

## Anexos

### Anexo 1

#### Consentimiento Informado

Universidad Católica de Honduras  
“Nuestra Señora Reina de la Paz”  
Campus San Pedro y San Pablo

**Nombre del estudio de investigación:** Incidencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en un Hospital de II nivel, Honduras 2019.

**Investigador principal:** Eduardo José Borjas Gutiérrez, ASOCEM UNICAH-SPSP

Saludos cordiales  
Estimada Señora

Usted ha sido invitada a participar en un estudio de investigación realizado en la emergencia de labor y parto “Los Santos Inocentes”, del Hospital Mario Catarino Rivas debido a que usted presenta una patología hipertensiva del embarazo en estos momentos, el objetivo del estudio es buscar las causas que generaron en usted la presente condición y poder ayudar a otras embarazadas en el futuro; su participación es voluntaria y su negación no afectará ningún cambio en la atención médica.

¿Qué debo hacer en la investigación?

Su participación consiste en aceptar y firmar este documento que confirmará su aceptación y que está de acuerdo en participar en el estudio “Incidencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en un Hospital de II nivel, Honduras 2019.” El investigador principal tomará unos datos como su edad, procedencia, estado civil, escolaridad, ocupación, seguidamente se le tomarán los signos vitales como la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, y temperatura al mismo tiempo se le tomará su peso y talla, por último, se le realizará una serie de preguntas y respuestas en un cubículo privado.

¿Qué haremos con los resultados?

En la institución se realizará una base de datos recopilados que se almacenarán en un equipo protegido con contraseña la cual solo el investigador principal

tiene acceso, al finalizar el estudio probablemente publicaremos los resultados en una revista médica. Ninguna de estas publicaciones tendrá información personal suya. Si usted decide no participar no habrá ningún cambio en la atención.

¿Hay algún riesgo durante este procedimiento?

Habrán ciertas incomodidades que podrá experimentar porque en estos momentos se encuentra cansada y bajo medicamentos.

¿Tiene algún costo que participe en este estudio?

La participación será gratuita y será provisionado por el Hospital Mario Catarino Rivas. Su participación no genera ningún costo aparte y tampoco se le dará ningún incentivo económico por su participación.

¿Qué hacer si tengo duda o consulta?

Si tiene alguna molestia luego de salir de la clínica debe comunicarlo de inmediato con el médico que la atendió. Cualquier consulta sobre este estudio puede contactar con el Dr. Eduardo José Borjas Gutiérrez al 89771653. Si tiene duda sobre aspectos éticos de esta investigación llamar al centro de ética de investigación de la Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo al tel. +504 2561-3901.

Por la presente afirmo que he comprendido los procedimientos de este estudio y los resultados para mi salud.

Acepto la participación

No acepto la participación

Nombre de la participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Identidad de la participante o huella: \_\_\_\_\_

\*Persona que aplica el consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Identidad: \_\_\_\_\_

Versión 1.0 junio 2019