

Recuadro I. Guía de geroprofilaxis. La atención de la salud con enfoque al riesgo

Por considerarlo de interés para sus lectores, la Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas presenta la Guía de geroprofilaxis, un instrumento que apoyará la práctica de la atención a la salud con enfoque al riesgo, en contraposición con la de atención a la salud con enfoque al daño. Sin duda será de utilidad en las unidades médicas del primer nivel de atención.

GEROPROFILAXIS

Delegación: _____ Fecha: _____

Clave unidad: _____ Clave del doctor: _____

Para aplicarse en personas de 40 y más años (cualquier nivel de atención)

I Identificación del perfil del paciente

1. Nombre completo: _____

A. Número de expediente: _____

B. Sexo: ☐ 1) Hombre ☐ 2) Mujer

C. Edad: _____ años Peso: _____ kg Talla: _____ m

Cintura: _____ cm T/A _____

D. Ocupaciones: _____

E. Teléfono: _____

II Antecedentes familiares

2. ¿Tiene algún familiar que haya padecido alguno de los siguientes problemas?

A. Cáncer 1) Sí 2) No

¿Dónde? _____

B. Cardiovasculares 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

C. Cerebrovasculares 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

D. Pulmonares 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

E. Demencia 1) Sí 2) No

F. Depresión 1) Sí 2) No

G. Diabetes mellitus 1) Sí 2) No

H. Hipertensión arterial 1) Sí 2) No

I. Glaucoma 1) Sí 2) No

J. Otros _____

III Hábitos

3. ¿Fuma? 1) Sí 2) No

4. ¿Más de 10 cigarros diarios? 1) Sí 2) No

5. ¿Toma? 1) Sí 2) No

6. ¿Más de una vez por semana? 1) Sí 2) No

7. ¿Utiliza protección para las relaciones sexuales? 1) Sí 2) No

8. ¿Tiene más de una pareja sexual? 1) Sí 2) No

9. ¿Come mal? 1) Sí 2) No

10. ¿Hace ejercicio tres o más veces por semana? 1) Sí 2) No

11. ¿Duerme mal? 1) Sí 2) No

12. ¿Vive solo? 1) Sí 2) No

13. ¿Cuida usted de alguna persona enferma o envejecida? 1) Sí 2) No

14. ¿Considera difícil la relación con su familia? 1) Sí 2) No

15. Hipertensión arterial sistémica (HAS) 1) Sí 2) No

16. Diabetes mellitus 1) Sí 2) No

17. Colesterol o triglicéridos altos 1) Sí 2) No

18. Sangrados 1) Sí 2) No

19. Sangrados 1) Sí 2) No

20. Sangrados 1) Sí 2) No

21. Sangrados 1) Sí 2) No

22. Sangrados 1) Sí 2) No

23. Sangrados 1) Sí 2) No

24. Sangrados 1) Sí 2) No

25. Sangrados 1) Sí 2) No

26. Sangrados 1) Sí 2) No

27. Sangrados 1) Sí 2) No

28. Sangrados 1) Sí 2) No

29. Sangrados 1) Sí 2) No

30. Sangrados 1) Sí 2) No

¿Dónde? _____

19. Disnea (falta de aire) 1) Sí 2) No

20. Tos por más 3 meses 1) Sí 2) No

21. Problemas con la vista 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

22. Problemas con el oído 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

23. Problemas digestivos 1) Sí 2) No

24. Mareo 1) Sí 2) No

25. Caídas 1) Sí 2) No

26. Depresión, tristeza 1) Sí 2) No

27. Pérdida de peso 1) Sí 2) No

28. Problemas articulares 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

29. Problemas de la boca 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

30. ¿Toma más de tres medicamentos diariamente?

1) Sí 2) No

¿Cuáles? _____

31. ¿Se automedica? 1) Sí 2) No

32. ¿Ha estado hospitalizado en el último año?

1) Sí 2) No

¿Por cuál problema? _____

V Conclusión de riesgos identificados

VI Diagnósticos establecidos

VII Recomendaciones
