



15d. ¿Pasa todos los días cerca de personas que fuman enfrente de Usted, ya sea en su casa, trabajo, o con amigos o amigas?

Si	No
----	----

15e. ¿En la casa donde Usted vive actualmente usan fogón (fuego de leña)?

Si	No
----	----

Si contesta que **Si**,

15f. ¿El fogón (fuego de leña) está afuera (aparte) o dentro de la casa?

Afuera	Adentro
--------	---------

### Ejercicio / sedentarismo

16a. En promedio, ¿Cuántos minutos camina Usted al día?

16b. En promedio, ¿Qué distancia camina Usted al día?

_____	Cuadra	Legua	Km
-------	--------	-------	----

16c. ¿Sube y baja gradas (cuestas) a diario?

Si	No
----	----

### Antecedentes familiares

17a. ¿Tiene Usted antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana?

Si	No
----	----

EC en familiar masculino de Primer grado de consanguinidad < 55 años

EC en familiar femenino de Primer grado de consanguinidad < 65 años

17b. ¿Tiene Usted antecedentes familiares de primer y segundo grado de consanguinidad de demencia o problemas severos de memoria?

Si	No
----	----

### Antecedentes Personales Patológicos

Patología	¿Alguna vez en su vida le han dicho que padece de cualquiera de estas patologías?		Tiempo de tener dicha patología (en años)	¿Está actualmente en tratamiento <i>médico</i> por esta patología?	
18a. Diabetes Mellitus ("azúcar en la sangre")	Si	No		Si	No
18b. Dislipidemia ("Colesterol y/o triglicéridos altos")	Si	No		Si	No
18c. Obesidad ("Gordura")	Si	No		Si	No
18d. Infarto Miocardio ("Ataque al corazón o angina")	Si	No		Si	No
18e. Insuficiencia Cardíaca ("Falla del corazón")	Si	No		Si	No
18f. Enfermedad Cerebro-Vascular ("Derrame")	Si	No		Si	No
18g. Hipertensión arterial ("Presión alta")	Si	No		Si	No
18h. TEC con pérdida de conciencia ("Golpe en la cabeza que provocó desmayo")	Si	No		Si	No

19. ¿Padece Usted actualmente de alguna otra enfermedad?

Si	No
----	----

Si contesta que **Si**, anote las otras enfermedades que padece actualmente y que tratamiento recibe:

19a.

20a. En promedio, ¿cuántos medicamentos prescritos por médico se tomó a diario la semana pasada?

20b. En promedio, ¿cuántos medicamentos no prescritos por médico (auto-medicación) se tomó a diario la semana pasada?

21. Alcoholismo / Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT, OMS 2001)

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece diciendo “Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año”. Explique qué entiende por “bebidas alcohólicas” utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, guaro, cususa, etc. Codifique las respuestas en términos de consumos (“bebidas estándar / tragos -30 ml- / botellas de cerveza / vaso de vino”). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

a. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana <input type="text"/>	c. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="text"/>
--	--

b. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más <input type="text"/>	d. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año. <input type="text"/>
--	---

**Examen Físico**

**Antropometría**

22a. Peso (Kg.) \_\_\_\_\_ 22b. Talla (cm.) \_\_\_\_\_ 22c. IMC (Kg./m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

22d. Perímetro umbilical (cm.) \_\_\_\_\_ 22e. Perímetro Cintura (cm.) \_\_\_\_\_

**Presión arterial**

$$PAM = [PAD + (PAS - PAD / 3)]$$

23. Presión Arterial (mm. Hg) - Brazo derecho

23.1. Sistólica \_\_\_\_\_ 23.2. Diastólica \_\_\_\_\_ 23.3. Media: \_\_\_\_\_

24. Presión Arterial (mm. Hg) - Brazo izquierdo

24.1. Sistólica \_\_\_\_\_ 24.2. Diastólica \_\_\_\_\_ 24.3. Media: \_\_\_\_\_

25. Presión Arterial (mm. Hg) - Máxima

25.1. Sistólica \_\_\_\_\_ 25.2. Diastólica \_\_\_\_\_ 25.3. Media: \_\_\_\_\_

26b. Presión de pulso: \_\_\_\_\_

27a. Después de auscultar la zona precordial durante **1 Minuto**, ¿Encuentra alguna arritmia? 

