

Insuficiencia cardíaca: plan de acción personal

Fecha: _____

Usted es la persona más importante de su equipo de atención de insuficiencia cardíaca. Use estas páginas para crear un plan de acción que le beneficie y lleve un registro de su progreso en casa. Su equipo de atención médica está aquí para ayudarle.

Mi objetivo de control de la insuficiencia cardíaca, según MAPAS (MAWDS, en inglés)

Esto es lo que haré para cambiar o mejorar mi salud:

Los objetivos de tratamiento de mi equipo de atención médica

Los objetivos de tratamiento del equipo de atención médica para usted:

Mi plan de acción personal

- Comprendo que debo tomar mis medicamentos como lo indica el médico.
- Trabajaré para controlar mi insuficiencia cardíaca con 1 o 2 de estos objetivos por semana:
- Haré ejercicio y me mantendré activo
- Me pesaré todos los días y llamaré a mi equipo de atención de inmediato si subo de peso
- Para mejorar mi dieta, reduciré la sal y los líquidos y evitaré las bebidas alcohólicas
- Estaré al tanto de mis síntomas y actuaré de inmediato si se presentan
- Iré a todas las citas programadas con mi médico o los proveedores de atención
- Otro: _____

Mi cita de seguimiento

Lleve este plan de acción personal a la cita.

Información de contacto importante:

Médico o proveedor de atención: _____

Teléfono y sitio web de la clínica local: _____

Administrador de atención: _____

Otros consultores o proveedores: _____

Use las tablas en las páginas 3 y 4 para registrar su progreso.

Recursos de educación para el paciente

Revise los materiales que le entregó su equipo de atención y escriba la fecha que los recibió:

- Living With Heart Failure (Vivir con insuficiencia cardíaca): _____
- Living With Heart Failure DVD (Vivir con insuficiencia cardíaca en DVD): _____
- Heart Failure fact sheet (Insuficiencia cardíaca): _____
- MAWDS Self-Care Dairy (Diario de autocuidado MAPAS): _____
- Nutrition for a Healthy Heart (Nutrición para un corazón sano): _____
- Sodium-Restricted Daily Eating Plan (Plan de alimentación diario bajo en sodio): _____
- Heart Failure: Tracking Your Fluids (Insuficiencia cardíaca: registro de los líquidos): _____

Recursos en línea

- IntermountainHealthcare.org/HeartFailure
- American Heart Association: Heart.org
- American Association of Heart Failure Nurses (AAHFN): AAHFNpatienteducation.com
- Heart Failure Society of America (HFSA): HFSA.org
- American College of Cardiology: ACC.org

Medicamentos: marque los que toma (Vea las páginas 13–14 en el folleto *La vida con insuficiencia cardíaca*).

Diuréticos (pastillas de agua)

Ayudan a los riñones a eliminar por la orina el líquido y la sal adicionales.

Anote el nombre del medicamento que aparece en la etiqueta del frasco: _____

Cómo recordaré tomar este medicamento: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

calambres en las piernas • mareos • sarpullido de la piel

Inhibidores de la ACE (ARB, por sus siglas en inglés)

Ayuda a abrir los vasos sanguíneos para que el corazón bombee la sangre con mayor facilidad y disminuya la presión arterial.

Anote el nombre del medicamento que aparece en la etiqueta del frasco: _____

Cómo recordaré tomar este medicamento: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

tos • mareos • sarpullido de la piel • presión arterial baja

Betabloqueadores

Ayuda a que su músculo cardíaco funcione mejor y disminuye la presión arterial.

Anote el nombre del medicamento que aparece en la etiqueta del frasco: _____

Cómo recordaré tomar este medicamento: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

hinchazón por retención de líquidos • dificultad para respirar • sensación de cansancio constante • presión arterial baja • ritmo cardíaco lento

Digoxina

Ayuda a su corazón a latir con más fuerza y con ritmo más regular.

Anote el nombre del medicamento que aparece en la etiqueta del frasco: _____

Cómo recordaré tomar este medicamento: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

sin hambre • náuseas y vómitos • visión azulada o amarillenta • latidos irregulares

Oxígeno

Le ayuda a respirar mejor.

