

## ANEXO I. HOJA DE REGISTRO DE DATOS

<b>Variables sociodemográficas</b>		
<b>Nombre:</b> _____  <b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / _____  <b>Género:</b> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	<b>Nivel de estudios:</b> Básicos <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>  <b>Situación laboral:</b> Activo <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>  <b>Raza:</b> Caucásica __ Hispana __ Otras _____  <b>Lugar de residencia:</b> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	
<b>Antecedentes personales</b>		
<b>Comorbilidad</b>	<b>Antecedentes Qgcos vasculares no RC EAP</b>	
<b>Diabetes Mellitus</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>HTA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Dislipemia</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Cardiopatía Isquémica</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Insuficiencia Cardíaca Congestiva</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad cerebrovascular</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad Osteoarticular</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Obesidad</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Depresión/Ansiedad</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Insuficiencia Renal Crónica</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Hemodiálisis</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Tromboendarterectomía carotídea</b> ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____ <b>Cirugía de Aneurisma de Aorta Abdominal</b> ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____ <b>Fístula Arterio-Venosa</b> ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____ <b>Revascularización coronaria</b> ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____	
	<b>Tratamiento farmacológico al ingreso</b>	
	Antiagregantes: Anticoagulantes: Estatinas: Antihipertensivos: Antidiabéticos: Antibióticos: Analgésicos: Psicofármacos: Pentoxifilina SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cilostazol SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros: _____  N° total de medicamentos _____	
<b>Antecedentes Familiares</b>	<i>Enf. Cardiovascular</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Enf. Cerebrovascular</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>EAP</i> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Parámetros analíticos</b>	<b>Otras determinaciones</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
HbA1c (%): Glucemia (mg/dl): Na <sup>+</sup> (mEq/L): K <sup>+</sup> (mEq/L):  Colesterol (mg/dl) HDLc (mg/dl) LDLc (mg/dl) Triglicéridos (mg/dl)  Hematocrito (%) Fibrinógeno (mg/dl) Urea (mg/dl) Creatinina (mg/dl)	TAs (1) ____ TAs (2) ____ TAs (3) ____  TAd (1) ____ TAd (2) ____ TAd (3) ____  Peso: Talla: IMC _____  <b>Barthel:</b> Al ingreso ____ Al alta _____	

## Caracterización de la EAP

<p><b>Ingreso:</b> 1º Ingreso <input type="checkbox"/> Ingresos sucesivos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Detección de la EAP:</b></p> <p>Claudicación <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de Reposo <input type="checkbox"/></p> <p>Lesiones tróficas <input type="checkbox"/></p> <p>Hallazgo casual <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p><b>Tiempo de evolución de la EAP (años):</b> _____</p>	<p><b>Estadio Clínico:</b> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/></p> <p><b>Signos y síntomas:</b></p> <p>Dolor <input type="checkbox"/> Parestesias <input type="checkbox"/> Frialdad <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/></p> <p>Palidez <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Desánimo <input type="checkbox"/></p> <p><b>Claudicación:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Distancia de claudicación _____</p> <p><b>Pulsos presentes:</b> Pedio MII <input type="checkbox"/> Pedio MID <input type="checkbox"/> Tibial MII <input type="checkbox"/> Tibial MID <input type="checkbox"/></p> <p><b>Lesiones tróficas:</b> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Afectación: Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Maléolos: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Talones: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Dedos: No <input type="checkbox"/> Un dedo <input type="checkbox"/> Dos o más dedos <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ITB d: _____ ITB i: _____</p>
--	---

Antecedentes Qgcos vasculares por EAP	Intervenciones quirúrgicas por EAP durante el ingreso
<p><b>Amputación menor.....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p><b>Amputación mayor.....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p><b>Revascularización .....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____</p>	<p><b>Amputación menor.....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p><b>Amputación mayor.....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p><b>Revascularización .....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° _____</p>

Hábitos dietéticos	Hábitos tóxicos																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">S</th> <th style="width: 10%;">MV</th> <th style="width: 10%;">EO</th> <th style="width: 10%;">PV</th> <th style="width: 10%;">N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Hervido - Horno - Vapor</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>2 frutas/día</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Verdura/ensalada diaria</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Aceite de oliva</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>S = Siempre MV = Muchas veces EO = En ocasiones PV = Pocas veces N = Nunca</p>		S	MV	EO	PV	N	<i>Hervido - Horno - Vapor</i>						<i>2 frutas/día</i>						<i>Verdura/ensalada diaria</i>						<i>Aceite de oliva</i>						<p><b>Tabaco .....</b> Fumador <input type="checkbox"/> EX fumador <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado <input type="checkbox"/></p> <p>Nº cigarros/día: _____ Nº años de fumador: _____</p> <p><b>Recomendación antibacaco .....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>Consejo antibacaco reglado .....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>Alcohol .....</b> Consumo actual <input type="checkbox"/> No consumo <input type="checkbox"/> Ex bebedor <input type="checkbox"/></p> <p>U. vino/cerveza/día: _____ U. licor/día: _____</p> <p><b>Drogas .....</b> Consumo actual <input type="checkbox"/> No consumo <input type="checkbox"/> Ex drogadicción <input type="checkbox"/></p>
	S	MV	EO	PV	N																										
<i>Hervido - Horno - Vapor</i>																															
<i>2 frutas/día</i>																															
<i>Verdura/ensalada diaria</i>																															
<i>Aceite de oliva</i>																															

Actividad física
<p><b>Realización de ejercicio físico.....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Causa del sedentarismo:</p> <p style="margin-left: 40px;"><b>Tiempo dedicado a cada sesión (min):</b> _____ <b>Invalidez.....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;"><b>Número de sesiones semanales:</b> _____ <b>Claudicación.....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;"><b>Inapetencia .....</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

<b>Días de estancia hospitalaria</b>	
<b>Nº de reingresos</b>	