

Instrumento STEPS

(Principal y Ampliada)



El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Para más información: www.who.int/chp/steps



Organización
Mundial de la Salud

Instrumento STEPS

Visión general

Introducción

Este es el instrumento STEPS estándar que los países/sitios utilizarán para desarrollar su propio instrumento. Contiene :

- Las secciones principales (las casillas con fondo blanco)
- Las secciones ampliadas (las casillas con fondo gris).

Secciones principales

Los módulos principales para cada sección contienen preguntas necesarias para calcular variables fundamentales. Por ejemplo :

- Fumadores actuales a diario
- IMC medio.

Nota: Conviene hacer todas las preguntas de las secciones principales. Omitir algunas puede tener consecuencias sobre el análisis.

Secciones ampliadas

Las preguntas de las secciones ampliadas permiten obtener más detalles. Conviene incluirlas en su cuestionario si quiere centrarse más especialmente en un elemento, por ejemplo:

- El consumo de tabaco sin humo
- Comportamiento sedentario.

Guía para las columnas

La tabla que se encuentra a continuación constituye una guía rápida para cada una de las columnas del cuestionario.

Columna	Descripción	Adaptación
Número	El número de referencia de cada pregunta existe para ayudar a los entrevistadores a ubicarse en caso de interrupción.	Numere cronológicamente las preguntas una vez que haya finalizado el contenido.
Pregunta	Hay que leer cada pregunta a los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccione las secciones que se han de utilizar. • Añade las preguntas de la sección ampliada u opcional que desee.
Respuesta	Esta columna establece una lista de las opciones de respuesta existentes, que el entrevistador rodeará o para las que rellenará las casillas de texto. Las instrucciones para los saltos se encuentran a la derecha de las respuestas y hay que seguirlas detenidamente cuando se hacen las entrevistas.	<ul style="list-style-type: none"> • Añade las respuestas específicas a su zona para las preguntas demográficas (por ejemplo C6). • En las indicaciones de salto, cambie los códigos por el número de la pregunta.
Código	Esta columna se creó para que los datos del instrumento correspondan con los de la herramienta de entrada de datos, de la sintaxis del análisis, del Manual de datos y de la Hoja de datos.	El código no se debe cambiar o quitar. Se utiliza como identificador general para la entrada y el análisis de datos.



Instrumento STEPS

para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas

<insertar nombre del país/sitio>

Información sobre la encuesta

Sitio y fecha		Respuesta	Código
1	Código del conglomerado/centro/ pueblo		I1
2	Nombre del conglomerado/centro/ pueblo	<input type="text"/>	I2
3	Identificación del entrevistador	<input type="text"/>	I3
4	Fecha en que el instrumento fue rellenado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	I4

Consentimiento, Entrevista, Idioma y Nombre		Respuesta	Código
Número de identificación del entrevistado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
5	Se le ha leído y obtenido el consentimiento al entrevistado	SÍ 1 No 2 Si NO, TERMINE	I5
6	Idioma de la entrevista [Insertar el idioma]	Español 1 [Añadir otras] 2 [Añadir otras] 3 [Añadir otras] 4	I6
7	Hora de la entrevista (0-24 horas)	<input type="text"/> : <input type="text"/> horas minutos	I7
8	Apellido		I8
9	Nombre		I9
Información adicional que podría ser útil			
10	Número de teléfono de contacto (cuando sea posible)		I10

La información contenida en I5 hasta I10 debe guardarse separada del cuestionario, ya que contiene información confidencial.

