

# ESTUDIO ESCAP

## HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

1

**FILIACIÓN Y DATOS DE INCLUSIÓN:** N° Hª CLÍNICA \_\_\_\_\_ / HOSPITAL \_\_\_\_\_ /  
NOMBRE (siglas): \_\_\_\_\_ / SEXO: V – M / NACIÓ (día-mes-año): \_\_\_\_\_ / **CÓDIGO** \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_ / FECHA INCLUSIÓN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS:** *Marcar con 'X' las categorías de la definición de 'paciente pluripatológico'*  
**REQUISITO INDISPENSABLE PARA INCLUSIÓN:** *Presentar al menos DOS categorías de las 8 posibles de la A a la H*

<b>CATEGORÍA A</b>
<input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA <sup>1</sup> (síntomas con actividad física habitual)
<input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica
<b>CATEGORÍA B</b>
<input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
<input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria <sup>2</sup> , mantenidos durante 3 meses
<b>CATEGORÍA C</b>
<input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC <sup>3</sup> (disnea a paso habitual en llano), ó FEV1<65%, ó SaO2 ≤ 90%
<b>CATEGORÍA D</b>
<input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
<input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular <sup>4</sup> ó hipertensión portal <sup>5</sup>
<b>CATEGORÍA E</b>
<input type="checkbox"/> E.1. Ataque cerebrovascular
<input type="checkbox"/> E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
<input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)
<b>CATEGORÍA F:</b>
<input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática
<input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática
<b>CATEGORÍA G:</b>
<input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses
<input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
<b>CATEGORÍA H:</b>
<input type="checkbox"/> H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
<b>NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8</b>

<sup>1</sup> Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

<sup>2</sup> Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3mg/dl en muestra de orina ó Albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas ó >200 microg/min

<sup>3</sup> Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

<sup>4</sup> INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirubina >2 mg/dl.

<sup>5</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

### CRITERIOS SÍNDROME CORONARIO AGUDO:

SÍ

NO

(Rodear con un círculo)

**ESTUDIO ESCAP****ESTRATIFICACIÓN SCA:**

ALTO RIESGO

RIESGO INTERMEDIO

BAJO RIESGO

**LOCALIZACIÓN EN ECG:***Rodear cara/s afecta/s con círculo*ANTERIOR  
INFERIORSEPTAL  
POSTERIOR

LATERAL

LATERAL ALTA  
NO DETERMINADA**PICO ENZIMÁTICO:**

CREATIN KINASA (U/L): \_\_\_\_

TROPONINA T (ng/dL): \_\_\_\_

TROPONINA I (ng/dL): \_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.***Rodear con círculo*

1. HTA.
2. DIABETES MELLITUS.
3. DISLIPEMIA.
4. TABAQUISMO.
5. OBESIDAD.

**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREVIA:***Rodear con círculo*

SÍ NO  
 AÑOS DE EVOLUCIÓN: \_\_\_\_  
 IAM TRANSMURAL PREVIO: SÍ NO  
 CORONARIOGRAFÍA PREVIA: SÍ NO  
 ENF. NO REVASCULARIZABLE: SÍ NO

**CLASE FUNCIONAL NYHA SI INSUFICIENCIA CARDÍACA.***Marcar con 'X' la clase funcional*

I	no limitación de la actividad habitual, disnea de grandes esfuerzos.
II	limitación leve de actividad habitual, disnea a moderados esfuerzos.
III	limitación severa de actividad habitual, disnea a leves esfuerzos, no de reposo.
IV	disnea de reposo

**GRADO DE DISNEA MRC SI EPOC.***Marcar con 'X' el grado de disnea*

0	disnea sólo tras ejercicio extenuante.
I	disnea al caminar por terreno llano a paso ligero ó subiendo pendientes.
II	requiere caminar más despacio de lo habitual ó pararse si anda a su paso habitual por disnea.
III	disnea al caminar pocos minutos por terreno llano.
IV	disnea al mínimo esfuerzo que no le permite salir del domicilio.

**OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA:**

SÍ

NO

*(Rodear con un círculo)***CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ANGINA (Sociedad Cardiovascular Canadiense)**

Clase	Descripción.
<b>I</b>	Actividad física ordinaria (pasear, subir escaleras) no causa angina; ésta es causada por ejercicio extenuante, rápido o prolongado.
<b>II</b>	Limitación leve para la actividad ordinaria. La angina está causada por pasear o subir escaleras rápidamente, cuesta arriba, después de comer, con tiempo frío o ventoso o con estrés emocional o durante las primeras horas después de despertar. El paciente puede pasear más de dos bloques en terreno llano o subir más de un piso de escaleras a paso normal y en condiciones normales sin presentar angina.
<b>III</b>	Limitaciones marcadas para la actividad física ordinaria. La angina puede aparecer al andar una o dos manzanas o subir un piso de escaleras.
<b>IV</b>	Incapacidad para llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física. Ocasionalmente puede aparecer en reposo.

