

FUNDACION
HIPERCOLESTEROLEMIA
FAMILIAR



EPIDEMIOLOGÍA GENÉTICA DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROZIGOTA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

.....

1ª VISITA

**PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO Y EVALUACIÓN
DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE FAMILIAS ESPAÑOLAS**

EN CASO DE DUDA CONTACTAR CON:

Fundación Hipercolesterolemia Familiar

Teléfonos: 91 504 22 06

91 557 00 71

e.mail: info@colesterolfamiliar.org

www.colesterolfamiliar.org

PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO Y EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE FAMILIAS ESPAÑOLAS

Nº de Unidad	Nº de sujeto	Iniciales sujeto	Fecha Visita médico	Código
□□□	□□□□□/□□□/□□ dígitos / letras * / nº	□□□	□□/□□/□□ día / mes / año	□□□

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO

1.1. Fecha de nacimiento: □□ / □□ / □□□□ **1.2. Sexo:** (Hombre) (Mujer)
d/d/m/m/a/a

1.3 Municipio de nacimiento: _____

1.4. Provincia de nacimiento: _____

1.5. Provincia de residencia: _____

1.6. Estudios realizados:

(1. No sabe leer ni escribir. 2. Sin estudios. 3. Estudios Primaria. 4. Estudios Secundaria. 5. Formación Profesional. 6. Estudios Medios Universitarios. 7. Estudios Superiores. 8. Otros No reglados)

1.7. Situación profesional:

(1. Activos ocupados. 2. Activos parados. 3. Inactivos (Estudiantes, Labores del hogar, Jubilados, Prejubilados, Incapacitados para trabajar))

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL SUJETO

2. 1. Enfermedades cardiovasculares. ¿Le ha diagnosticado alguna vez un médico de alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, se necesita el INFORME HOSPITALARIO (Criterios MONICA. Ver manual de operaciones para aclaraciones):

Angina de pecho:

Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de episodios:

Año primer episodio:

Infarto agudo de miocardio (IAM):

Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de episodios:

Año primer episodio:

Accidente cerebrovascular (Ictus):

Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de episodios:

Año primer episodio:

Accidente isquémico transitorio (AIT):

Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de episodios:

Año primer episodio:

Enfermedad vascular periférica (EVP):Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de episodios: Año primer episodio:

Enfermedad valvular aórtica:Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el año de diagnóstico:

¿Le han realizado alguna vez una coronariografía?Sí No NS/NR

En caso afirmativo, el resultado fue:

- Desconocido
- Enfermedad de un vaso (lesión significativa en una de las arterias coronarias principales)
- Enfermedad multivaso (lesión significativa > 70% en al menos 2 de las 3 arterias coronarias principales)
- Enfermedad de tronco (lesión > 50%)
- Lesión no significativa en cualquier arteria coronaria.
- Sin lesión

¿Le han realizado alguna vez angioplastia y/o stent coronario?Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de intervenciones: y Nº de Stents:

Año primera intervención:

¿Le han realizado alguna vez angioplastia y/o stent carotídeo?Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de intervenciones: y Nº de Stents:

Año primera intervención:

¿Le han operado alguna vez de las arterias coronarias?Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de intervenciones. Año primera intervención:

¿Le han operado alguna vez de las arterias de las extremidades inferiores o aneurisma de la aorta?Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de intervenciones. Año primera intervención:

¿Le han operado alguna vez de las arterias carótidas (endarterectomía carotídea)?Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de intervenciones. Año primera intervención:

¿Le han realizado un recambio valvular aórtico?Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el número de intervenciones. Año primera intervención:

Insuficiencia cardíaca:Sí No NS/NR

En caso afirmativo, indique el año de diagnóstico:

2.2. Factores de riesgo cardiovascular.

Antecedentes familiares de primer grado de enfermedad cardiovascular precoz (Antes de los 60 años):

En caso afirmativo, indique:

Cardiopatía isquémica Enfermedad cerebrovascular Enfermedad vascular periférica

2.2.1. Lípidos:

a) ¿Le ha diagnosticado anteriormente un médico de hiperlipemia (CO-T elevado o TG elevados o ambos)?

Sí

No

NS/NR

b) ¿Qué tipo?

