

CUESTIONARIO PARA MADRES

IDNUM Participante		Fecha cuestionario Formato DD/MM/AAAA			2 0
--------------------	--	--	--	--	-----

PESO Y ALTURA

Instrucciones: Estas preguntas están pensadas para la madre del niño/a que participa en el estudio.

Peso actual: _____ kg **Altura:** _____ cm

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Instrucciones: Estas preguntas sobre hábitos están pensadas para la madre del adolescente que participa en el estudio. **Contestar solo si tienes entre 45 y 58 años y has aceptado participar en la parte del estudio en el que se lleva a cabo una citología y recogida de microbiota vaginal.** Se pregunta por eventos o síntomas que ha tenido durante el periodo de tiempo especificado en la pregunta (o bien durante el último año o bien durante toda la vida).

Responda a las preguntas con la respuesta que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. No piense demasiado en las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad. Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1.a Fecha de la última regla (primer día de sangrado): ____ / ____ / ____

1.b. ¿Se le ha retirado la regla como consecuencia de la menopausia? Sí
 No → *Pregunta 2*

1.c. En caso afirmativo, indique hace cuántos meses que tuvo la última regla. _____ meses

2. ¿Cuántos embarazos ha tenido posteriores al/la del participante en el estudio INMA? _____ (número)

Para cada uno de ellos, completar la tabla de Historias de Embarazos (página 10)

3. ¿Utiliza o ha utilizado alguna vez anticonceptivos como los de la siguiente lista? En caso de haber tomado en más de un período, indíquelos todos.

Encuestador: ten en cuenta que, si se ha contestado afirmativamente a tomar alguno de estos anticonceptivos las columnas de los meses deben estar rellenas. Importante rellenar todos los campos. En caso de que sea un NS/NC, anotar 999.

Ejemplo 1: ha tomado comprimidos desde los 18 a los 25 años, ambos inclusive. Ahora tiene 46. Se estimará que en el último año lo ha tomado 0 meses (no lo ha tomado) y que en toda la vida lo ha tomado 96 meses (8 años).

Ejemplo 2: tiene el DIU desde los 45,5 años. Ahora tiene 46. Se estimará que en el último año lo ha tenido 6 meses y que en toda la vida lo ha tenido 6 meses (anteriormente no lo tenía, y por eso coincide el número de meses).

	Sí	No	¿Cuántos meses hace que lo dejó?	Número de meses que lo ha tomado en el último año	Número de meses que lo ha tomado en toda la vida
3.a. Comprimidos. Nombre comercial o genérico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
3.b. Anillo vaginal. Nombre comercial o genérico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
3.c. Parche transdérmico. Nombre comercial o genérico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
3.d. Implante subcutáneo. Nombre comercial o genérico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
3.e. Sistema intrauterino (DIU).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tipo: Cobre <input type="checkbox"/>					
Nombre comercial o genérico _____			_____	_____	_____
Tipo: Hormonal <input type="checkbox"/>					
Nombre comercial o genérico _____			_____	_____	_____
3.f. Cremas espermicidas. Nombre comercial o genérico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
3.g. Además de los anteriores, ¿ha utilizado otro tipo de métodos anticonceptivos (vasectomía, ligadura de trompas, métodos naturales, métodos barrera...)?					
Nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

	0	1	2-5	6-20	>20	Ns/Nc
4.a. Indique el número de parejas sexuales que ha tenido hasta la fecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.b. Indique el número de parejas sexuales que ha tenido en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.a. Indique la edad a la que tuvo la primera regla. _____ años

5.b. Indique la edad a la que tuvo la primera relación sexual con penetración _____ años

6. ¿Estás siguiendo actualmente un tratamiento de sustitución hormonal?

Sí Tiempo de tratamiento ___ meses No No sabe/no contesta

7. ¿Con qué frecuencia realiza una citología vaginal?