PESO \_\_\_\_\_ kg / TALLA \_\_\_\_\_ cm/

Nº FÁRMACOS QUE TOMA (prescripción crónica en la inclusión) \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO MÉDICO OPTIMIZADO:**

SÍ

NO

*(Rodear con un círculo)*

# ESTUDIO ESCAP

Tabla de fármacos de prescripción crónica en la inclusión.

*Marcar con 'X' y especificar cuáles*

FAMILIA	FÁRMACO(S)
IECA	
ARA II	
BETABLOQUEANTES	
ANTAGONISTAS DE ALDOSTERONA	
DIURÉTICOS DE ASA	
OTROS DIURÉTICOS	
NITRATOS	
ANTAGONISTAS CANALES DE Ca	
ANTICOAGULANTES	HEPARINAS-BPM / ACO
ÁC. ACETIL SALICÍLICO	
CLOPIDOGREL	
ESTATINAS	
DIGOXINA	
OTROS ANTIARRÍTMICOS	
ANTIDIABÉTICOS ORALES	
INSULINA	
AINE	

**REALIZACIÓN DE ANGIOPLASTIA CON STENT:**    **SÍ**                      **NO**                      *(Rodear con un círculo)*

NÚMERO DE CORONARIAS AFECTAS: \_\_\_\_\_ (0 A 3)

GRADO DE ESTENOSIS ANTES Y TRAS PROCEDIMIENTO.

CORONARIA AFECTA	% LESIÓN PRE ACTP	FLUJO TIMI POST ACTP
DESCENDENTE ANTERIOR		
CORONARIA DERECHA		
CIRCUNFLEJA		

NÚMERO DE STENTS COLOCADOS: \_\_\_\_\_

STENTS LIBERADORES DE DROGAS:                      **SÍ**                      **NO**                      *(Rodear con un círculo)*

ACTP EXITOSA:    **SÍ**                      **NO**                      “

*\*ACTP: Angioplastia coronaria transluminal percutánea*

SI CORONARIOGRAFÍA NO TERAPÉUTICA DESCRIBIR LESIONES: \_\_\_\_\_

**INDICE DE CHARLSON.**

*Rodear con círculos las puntuaciones de las enfermedades presentes*

IAM (agudo ó antiguo)	1
ICC	1
Arteriopatía periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
EPOC	1
Enf. del tejido conectivo	1
Úlcus péptico	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes	1
Hemiplejia	2
Insuf. Renal Crónica moderada – severa	2
Diabetes con repercusión órgano diana	2
Cualquier tumor	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Hepatopatía crónica moderada – severa	3
Tumor sólido metastático	6
SIDA	6
<b>TOTAL (suma de puntos)</b>	

**ESTUDIO ESCAP****DATOS FUNCIONALES Y ASISTENCIALES:**

CUESTIONARIO DE PEIFFER

*Anotar nº de errores*

- EN INCLUSIÓN.

PREGUNTA	ACIERTO	ERROR
1. ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, preguntar la dirección)		
5. ¿Qué edad tiene?		
6. ¿Cuándo nació?		
7. ¿Quién es ahora el Presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el Presidente anterior?		
9. ¿Cuál es el primer apellido de su madre?		
10. Reste de 3 en 3 a partir de 20 hasta llegar a cero.		
<b>TOTAL (Número de errores)</b>		

DELIRIUM:

SÍ

NO

*Rodear con círculo*

*Quedan excluidos de la valoración de CALIDAD DE VIDA (SF-36) los pacientes que presenten Delirium o Puntuación en el Test de Pfeiffer superior o igual a 5 errores.*

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

ÉXITUS DURANTE EL INGRESO:

SÍ

NO

*Rodear con círculo*

# ESTUDIO ESCAP

5

EXISTE CUIDADOR: SÍ NO (Rodear con un círculo)

ÍNDICE DE BARTHEL (Actividades Básicas de Vida Diaria)

*Rodear puntuación correspondiente a cada función*

- BASAL: previo al desarrollo de la enfermedad actual.

Funciones	Descripciones	Valoración	SITUACIÓN BASAL
ALIMENTACIÓN	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.	Independiente	10
	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.	Necesita ayuda	5
	Necesita ser alimentado.	Dependiente	0
BAÑO	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.	Independiente	5
	Necesita alguna ayuda.	Dependiente	0
VESTIRSE	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.	Independiente	10
	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
ARREGLARSE	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.	Independiente	5
	Necesita alguna ayuda.	Dependiente	0
DEPOSICIONES	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse supositorio o enema	Independiente	10
	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
MICCIÓN	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar sonda y cambiar bolsa de orina	Contiente	10
	Tiene incontinencia ocasional o no da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.	Incontinencia ocasional	5
		Incontiente	0
USAR EL RETRETE	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.	Independiente	10
	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, y de volver de la cama al sillón.	Independiente	15
	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos	Mínima ayuda	10
	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.	Gran ayuda	5
		Dependiente	0
DEAMBULAR	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.	Independiente	15
	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.	Necesita ayuda	10
	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)	En silla de ruedas	5
	Camina menos de 50 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.	Dependiente	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla	Independiente	10
	Necesita ayuda física o verbal	Necesita ayuda	5
		Dependiente	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (sumando las de cada función; máximo posible: 100)</b>			