Colesterol elevado

TG elevados

Ambos

NS/NR

c) Año de diagnóstico: _ _ _ _

d) ¿Le ha diagnosticado anteriormente un médico de Hipercolesterolemia Familiar?

Sí

No

NS/NR

e) Año de diagnóstico: _ _ _ _

f) ¿Quién se lo diagnosticó? Médico Especialista
Médico Atención Primaria

g) ¿Quién le controla su hipercolesterolemia? Médico Especialista
Médico Atención Primaria

h) ¿Recibe o ha recibido tratamiento farmacológico para el colesterol?

Sí

No

NS/NR

Año de inicio: _ _ _ _

i) Si toma estatinas actualmente, indique el año de inicio: _ _ _ _

j) Si toma Ezetrol, año de inicio: _ _ _ _

k) ¿Ha discontinuado la medicación hipolipemiente? Sí No

En caso afirmativo. Indique el motivo y el período:

Embarazo/lactancia

Meses:

Intolerancia

Años:

Indicación médica

Decisión propia

2.2.2. Diabetes mellitus:

a) ¿Le ha diagnosticado anteriormente un médico de diabetes mellitus?

Sí No NS/NR

b) Año de diagnóstico: _ _ _ _

c) Actualmente, ¿recibe tratamiento con fármacos para la diabetes?

Sí No NS/NR **2.2.3. Hipertensión arterial:**

a) ¿Le ha diagnosticado anteriormente un médico de hipertensión arterial?

Sí No NS/NR

b) Año de diagnóstico: _ _ _ _

c) Actualmente, ¿recibe tratamiento con fármacos para la HTA?

Sí No NS/NR **2.3. Otras patologías relacionadas.**a) ¿Le ha diagnosticado anteriormente un médico de alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, se necesita **INFORME MÉDICO**

Hipotiroidismo

Sí No NS/NR

Hipertiroidismo

Sí No NS/NR

Insuficiencia renal y/o Sd. Nefrótico

Sí No NS/NR

Hepatopatía crónica

Sí No NS/NR

Arritmia

Sí No NS/NR

Enf. psiquiátrica (depresión)

Sí No NS/NR

Enf. Alzheimer u otra demencia

Sí No NS/NR

Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, colitis ulcerosa)

Sí No NS/NR

Cáncer

Sí No NS/NR

En caso de cáncer, si la respuesta es Sí, especifique la localización:

Año de diagnóstico:

Tratamiento: QTP RXT CirugíaEvolución: (1 = Libre de enfermedad; 2 = En evolución; 3 = Recidiva)

2.4. Sólo para mujeres.a) Edad menarquia (1ª regla): añosb) Embarazos: c) Partos: d) Abortos: e) ¿A qué edad tuvo la última regla? años

f) ¿Utiliza en la actualidad tratamiento hormonal sustitutivo (oral/parches)?

Sí No NS/NR g) ¿Desde cuándo lo utiliza? **3. TRATAMIENTO ACTUAL**1. Rosuvastatina Sí No NS/NR5 10 20 40 2. Atorvastatina Sí No NS/NR10 20 40 80 3. Simvastatina Sí No NS/NR10 20 40 80 4. Pitavastatina Sí No NS/NR1 2 4 5. Pravastatina Sí No NS/NR10 20 40 6. Ezetimiba Sí No NS/NR5 10

- 7. Simvastatina/Ezetimiba** Sí No NS/NR
 10/20
 10/40
- 8. Atorvastatina/Ezetimiba** Sí No NS/NR
 10/10
 10/20
 10/40
 10/80
- 9. Rosuvastatina/Ezetimiba (lipocomb)** Sí No NS/NR
 10/10
 10/20
- 10. Alirocumab** Sí No NS/NR
 75/mes
 150/mes
 75/15 días
 150/15 días
- 11. Evolocumab** Sí No NS/NR
 140/mes
 420/mes
 140/15 días
 420/15 días
- 12. Resinas (unidades al día):** Sí No NS/NR
- 13. Colesevelam (cápsulas al día):** Sí No NS/NR
- 14. Fenofibrato** Sí No NS/NR
 145
 160
 200
- 15. Esteroles/Estanoles vegetales** Sí No NS/NR
- 16. Levadura de arroz (Monacolina)-Oxicol** Sí No NS/NR
- 17. LDL-aféresis** Sí No NS/NR
 Cada 15 días
 Cada 30 días
- 18. AAS**
 100
 150
 300
- 19. Clopidogrel** Sí No NS/NR
- 20. Prasugrel** Sí No NS/NR
- 21. Ticagrelor** Sí No NS/NR
- 22. Sintrom** Sí No NS/NR
- 23. Anticoagulantes orales de acción directa** Sí No NS/NR

