez que sintió dolor abdominal intenso en el embarazo?
[REGISTRE UNA OPCIÓN]

1. \_\_\_semanas/meses/trimestre O
2. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa]
3. NS
4. RH

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

1. Sí
2. No
3. NS
4. 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?

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (P4, P5, P6, P7, P8, P9)
2. NS
3. 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).

1. Sí
2. No
3. NS
4. RH

# **Enfermedades y su tratamiento**

**I0. 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.

I1. ¿Qué tipo de diabetes tuvo o tiene actualmente? Fue [LEER LA LISTA]

1. Gestacional, es decir, solo durante el embarazo 🡪 CONTINUAR EN I2
2. Diabetes insulinodependiente, también llamada de tipo 1 o juvenil 🡪 PASAR A I4
3. Diabetes no insulinodependiente, también llamada de tipo 2 o de aparición en adultos 🡪 PASAR A I4
4. NS 🡪 PASAR A I4
5. RH 🡪 PASAR A I4

I2. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera la diabetes gestacional? [LEER LA LISTA, a-c]

1. Solo durante un embarazo anterior 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
2. Solo durante este embarazo 🡪 CONTINUAR EN I3
3. Durante este embarazo y en un embarazo anterior 🡪 CONTINUAR EN I3
4. NS 🡪 PASAR A I4
5. RH 🡪 PASAR A I4

I3. ¿Cuándo se diagnosticó la diabetes gestacional durante este embarazo?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. RH

I4. ¿Usó algún medicamento para tratar la diabetes y sus complicaciones desde el {fecha de inicio del segundo trimestre} hasta la finalización de su embarazo?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN I5
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

I5. ¿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

I5a. ¿Cuántos tiempos diferentes tomó {medicamento}? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

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

I6. ¿Cuándo comenzó a usar {medicamento} para la diabetes la (1.ᵃ, 2.ᵃ, etc.) vez?

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

b. MES DE EMBARAZO (B3-T3)

c. NS

d. RH

I7. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para la diabetes la (1.ᵃ, 2.ᵃ, etc.) vez?

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

SI RESPONDE A I6 E I7, OMITIR I8

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

1. CANTIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_por día/por semana/por mes/por año/por periodo/
2. NS
3. 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.

1. Relacionada con el embarazo 🡪 CONTINUAR EN J2
2. Presión arterial alta crónica 🡪 PASAR A J4
3. Ambas 🡪 CONTINUAR EN J2
4. NS 🡪 PASAR A J4
5. RH 🡪 PASAR A J4

J2. ¿Cuándo tuvo hipertensión arterial relacionada con el embarazo? [LEER LA LISTA, a-c]

* 1. Solo durante un embarazo anterior🡪SI J1 = AMBAS 🡪 PASAR A J4

SI J1 = RELACIONADA CON EL EMBARAZO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

* 1. Solo durante este embarazo 🡪 CONTINUAR EN J3
	2. Durante este embarazo y un embarazo anterior 🡪 CONTINUAR EN J3
	3. NS 🡪 PASAR A J4
	4. 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:

1. Accupril
2. Adalat
3. Altace
4. Amlodipino
5. Atenolol
6. Avapro
7. Benazepril HCL
8. Benicar
9. Calan
10. Capoten
11. Cardizem
12. Covera -HS
13. Cozaar
14. Diltiazem HCL
15. Diovan
16. Maleato de enalapril
17. Hidralazina
18. Hidroclorotiazida
19. Inderal
20. Irbesartán
21. Labetalol
22. Lisinopril
23. Losartán potásico
24. Lotensin
25. Metildopa
26. Metoprolol
27. Microzide
28. Nifedipina
29. Normodyne
30. Norvasc
31. Olmesartán medoxomilo
32. Prinivil
33. Procardia
34. Propranolol
35. Quinapril HCL
36. Ramipril
37. Tenormin
38. Tiazac
39. Trandate
40. Valsarán
41. Vasotec
42. Verapamil
43. Verelan
44. Zestril
45. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
46. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
47. 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.ᵃ, 2.ᵃ, etc.) vez?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-P3)
3. NS
4. RH

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

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-P3) 🡪 SI RESPONDE A J6 Y J7 OMITIR J8
3. NS
4. RH

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

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

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

J9. ¿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.

1. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN K2
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

K2. ¿Qué afecciones tuvo? [LEER TODO, REGISTRAR TODO]

* 1. Toxemia/preeclampsia 🡪 CONTINUAR EN K2a
	2. Eclampsia CONTINUAR EN K2a
	3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
	4. 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:

1. Accupril
2. Adalat
3. Altace
4. Amlodipino
5. Atenolol
6. Avapro
7. Benazepril HCL
8. Benicar
9. Calan
10. Capoten
11. Cardizem
12. Covera -HS
13. Cozaar
14. Diltiazem HCL
15. Diovan
16. Maleato de enalapril
17. Hidralazina
18. Hidroclorotiazida
19. Inderal
20. Irbesartán
21. Labetalol
22. Lisinopril
23. Losartán potásico
24. Lotensin
25. Sulfato de magnesio
26. Metildopa
27. Metoprolol
28. Microzide
29. Nicardipina
30. Nifedipina
31. Nitroprusiato
32. Normodyne
33. Norvasc
34. Olmesartán medoxomilo
35. Prinivil
36. Procardia
37. Propranolol
38. Quinapril HCL
39. Ramipril
40. Corticoesteroides no especificados de otro modo
41. Tenormin
42. Tiazac
43. Trandate
44. Valsarán
45. Vasotec
46. Verapamil
47. Verelan
48. Zestril
49. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
50. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
51. 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??

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. RH

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

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3) 🡪 SI RESPONDE A K5 Y K6, OMITIR K7
3. NS
4. RH

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

1. 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.

1. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN L2
2. NO 🡪 PASAR A L9
3. NS 🡪 PASAR A L9
4. RH 🡪 PASAR A L9

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

1. Carbamazepina
2. Carbatrol
3. Clonazepam
4. Depacon
5. Cápsulas de Depakene
6. Depakote
7. Dilantin
8. Epitol
9. Equetro
10. Felbatol
11. Keppra
12. Klonopin
13. Lamictal
14. Lamotrigina
15. Fenobarbital
16. Fenitoína
17. Stavzor
18. Tegretol
19. Topamax
20. Topiramato
21. Trileptal
22. Ácido valproico
23. OTRO (ESPECIFICAR)
24. NS 🡪 PASAR A L9
25. 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.ᵃ, 2.ᵃ, etc.) vez?

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

L4. ¿Cuándo dejó de usar {medicamento} para la epilepsia la (1.ᵃ, 2.ᵃ, 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?

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

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

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

1. 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?

1. Sí 🡪 CONTINUAR EN L10
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

L10. ¿Cuántas convulsiones tuvo en total durante ese período?

1. CANTIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🡪 LUEGO, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
2. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN L12
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN L14
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

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

1. Carbamazepina
2. Carbatrol
3. Clonazepam
4. Depacon
5. Cápsulas de Depakene
6. Depakote
7. Dilantin
8. Epitol
9. Equetro
10. Felbatol
11. Keppra
12. Klonopin
13. Lamictal
14. Lamotrigina
15. Fenobarbital
16. Fenitoína
17. Stavzor
18. Tegretol
19. Topamax
20. Topiramato
21. Trileptal
22. Ácido valproico
23. OTRO (ESPECIFICAR)
24. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
25. 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?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO B3-T3
3. NS
4. RH

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

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO B3-T3 🡪 SI RESPONDE A L15 Y L16, OMITIR L17
3. NS
4. RH

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

?

1. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN M2
2. NO 🡪 PASAR A M3
3. NS 🡪 PASAR A M3
4. 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?

* 1. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN M4a
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. 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

1. Advil
2. Aleve
3. Amitriptilina
4. Aspirina
5. Atenolol
6. Botox
7. Calan
8. Carbamazepina
9. Carbatrol
10. Ciproheptadina HCL
11. Depacon
12. Depakene
13. Depakote
14. Diltiazem
15. Divalproato de sodio
16. Doxepina
17. Effexor
18. Epitol
19. Equetro
20. Comprimidos oblongos/comprimidos/cápsulas en gel de Exedrin Extra Fuerte
21. Gabapentina
22. Ibuprofeno
23. Inderal
24. Innopran XL
25. Lamictal
26. Lamotrigina
27. Lisinopril
28. Metoprolol
29. Motrin
30. Motrin Ib
31. Nadolol
32. Naproxeno sódico
33. Neurontin
34. Nifedipina
35. Nimodipina
36. Nortriptilina
37. Pamelor
38. Propranolol
39. Proptriptilina HCL
40. Tegretol
41. Timolol
42. Topamax
43. Topiramato
44. Valproato sódico
45. Ácido valproico
46. Venlafaxina
47. Verapamil
48. Verelan
49. Vivactil
50. Zestril