## ESTUDIO ESCAP

<b>CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 SOBRE CALIDAD DE VIDA (puntuación BASAL) <i>Rodear con un círculo lo que proceda</i></b>											
<b>1. En general, usted diría que su salud es:</b>	Excelente	1	Muy buena	2	Buena	3	Regular	4	Mala	5	
<b>2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:</b>	Mucho mejor ahora que hace un año	1	Algo mejor ahora que hace un año	2	Más o menos igual que hace un año	3	Algo peor ahora que hace un año	4	Mucho peor ahora que hace un año	5	
<b>Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.</b>											
<b>3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?</b>											
a Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
b Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
d Subir varios pisos por la escalera.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
e Subir un sólo piso por la escalera.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
f Agacharse o arrodillarse.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
g Caminar un kilómetro o más.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
h Caminar varios centenares de metros.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
i Caminar unos 100 metros.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
<b>4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</b>											
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
b ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
c ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
d ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
<b>5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia 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)?</b>											
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
b ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
<b>6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?</b>											
Nada	1	Un poco	2	Regular	3	Bastante	4	Mucho	5		
<b>7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?</b>											
No, ninguno	1	Sí, muy poco	2	Sí, un poco	3	Sí, moderado	4	Sí, mucho	5	Sí, muchísimo	6
<b>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)?</b>											
Nada	1	Un poco	2	Regular	3	Bastante	4	Mucho	5		
<b>9. 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 últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...</b>											
a se sintió lleno de vitalidad?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
b estuvo muy nervioso?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
d se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
e tuvo mucha energía?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
f se sintió desanimado y deprimido?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
g se sintió agotado?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
h se sintió feliz?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
i se sintió cansado?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
<b>10. 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)?</b>											
Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5		
<b>11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:</b>											
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	
b Estoy tan sano como cualquiera	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	
c Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	
d Mi salud es excelente	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	



<b>CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 SOBRE CALIDAD DE VIDA (puntuación AL AÑO)</b> <i>Rodear con un círculo lo que proceda</i>											
<b>1. En general, usted diría que su salud es:</b>	Excelente	1	Muy buena	2	Buena	3	Regular	4	Mala	5	
<b>2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:</b>	Mucho mejor ahora que hace un año	1	Algo mejor ahora que hace un año	2	Más o menos igual que hace un año	3	Algo peor ahora que hace un año	4	Mucho peor ahora que hace un año	5	
<b>Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.</b>											
<b>3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?</b>											
a Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
b Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
d Subir varios pisos por la escalera.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
e Subir un sólo piso por la escalera.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
f Agacharse o arrodillarse.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
g Caminar un kilómetro o más.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
h Caminar varios centenares de metros.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
i Caminar unos 100 metros.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	Sí, me limita mucho	1	Sí, me limita un poco	2	No, no me limita	3					
<b>4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</b>											
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
b ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
c ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
d ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
<b>5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia 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)?</b>											
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
b ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
<b>6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?</b>											
Nada	1	Un poco	2	Regular	3	Bastante	4	Mucho	5		
<b>7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?</b>											
No, ninguno	1	Sí, muy poco	2	Sí, un poco	3	Sí, moderado	4	Sí, mucho	5	Sí, muchísimo	6
<b>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)?</b>											
Nada	1	Un poco	2	Regular	3	Bastante	4	Mucho	5		
<b>9. 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 últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...</b>											
a se sintió lleno de vitalidad?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
b estuvo muy nervioso?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
d se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
e tuvo mucha energía?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
f se sintió desanimado y deprimido?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
g se sintió agotado?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
h se sintió feliz?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
i se sintió cansado?	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5	
<b>10. 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)?</b>											
Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Sólo alguna vez	4	Nunca	5		
<b>11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:</b>											
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	
b Estoy tan sano como cualquiera	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	
c Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	
d Mi salud es excelente	Totalmente cierta	1	Bastante cierta	2	No lo sé	3	Bastante falsa	4	Totalmente falsa	5	



# ESTUDIO ESCAP

## CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ANGINA (Sociedad Cardiovascular Canadiense)

<b>Clase</b>	<b>Descripción.</b>
<b>I</b>	Actividad física ordinaria (pasear, subir escaleras) no causa angina; ésta es causada por ejercicio extenuante, rápido o prolongado.
<b>II</b>	Limitación leve para la actividad ordinaria. La angina está causada por pasear o subir escaleras rápidamente, cuesta arriba, después de comer, con tiempo frío o ventoso o con estrés emocional o durante las primeras horas después de despertar. El paciente puede pasear más de dos bloques en terreno llano o subir más de un piso de escaleras a paso normal y en condiciones normales sin presentar angina.
<b>III</b>	Limitaciones marcadas para la actividad física ordinaria. La angina puede aparecer al andar una o dos manzanas o subir un piso de escaleras.
<b>IV</b>	Incapacidad para llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física. Ocasionalmente puede aparecer en reposo.