Estaré atento a estos efectos secundarios:

nariz seca • sangrados de nariz • problemas con la vista • llagas en la piel detrás de las orejas

* Cosas que pueden evitar que tome mis medicamentos: _____

* Cosas que me ayudarán a cumplir mis objetivos: _____

Mi plan de acción personal

Usted no tiene que tomar todo la primera vez. Use las tablas a continuación para ayudarle a decidir como trabajar en sus metas que usted escribió en la primera página. Por ejemplo, si usted está tratando de ser más activo, escoja una de las actividades para hacer en las siguientes semanas. Luego escriba cuántos días de cada semana logró su objetivo.

Actividad (Vea las páginas 15–16 en el folleto <i>La vida con insuficiencia cardíaca</i>).				
Para aumentar la actividad, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Caminaré ____ minutos ____ veces en mi vecindario, un gimnasio o en un centro comercial				
Participaré en una clase de ejercicios en un gimnasio, centro comunitario o centro para personas mayores				
Haré tareas del hogar ligeras				
Haré una evaluación de fisioterapia				
Haré ejercicios completos en la silla por ____ minutos				
Mi elección:				
* Cosas que pueden evitar que cumpla mis objetivos: _____				
* Cosas que me ayudarán a alcanzar mis objetivos: _____				
Peso (Vea las páginas 18–19 en el folleto <i>La vida con insuficiencia cardíaca</i>).				
Para llevar un registro de mi peso, haré lo siguiente: (elija 1 o 2 para cada semana)	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Me pesaré cada mañana				
Apuntaré mi peso todas las mañanas en mi <i>diario de autocuidado</i>				
Llamaré al médico si subo 2 o más libras en un día				
Llamaré a mi médico si subo 5 libras por encima de mi peso deseado				
* Cosas que pueden evitar que cumpla mis objetivos: _____				
* Cosas que me ayudarán a alcanzar mis objetivos: _____				
Dieta (Vea las páginas 20–26 en el folleto <i>La vida con insuficiencia cardíaca</i>).				
Para reducir mi retención de líquidos:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
No beberé más de _____				
Solo tomaré _____ de sodio (sal) todos los días				
Para reducir el sodio:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Retiraré el salero de la mesa de la cocina				
Buscaré otras maneras de condimentar mi comida con polvo de cebolla o ajo, hierbas y especias o jugo de lima en lugar de usar sal				
Leeré las etiquetas de los alimentos para ver qué alimentos son altos en sodio				
Enjuagaré las verduras enlatadas antes de cocinarlas y consumirlas				
Esta semana eliminaré de mi dieta un producto que tenga mucha sal _____				
* Cosas que pueden evitar que cumpla mis objetivos: _____				
* Cosas que me ayudarán a alcanzar mis objetivos: _____				

NO COMERÉ estos alimentos altos en sal:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Sopas y verduras enlatadas				
Cenas preparadas y congeladas (revisar el contenido de sal)				
Hot dogs y carnes frías como jamón, salchicha y tocino				
Queso y untables de queso				
Comida de restaurante como pizza, hamburguesas y papas a la francesa				
Kétchup, salsa de soya, aderezos para ensalada y salsa barbecue				
Pescado enlatado y ahumado				
Bocadillos y galletas saladas				
Y COMERÉ MÁS alimentos bajos en sodio como:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Carnes magras como pollo sin piel, pechuga de pavo y pescado				
Leche y yogur bajos en grasa				
Frutas y verduras frescas				
Verduras congeladas				
Rebanadas de lima, hierbas frescas, vinagre con sabor y aceite de oliva				
Mantequilla o margarina sin sal				
Avena de grano entero				
Para controlar mis líquidos:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Registraré los líquidos que coma o beba todos los días				
Chuparé trocitos de hielo si tengo sed				
Elegiré líquidos bajos en sodio o sin sodio				
* Cosas que pueden evitar que cumpla mis objetivos: _____				
* Cosas que me ayudarán a alcanzar mis objetivos: _____				
Síntomas (Vea la página 27 en el folleto <i>La vida con insuficiencia cardíaca</i>).				
Llamaré a mi proveedor de atención médica cuando cualquiera de mis síntomas llegue a la zona "amarilla".	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mi peso subió 2 o más libras en un día				
Mi peso subió 5 libras sobre mi peso deseado				
Bajé más de 5 libras sin intención				
Tengo hinchazón o retención de líquidos				
Es más difícil respirar en la noche o al hacer actividad física				
Me desmayo o pierdo el conocimiento				
Mis síntomas están empeorando				

Heart Failure: Personal Action Plan

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.