

**1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de las  
Enfermedades Crónicas No Transmisibles  
URUGUAY**

**Información sobre la encuesta**

Sitio y fecha		Respuesta	Código
1	Código de manzana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1
2	Nombre de localidad		2
3	Código de localidad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3
4	Identificación del entrevistador	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4
5	Fecha en que fue rellenado el instrumento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	5

Número de identificación del entrevistado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Consentimiento, Entrevista, Idioma y Nombre		Respuesta	Código
6	Se ha leído el consentimiento al entrevistado	Sí 1 No 2 <b>Si NO, leer el consentimiento</b>	6
7	Se ha obtenido el consentimiento (escrito)	Sí 1 No 2 <b>Si NO, terminar la entrevista</b>	7
8	Hora de la entrevista (0-24 horas)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas minutos	9
9	Apellido		10
10	Nombre		I11
<b>Información adicional que podría ser útil</b>			
11	Número de teléfono de contacto (cuando sea posible)		I12
12	Especificar de qué teléfono se trata	Trabajo 1 Casa 2 Vecino 3 Otro 4	I13
13	Dirección de la vivienda		I14

La información contenida en I6 hasta I14 debe guardarse separada del instrumento, ya que contiene información confidencial.

## Step 1

Información demográfica			
Pregunta		Respuesta	Código
14	Sexo (Indique hombre o mujer según observe)	Hombre 1 Mujer 2	C1
15	¿Cuál es su fecha de nacimiento? <i>No Sabe 77 77 7777</i>	____ ____ ____ ____ Día Mes Año Si NO SABE, saltar a C3	C2
16	¿Qué edad tiene usted?	Años ____	C3
17	¿En el momento actual, está usted?	Soltero/a 1 Casado/a 2 Viviendo en pareja 3 Viudo/a 4 Separado o divorciado/a 5	C5a
18	En total, ¿durante cuántos años estuvo estudiando (sin tener en cuenta la etapa preescolar)?	Años ____	C4
19	¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?	Sin escolaridad formal 1 Escuela primaria incompleta 2 Escuela primaria completa 3 Secundaria (ciclo básico) 4 Estudios preuniversitarios (bachillerato UTU) 5 Estudios universitarios (incluye magisterio o profesorado) 6 Estudios de postgrado 7 Rehúsa 8	C6
20	¿Sabe Usted leer y escribir?	Sí 1 No 2	C6a
21	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad laboral principal en los últimos 12 meses?	Empleado(a) del sector público 1 Empleado(a) en el sector privado 2 Trabajador(a) independiente 3 No remunerado(a) 4 Estudiante 5 Amo(a) de casa 6 Jubilado(a) 7 Desempleado (a) (puede trabajar) 8 Desempleado(a) (no puede trabajar) 9 Multiempleo 10 Rehúsa 88	C7

Número de identificación del entrevistado   

22	¿Cuántas personas <u>mayores de 18 años</u> , incluyéndolo a usted, constituyen su hogar?	Número de personas <input type="text"/> <input type="text"/>	C8
23	¿Puede darnos una <b>estimación</b> de los ingresos mensuales del hogar si le leo algunas opciones?  [LEER LAS OPCIONES]	<div>≤ \$ 7 000    1</div> <div>Más de \$ 7 000, ≤ \$ 10 000    2</div> <div>Más de \$ 10 000, ≤ \$ 15 000    3</div> <div>Más de \$ 15 000, ≤ \$ 20 000    4</div> <div>Más de \$ 20 000    5</div> <div>No Sabe    7</div> <div>Rehúsa    8</div>	X1

## Step 1 Mediciones del comportamiento

### Consumo de tabaco

Ahora le haré preguntas sobre algunos comportamientos relacionados con la salud, como fumar, beber alcohol, comer frutas y verduras así como practicar actividades físicas. Empecemos por el tabaco.

