

## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

**Instructivo:** el cuestionario se aplicará a todo paciente que acuda a consulta, previo registro por la enfermera sobre estatura, peso e índice de masa corporal (IMC). En primera instancia será llenado por el paciente; en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

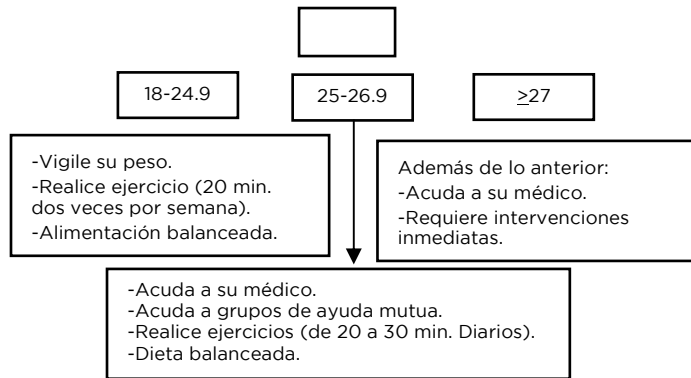
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

¿Tiene diabetes y no lo sabe?		¿Sabe que su peso puede ser un riesgo para su salud?													
Para encontrar si está en riesgo de tener diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted.		Estatura: _____ mts.		Peso: _____ kg.											
		IMC: _____ kg/m <sup>2</sup>		Cintura: _____ cms.											
		SÍ	NO	Riesgo			Grados de obesidad								
		5	10	0	5	10									
		5	10	Normal		Sobrepeso									
		5	10	IMC*	18	24.9	25	26.9	27	29.9	30	39.9	≥40		
		5	10	Estatura	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Más de		
1. De acuerdo con mi IMC, mi peso es: sobrepeso=5, obeso=10 normal=0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.48	39.43	54.54	54.76	58.92	59.14	65.49	65.71	87.40	87.62		
2. Si es mujer y su cintura mide + ó = a 85 cms. si es hombre: y su cintura mide + ó = a 95 cms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.50	40.50	56.03	56.25	60.53	60.75	67.28	67.50	89.78	90.00		
3. Normalmente hago poco o nada de ejercicio (sólo para personas menores de 65 años).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.52	41.59	57.53	57.76	62.15	62.38	69.08	69.31	92.18	92.42		
4. Tengo entre 45 y 64 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.54	42.69	59.05	59.29	63.80	64.03	70.91	71.15	94.63	94.86		
5. Tengo 65 años de edad o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.56	43.80	60.60	60.84	65.46	65.71	72.76	73.01	97.10	97.34		
6. Alguno de mis hermanos padece o padeció diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.58	44.94	62.16	62.41	67.15	67.40	74.64	74.89	99.61	99.86		
7. Alguno de mis padres padece o padeció diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.60	46.08	63.74	64.00	68.86	69.72	76.54	76.80	102.14	102.40		
8. Si usted es mujer y ha tenido bebés de más de cuatro kilos de peso al nacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.62	47.24	65.35	65.61	70.60	70.86	78.47	78.83	104.71	107.58		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.64	48.41	66.97	67.24	72.35	72.62	80.42	80.69	107.32	110.22		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.66	49.60	68.61	68.89	74.13	74.40	82.39	82.67	109.95	112.90		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.68	50.80	70.28	70.56	75.92	76.20	84.39	84.67	112.61	115.60		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.70	52.02	71.96	72.25	77.74	78.03	86.41	86.70	115.31	118.34		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.72	53.25	73.66	73.96	79.58	79.88	88.46	88.75	118.04	121.10		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.74	54.50	75.39	75.69	81.44	81.75	90.53	90.83	120.80	123.90		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.76	55.76	77.13	77.44	83.33	83.64	92.62	92.93	123.59	126.74		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.78	57.03	78.89	79.21	85.23	85.55	94.74	95.05	126.42	129.60		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.80	58.32	80.68	81.00	87.16	87.48	96.88	97.20	129.28	132.50		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.82	59.62	82.48	82.81	89.10	89.43	99.04	99.37	132.16	135.42		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.84	60.94	84.30	84.64	91.07	91.41	101.23	101.57	135.09	135.42		
Si obtuvo menos de 10 puntos de calificación: Está en bajo riesgo de diabetes por ahora. Pero no olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario de acuerdo con su edad.															
Si obtuvo 10 ó más puntos de calificación: Está en un alto riesgo de sufrir diabetes. Hágase la determinación de azúcar en sangre, consulte a su médico y practique estilos de vida saludable.															
¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?															
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Si la respuesta es sí, indíquese al personal de salud para que le realicen la determinación de azúcar, independientemente de la calificación obtenida.															
Glucemia en ayuno: <input type="text"/> mg/dl															
Glucemia casual: <input type="text"/> mg/dl															
Positiva: si su prueba de glucemia capilar fue mayor o igual a 110 mg/dl en ayuno ó 140 mg/dl casual, tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.															
Negativa: si la prueba de glucemia es menor a 110 mg/dl. Tendrá que hacerse otra detección al año.															

