



# “Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor”

Establecimiento \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

## I.-MEDICIONES

Presión arterial sentada: PAS/PAD: \_\_\_\_\_ Presión arterial de pie PAS/PAD: \_\_\_\_\_ Pulso/FC: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_

Baja de peso involuntariamente en los últimos 6 meses: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

## II.ANTECEDENTES:

Realiza actividad física: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Solo \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_  
 Vacunación: Influenza Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Neumocócica Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_  
 PACAM Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Patologías:

Patologías Crónicas	Patologías Crónicas	Patologías Agudas
HTA	EPOC	Neumonía
DM	Depresión	Fractura de muñeca
Dislipidemia	Demencia	Fractura cadera
Obesidad	Secuela ACV	Fractura columna
Desnutrición	Parkinson	IAM
Hipotiroidismo	ASMA	Ataque cerebro vascular ACV
Artritis Reumatoidea	Hipoacusia	
LCFA	Enfermedad Renal crónica	
IC- Cardiopatía coronaria-	Constipación	
Incontinencia urinaria	D.H.C (Daño hepático crónico)	
Osteoporosis/	Alteración oral	
Ceguera, Baja Visión	Cáncer	
Otras	Artrosis	

### Terapia Farmacológica

Solo marque con una X el fármaco respectivo cuando corresponda o agregue

Atenolol	Fluoxetina	Metformina
Anticoagulante	Genfibrozilo	Nifedipino
Alprazolam	Glibenclamida	Omeprazol
Amitriptilina	Hidroclorotiazida	Propanolol
Aspirina	Insulina	Paracetamol
Celecoxib	Imipramina	Sertralina
Clorfenamina	Salbutamol	Tolbutamida
Clordiazepóxido	Bromuro ipratropio	OTROS
Diazepam	Ibuprofeno	
Diclofenaco	Corticoides inhalados	
Enalapril	Losartan potásico	
Furosemida	Levodopa	

### III.- Evaluación Funcional EFAM

Parte A				Parte B	Ptje	MMSE	Ptje
Ítem	Ptje	Ítem	Ptje	1. PA		1.-	
1. bañarse		6. MMSE		2.DM		2.-	
2. dinero		7. escolaridad		3.leer		3.-	
3. fármacos		8. brazos ext.		4.MMSE		4.-	
4. comida		9. en cucullas		5.deprimido (Y)		5.-	
5. tareas casa				6.-angustiado		6.-	
TOTAL:				TOTAL:		TOTAL: ≥14: Normal ≤13: Alterado (Pf)	
≤ 42: Riesgo de Dependencia. ≥43: Autovalentes → ≥46: Autovalentes sin Riesgo ≤45: Autovalentes con Riesgo							

En Riesgo de dependencia, Autovalentes con riesgo, Autovalentes sin riesgo.

#### Otras observaciones al aplicar EFAM

Usted observa	SI	NO	Usted observa	SI	NO
Mareos			Dolor del hombro		
Temblores			Dolor de espalda		
Alteración del equilibrio			Alteración visual		
Dolor de cadera			Alteración auditiva		
Dolor de rodilla			Otros		

#### ÍNDICE DE BARTHEL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse,	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

**YESAVAGE** (ver anexo 4.)

0-5: Normal..... 6-9: Depresión leve.....>10: Depresión Establecida.....

**Minimental Extendido (MMSE extendido) o Test de Folstein:** (ver anexo 7)

Puntaje Normal	Puntaje Deterioro Cognitivo	Puntaje Demencia
Igual o mayor a 27 puntos	22 a 26 puntos	De 0 a 21 puntos

**CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES PFEFFER (al cuidador).** ver anexo 5

≥6 pts.: screening (+)

(Se aplica con MMSE abreviado ≤ 13)

#### IV.- RIESGO DE CAÍDAS

**CAÍDAS:** ¿Ha tenido caídas este año? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(1) Estación Unipodal	Derecha.....segundos	Izquierda.....segundos	≥ 5 seg: Normal ≤ 4 seg: Alterado
(2) TIMED UP AND GO	.....segundos	<10 seg: N Riesgo 11-19: Riesgo leve >20 seg: Alto Riesgo	

Equilibrio Dinámico (1), Equilibrio estático (2).