ANALGÉSICOS DE VENTA LIBRE

1. Acetaminofén
2. Advil
3. Aleve
4. Aspirina
5. Exedrin Migraña
6. Ibuprofeno
7. Motrin
8. Naproxeno sódico
9. Tylenol

ANALGÉSICOS RECETADOS

1. Acetaminofén con codeína
2. Maleato de almotriptán
3. Amerge
4. Axert
5. Cafergot
6. Dihidroergotamina
7. Hidrobromuro de eletriptán
8. Ergotamina
9. Fioricet
10. Frova
11. Frovatriptán succinato
12. Imitrex
13. Indometacina
14. Maxalt
15. Migergot supositorio
16. Migranal
17. Naproxeno sódico/Sumatriptán succinato
18. Naratriptán
19. Relpax
20. Rizatriptán
21. Sumatriptán succinato
22. Treximet
23. Zolmitriptán
24. Zomig
25. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
26. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
27. 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.ᵃ, 2.ᵃ, etc.) vez?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. RH

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

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3) 🡪 SI RESPONDE A M5 Y M6, OMITIR M7
3. NS
4. RH

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

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

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

M8. ¿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.

1. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN N2
2. NO 🡪 PASAR A N3
3. NS 🡪 PASAR A N3
4. 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?

1. Sí 🡪 CONTINUAR EN N4
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

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

1. Abilify
2. Alprazolam
3. Anafranil
4. Aripiprazol
5. Ativan
6. Bupropión
7. Buspar
8. Buspirona HCL
9. Carbamazepina
10. Carbatrol
11. Celexa
12. Citalopram hidrobromuro
13. Clomipramina
14. Clonazepam
15. Cymbalta
16. Depacon
17. Depakene
18. Depakote
19. Diazepam
20. Duloxetina HCL
21. Effexor
22. Epitol
23. Equetro
24. Oxalato de escitalopram
25. Fluoxetina HCL
26. Imipramina
27. Inderal
28. Klonopin
29. Lamictal
30. Lamotrigina
31. Lexapro
32. Lorazepam
33. Paroxetina HCL
34. Paxil
35. Propranolol
36. Prozac
37. Sertralina HCL
38. Hierba de San Juan
39. Tegretol
40. Tofranil
41. Valium
42. Ácido valproico
43. Venlafaxina
44. Wellbutrin
45. Xanax
46. Zoloft
47. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
48. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
49. 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.ᵃ, 2.ᵃ, etc.) vez?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. RH

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

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. 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?

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

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

N8. ¿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.

1. 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?

1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN O2
2. NO 🡪 PASAR A O7
3. NS 🡪 PASAR A O7
4. RH 🡪 PASAR A O7

O2. ¿Cómo se llamaba el trastorno hemorrágico o de coagulación?

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar)
2. NS
3. RH

O3. ¿Cuándo se le diagnosticó esta afección?

* 1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(edad en años)
	2. NS
	3. 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?

* + - * 1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN O5a
				2. NO 🡪 PASAR A O7
				3. NS 🡪 PASAR A O7
				4. 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?

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ESPECIFICAR)
2. NS
3. RH

O6a. ¿Cuándo sucedió? ¿Sucedió en algún otro momento?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. 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.

1. Sí 🡪 CONTINUAR EN O8
2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
4. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN

O8. ¿Qué usó? /¿Usó algo más?

* 1. ESPECIFICAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
	3. 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??

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3) 🡪 SI RESPONDE A O9 Y O10, OMITIR O11
3. NS
4. RH

O11. O bien, ¿Durante cuánto tiempo lo recibió desde el {fecha de inicio del segundo trimestre}
hasta la finalización de su embarazo?

* 1. 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.

1. 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?

* 1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN P2
	2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN O, EN CASO DE AUSENCIA, A LA PRÓXIMA SECCIÓN
	3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN O, EN CASO DE AUSENCIA, A LA PRÓXIMA SECCIÓN
	4. 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:**

1. Advil
2. Aleve
3. Arava
4. Azasan
5. Azatioprina
6. Belimumab
7. Benlysta
8. Cellcept
9. Ciclofosfamida
10. Cytoxan
11. Sulfato de hidroxicloroquina
12. Leflunomida
13. Metotrexato
14. Motrin
15. Micofenolato mofetilo
16. Plaquenil
17. Prednisona
18. Trexall
19. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
20. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
21. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

 **Artritis reumatoide:**

1. Abatacept
2. Actemra
3. Adalimumab
4. Advil
5. Aleve
6. Anakinra
7. Arava
8. Azasan
9. Azatioprina
10. Azulfidina
11. Certolizumab Pegol
12. Cimzia
13. Ciclofosfamida
14. Ciclosporina
15. Cytoxan
16. Dynacin
17. Enbrel
18. Etanercept
19. Gengraf
20. Golimumab
21. Humira
22. Sulfato de hidroxicloroquina
23. Ibuprofeno
24. Imuran
25. Infliximab
26. Kineret
27. Leflunomida
28. Metotrexato
29. Minocin
30. Minociclina
31. Motrin
32. Naproxeno sódico
33. Neoral
34. Orencia
35. Plaquenil
36. Prednisona
37. Remicade
38. Rituxan
39. Rituximab
40. Sandimmune
41. Simponi
42. Sulfasalazina
43. Tocilizumab
44. Trexall
45. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
46. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
47. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

