

**Cuestionario de recogida de datos: ESTUDIO
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREMATURA
PRESARV-SEA**

Fecha cuestionario: ___/___/___

Nº del paciente: _____

Código

Web: _____

Sexo: Masc Fem

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Centro donde se visita el paciente A. Primaria Hospital

Nombre Centro: _____ Servicio _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Enfermedades isquémicas

		SI	
Padre	Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <55 <input type="checkbox"/> ≥55 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
	AVC/AIT:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <55 <input type="checkbox"/> ≥55 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
Madre	Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <65 <input type="checkbox"/> ≥65 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
	AVC/AIT:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <65 <input type="checkbox"/> ≥65 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
Hermanos	Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <55 <input type="checkbox"/> ≥55 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
	AVC/AIT:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <55 <input type="checkbox"/> ≥55 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
Hermanas	Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <65 <input type="checkbox"/> ≥65 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
	AVC/AIT:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <65 <input type="checkbox"/> ≥65 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
	Arteriopatía de EI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <65 <input type="checkbox"/> ≥65 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		
	Arteriopatía de EI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <65 <input type="checkbox"/> ≥65 a
	<input type="checkbox"/> Desconocido		

Nº de Hermanos con isquemia prematura afectados (< 55 hombres; < 65 mujeres):

Nº de Hermanos con isquemia NO prematura afectados: _____

Nº de Hermanos sin isquemia: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (registrados en historia clínica):

HTA No Sí
Diabetes No Sí → DMII DMI DM
Gestacional
DISLIPEMIA No Sí

Diagnóstico más probable de la dislipemia del paciente

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1.HC Poligénica | 2.HF Heterocigótica |
| 3.Hiperlipemia familiar combinada | 4.Hipertrigliceridemia familiar |
| 5.Hipertrigliceridemia esporádica | 6.Disbetalipoproteinemia |
| 7. Otra. Especificar: _____ | |

- Se acompaña de hipoalfalipoproteinemia NO SI
(< 40mg/dL o <1.1mmol/L hombres; < 50mg/dL o <1.3mmol/L mujeres)

PATOLOGÍA ISQUÉMICA (con diagnóstico de certeza a partir de los datos de alguna exp. complementaria):

Cardiopatía isquémica No Sí → Angor IAM Fecha: ___/___/___

Ictus aterotrombótico (AVC o AIT) No Sí Fecha: ___/___/___

Arteriopatía de EEII No Sí Fecha: ___/___/___

Otra. Cual? _____ No Sí Fecha: ___/___/___

Otros antecedentes patológicos destacables registrados en la historia clínica

1. EPOC No Sí Fecha: ___/___/___

2. Insuficiencia renal crónica No Sí Fecha: ___/___/___

3. Enfermedad psiquiátrica No Sí Fecha: ___/___/___

4. Otras: _____ Fecha: ___/___/___

Datos biométricos y analíticos ANTES DEL EPISODIO VASCULAR:

PAS		PAD		PESO	
TALLA		COL TOTAL		GLICEMIA	
COL HDL		TRIGLICÉRIDOS		COL LDL	
PERÍM.ABDOMINAL		HbA1c (%)		Cociente Albúmina/Creatinina	

Fármacos utilizados (principio activo) con prescripción crónica antes del episodio vascular

Hipolipemiantes: No Sí →

Antihipertensivos: No Sí →

Antidiabéticos: No Sí →

Otros: _____

Nueva PATOLOGÍA ISQUÉMICA desde el episodio índice (con diagnóstico de certeza a partir de los datos de alguna exp. complementaria):

Cardiopatía isquémica No Sí → Angor IAM Fecha: ___/___/___

Ictus aterotrombótico (AVC o AIT) No Sí Fecha: ___/___/___

Arteriopatía de EEII No Sí Fecha: ___/___/___

Otra. Cual? _____ No Sí Fecha: ___/___/___

HÁBITOS DE VIDA (datos actuales)

TABAQUISMO:

Fumador No Si → Edad inicio: _____ N° de cigarrillos/día: _____
Exfumador No Si → Edad inicio: _____ Edad finalización _____
N.cig./día: _____

CONSUMO DE ALCOHOL POR DÍA EN UNIDADES BÁSICAS DE BEBIDA (UB; 1 UB= 10 gramos de alcohol):

Cerveza No Si → Unidades por semana _____
Vino No Si → Unidades por semana _____
Otras bebidas alcohólicas: _____ Unidades por semana _____

CONSUMO DE DROGA: Consume cocaína No Si →

ACTIVIDAD FÍSICA

Nº de horas que camina por semana: _____

Practica algún deporte? No Si →

¿Cuál/es? _____ Nº H/SEMANA:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

		NO	SÍ	DOSIS/DIA
DISLIPEMIA	Estatina. Cuál?: _____			
	Ezetimiba Cuál?: _____			
	Fibrato Cuál?: _____			
	Resina Cuál?: _____			
	Otro			
HTA	Diurético			
	ARA II			
	IECA			
	Calcioantagonista			
	Betabloqueante			
	Otros: _____			
ANTIAGREGANTES	Aspirina			
	Clopidogrel			
	Otros: _____			
DM	Metformina			
	Insulina			
	Acarbosa			
	Glitazonas			
	Sulfonilureas			
	Inhibidores DPP4			
	Agonistas de GLP1			
	Otros: _____			
OTROS				

Datos biométricos ACTUALES (registrar la 2ª medida de PA tras 3mn de reposo):

PAS		PAD		
PESO		TALLA		PERÍM. ABDOMINAL

Datos de la última analítica disponible

Fecha de la analítica: ___ / ___ / ___

Colesterol total (mmol/l)		Triglicéridos (mmol/l)	
Colesterol LDL (mmol/l)		Colesterol HDL (mmol/l)	
Hemoglobina (g/l)		Leucocitos (10E9/L)	
AST (GOT) (μKat/L)		ALT (GPT) (μKat/L)	
γ-Glutamiltransferasa (μKat/L)		Glucosa (mmol/l)	
HbA1c(%)		Uratos (μmol/l)	
Cociente albúmina/Creatinina (en orina)		Eritrocitos	
Plaquetas (10E9/L)		PCRu	
Filtrado Glomerular (ml/min.)			