Cada año Cada 2-3 años Cada 4-5 años Cada 6 o más años Nunca No sabe/no contesta

8. Has padecido alguna vez...	No	Sí	Ns/Nc
a. Vaginosis bacteriana		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
b. Candidiasis vaginal		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
c. Infección de transmisión sexual (sífilis, gonorrea...)		especificar _____ Edad ___ años	
		especificar _____ Edad ___ años	
		especificar _____ Edad ___ años	
d. Infecciones urinarias de repetición (Es decir, más de 2 episodios en los últimos 6 meses o más de 3 episodios en los últimos 12 meses.)		especificar _____ Edad ___ años	
		especificar _____ Edad ___ años	
		especificar _____ Edad ___ años	
e. Verrugas ano-genitales		Diagnóstico: ___ Médico ___ Propio Edad ___ años	
		Diagnóstico: ___ Médico ___ Propio Edad ___ años	
		Diagnóstico: ___ Médico ___ Propio Edad ___ años	
f. Anomalías en el seguimiento ginecológico (resultados anormales en la citología o diagnóstico de lesiones cervicales, todo ello sin que haya habido necesidad de tratamiento)		especificar _____ Edad ___ años	
		especificar _____ Edad ___ años	
		especificar _____ Edad ___ años	
g. Infección cervical por papilomavirus o virus del papiloma humano		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
h. Conización <i>Nota: Se trata de un procedimiento quirúrgico para extirpar una parte del cuello del útero.</i>		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
i. Histerectomía <i>Nota: Se trata de un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero.</i>		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
		Edad ___ años	
j. Secreciones vaginales más intensas o densas			

9. Utiliza actualmente los siguientes productos de higiene íntima...	No	Sí	Ns/Nc
a. Duchas vaginales			
b. Cosméticos vaginales (ácido hialurónico y otro tipo de hidratantes)		Nombre:	
c. Lubricantes vaginales		Nombre:	
d. Prebióticos vaginales		Nombre:	
e. Probióticos vaginales		Nombre:	

10. ¿Se ha administrado la vacuna del virus del papiloma humano?

Sí Edad ___ años No No sabe/no contesta

COVID-19

MADRE:

- ¿Has pasado el COVID-19? Sí → *Pasa a pregunta 2*
 No
- ¿Cuándo recibiste el diagnóstico positivo? (Si no recuerdas el día exacto, indica el día 1 y complétalo con el mes y el año) ___/___/___
- Indica el método diagnóstico:
 PCR Test rápido de antígenos Serología
- ¿Tuviste algún síntoma? (*En caso afirmativo marca cuál y su duración*)

Síntomas	Nunca	<1 semana	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	>4 sem
a. Pérdida de gusto							
b. Pérdida de olfato							
c. Fiebre							
d. Tos seca							
e. Cansancio extremo							
f. Dolores musculares							
g. Dolor de garganta							
h. Dolor de cabeza							
i. Dificultad respiratoria							
j. Vómitos							
k. Diarrea							
l. Otros							
○ _____							
○ _____							

- ¿Has recibido la vacuna contra el COVID-19? Sí → *Pasa a pregunta 6*
 No
- ¿Cuándo te vacunaron? (Si no recuerdas el día exacto, indica el día 1 y complétalo con el mes y el año)
 ___/___/___

HIJO/A PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO:

- ¿Ha pasado el COVID-19? Sí → *Pasa a pregunta 2*
 No
- ¿Cuándo recibió el diagnóstico positivo? (Si no recuerdas el día exacto, indica el día 1 y complétalo con el mes y el año) ___/___/___
- Indica el método diagnóstico:
 PCR Test rápido de antígenos Serología
- ¿Tuvo algún síntoma? (*En caso afirmativo marca cuál y su duración*)

Síntomas	Nunca	<1 semana	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	>4 sem
a. Pérdida de gusto							
b. Pérdida de olfato							
c. Fiebre							
d. Tos seca							
e. Cansancio extremo							
f. Dolores musculares							
g. Dolor de garganta							
h. Dolor de cabeza							
i. Dificultad respiratoria							
j. Vómitos							
k. Diarrea							
l. Otros							
○ _____							
○ _____							

5. ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? Sí → *Pasa a pregunta 6*
 No
6. ¿Cuándo le vacunaron? (Si no recuerdas el día exacto, indica el día 1 y complétalo con el mes y el año)
___/___/___

FAMILIAR DIRECTO (Padres, hermanos/as, hijos/as, pareja):