 **Esclerosis múltiple:**

1. Amantadina
2. Ampyra
3. Amrix
4. Aubagio
5. Avonex
6. Baclofeno
7. Betaseron
8. Copaxone
9. Ciclobenzaprina
10. Dalfampridina
11. Extavia
12. Fingolimod
13. Flexeril
14. Gilenya
15. Acetato de glatiramer
16. Lioresal
17. Metilprednisolona
18. Mitoxantrona HCL
19. Natalizumab
20. Prednisona
21. Rebif
22. Solu-Medrol
23. Tecfidera
24. Teriflunomida
25. Tizandina HCL
26. Tysabri
27. Zanaflex
28. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
29. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
30. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

 **Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa:**

1. Adalimumab
2. Apriso
3. Asacol
4. Azasan
5. Azatioprina
6. Azulfidina
7. Balsalazida disódica
8. Certolizumab Pegol
9. Cimzia
10. Cipro
11. Ciprofloxacina HCL
12. Colazal
13. Ciclosporina
14. Dipentum
15. Flagyl
16. Gengraf
17. Humira
18. Imuran
19. Infliximab
20. Lialda
21. Mercaptopurina
22. Mesalamina
23. Metotrexato
24. Metronidazol
25. Natalizumab
26. Neoral
27. Olsalazina sódica
28. Purinetol
29. Remicade
30. Rheumatrex
31. Sandimmune
32. Sulfasalazina
33. Tysabri
34. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
35. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
36. RH 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN

 **Psoriasis:**

1. Antralina
2. Calcipotriene
3. Alquitrán de hulla
4. Dovonex
5. Elidel
6. Pomada protópica
7. Retin-A
8. Ácido salicílico
9. Tazorac
10. Tazaroteno
11. Tretinoína
12. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA AFECCIÓN/PRÓXIMA SECCIÓN
14. 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?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. 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?

1. 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.

1. 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?

* 1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN Q2
	2. NO 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
	3. NS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN
	4. 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?

* 1. CAUSA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. NS
	3. RH

Q4. Cuando tuvo {causa}, ¿durante cuál de los siguientes meses tuvo fiebre?

* 1. P4
	2. P5
	3. P6
	4. P7
	5. P8
	6. P9
	7. NS
	8. RH

Q5. ¿Cuál fue la temperatura más alta que registró al tener fiebre?

* 1. VALOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		1. UNIDADES: °F O °C \_\_\_\_\_\_
	2. NS
	3. RH
	4. NOT RECORDED 🡪 SKIP UNITS

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

* 1. SÍ 🡪 CONTINUAR EN Q7
	2. NO 🡪 REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE.
	SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS 🡪 PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
	3. NS 🡪 REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE.
	SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
	4. 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...?

* 1. Acetaminofén
	2. Advil
	3. Aleve
	4. Ibuprofeno
	5. Motrin
	6. Naproxeno sódico
	7. Nuprin
	8. Tylenol
	9. OTRO (ESPECIFICAR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	10. NS 🡪 REGRESAR A Q3 Y PREGUNTAR POR EL PRÓXIMO EPISODIO DE FIEBRE.
	SI SE HAN CUBIERTO TODOS LOS EPISODIOS, PASAR A LA PRÓXIMA SECCIÓN.
	11. 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.ᵃ, 2.ᵃ, etc.) vez?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. RH

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

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3) 🡪 SI RESPONDE A Q8 Y Q9, OMITIR Q10
3. NS
4. RH

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

* 1. CANTIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NS/RH

i. Días

ii. Semanas

iii. Meses

Q11. ¿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.

1. 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?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 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?

* + - * 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***COMPRIMIDOS/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

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

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

R8. ¿Cuándo comenzó a usarr {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?

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ fecha [dd/mm/aaaa] O
2. MES DE EMBARAZO (B3-T3)
3. NS
4. 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:

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

T1a2. Fecha de suspensión:

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 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:

* + - * 1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 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:

* + - * 1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 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 [1st, 2nd, etc., MEDICAMENTO]? (SI NO SABEN O SE REHÚSAN, INGRESE 1)

* + - * 1. CANTIDAD:\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

1. \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 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!