Recoger 3 tubos: 2 tubos vacutainer ('AMARILLO') de 5 ml para suero y 1 tubo de 4 ml con EDTA ('MALVA') para plasma. La conservación de suero y plasma debería ser -80°C y se debería enviar al laboratorio central en las próximas 4 semanas (Ver manual de procedimientos).

PRESARV-SEA: Cuestionario de FASE II

Seguimiento prospectivo mediante contacto telefónico desde centro coordinador

ANUAL

Nº del paciente: _____

Sexo: Masc Fem

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Centro donde se visita el paciente: A. Primaria Hospital

Nombre Centro: _____ Servicio _____

Cardiopatía isquémica No Sí
 Angor IAM Fecha: ___/___/___

Ictus aterotrombótico (AVC o AIT) No Sí Fecha: ___/___/___

Arteriopatía de EEII No Sí Fecha: ___/___/___

Otra. Cuál? _____ No Sí Fecha: ___/___/___

Muerte No Sí -> Causa: _____

Fecha: ___/___/___

PATRÓN ALIMENTARIO (Encuesta Predimed de adherencia a la dieta mediterránea) (A rellenar por el paciente)

	No	Sí
Utiliza el aceite de oliva como la principal grasa para cocinar		
Consume 4 o más cucharadas soperas de aceite de oliva al día ? (para aliñar, cocinar, freire tc)		
Consume al menos 2 raciones de vegetales al día (una ración = 200 gramos; un acompañamiento = ½ ración)		
Consume al menos 3 piezas de fruta al día?		
Consume menos de una ración (100-150 gramos) de carne roja o de los productos derivados(salchichas, jamón etc) al día?		
Consume menos de una ración (12 gramos) de mantequilla, margarina o crema de leche al día?		
Consume menos de una bebida carbónica con azúcar al día?		
Consume un vaso de vino o más al día como promedio?		
Consume al menos 3 raciones de legumbres (1 ración de legumbre cocida= 150 gramos) a la semana ¿		
Consume al menos 3 raciones de pescado (una ración 100-150 gramos) o marisco (4-5 unidades o 200 gramos) a la semana ?		
Consume menos de 2 raciones de pastelería/bollería industrial (no hecha en casa), galletas o natillas a la semana?		
Consume al menos 3 raciones de frutos secos (incluyendo cacahuetes; una ración 30 gramos) a la semana?		
Consume más pollo, pavo o conejo que ternera, cerdo, hamburguesas o salsichas?		
Toma más de 2 veces por semana platos aderezados con sofrito (salsa hecha con tomate y cebolla, puerro o ajo, cocinado en aceite de oliva)		

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los **últimos 7 días**. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense acerca de todas aquellas actividades vigorosas que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense *solamente* en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas **vigorosas** como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física vigorosa ➔ **Pase a la pregunta 3**

2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días que las realizó?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca de todas aquellas actividades moderadas que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense *solamente* en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **moderadas** tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física moderada ➔ **Pase a la pregunta 5**

4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **moderadas**?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los **últimos 7 días**. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?

_____ días por semana

No caminó → **Pase a la pregunta 7**

6. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **caminando**?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció **sentado(a)** en la semana en los **últimos 7 días**. Incluya el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión.

7. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuánto tiempo permaneció **sentado(a)** en un **día en la semana**?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro(a)

HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (autoadministrada)

(Hospital Anxiety and Depression Scale)

<p>Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.</p> <p>Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.</p> <p>No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.</p>	P.
A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada	
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso	
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto	
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	
D.3. Me siento alegre: 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día	
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca	
D.4. Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca	
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo	
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho	
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca	
D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto	
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca	
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca	
Nivel 1: <11; Nivel 2: 11-15; Nivel 3: >15	

Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud: SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

- | | 1 | 2 | 3 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí, me limita mucho | Sí, Me limita un poco | No, no me limita nada |
| 2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Subir varios pisos por la escalera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | 1
SÍ | 2
NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1	2
	SÍ	NO
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

Cumplimiento terapéutico: Cuestionario Morisky-Green

Lea las siguientes preguntas y seleccione la respuesta que mejor describa su comportamiento habitual.

	Siempre	A menudo	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Algunas personas se olvidan de tomar su medicación. ¿Con qué frecuencia le ocurre a usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Algunas personas se olvidan <u>alguna toma</u> de la medicación o cambian el horario para adaptarlo a sus propias necesidades. ¿Con qué frecuencia lo hace usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Algunas personas dejan de tomar sus medicamentos cuando se encuentran <u>mejor</u> . ¿Con qué frecuencia lo hace usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Algunas personas dejan de tomar sus medicamentos cuando se encuentran <u>peor</u> . ¿Con qué frecuencia lo hace usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>