

Manejo inicial sobre factores de riesgo en personas mayores

Lugar _____ Fecha _____

Instrucciones: explique a la persona mayor que se requieren respuestas de **sí** o **no** para la mayoría de las siguientes preguntas; marque las respuestas en los espacios correspondientes.

Las respuestas en **espacios sombreados** representan factores de riesgo, márkelos en la columna de la derecha.

1. Ficha de identificación

Factores de riesgo

INFORMACIÓN DE LA PERSONA MAYOR

Código de identificación: _____

Nombre(s) y apellidos: _____ Sexo: H M

Fecha de nacimiento: _____ Edad (en años): _____

Domicilio: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____

Ocupación principal: _____ Recibe remuneración: Sí No

Años realizando la ocupación y recibiendo remuneración: _____

Último grado de estudios: _____ Años de escolaridad contados a partir de primaria:

- Mujer
- 75 o más
- Trabajo remunerado por <10 años
- Escolaridad <12 años

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES DETERMINADOS

Mujer

75 o más años de edad

12 años o menos de escolaridad

10 años o menos de trabajo remunerado

2. Guía de entrevista sobre factores de riesgo en personas mayores

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON HÁBITOS DE VIDA

¿Pasa más de 2 horas continuas sentado(a) o acostado(a) durante el día? No Sí

¿Hace 15 minutos o más de ejercicio físico al menos 3 veces a la semana? Sí No

¿En los últimos 3 meses se ha sentido más cansado(a) o agotado(a)? No Sí

¿En los últimos 3 meses ha tenido dificultad para caminar 1 cuadra o 100 metros? No Sí

¿En los últimos 3 meses ha tenido dificultad para subir 1 piso de escaleras sin hacer pausas? No Sí

¿Ha tenido dificultad para cargar objetos de 5 kg o más (1 bolsa grande de mandado)? No Sí

¿Actualmente consume bebidas alcohólicas? No Sí

Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, pregunte: ¿toma 5 o más copas cuando bebe? No Sí

¿Actualmente fuma? No Sí

¿Se expone a humo de cigarro o de leña? No Sí

¿Considera que su alimentación habitual es saludable? Sí No

¿En los últimos 3 meses ha tenido con frecuencia dificultad para dormir? No Sí

¿Duerme durante el día por lapsos de más de 20 minutos? No Sí

¿Durante las noches se levanta 2 o más veces para ir al baño (a orinar)? No Sí

- Sedentarismo
- Inactividad física
- Extenuación
- Dificultad para la marcha
- Fuerza disminuida
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Exposición a biomasa
- Alimentación no saludable
- Insomnio
- Somnolencia diurna
- Nocturia

Nombre(s) y apellidos de la persona mayor: _____

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON HÁBITOS DE VIDA (cont.)

Factores de riesgo identificados:

Intervenciones básicas:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En general, ¿cómo considera su estado de salud? ¿bueno o malo?	Bueno	Malo
¿Tiene dificultad para escuchar o comprender conversaciones?	No	Sí
¿Tiene visión borrosa o le cuesta trabajo enfocar, aún con lentes?	No	Sí
¿Ha notado cambios en su peso corporal en los últimos 3 meses?	No	Sí
¿Cuánto pesa? (kg) <input type="text"/> ¿Cuánto mide de estatura? (m) <input type="text"/> Índice de masa corporal: <input type="text"/> kg/m ²		
¿Sufre algún dolor que limite sus actividades?	No	Sí
¿En los últimos 2 años ha tenido escapes involuntarios de orina?	No	Sí
¿Tiene antecedentes de caídas en los últimos 6 meses?	No	Sí
¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted tiene...		
...presión alta?	No	Sí
...diabetes?	No	Sí
...artritis?	No	Sí
...Alzheimer u otra demencia?	No	Sí
...asma, bronquitis crónica o enfisema pulmonar?	No	Sí
osteoporosis?	No	Sí
¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted ha tenido...		
...depresión?	No	Sí
...enfermedad del corazón?	No	Sí
...una embolia cerebral?	No	Sí
¿Tiene 20 o más dientes?	Sí	No
¿Toma 3 medicamentos o más que le haya recetado un doctor?	No	Sí

- Autopercepción de mala salud
- Déficit auditivo
- Déficit visual
- Pérdida de peso
- IMC <18.5 o >35
- Dolor crónico
- Incontinencia urinaria
- Riesgo de caída
- Síndrome de pos caída
- Multimorbilidad (2 o más enfermedades)
- Edentulismo parcial
- Polifarmacia

Factores de riesgo identificados:

Nombre(s) y apellidos de la persona mayor: _____

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD (cont.)

Intervenciones básicas:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS SOCIALES

¿Vive solo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Aislamiento
¿Es propietario(a) de la casa donde vive?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vivienda no propia
¿En caso de enfermedad tiene alguien que lo(a) asista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Red social limitada
¿En caso de problemas o necesidad, cuenta con alguien que lo(a) apoye?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ingresos insuficientes
¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Insatisfacción familiar
¿Se siente satisfecho(a) con su convivencia familiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Falta de autonomía
¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar en sus propios asuntos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Posible maltrato
¿Se siente amenazado(a) por alguien?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Poca participación social
¿En su comunidad realiza actividades recreativas o de esparcimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Mantiene contacto con amistades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Factores de riesgo identificados:

Intervenciones básicas:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS PSICOLÓGICOS

¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste o deprimido(a)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Posibles síntomas depresivos
¿En las últimas 2 semanas ha perdido el interés por las cosas que le agradan?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Posible ansiedad
¿Con frecuencia se siente ansioso(a) o angustiado(a)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Posible deterioro cognitivo
¿Tiene problemas de memoria desde hace 6 meses o más?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, haga la siguiente pregunta:		
¿Estos problemas de memoria afectan su capacidad para hacer sus cosas del día a día?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Nombre(s) y apellidos de la persona mayor: _____

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS PSICOLÓGICOS (cont.)

Factores de riesgo identificados:

Intervenciones básicas:

Observaciones:

Nombre(s) y apellido(s) de quien realizó:

Firma