24. Betabloqueantes Sí No NS/NR
25. Ivabradina Sí No NS/NR
26. Sacubitrilo-Valsartán Sí No NS/NR
27. Nitratos Sí No NS/NR
28. Calcioantagonistas Sí No NS/NR
29. IECAS Sí No NS/NR
30. ARA II Sí No NS/NR
31. Diuréticos tiazídicos Sí No NS/NR
32. Diuréticos de ASA Sí No NS/NR
33. Alfa-bloqueantes Sí No NS/NR
34. Digitálicos Sí No NS/NR
35. Insulina Sí No NS/NR
36. Metformina Sí No NS/NR
37. Sulfonilureas Sí No NS/NR
38. Glitazonas Sí No NS/NR
39. Glinidas Sí No NS/NR
40. Inhibidores DPP-4 o similares Sí No NS/NR
41. Inhibidores de SGLT2 Sí No NS/NR
42. Análogos de GLP1 Sí No NS/NR
43. Hormonas tiroideas Sí No NS/NR
44. Anticonceptivos orales Sí No NS/NR
45. Omeprazol o similares Sí No NS/NR

4. HÁBITOS DE SALUD: TABAQUISMO

a) ¿Fuma o ha fumado cigarrillos, puros o tabaco de pipa?

Sí

Soy exfumador*

Nunca he fumado

b) Si la respuesta es afirmativa, especifique:

a) Fumador diario

b) Fumador ocasional

(* se considera exfumador, aquel sujeto que no ha fumado en el último año)

Si nunca ha fumado, continúe a la pregunta 5.

c) ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar con regularidad?

años

d) ¿Cuántos fuma o fumaba, al día, habitualmente?

Cigarrillos

Puros

Tabaco de pipa (nº)

e) ¿Cuántos años ha sido fumador habitual? años

f) Si ha dejado de fumar, ¿a qué edad lo dejó? años

5. CUESTIONARIO DE LA LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE.

Si no hay antecedentes previos, cumplimentar los puntos A, B y C. Si hay antecedentes previos de enfermedad coronaria, sólo cumplimentar punto C. Si hay antecedentes previos de enfermedad vascular periférica, sólo cumplimentar puntos A y B.

A) Dolor de esfuerzo:

1. ¿Ha sentido, alguna vez, dolor o molestias en el pecho?

Sí No No sabe Si la respuesta es No, continúe por la Sección C

2. ¿Lo ha notado cuando caminaba deprisa o subía cuestas?

Sí No No sabe

3. ¿Lo ha notado al caminar normal o en llano?

Sí No No sabe

4. Si lo nota mientras camina:

Para o camina más despacio Continúa*

(Señale para o camina más despacio si el participante continúa tras administrarse nitratos)

5. Si se detiene, ¿qué sucede?

Se siente aliviado No se siente aliviado*

6. ¿Cuánto tarda en desaparecer?10 minutos o menos Más de 10 minutos* **7. ¿Puede señalarse dónde le duele?**En el esternón (mitad o por encima) En el esternón (por debajo de la línea media) En la parte anterior izquierda del pecho En el brazo izquierdo Otros **8. ¿Nota algo más? (Si la respuesta es Sí, recoger que más nota a continuación)**Sí No No sabe

.....

