



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana**

SEMESTRE:

4º A

MATERIA:

FISIOPATOLOGÍA III

TRABAJO:

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

DOCENTE:

DR. MARCO POLO RODRIGUEZ ALFONZO

ALUMNO (A):

IRIANA YAYLIN CAMPOSECO PINTO

CLAVE:

1

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2020.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Edad: Sexo: F M Estado civil: S C V D

Nivel de estudios: sin estudios primarios: medios: Universitarios:

Peso: Talla:

1. ¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha tomado la TA tensión arterial?

Sí No NS/NR

2. ¿Recuerdas los resultados de TA?

_____ / _____ No NS/NR

3. ¿Cree que tiene TA?

Sí No NS/NR

4. ¿Algún médico le controla la TA?

Sí No NS/NR

5. ¿Toma tratamiento con medicamentos?

Sí No NS/NR

6. ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?

_____ No NS/NR

7. ¿Hace dieta baja en sal?

Sí No

8. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha controlado el colesterol?

Sí No NS/No contesta

9. ¿Recuerda si le dijeron que lo tenía elevado?

Sí No NS/NC

10. ¿Algún médico le controla los niveles de colesterol?

Sí No NS/NC

11. ¿Hace dieta pobre en grasa?

_____ Sí No NS/NC

12. ¿Alguna vez un médico, enfermera u otra persona le ha mirado los resultados de glucosa?

Sí No NS/NC

13. ¿Recuerda la cifra de la glucosa?

Sí No NS/NC

14. ¿Cree que tiene la glucosa elevada, que es diabética/o?

Sí No NS/NC

15. ¿Algún médico le controla la Diabetes?

Sí No NS/NC

16. ¿Toma tratamiento con medicamentos?

Sí No NS/NC

17. ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?

_____ No NS/NC

18. ¿Hace dieta para controlar la Diabetes?

Sí No NS/NC

19. ¿Hace algún tipo de ejercicio regularmente? ¿Cuál?

_____ No NS/NC

20. ¿Controla su peso corporal?

Sí No NS/NC

21. ¿Es fumador/a activo/a?

Sí No NS/NC

22. ¿Desde cuándo?

23. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

24. ¿Después de este ingreso piensa dejar de fumar?

Sí No NS/NC

25. ¿Cree que necesitará ayuda?

Sí No NS/NC

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Edad: Sexo: Estado civil:

Nivel de estudios: sin estudios primarios: medios: Universitarios:

Peso: Talla:

1. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que haya tenido alguna vez un infarto de miocardio?
Sí No
2. ¿Ha estado usted informado por el personal sanitario de que haya tenido alguna vez una angina de pecho?
Sí No
3. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que haya tenido alguna vez una angina de pecho?
Sí No
4. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga el colesterol alto?
Sí No
5. ¿Toma o ha tomado durante las dos últimas semanas alguna medicación prescrita por un médico para reducir el colesterol?
Sí No
6. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga una elevación de la glucosa (azúcar en la sangre)?
Sí No
7. ¿Toma o ha tomado durante las dos últimas semanas alguna medicación prescrita por un médico para reducir la glucosa?
Sí No
8. ¿Necesita insulina para el control de la glucosa?
Sí No
9. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que su presión arterial sea alta?
Sí No
10. ¿Toma o ha tomado durante las dos últimas semanas alguna medicación prescrita por un médico para reducir la presión arterial?

Sí **No**

11. ¿Toma o ha tomado durante las dos últimas semanas aspirinas para prevenir o tratar enfermedades del corazón?

Sí **No**

12. ¿Toma o ha tomado durante las dos últimas semanas antiagregantes o anticoagulantes para prevenir o tratar enfermedades del cerebro?

Si **No**

FUENTES DE INFORMACIÓN

Baena; J. (2016). Validez del cuestionario cardiovascular comparado con la historia clínica. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111200900060007

Díaz; M. (2015). Riesgo cardiovascular. Recuperado de <file:///C:/Users/Documents/factores%20de%20riesgo%20cardio.pdf>

P. X. (2019). Estándares SEA 2019 para el control global del riesgo cardiovascular. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214916819300464>