Pregunta	Respuesta	Código
24 ¿Fuma usted actualmente algún <b>producto de tabaco</b> , como cigarrillos, puros o pipas?	Sí 1 No 2 Si No, saltar a T6	T1
25 <b>Si la respuesta es Sí,</b> ¿Fuma usted <b>a diario</b> ?	Sí 1 No 2 Si No, saltar a T6	T2
26 ¿A que edad <b>comenzó</b> usted <b>a fumar</b> a diario?	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si recuerda, saltar a T5a No recuerda 777	T3
27 ¿Recuerda <b>cuanto tiempo</b> hace que fuma a diario?  (MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3)  No recuerda 777	En Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T5a  O en meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T5a  O en semanas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T4a T4b T4c
28 En promedio, ¿ <b>cuántos</b> de los siguientes productos fuma al día?  <b><u>RELLENAR PARA CADA TIPO</u></b>  No recuerda 777  <b><u>Luego, saltar a T13</u></b>	Cigarrillos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tabaco de enrollar ( armados) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pipas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Habanos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Otro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si otro, saltar a T5 other Otro (especificar): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T5a T5b T5c T5d T5e T5other
29 En el pasado, ¿fumó usted <b>a diario</b> ?	Sí 1 No 2 Si No, saltar a T13	T6
30 <b>Si la respuesta es Sí,</b> ¿Qué edad tenía cuando <b>dejó</b> de fumar <b>a diario</b> ?	Edad (años) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T13 No recuerda 777	T7

31	<p><b>¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar a diario?</b></p> <p>(MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3)</p> <p>No recuerda 777</p>	<p>Años atrás <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T13</p> <p>O meses atrás <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo sabe, saltar a T13</p> <p>O semanas atrás <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>T8a</p> <p>T8b</p> <p>T8c</p>
32	<p>Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días fumó alguien en su casa cuando Ud. estaba presente?</p>	<p>0 días 1</p> <p>1 a 2 días 2</p> <p>3 a 4 días 3</p> <p>5 a 6 días 4</p> <p>7 días 5</p>	<p>T13</p>
33	<p>Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo (en el edificio, en la estación de trabajo o una oficina en específico) cuando Ud. estaba presente?</p>	<p>0 días 1</p> <p>1 a 2 días 2</p> <p>3 a 4 días 3</p> <p>5 a 6 días 4</p> <p>7 días 5</p> <p>No trabajo en un espacio cerrado 6</p> <p>No Sabe 7</p>	<p>T14</p>
34	<p>Antes del decreto del 1º de marzo, en una semana típica ¿Cuántos días fumó alguien en espacios cerrados en su lugar de trabajo (en el edificio, en la estación de trabajo o una oficina en específico) cuando Ud. estaba presente?</p>	<p>0 días 1</p> <p>1 a 2 días 2</p> <p>3 a 4 días 3</p> <p>5 a 6 días 4</p> <p>7 días 5</p> <p>No trabajo en un espacio cerrado 6</p> <p>No Sabe 7</p>	<p>X2</p>

Consumo de alcohol			
Pregunta	Respuesta	Código	
35	¿Ha <b>consumido</b> alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] en los <u>últimos 12 meses</u> ? (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE EJEMPLOS)	Sí    1 No    2    Si No, saltar a D1	A1
36	Durante los últimos 12 meses, ¿ <b>con qué frecuencia</b> ha tomado al menos una bebida alcohólica? (LEER LAS RESPUESTAS)	A diario    1 5-6 días a la semana    2 1-4 días a la semana    3 1-3 días al mes    4 Menos de una vez al mes    5	A2
37	Cuando bebe alcohol, ¿cuántos vasos suele tomar, en promedio, al día?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	A3
38	¿Ha <b>consumido</b> alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] en los <u>últimos 30 días</u> ?	Sí    1 No    2    Si No, saltar a D1	A4
39	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) ha tomado cada día?	Lunes <input type="text"/> <input type="text"/>	A5a
		Martes <input type="text"/> <input type="text"/>	A5b
		Miércoles <input type="text"/> <input type="text"/>	A5c
		Jueves <input type="text"/> <input type="text"/>	A5d
		Viernes <input type="text"/> <input type="text"/>	A5e
		Sábado <input type="text"/> <input type="text"/>	A5f
		Domingo <input type="text"/> <input type="text"/>	A5g