Si	No
----	----

27b. Después de auscultar la zona carotidea durante **1 Minuto**, ¿Encuentra algún soplo? 

Si	No
----	----

28. Después de realizar un “Examen Neurológico” ¿Encuentra algún déficit neurológico al momento del examen físico? 

Si	No
----	----

Si contesta que **Si**, anote el (los) déficit neurológico que encontró:

28a. Trastorno de conducta (Agresivo, Desinhibido, Apático)	Si	No	28h. Marcha inestable	Si	No
28b. Disfasia o afasia	Si	No	28i. Monoparesia / Monoplejía	Si	No
28c. Parálisis facial	Si	No	28j. Hemiparesia / Hemiplejía	Si	No
28d. Hiperreflexia	Si	No	28k. Paraparesia / Paraplejía	Si	No
28e. Babinski	Si	No	28l. Hipoestesia	Si	No
28f. Lentitud motora (Bradicipnesia y/o Bradipsiquia)	Si	No	28m. Signos Frontales (palmomentoniano, Hoffman, chupeteo)	Si	No
28g. Temblor o rigidez	Si	No			

29. ¿Encuentra algún otro hallazgo patológico al momento del examen físico?  Si  No  
 Si contesta que **Si**, anote los hallazgos patológicos que encontró:

**Resultados de laboratorio**

30. ¿Realizó exámenes de laboratorio en la persona participante?  Si  No

Si contesta que **Si**, anote los resultados obtenidos: (se puede usar exámenes realizados ≤ 6 meses)

30a. Hematocrito \_\_\_\_\_ 30e. Hemoglobina \_\_\_\_\_  
 30b. Glicemia en ayunas (mg/dl) \_\_\_\_\_ 30f. Colesterol total (mg/dl) \_\_\_\_\_  
 30c. Colesterol HDL (mg/dl) \_\_\_\_\_ 30g. Colesterol VLDL (mg/dl) \_\_\_\_\_  
 30d. Triglicéridos \_\_\_\_\_

31. ¿En qué categoría de riesgo cardiovascular se ubica el (la) participante (Framingham)?  A  B  C  C+

32. ¿El (la) participante tiene síndrome metabólico (Framingham)?  Si  No  No se puede determinar

**Criterios de Estratificación del Riesgo Cardiovascular (Framingham)**

Tabaquismo (≥1 cigarro por día – pasivo o activo -)  Si  No  
 Presión arterial > 140 / 90 mm. Hg o tratamiento antihipertensivo  Si  No  
 Antecedente familiar de enfermedad coronaria temprana  Si  No  
 EC en familiar masculino de Primer grado de consanguinidad < 55 años  
 EC en familiar femenino de Primer grado de consanguinidad < 65 años  
 Colesterol HDL < 40 mg / dl  Si  No  
 No. Total de "Si"

No. Factores de Riesgo "Si"	Categoría de Riesgo
0 - 1	A
≥ 2	B
Enfermedad cardíaca o diabetes	C
Enfermedad cardíaca + diabetes + factores de riesgo pobremente controlados	C +

**Criterios de Determinación para Síndrome Metabólico (Framingham)**

Obesidad abdominal: perímetro de cintura > 102 cm. (H) o > 88 cm. (M)  Si  No  
 Triglicéridos > 150 mg. / dl.  Si  No  
 Colesterol HDL bajo  Si  No  
 < 40 mg. / dl. Hombres < 50 mg. / dl. Mujeres  
 Presión arterial > 130 / 85 mm. Hg  Si  No  
 Glicemia en ayunas > 100 mg. / dl.  Si  No  
 No. Total de "Si"

**Síndrome Metabólico ≥ 3 "Si"**

Dra. Heike Hesse ([Hhessejoya@yahoo.com](mailto:Hhessejoya@yahoo.com)) / Dr. Manuel Sierra ([mass\\_honduras\\_2006@yahoo.com](mailto:mass_honduras_2006@yahoo.com))