AMPLIADA: Consumo de tabaco			
Pregunta		Respuesta	Código
27	En el pasado, ¿Hubo alguna vez que fumó diariamente?	Sí 1	T6
		No 2 Si No, Saltar a T9	
28	¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario?	Edad (años)	T7
		No Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo Sabe, Saltar a T9	
29	¿Hace cuánto tiempo que dejó de fumar a diario? (MARCAR SOLAMENTE 1, NO LOS 3) No Sabe 77	Años atrás <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo Sabe, Saltar a T9	T8a
		O Meses atrás <input type="text"/> <input type="text"/> Si lo Sabe, Saltar a T9	T8b
		O Semanas atrás <input type="text"/> <input type="text"/>	T8c
30	¿Consume actualmente algún tipo de tabaco que no emite humo [rapé, tabaco de mascar, betel]? (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)	Sí 1	T9
		No 2 Si No, Saltar a T12	
31	¿Consume actualmente y diariamente productos de tabaco que no emiten humo?	Sí 1	T10
		No 2 Si No, Saltar a T12	
32	En promedio, ¿cuántas veces al día consume....? (RELLENAR PARA CADA TIPO, UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES) No Sabe 77	Rapé, vía oral <input type="text"/> <input type="text"/>	T11a
		Rapé, vía nasal <input type="text"/> <input type="text"/>	T11b
		Tabaco de mascar <input type="text"/> <input type="text"/>	T11c
		Betel, bolo <input type="text"/> <input type="text"/>	T11d
		Otro <input type="text"/> <input type="text"/> Si Otro, saltar a T11other, si no, saltar a T13	T11e
		Otro (especificar) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saltar a T13	T11other
33	En el pasado, ¿alguna vez usó tabaco que no emite humo como [rapé, tabaco de mascar, betel] diariamente?	Sí 1	T12
		No 2	
34	Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	Número de días No sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	T13
35	Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien quien fumó en un lugar cerrado en su trabajo (en el edificio, en una área de trabajo, en una oficina específica) y en su presencia?	Número de días No sabe o no trabaja En un lugar cerrado 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	T14

SECCIÓN PRINCIPAL: Consumo de alcohol			
Las siguientes preguntas se centran en el consumo de alcohol.			
Pregunta	Respuesta		Código
36	¿ Alguna vez ha consumido alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, aguardiente, sidra o <i>[añadir ejemplos locales]</i> ? <i>(UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES O MOSTRAR EJEMPLOS)</i>	Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a D1</i>	A1a
37	¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los últimos 12 meses ?	Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a D1</i>	A1b
38	Durante los últimos 12 meses, ¿ con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica? <i>(LEER LAS RESPUESTAS)</i> <i>(UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i>	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
39	¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los últimos 30 días ?	Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a D1</i>	A3
40	¿Durante los últimos 30 días, en cuantas ocasiones tomo por los menos una bebida alcohólica?	Número No sabe 77 <input type="text"/>	A4
41	¿Durante los últimos 30 días, cuando tomó bebidas alcohólicas, por medio , cuantos tragos estándar se tomó durante una ocasión? <i>(UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i>	Número No sabe 77 <input type="text"/>	A5
42	¿Durante los últimos 30 días, cual fue el número mayor de tragos alcohólicas estándar que se tomó en solo una ocasión, teniendo en cuenta diferentes tipos de bebidas alcohólicas?	Número mas grande No sabe 77 <input type="text"/>	A6
43	¿Durante los últimos 30 días, cuantas tuvo para hombres: cinco o mas para mujeres: cuatro o mas número de bebidas alcohólicas estándar en una sola ocasión?	Número de veces No sabe 77 <input type="text"/>	A7

AMPLIADA: Consumo de alcohol			
Pregunta	Respuesta		Código
44	¿Durante los últimos 30 días, cuando consumió una bebida alcohólica, con que frecuencia fue con comida? Por favor no cuente bocadillos.	Usualmente con comidas 1 A veces con comida 2 Alguna veces con comida 3 Nunca con comida 4	A8
45	Durante cada uno de los últimos 7 días , ¿cuántos vasos estándar (de cualquier bebida alcohólica) se tomó cada día? <i>(RELLENAR PARA CADA DÍA, UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i> <i>No Sabe 77</i>	Lunes <input type="text"/>	A9a
		Martes <input type="text"/>	A9b
		Miércoles <input type="text"/>	A9c
		Jueves <input type="text"/>	A9d
		Viernes <input type="text"/>	A9e
		Sábado <input type="text"/>	A9f
		Domingo <input type="text"/>	A9g

SECCIÓN PRINCIPAL: Dieta			
<p>Ahora le haré unas preguntas sobre las frutas y las verduras que suele consumir. Tengo una cartilla nutricional que muestra ejemplos de frutas y verduras locales. Cada imagen representa el tamaño de una porción. Por favor cuando responda a estas preguntas trate de recordar lo que consumió en una semana típica del año pasado.</p>			
Pregunta	Respuesta		Código
46	En una semana típica, ¿Cuántos días come usted frutas? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)	Número de días No Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si ningún día, Saltar a D3</i>	D1
47	¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)	Número de porciones No Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D2
48	En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)	Número de días No Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si ningún día, Saltar a D5</i>	D3
49	¿Cuántas porciones de verduras come en uno de esos días? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES)	Número de porciones No Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D4