Dieta																										
<p>Ahora le haré unas preguntas sobre los alimentos y preparaciones que suele consumir. Tengo una hoja que muestra ejemplos de alimentos y preparaciones locales. Por favor cuando conteste a estas preguntas trate de recordar lo que consumió en una semana típica de los últimos 12 meses.</p>																										
Pregunta	Respuesta	Código																								
40 En una semana típica, ¿cuántos días <b>come usted frutas?</b> (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si ningún día, saltar a D3 No Sabe 77	D1																								
41 ¿Cuántas <b>porciones</b> de frutas come en uno de esos días? <b>Explicar qué es porción</b> (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D2																								
42 En una semana típica, ¿Cuántos días <b>come usted verduras y hortalizas?</b> <b>Excepto papa, boniato y mandioca</b> (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número de días <input type="text"/> <input type="text"/> Si ningún día, saltar a D5 No Sabe 77	D3																								
43 ¿Cuántas <b>porciones</b> de verduras y hortalizas come en uno de esos días? <b>Explicar qué es porción</b> (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número de porciones <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	D4																								
44 ¿Qué tipo de <b>aceite o grasa se utiliza generalmente</b> en su casa para preparar la comida? <b>Marque la respuesta adecuada, ESCOJA SOLAMENTE UN TIPO</b>	<table border="0"> <tr> <td>Aceite vegetal</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grasa</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Manteca</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Margarina</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>5</td> <td>Si Otro, saltar a D5 other</td> </tr> <tr> <td>Ninguno en particular</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No uso ninguno</td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>77</td> <td></td> </tr> </table>	Aceite vegetal	1		Grasa	2		Manteca	3		Margarina	4		Otro	5	Si Otro, saltar a D5 other	Ninguno en particular	6		No uso ninguno	7		No sabe	77		D5
Aceite vegetal	1																									
Grasa	2																									
Manteca	3																									
Margarina	4																									
Otro	5	Si Otro, saltar a D5 other																								
Ninguno en particular	6																									
No uso ninguno	7																									
No sabe	77																									
	Otro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D5other																								
45 En una semana típica, ¿Cuántos días come comidas no preparadas en su hogar y/o listas para consumir? Ej. comidas congeladas, pizza, chivitos, empanadas o similares (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X3																								
46 En una semana típica, ¿Cuántos días consume preparaciones fritas? Ej: papas fritas, milanesas, tortillas (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X4																								
47 En una semana típica, ¿Cuántos días consume uno o más de éstos productos: bizcochos, galletitas dulces o saladas, alfajores? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X5																								

Número de identificación del entrevistado

48	En una semana típica, ¿Cuántos días bebe refrescos comunes o jugos con azúcar?  (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X6
49	En una semana típica, ¿Cuántos días consume pescado?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X7
50	¿Consume mate?	Sí 1 No 2 Si no consume, saltar a X10	X8
51	En una semana típica, ¿Cuántos días consume mate?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X9
52	¿Agrega alguno de estos condimentos <b><u>después de preparada</u></b> la comida?  (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	Sí 1 No 2	X10
53	En una semana típica, ¿cuántos días consume fiambre y/o embutidos?	Número <input type="text"/> <input type="text"/> No Sabe 77	X11



**Actividad física NO OMITIR INTRODUCCIONES**

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.

Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, ya se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de realizar las tareas de su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo. En estas preguntas, las "**actividades físicas intensas**" se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "**actividades físicas de intensidad moderada**" son aquellas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.

Pregunta	Respuesta	Código
<b>En el trabajo</b>		
54 ¿Exige su trabajo una <b>actividad física intensa</b> que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como [levantar pesos, cavar o trabajos de construcción] durante al menos 10 minutos consecutivos? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	<div>Si 1</div> <div>No 2 Si No, saltar a P 4</div>	P1
55 En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted <b>actividades físicas intensas</b> en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P2
56 En uno de esos días en los que realiza <b>actividades físicas intensas</b> , ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<div>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></div> <div>hrs mins</div>	P3 (a-b)
57 ¿Exige su trabajo una <b>actividad de intensidad moderada</b> que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa [o transportar pesos ligeros] durante al menos 10 minutos consecutivos? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	<div>Si 1</div> <div>No 2 Si No, saltar a P7</div>	P4
58 En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted <b>actividades de intensidad moderada</b> en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P5
59 En uno de esos días en los que realiza <b>actividades físicas de intensidad moderada</b> , ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<div>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></div> <div>hrs mins</div>	P6 (a-b)

**Para desplazarse NO OMITIR INTRODUCCIÓN**

En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al almacén *[insertar otros ejemplos si es necesario]*

60	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	<p>Si 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 10</p>	P7
61	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días <input type="text"/>	P8
62	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P9 (a-b)

**En el tiempo libre NO OMITIR INTRODUCCIÓN**

Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, gimnasia u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre *[inserte otros ejemplos si llega el caso]*.