#### V.- IDENTIFICACIÓN DE REDES.

En caso de tener problemas, por ejemplo de salud, de soledad, etc. ¿Tiene quien lo apoye?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

En caso que la respuesta sea Sí, la ayuda proviene de:

Familia

Amigos

Vecinos

Grupos organizados

#### VI.- SOSPECHA DE MALTRATO

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

#### VII.- EXAMENES ANUALES PONER MEDIDAS DE CADA UNA

Glicemia \_\_\_\_\_ Mg/dl Colesterol total \_\_\_\_\_ mg/dl Baciloscopia (BAAR) +/- \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ Test de VIH: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

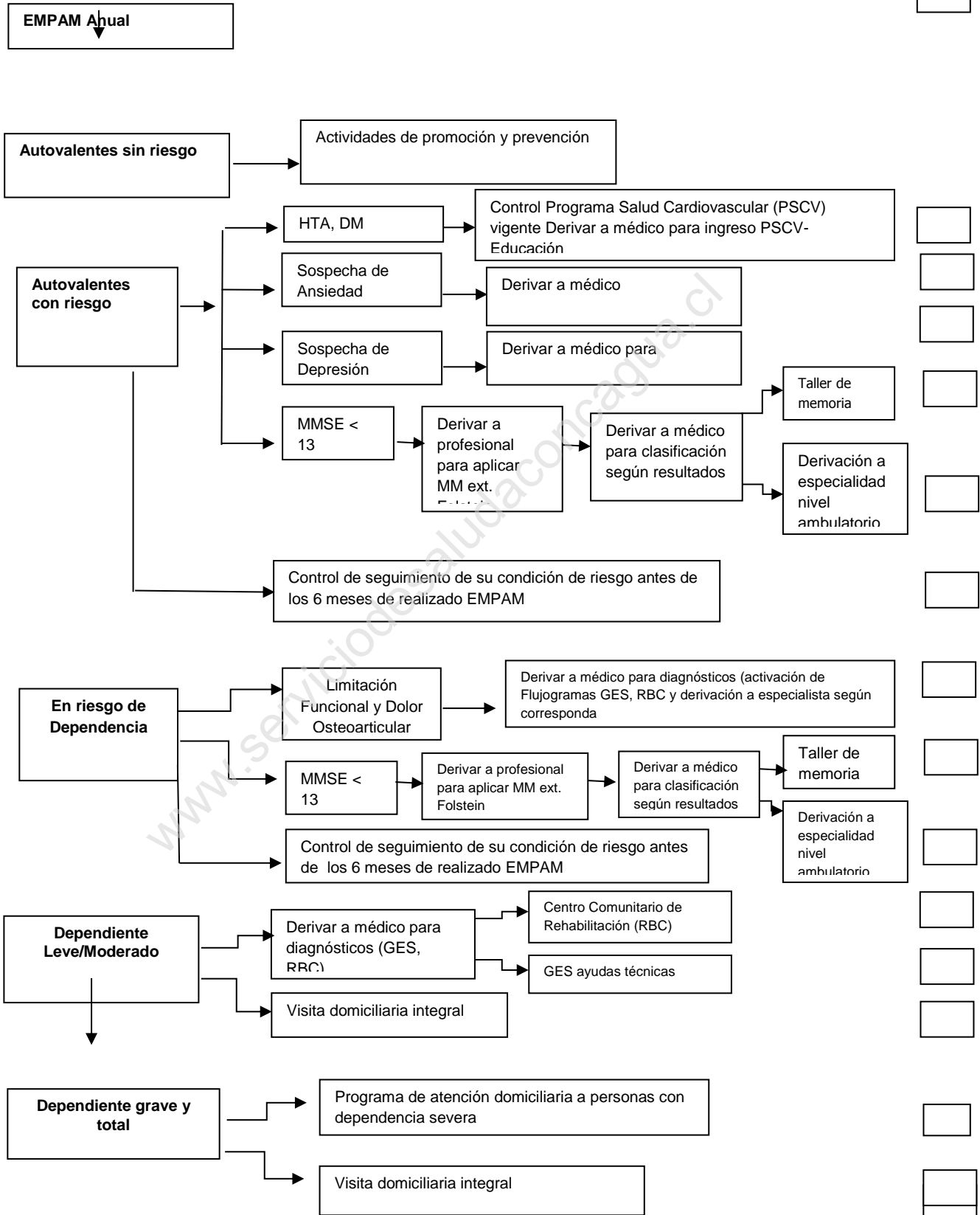
#### VIII.- ADICCIONES:

¿Bebe? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Puntaje > 7 puntos \_\_\_\_\_ Bebedor Problema: AUDIT: \_\_\_\_\_

¿Fumar? : Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ nº cigarros día \_\_\_\_\_ Consejería breve antitabaco \_\_\_\_\_

**IX.- PLAN DE ATENCIÓN:** Marque con una X las acciones que llevará a cabo según riesgos detectados

• **SEGÚN NIVEL DE FUNCIONALIDAD**



**SEGÚN OTRAS CONDICIONES DE SALUD PESQUISADAS:**

CONDICIÓN DE SALUD	DERIVADO A

**Profesional** \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del Responsable** \_\_\_\_\_

[www.serviciodesaludaconcagua.cl](http://www.serviciodesaludaconcagua.cl)