****

**Cuestionario de Factores de Riesgo**

# Jurisdicción Sanitaria: CLUES: Unidad Médica: Fecha: \_\_ / \_/ \_\_\_\_

dd/mm/aa

# Nombre: CURP: Edad: Sexo: \_\_

nombre(s) / primer apellido/ segundo apellido

# Fecha de nacimiento: / / \_\_\_\_ Entidad de nacimiento: Domicilio:

dd/mm/ aaaa En caso de registrar CURP omita el dato

# Derechoabiencia: Si / No IMSS ISSSTE INSABI Otro, especifique: Número de afiliación:

**Afromexicano: Indígena: \_ Migrante: \_ Tel** / **Cel:**

La detección integrada de enfermedades cardio metabólicas a través del Cuestionario de Factores de Riesgo no constituye un diagnóstico, en caso de identificar un nivel de riesgo alto será necesario realizar confirmación diagnóstica. El Cuestionario no se aplica a personas con diagnóstico conocido de esas enfermedades.

**Detección de Riesgo Obesidad**

**Detección de Riesgo Hipertensión Arterial**

Registre las mediciones antropométricas Tomar la medición en ambos brazos y posteriormente dos mediciones más en el brazo con las

**Cálculo IMC** = Peso(kg) /Talla(m2) cifras mas altas, dejando 1 minuto entre mediciones. Regístrelas a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Anotar:* mes/ *año* | **Primera detección** | **Segunda detección** | **Tercera detección** |
|  |  |  |
| **Peso (Kg)** |  |  |  |
| **Talla(m)** |  |  |  |
| **IMC (Kg/m2)** |  |  |  |
| Circunferencia de Cintura (cm) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Anotar:* mes/ *año,* | **Primera detección** | **Segunda detección** | **Tercera detección** |
| / | / | / |
| 1ra medición (mmHg) | / | / | / |
| 2da medición (mmHg) | / | / | / |
| Promedio (mmHg) | / | / | / |

**Detección de Riesgo Diabetes Mellitus**

**Detección de Riesgo Dislipidemia**

Circule la respuesta que se ajuste a la condición de la persona

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas:** | | **Si** | **No** |
| l. Su IMC se ubica en:  **Normal: 0 Sobrepeso: 5 Obesidad: 10** | **5** | **10** | **0** |
| 2. Circunferencia de cintura  **Mujer:** > 80cm **Hombre:** > 90cm | | **10** | **0** |
| 3. ¿Realiza menos de **150 min (2.5h)** de actividad física a la semana? | | **5** | **0** |
| 4. Tiene **45 años** de edad o más | | **10** | **0** |
| S. ¿Alguna(o) de sus hermanas(os) vive o vivió con diabetes? | | **1** | **0** |
| 6. ¿Su padre o madre vive o vivió con diabetes7 | | **1** | **0** |
| 7. En caso de ser mujer:  ¿Ha tenido hijas(os) con más de **4 kg** de peso al nacer o con peso  < **2.5 kg** al nacer, o antecedentes de diabetes gestacional? | | **1** | **0** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Anotar:* mes/ *año* | Primera detección | | Segunda detección | | Tercera detección | |
| / | | / | | / | |
| **Anote puntaje obtenido** |  | |  | |  | |
| **< 10 puntos: riesgo bajo y/o sin sintomatología**  **no determinar glucosa en sangre** | | | **≥ 10 puntos determinar glucosa**  **en sangre** | | | |
| **Independientemente del puntaje: Si presenta poliuria, polidipsia, polifagia**  **y pérdida de peso: determinar glucosa en sangre** | | | | | | |
| **Señale condición:** | **Ayuno** | **Casual** | **Ayuno** | **Casual** | **Ayuno** | **Casual** |
| **Anote cifra (mg/dl)** |  | |  | |  | |

Si el resultado la determinación fue: Glucosa en ayuno ≥ 100 mg/dl o Glucosa casual> 140 mg/dl, referir al médico para que practique otra prueba para confirmar o descartar el diagnóstico de diabetes mellitus



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| De acuerdo con la cifra obtenida, ¿La detección fue positiva? | **Mes/año** | | | | | | Confirmación diagnóstica\* | | Ingreso tratamiento\* |
| / | | / | | / | | **Mes/ Año** | **Cifra de confirmación** |
| **Mes/ Año** |
| **Diabetes** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | / |  | / |
| **Hipertensión arterial** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | / |  | / |
| **Dislipidemia** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | / |  | / |
| **Obesidad** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | **Si** | **No** | **No aplica** | | / |

\*Para el caso de: confirmación diagnóstica e ingreso a tratamiento, considere que para realizar el registro de información la persona tiene que regresar en el tiempo establecido por el área médica con los datos necesarios.

En caso de obtener cifras en rango adecuado y presentar factores de riesgo, realizar detección con periodicidad anual o bianual de acuerdo a criterio del profesional de salud.

Si se realizó confirmación diagnóstica de uno o más padecimientos, no será necesario aplicar nuevamente el cuestionario en el futuro.

Durante el seguimiento médico, se deberá llevar a cabo la búsqueda intencionada de comorbilidades y/o complicaciones.

Consulte los Lineamientos para la detección integrada de enfermedades cardiometabólicas en el primer nivel de atención para obtener información adicional.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Anotar:* mes/ *año* | **Primera detección** | **Segunda detección** | **Tercera detección** |
| / | / | / |
| **Colesterol total (mg/dl)** |  |  |  |
| **Triglicéridos (mg/dl)** |  |  |  |
| **C - HDL (mg/dl)** |  |  |  |
| **C - LDL (mg/dl)** |  |  |  |
| **C - no HDL (mg/dl)** |  |  |  |

Cálculo C-LDL (siempre que los niveles de triglicéridos se encuentren menores de 400mg/dl)

C-LDL= Colesterol total - [C-HDL + (triglicéridos/5)]; si los triglicéridos son superiores a 400mg/dl se realizará cálculo C-no HDL= Colesterol total - C-HDL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nivel de riesgo de Enfermedad Cardiometabólica** | | |
|  |  |  |
| **Obesidad** | **Peso normal** | **Sobrepeso** | **Obesidad** |
| **18.50** - **24.99** | **≥25.00 a 29.9** | **≥30.00** |
| **Índice de Masa Corporal (IMC)** | **Adultos de talla baja Mujer:<1.50 m Hombre: < 1.60 m** | **23.00 - 24.9** | **≥25.00** |
| **Adultos de 60 y más años de edad** | **28.00 - 31.9** | **≥32.00** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diabetes Mellitus** | **Glucosa normal** |  | **Prediabetes/Diabetes** |
| **Glucosa en sangre**  capilar o venosa | < 100 mg/dl (ayuno) |  | ≥ 100 mg/dl (ayuno) |
| > 140 mg/dl (casual) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hipertensión Arterial** | **Presión arterial normal** | **Prehipertensión** | **Hipertensión** |
| Presión arterial | < 120/<80 mmHg | 120-139 / 80-89 mmHg | 140/≥90 mmHg |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dislipidemia** | **Lípidos normales** |  | **Dislipidemia** |
| **Lípidos en sangre capilar** | Colesterol total <200 mg/dl C-HDL 40-60 mg/dl  Triglicéridos <150 mg/dl | Colesterol total ≥200mg/dl C-HDL < 40 mg/dl  C-no HDL ≥160 mg/dl C-LDL > 130 mg/dl Triglicéridos ≥ 150 mg/dl |
| Intervención con base en los resultados | Realice detección  en 3 años | Realice  Detección anual  Acudir al médico | Realice confirmación  diagnóstica |