AMPLIADA: Dieta																											
50	¿Qué tipo de aceite o grasa se utiliza generalmente en su casa para preparar la comida? (UTILIZAR LA CARTILLA DE IMÁGENES) (ESCOJA SOLAMENTE UN TIPO)	<table border="0"> <tr><td>Aceite vegetal</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>Manteca de animal</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Mantequilla</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><i>Si Otro, Saltar a D5other</i></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		Manteca de animal	2		Mantequilla	3		Margarina	4		Otro	5	<i>Si Otro, Saltar a D5other</i>	Ninguno en particular	6		No uso ninguno	7		No sabe	77		D5
Aceite vegetal	1																										
Manteca de animal	2																										
Mantequilla	3																										
Margarina	4																										
Otro	5	<i>Si Otro, Saltar a D5other</i>																									
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																								
51	¿Por medio, cuantas comidas por semana como algo que no fue preparado en casa? Comidas implica desayuno, almuerzo y cena.	Número No Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D6																								

SECCIÓN PRINCIPAL: Actividad física			
<p>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.</p> <p>Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo <i>[inserte otros ejemplos si es necesario]</i>. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas 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 aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.</p>			
Pregunta		Respuesta	Código
En el trabajo			
52	<p>¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como <i>[levantar pesos, cavar o trabajos de construcción]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a P4</i></p>	P1
53	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P2
54	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P3 (a-b)
55	<p>¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa <i>[o transportar pesos ligeros]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos?</p> <p><i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i></p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a P7</i></p>	P4
56	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P5
57	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P6 (a-b)
Para desplazarse			
<p>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 mercado, al lugar de culto <i>[insertar otros ejemplos si es necesario]</i></p>			
58	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	<p>Sí 1</p> <p>No 2 <i>Si No, Saltar a P10</i></p>	P7
59	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
60	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P9 (a-b)

SECCIÓN PRINCIPAL: Actividad física (en el tiempo libre) sigue.			
Pregunta		Respuesta	Código
En el tiempo libre			
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, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre <i>[inserte otros ejemplos si llega el caso]</i> .			
61	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como <i>[correr, jugar al fútbol]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos? <i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i>	Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a P13</i>	P10
62	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P11
63	En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P12 (a-b)
64	¿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, <i>[ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball]</i> durante al menos 10 minutos consecutivos? <i>(INSERTAR EJEMPLOS Y UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i>	Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a P16</i>	P13
65	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días <input type="text"/>	P14
66	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P15 (a-b)

AMPLIADA: Actividad Física			
Comportamiento sedentario			
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 <i>[ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión]</i> , pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo. <i>[INSERTAR EJEMPLOS] (UTILIZAR LAS CARTILLAS DE IMÁGENES)</i>			
67	¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)

SECCIÓN PRINCIPAL: Antecedentes de tensión arterial elevada			
Pregunta		Respuesta	Código
68	¿Alguna vez le han medido la presión por un doctor o cualquier otro profesional de salud?	Sí 1	H1
		No 2 <i>Si No, Saltar a H6</i>	
69	¿Alguna vez le ha dicho un doctor u otro profesional de la salud que tiene presión alta, o hipertensión?	Sí 1	H2a
		No 2 <i>Si No, Saltar a H6</i>	
70	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	Sí 1	H2b
		No 2	

AMPLIADA: Antecedentes de tensión arterial elevada			
¿Esta actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes tratamientos para la presión alta recetado por un medico o profesional de salud?			
71	Medicamentos que ha tomado durante las últimas dos semanas	Sí 1	H3a
		No 2	
	Consejo para reducir consumo de sal	Sí 1	H3b
		No 2	
	Consejo o tratamiento para perder peso	Sí 1	H3c
		No 2	
	Consejo o tratamiento para dejar de fumar	Sí 1	H3d
		No 2	
	Consejo para hacer más ejercicio	Sí 1	H3e
		No 2	
72	¿Alguna vez ha visitado algún curandero debido al problema de presión alta o hipertensión?	Sí 1	H4
		No 2	
73	¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas para la presión alta?	Sí 1	H5
		No 2	

