

Las próximas preguntas son acerca del uso de medicamentos para el dolor *durante* el embarazo.

O1. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos de venta libre (“over-the-counter”) para aliviar el dolor? Los medicamentos de venta libre son aquellos que *usualmente* están disponibles sin receta. Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Acetaminofén (como Tylenol® regular, Tylenol Extra Strength® o Tylenol PM®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ibuprofeno (como Motrin® o Advil®) incluyendo aquellos de dosis más alta que podrían ser recetados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Aspirina (como Bayer® o Ecotrin®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naproxen (como Aleve® o Midol®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O2. Durante su embarazo más reciente, ¿usó algunos de los siguientes medicamentos recetados para el dolor? Para cada uno, marque **No**, si no lo usó *durante* su embarazo, o **Sí**, si lo usó. *No* incluya los medicamentos que utilizó *solamente* durante el parto y el nacimiento.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Hidrocodona (como Vicodin®, Norco® o Lortab®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Codeína (como Tylenol® #3 o #4, <u>no</u> es el Tylenol regular)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oxycodona (como Percocet®, Percodan®, OxyContin® o Roxicodone®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tramadol (como Ultram® o Ultracet®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hidromorfona o meperidina (como Demorol®, Exalgo® o Dilaudid®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Oximorfona (como Opana®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Morfina (como MS Contin®, Avinza® o Kadian®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fentanilo (como Duragesic®, Fentora® o Actiq®)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted marcó “Sí” en alguna de las opciones en la Pregunta O2, continúe con la siguiente pregunta. Si no, pase a la Pregunta O10.

Las siguientes preguntas son solamente sobre el uso de medicamentos *recetados* para el dolor que aparecen en la lista de la Pregunta O2.

O3. ¿Dónde obtuvo los medicamentos recetados para el dolor que usó durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Ginecólogo-obstetra, partera/comadrona o proveedor de cuidado prenatal
- Médico de familia o un proveedor de atención primaria
- Dentista o proveedor de atención de salud bucal (oral)
- Doctor en la sala de emergencias
- Tenía medicamentos para el dolor que me sobraron de una receta anterior
- Un amigo o pariente me los dio
- Obtuve los medicamentos para el dolor sin receta de otra forma
- Otro _____ → Por favor, escríbalo:

O4. ¿Cuáles fueron sus razones para usar medicamentos recetados para el dolor durante su embarazo más reciente?

Marque TODAS las que correspondan

- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que tuve **antes** del embarazo
- Para tratar el dolor de una lesión, condición o cirugía que ocurrió **durante** mi embarazo
- Para relajarme o aliviar la tensión o el estrés
- Para ayudarme con mis sentimientos o emociones
- Para ayudarme a dormir
- Para sentirme bien o drogarme
- Porque estaba adicta o tenía que usarlos
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

O5. En cada uno de los siguientes periodos de tiempo durante su embarazo, ¿cuántas semanas o meses usó medicamentos recetados para el dolor? Por favor escriba el número total de semanas o meses en cada periodo de tiempo.

a. En los **primeros** 3 meses del embarazo

Semanas Meses

- Menos de una semana
- Nunca

b. En los **segundos** 3 meses del embarazo

Semanas Meses

- Menos de una semana
- Nunca

c. En los **últimos** 3 meses del embarazo

Semanas Meses

- Menos de una semana
- Nunca

O6. Durante su embarazo más reciente, ¿quería o necesitaba reducir o dejar de usar medicamentos recetados para el dolor?

- No _____ → Pase a la Pregunta O10
- Sí

O7. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo problemas reduciendo o dejando de usar los medicamentos recetados para el dolor?

- No
- Sí

Por favor, pase a la siguiente página y conteste las preguntas que se encuentran ahí.

Por favor, responda algunas preguntas importantes que hay en la hoja adjunta.

O8. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió ayuda de un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para reducir o dejar de usar medicamentos *recetados* para el dolor?

- No → **Pase a la Pregunta O10**
 Sí

O9. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió tratamiento asistido por medicación para ayudarle a dejar de usar medicamentos *recetados* para el dolor? Esto es cuando un doctor receta medicinas como metadona, buprenorfina, Suboxone®, Subutex® o naltrexone (Vivitrol®).

- No
 Sí

O10. ¿Cree que el uso de medicamentos *recetados* para el dolor durante el embarazo podría ser dañino para la salud de un bebé?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

O11. ¿Cree que el uso de medicamentos *recetados* para el dolor podría ser dañino para la salud de una mujer?

Marque UNA respuesta

- No es dañino para nada
 No es dañino, siempre y cuando sean tomados según indica la receta
 Sí es dañino, aunque sea tomados según indica la receta

O12. En cualquier momento durante su embarazo más reciente, ¿algún doctor, enfermera u otro profesional de la salud habló con usted sobre cómo el uso de medicamentos *recetados* para el dolor durante el embarazo podría afectar a un bebé?

- No
 Sí

La última pregunta es acerca del uso de otros medicamentos o drogas durante el embarazo.

O13. Durante su embarazo más reciente, ¿tomó o usó algunos de los siguientes medicamentos o drogas por alguna razón? Para cada una, marque **No**, si no la tomó o usó, o **Sí**, si la tomó o usó.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Medicamentos para la depresión (como Prozac®, Zoloft®, Lexapro®, Paxil® o Celexa®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Medicamentos para la ansiedad (como Valium®, Xanax®, Ativan®, Klonopin®, u otro tipos de "benzos" (benzodiacepinas))..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Metadona, Subutex®, Suboxone® o buprenorfina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naloxona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Productos de Cannabidiol (CBD)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Adderall®, Ritalin® u otro estimulante..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Marihuana o hachís..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Marihuana sintética (K2, Spice)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Heroína (<i>smack, junk, Black Tar</i> o chiva).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Metanfetaminas (<i>uppers, speed, crystal meth, crank, ice</i> o agua)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Cocaína (<i>crack, rock, coke, blow, snow</i> o nieve)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Tranquilizantes (calmantes, <i>downers</i> o <i>ludes</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alucinógenos (LSD/ácido, PCP/polvo de ángel, éxtasis, <i>Molly</i> , hongos o sales de baño) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Inhalación de gasolina, pegamento, aerosoles en latas o pintura para drogarse (<i>huffing</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¡Gracias por responder estas preguntas! Sus respuestas nos ayudarán a entender cómo mejorar la salud de las madres y los bebés.