63	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/gimnasia intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como <i>[jugar al fútbol]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos? (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	<p>Si 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P 13</p>	P10
64	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/gimnasia intensos en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P11
65	En uno de esos días en los que practica deportes/gimnasia intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P12 (a-b)
66	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, andar en bicicleta, nadar, jugar al volleyball durante al menos 10 minutos consecutivos?  (UTILIZAR LA CARTILLA DE EJEMPLOS)	<p>Si 1</p> <p>No 2 Si No, saltar a P16</p>	P13
67	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P14
68	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P15 (a-b)

**Comportamiento sedentario NO OMITIR INTRODUCCIÓN**

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en omnibús o en auto, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.

[INSERTAR EJEMPLOS]

69	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)
----	------------------------------------------------------------------	-----------------	---------------------------------------------------------	--------------

**Antecedentes de presión arterial elevada**

Pregunta	Respuesta	Código
70	¿Le ha medido la presión arterial un profesional de la salud? Si 1 No 2	H1a
71	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted hipertensión arterial? Si 1 No 2 saltar a H6a	H2a
72	<b>Si la respuesta anterior fue Si</b> ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses? Si 1 No 2	H2b
73	¿Recibe actualmente alguno de los tratamientos o de los consejos indicados a continuación, prescrito por un médico u otro profesional de la salud, por tener hipertensión arterial o la presión arterial elevada? (VALORAR SI SE LE PIDE QUE MUESTRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA)	
Medicamentos tomados durante las últimas dos semanas	Si 1 No 2	H3a
Dieta especial por prescripción médica	Si 1 No 2	H3b
Consejo o tratamiento para perder peso	Si 1 No 2	H3c
Consejo o tratamiento para dejar de fumar	Si 1 No 2	H3d
Consejo para hacer más ejercicio	Si 1 No 2	H3e
74	Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún curandero o yuero debido a ese problema de presión alta o hipertensión? Si 1 No 2	H4
75	¿Está tomando algún medicamento no tradicional o a base de hierbas para su presión arterial alta? Si 1 No 2	H5

Antecedentes de diabetes			
Pregunta	Respuesta	Código	
76	¿Le han medido el azúcar en la sangre?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H6a
77	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted Diabetes?	<div>Sí 1</div> <div>No 2 saltar a L1a</div>	H7a
78	<b>Si la respuesta anterior fue Si</b> ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H7b
79	Solamente mujeres que cursaron embarazos: ¿Durante el(los) embarazo(s), alguna vez presentó diabetes o azúcar en la sangre?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	X12
80	¿Recibe actualmente alguno de los tratamientos o de los consejos indicados a continuación, prescrito por un médico u otro profesional de la salud, por tener diabetes? (VALORAR SI SE LE PIDE QUE MUESTRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA)		
	Insulina	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H8a
	Tratamiento oral (medicación) tomada durante las últimas 2 semanas	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H8b
	Dieta especial por prescripción médica	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H8c
	Consejo o tratamiento para perder peso	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H8d
	Consejo o tratamiento para dejar de fumar	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H8e
	Consejo para hacer más ejercicio	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H8f
81	Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún curandero o yuyero debido a ese problema de diabetes?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H9
82	¿Está tomando algún medicamento no tradicional o a base de hierbas para su diabetes?	<div>Sí 1</div> <div>No 2</div>	H10