1. ¿Ha pasado el COVID-19 alguno/a de tus familiares directos? Sí → *Pasa a pregunta 2*
 No
2. ¿Quién?
2.1 Familiar 1: _____
2.2 Familiar 2: _____
2.3 Familiar 3: _____
3. ¿Cuándo recibió el diagnóstico positivo? (Si no recuerdas el día exacto, indica el día 1 y complétalo con el mes y el año)
3.1 Familiar 1: ___/___/___
3.2 Familiar 2: ___/___/___
3.3 Familiar 3: ___/___/___
4. Indica el método diagnóstico:
3.1 Familiar 1: PCR Test rápido de antígenos Serología
3.2 Familiar 2: PCR Test rápido de antígenos Serología
3.3 Familiar 3: PCR Test rápido de antígenos Serología
5. ¿Sois convivientes?
5.1 Familiar 1: Sí No
5.2 Familiar 2: Sí No
5.3 Familiar 3: Sí No
6. ¿Cómo fue su evolución? (Marcar la respuesta de mayor gravedad)
6.1 Familiar 1:
 Asintomático/a Síntomas sin ingreso hospitalario Ingreso hospitalario Ingreso en UCI Fallecimiento
6.2 Familiar 2: Sí No
 Asintomático/a Síntomas sin ingreso hospitalario Ingreso hospitalario Ingreso en UCI Fallecimiento
6.3 Familiar 3: Sí No
 Asintomático/a Síntomas sin ingreso hospitalario Ingreso hospitalario Ingreso en UCI Fallecimiento

Recuerde que en el reverso encontrará la tabla de Historias de Embarazos.

HISTORIA EMBARAZOS POSTERIORES AL NIÑO/A								
Nº	1 Aborto 1) Espontáneo 2) Inducido 3) No	2 Fecha de nacimiento o término del embarazo. (Día Mes Año)	3 Recién nacido 1) Vivo 2) Muerto	4. Duración embarazo (semanas)	5 Sexo 1) Niño 2) Niña 9) Ns/Nc	6 Tipo de parto 1) Vaginal 2) Cesárea 3) Fórceps 4) Ventosa	7 Semanas de lactancia	
1	1.1 <input type="checkbox"/>	2.1	3.1 <input type="checkbox"/>	4.1	5.1 <input type="checkbox"/>	6.1 <input type="checkbox"/>	7.1 <input type="checkbox"/>	
2	1.2 <input type="checkbox"/>	2.2	3.2 <input type="checkbox"/>	4.2	5.2 <input type="checkbox"/>	6.2 <input type="checkbox"/>	7.2 <input type="checkbox"/>	
3	1.3 <input type="checkbox"/>	2.3	3.3 <input type="checkbox"/>	4.3	5.3 <input type="checkbox"/>	6.3 <input type="checkbox"/>	7.3 <input type="checkbox"/>	
4	1.4 <input type="checkbox"/>	2.4	3.4 <input type="checkbox"/>	4.4	5.4 <input type="checkbox"/>	6.4 <input type="checkbox"/>	7.4 <input type="checkbox"/>	
5	1.5 <input type="checkbox"/>	2.5	3.5 <input type="checkbox"/>	4.5	5-5 <input type="checkbox"/>	6.5 <input type="checkbox"/>	7.5 <input type="checkbox"/>	
6	1.6 <input type="checkbox"/>	2.6	3.6 <input type="checkbox"/>	4.6	5.6 <input type="checkbox"/>	6.6 <input type="checkbox"/>	7.6 <input type="checkbox"/>	
7	1.7 <input type="checkbox"/>	2.7	3.7 <input type="checkbox"/>	4.7	5.7 <input type="checkbox"/>	6.7 <input type="checkbox"/>	7.7 <input type="checkbox"/>	
8	1.8 <input type="checkbox"/>	2.8	3.8 <input type="checkbox"/>	4.8	5.8 <input type="checkbox"/>	6.8 <input type="checkbox"/>	7.8 <input type="checkbox"/>	
9	1.9 <input type="checkbox"/>	2.9	3.9 <input type="checkbox"/>	4.9	5.9 <input type="checkbox"/>	6.9 <input type="checkbox"/>	7.9 <input type="checkbox"/>	
10	1.10 <input type="checkbox"/>	2.10	3.10 <input type="checkbox"/>	4.10	5.10 <input type="checkbox"/>	6.10 <input type="checkbox"/>	7.10 <input type="checkbox"/>	

Has acabado el cuestionario, ¡muchas gracias por tu colaboración!