B) Infarto posible**1. ¿Ha notado, alguna vez, un dolor muy intenso en la parte anterior del pecho que durara más de media hora?**Sí No No sabe **C) Claudicación intermitente:****1. ¿Ha notado dolor en alguna de las piernas al caminar?**Sí No No sabe **2. ¿Ha notado ese dolor, aun estando de pie quieto o sentado?**Sí No No sabe **3. ¿En qué zona de la pierna lo nota? (Si No señala masa gemelar, preguntar si en algún otro sitio).**El dolor incluye masa gemelar: No lo incluye: Afecta alguna articulación: **Si el dolor no afecta a las articulaciones:****4. ¿Aparece si camina cuestas o deprisa?**Sí No Nunca subo cuestas o camino deprisa **5. ¿Aparece si camina en llano o a paso normal?**Sí No No sabe **6. ¿Desaparece el dolor mientras está caminando?**Sí No No sabe **7. ¿Qué hace si aparece mientras está caminando?**Paro o camino más despacio Continúo* **8. ¿Qué ocurre si para?**Se alivia No se alivia **9. ¿Cuánto tarda en desaparecer?**Menos de 10 minutos Más de 10 minutos

7. ACTIVIDAD FÍSICA (Cuestionario Internacional de Actividad Física)

Nos gustaría preguntarle sobre su actividad física. Al contestar las preguntas, tenga en cuenta lo siguiente:

- . La actividad física vigorosa se refiere a actividades que requieren un esfuerzo físico grande y producen una respiración mucho más intensa de lo normal.
- . La actividad moderada requiere una actividad física moderada y tiene una respiración algo más intensa de lo normal.
- . Cuando conteste a las preguntas, piense sólo en aquellas actividades que realiza y requieren al menos de 10 minutos.

1a. En los últimos 7 días, ¿cuántos días realiza actividades físicas intensas tales como levantar peso, hacer pesas, aeróbic o bicicleta estática?

- días a la semana
- ninguna (pasar a la pregunta 2a.)

1b. ¿Cuánto tiempo en total dedica habitualmente en los días que hace actividad física intensa?

- horas minutos

2a. En los últimos 7 días, ¿cuántos días realiza actividades físicas moderadas tales como cargar pesos ligeros, montar en bicicleta en un terreno llano o jugar al tenis por parejas. NO incluye caminar.

- días a la semana
- ninguna (pasar a la pregunta 3.a.)

2b. ¿Cuánto tiempo en total dedica habitualmente en los días que hace actividad física moderada?

- horas minutos

3a. En los últimos 7 días, ¿cuántos días camina al menos 10 minutos? Por ejemplo, caminar en el trabajo y en casa, desplazarse caminando de un lugar a otro y cualquier otra forma de marcha que lo realice sólo por ocio, deporte, ejercicio o placer.

- días a la semana
- ninguna (pasar a la pregunta 4.a.)

3b. ¿Cuánto tiempo en total dedica habitualmente en los días que camina?

- horas minutos

3c. ¿A qué ritmo camina normalmente?

- Ritmo vigoroso, que hace su respiración mucho más intensa de lo normal
- Ritmo moderado que hace su respiración algo más intensa de lo normal
- Ritmo más lento que no produce cambios en su respiración

Las últimas preguntas son sobre el tiempo que emplea en estar sentado cada día en el trabajo, en casa, mientras realiza cursos en el trabajo y en el tiempo libre. Esto incluye el tiempo que pasa sentado frente a un escritorio, visitando amigos, leyendo o sentado o tumbado viendo la televisión.

4a. En los 7 últimos días, ¿cuánto tiempo en total estuvo sentado en un día entre semana?

- horas
- minutos

4b. En los 7 últimos días, ¿cuánto tiempo en total estuvo sentado en un día el fin de semana?

- horas
- minutos

HOJA DE EXPLORACIÓN FÍSICA 1ª VISITA

• Antropometría:

Peso: □□□.□ Kg

Talla: □□□ cm

Cintura: □□□ cm

• Presión arterial (Método automático OMRON 705): 2 determinaciones o la media si se dispone:

1ª Toma: PAS: □□□ mmHg PAD: □□□ mmHg

2ª Toma: PAS: □□□ mmHg PAD: □□□ mmHg

• Frecuencia cardíaca:

1ª toma: FC: □□□ l/m

Arco corneal: Sí No Xantomas tendinosos: Sí No

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EQ-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades Cotidianas (*ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades o durante el tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo un dolor o malestar moderado
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

**SU ESTADO
DE SALUD
HOY**

El mejor estado
de salud
imaginable

100

9 0

8 0

7 0

6 0

5 0

4 0

3 0

2 0

1 0

0

El peor estado
de salud
imaginable