**Antecedentes de colesterol total elevado**

Pregunta		Respuesta	Código
83	¿Le han medido el colesterol?	Sí 1 No 2	L1a
84	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted colesterol elevado?	Sí 1 No 2 saltar a X13	L2a
85	<b>Si la respuesta anterior fue Sí</b> ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	L2b
86	¿Recibe actualmente alguno de los tratamientos o de los consejos indicados a continuación, prescrito por un médico u otro profesional de la salud, por tener colesterol total elevado? (VALORAR SI SE LE PIDE QUE MUESTRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA)		
	Tratamiento oral (medicación) tomado durante las últimas 2 semanas	Sí 1 No 2	L3a
	Dieta especial por prescripción médica	Sí 1 No 2	L3b
	Consejo o tratamiento para perder peso	Sí 1 No 2	L3c
	Consejo o tratamiento para dejar de fumar	Sí 1 No 2	L3d
	Consejo para hacer más ejercicio	Sí 1 No 2	L3e
87	Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún curandero o yuyero debido a ese problema de colesterol elevado?	Sí 1 No 2	L4
88	¿Está tomando algún medicamento no tradicional o a base de hierbas para su colesterol elevado?	Sí 1 No 2	L5

47

**Antecedentes de insuficiencia renal crónica (no omitir explicación)**

Pregunta		Respuesta	Código
89	¿Le han medido la creatinina?	Sí 1 No 2 saltar a F1a No sabe 7	X13
90	¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted insuficiencia renal crónica?	Sí 1 No 2	X14
91	<b>Si la respuesta anterior fue Sí</b> ¿Le dijeron eso en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	X15

Historia familiar		
Pregunta	Respuesta	Código
92	¿Alguno de los miembros de su familia ( <b>abuelos, padres, hermanos y hermanas</b> ) ha sido diagnosticado con las siguientes enfermedades? <b>CONSANGUÍNEOS</b>	
	Diabetes o azúcar en la sangre	
	Sí 1	F1a
	No 2	
	Presión elevada	
	Sí 1	F1b
	No 2	
	Derrame cerebral	
	Sí 1	F1c
	No 2	
	Cáncer o tumor maligno	
	Sí 1	F1d
	No 2	
	Colesterol alto	
	Sí 1	F1e
	No 2	
	Infarto cardíaco	
	Sí 1	F1f
	No 2	
93	¿Alguno de los miembros de su familia ( <b>abuelos, padres, hermanos y hermanas</b> ) ha estado en tratamiento de diálisis renal o ha recibido un trasplante renal?	
	Sí 1	X16
	No 2	

## Step 2 Mediciones Físicas

Estatura y peso		Respuesta	Código
94	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M1
95	Códigos de identificación de los aparatos para medir la estatura y el peso	Estatura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M2a
		Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M2b
96	Estatura	en Centímetros (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	M3
97	Peso <i>Si pesa demasiado para la báscula, usar código 666.6</i>	en Kilogramos (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	M4
98	( <b>Sólo mujeres</b> ) ¿Está usted embarazada?	<div> Si 1 Si Si, saltar a M8 </div> <div> No 2 </div>	M5
<b>Perímetro de cintura</b>			
99	Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M6
100	Perímetro de cintura	en Centímetros (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	M7
<b>Presión arterial</b>			
101	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M8
102	Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M9
103	Tamaño del brazalete utilizado	Pequeño 1 Mediano 2 Grande 3	M10
104	Lectura 1	Sistólica ( mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M11a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M11b
105	Lectura 2	Sistólica ( mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M12a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M12b
106	Lectura 3	Sistólica ( mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M13a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M13b
107	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud por tener la tensión elevada?	Si 1	M14
		No 2	

## Step 3

## Mediciones bioquímicas

Glucemia		Respuesta		Código
108	Durante las últimas 12 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Sí	1	B1
		No	2	
109	Código de identificación del entrevistador		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B2
110	Código de identificación del aparato		<input type="text"/> <input type="text"/>	B3
111	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hrs mins	B4
112	Glucemia en ayunas	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B5

## Lípidos en la sangre

113	Código de identificación del aparato		<input type="text"/> <input type="text"/>	B6
114	Colesterol total	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B7

## Triglicéridos, colesterol HDL y creatininema

115	Triglicéridos	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B8
116	Colesterol HDL	mmol/l	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	B9
117	Creatininema	mg/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	X17