\*IMC= peso/talla

Si su índice de masa corporal es:

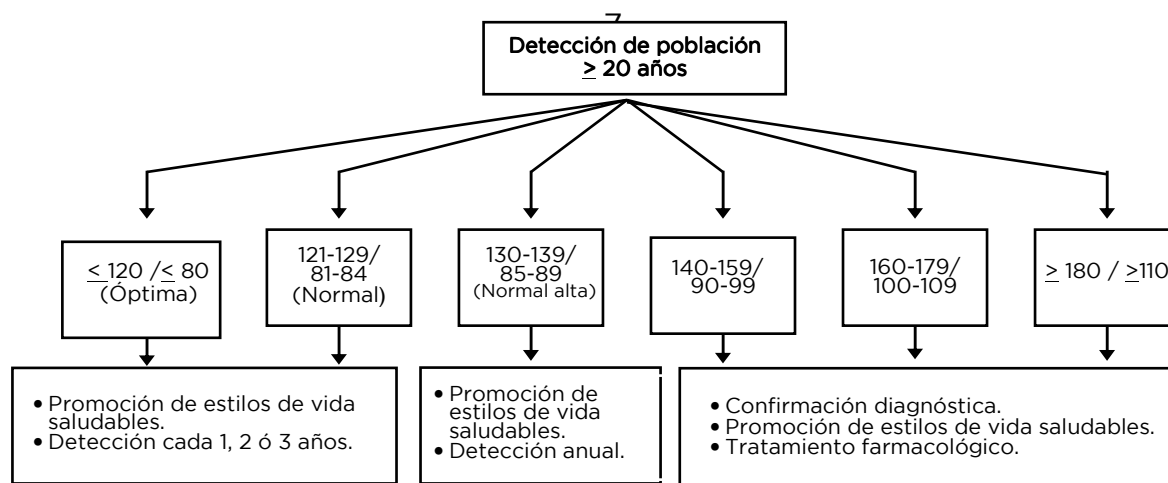


Si su peso es normal, deberá aplicarse este cuestionario

Cada 3 años---- si tiene---- 20 a 39 años  
Cada 2 años---- si tiene---- 40 a 59 años  
Cada año ----- si tiene --- 60 ó más años

¿Tiene hipertensión arterial y no lo sabe?

Detección de presión arterial			1ª Confirmación de hipertensión arterial			2ª Confirmación de hipertensión arterial		
	Sist.	Diast.		Sist.	Diast.		Sist.	Diast.
1ª toma			1ª toma			1ª toma		
2ª toma			2ª toma			2ª toma		
Promedio			Promedio			Promedio		



El modo de vida influye en la salud

Las enfermedades son el resultado de estilos de vida inadecuados, como cada factor de riesgo (por ejemplo el tabaco) puede ser la causa subyacente de diversas enfermedades.						
	Dieta inadecuada	Abuso del alcohol	Tabaco	Falta de ejercicio físico	Estrés	Contaminación

**Enfermedades cardiovasculares**

Cardiopatías	√ √	√	√ √	√ √	√ √	√ √
Embolia	√ √	√ √	√	√ √	√ √	√ √
Hipertensión	√ √	√ √	√	√ √	√ √	√ √

**Cáncer**

Colorrectal	√ √					
Pulmonar			√ √			
Bucal		√	√ √			
Gástrico	√					
Cirrosis		√ √				
Diabetes	√ √	√ √		√ √	√ √	
Osteoporosis	√ √	√ √	√	√ √		

√ √ = Alto Riesgo    √ = Riesgo

Si en algunos aspectos su estilo de vida no es saludable, acuda a su médico y al grupo de ejercicio físico controlado de su unidad médica, para hacer los cambios necesarios.

Nombre del encuestador