SECCIÓN PRINCIPAL: Antecedentes de tensión arterial elevada		
Pregunta	Respuesta	Código
74	¿Alguna vez le han medido la glucosa en la sangre por un doctor o profesional de salud? Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a M1</i>	H6
75	¿Alguna vez le ha dicho un doctor u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa en la sangre es alto? Sí 1 No 2 <i>Si No, Saltar a M1</i>	H7a
76	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses? Sí 1 No 2	H7b

AMPLIADA: Antecedentes de la diabetes			
Pregunta	Respuesta	Código	
	¿Esta actualmente recibiendo cualquiera de los siguientes tratamientos para la presión alta recetado por un medico o profesional de salud?		
77	Insulina	Sí 1	H8a
		No 2	
	Medicamentos que ha tomado durante las últimas 2 semanas	Sí 1	H8b
		No 2	
	Dieta especial por prescripción médica	Sí 1	H8c
		No 2	
	Consejo o tratamiento para perder peso	Sí 1	H8d
		No 2	
	Consejo o tratamiento para dejar de fumar	Sí 1	H8e
		No 2	
	Consejo para hacer más ejercicio	Sí 1	H8f
		No 2	
78	¿Alguna vez ha visitado algún curandero debido al problema de la diabetes?	Sí 1	H9
		No 2	
79	¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas para su diabetes?	Sí 1	H10
		No 2	

Step 2 Medidas Físicas

SECCIÓN PRINCIPAL: Estatura y Peso		Respuesta	Código
80	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	M1
81	Código de identificación del aparato para medir la estatura y el peso	Estatura <input type="text"/>	M2a
		Peso <input type="text"/>	M2b
82	Estatura	en Centímetros (cm.) <input type="text"/>	M3
83	Peso <i>Si pesa demasiado para la escala, usar código 666.6</i>	en Kilogramos (Kg.) <input type="text"/>	M4
84	Sólo mujeres: ¿Está usted embarazada?	Sí 1 <i>Si, Saltar a M8</i> No 2	M5
SECCIÓN PRINCIPAL: Perímetro de Cintura			
85	Código de identificación del aparato para medir el perímetro de cintura	<input type="text"/>	M6
86	Perímetro de cintura	en Centímetros (cm.) <input type="text"/>	M7
SECCIÓN PRINCIPAL: Tensión Arterial			
87	Código de identificación del entrevistador	<input type="text"/>	M8
88	Código de identificación del aparato para medir la tensión arterial	<input type="text"/>	M9
89	Tamaño del brazalete utilizado	Pequeño 1	M10
		Normal 2	
		Grande 3	
90	Lectura 1	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M11a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M11b
91	Lectura 2	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M12a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M12b
92	Lectura 3	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M13a
		Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M13b
93	Durante las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos recetados por un doctor u otro profesional de la salud por tener la tensión alta?	Sí 1 No 2	M14

AMPLIADA: Perímetro de Caderas y ritmo cardíaco			
94	Perímetro de caderas	en Centímetros (cm.) <input type="text"/>	M15
95	Ritmo cardíaco		
	Lectura 1	Latidos por minuto <input type="text"/>	M16a
	Lectura 2	Latidos por minuto <input type="text"/>	M16b
	Lectura 3	Latidos por minuto <input type="text"/>	M16c

Step 3 Medidas bioquímicas

SECCIÓN PRINCIPAL: Glucemia		Respuesta	Código
96	Durante las últimas 12 horas, ¿ha ingerido algún alimento o líquido (que no sea agua)?	Sí 1 No 2	B1
97	Código de identificación del técnico	<input type="text"/>	B2
98	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B3
99	Hora del día en que se tomó la muestra (24 horas)	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	B4
100	Glucemia en ayunas	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B5
		mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	
101	¿Hoy ha tomado insulina u otras drogas (medicamentos) los cuales han sido recetados por un doctor u otro profesional de salud?	Sí 1 No 2	B6

SECCIÓN PRINCIPAL: Lípidos en la sangre			
102	Código de identificación del aparato	<input type="text"/>	B7
103	Colesterol total	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B8
		mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	
104	¿Durante las últimas 2 semanas, lo han tratado con drogas (medicamentos) por el colesterol alto recetado por un doctor u otro profesional de salud?	Sí 1 No 2	B9

AMPLIADA: Triglicéridos y Colesterol HDL			
105	Triglicéridos	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B10
		mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	
106	Colesterol HDL	mmol/l <input type="text"/> . <input type="text"/>	B11
		mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	

