

La enfermedad renal crónica: *Plan personal de acción*

Fecha: _____

Usted está a cargo de controlar su enfermedad renal crónica (CKD por sus siglas en inglés), y su equipo de Intermountain Healthcare está aquí para ayudarle. Utilice las siguientes herramientas para desarrollar su propio plan de acción y llevar un registro de su progreso en casa.

Pautas para el tratamiento

Mis resultados de laboratorio actuales

Tasa estimada de filtrado glomerular (eGFR, por sus siglas en inglés) _____

ACR (proteína en la orina) _____

Presión arterial ____ / ____ HbA1c (si es diabético) _____

Panel de lípidos _____

Otra _____

Mis metas personales para el control de mi ACR son:

Los objetivos de tratamiento de mi equipo de cuidados de la salud

Los objetivos de tratamiento de su equipo para evitar el avance de su enfermedad renal crónica son:

eGFR _____

ACR _____

Presión arterial _____

HbA1c (si es diabético) _____

Panel de lípidos _____

Otra _____

Mi plan personal de acción

Además de **tomar sus medicamentos** todos los días, otras actividades también son importantes; elija **uno o dos** objetivos en los que trabajará cada semana:

Poner en práctica hábitos alimenticios recomendados por su nutriólogo (página 3)

Poner en práctica cambios seleccionados en el estilo de vida (página 4)

Mi próxima cita: _____

Presente este plan de acción en su cita.

Recursos locales:

Jefe de atención u orientador de salud: _____

Teléfono de la clínica local y sitio web:

Otros asesores o proveedores:

Recursos de orientación para el paciente

Anote la fecha en que recibió cada recurso marcado.

Comprendiendo la enfermedad renal crónica: _____

La enfermedad renal, la presión arterial alta y las proteínas en la orina _____

La enfermedad renal y los huesos: _____

La enfermedad renal y el potasio: _____

La enfermedad renal y el fósforo: _____

Insuficiencia renal: sus opciones: _____

Diálisis: ¿Cuál es la opción adecuada para mí? _____

Trasplante de riñón: ¿Soy candidato? _____

Recursos en línea

• intermountainhealthcare.org/kidney

• nationalkidneycenter.org

• kidney.org

• niddk.nih.gov/health-information/health-topics/kidney-disease/pages/default.aspx

MEDICAMENTOS: Su proveedor de cuidados de la salud revisará los medicamentos que toma. Tome sus medicamentos todos los días para evitar que su CKD empeore.

Estos tres tipos de medicamentos reducen la proteína en la orina y estabilizan la presión arterial.

Inhibidores de la ACE

- lisinopril (Prinivil, Zestril)
- benazepril (Lotensin)
- enalapril (Vasotec)
- quinapril (Accupril)
- ramipril (Altace)

ARBs (bloqueadores del receptor de la angiotensina)

- losartán (Cozaar)
- candesartán (Atacand)
- irbesartán (Avapro)
- valsartán (Diovan)

CCBs (bloqueadores del canal de calcio)

- amlodipina (Norvasc)
- diltiazem (Cardizem, Cartia, Dilacor, etc.)
- verapamilo (Calan, Isoptin)

Cómo voy a recordar que debo tomar este medicamento: _____

Informaré a mi proveedor si tengo los siguientes efectos secundarios: _____

- ACE/ARB: Tos seca con carraspeo; hinchazón de boca, lengua o párpados; mareos, dolor de cabeza, somnolencia, debilidad
- CCB: Dolor de cabeza, enrojecimiento de la piel, hinchazón de los tobillos

Los diuréticos son una medicina que ayuda a los riñones a deshacerse del líquido y sodio sobrante por medio de la orina. Por lo general se combinan con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un bloqueador de los receptores de angiotensina en una sola píldora.

- hidroclorotiazida (HCTZ)
- combinación losartán/HCTZ
- furosemida (Lasix)
- combinación lisinopril/HCTZ
- clortalidona (Thalitone)

Cómo voy a recordar que debo tomar este medicamento: _____

Informaré a mi proveedor si tengo los siguientes efectos secundarios: mareos, aturdimiento, dolor de cabeza o visión borrosa.

Las estatinas son un tipo de medicina que ayuda a prevenir ataques al corazón y accidentes cerebrovasculares; además reduce el colesterol.

- atorvastatina (Lipitor)
- lovastatina (Altoprev, Mevacor)
- simvastatina (Zocor)
- rosuvastatina (Crestor)
- pravastatina (Pravachol)

Cómo voy a recordar que debo tomar este medicamento: _____

Informaré a mi proveedor si tengo los siguientes efectos secundarios: _____

Analgésicos: NO tomaré más de 81 mg diarios de aspirina, a menos que el médico tratante de mi CKD me dé su aprobación; TAMPOCO tomaré Advil, un AINE (NSAID en inglés).

Suplementos (en el caso de algunos pacientes, los suplementos ayudan a controlar la anemia y proteger los huesos).

Hierro elemental

Tomar tres veces al día y no al mismo tiempo que el calcio.

No los tome al mismo tiempo que los medicamentos para la tiroides, antiácidos o suplementos de cobre.

Tome solo con el estómago vacío (en ayunas), por lo menos dos horas antes o después de comer/beber: salvado, fibra, granos, nueces, soya y verduras; té, café y cafeína; jugo de uva roja y vino tinto; productos lácteos y huevos.

Vitamina D _____ Tomar una vez al día.

Carbonato de calcio, 1200–1500 mg

Tomar una vez al día y no al mismo tiempo que el hierro.

Cómo voy a recordar que debo tomar estos medicamentos: _____

Notificaré a mi médico si tengo estos efectos secundarios: malestar estomacal, dolor; estreñimiento, diarrea, náuseas, vómito.

Posibles problemas al tomar mis medicamentos de acuerdo a lo indicado: _____

Cosas que me ayudarán a tomar mis medicamentos de acuerdo a lo indicado: _____

PLAN ALIMENTICIO PARA EL CUIDADO DE LOS RIÑONES

Elija una o dos cosas en las que va a trabajar cada semana.

Mi plan semanal

Para reducir la cantidad de sodio (sal) en mi comida, yo:

1 2 3 4

Limitaré mi consumo de sodio a _____ por día (menos de 500 mg por comida y 250 mg repartidos en dos refrigerios al día).

Retiraré el salero de la mesa de la cocina.

Leeré las etiquetas de los alimentos para ver cuáles son altos en sodio (más de 150 mg por porción).

Enjuagaré los alimentos enlatados antes de cocinarlos y consumirlos.

Retiraré un artículo con alto contenido de sal de mi dieta esta semana.

En los restaurantes pediré alimentos sin sal añadida.

Para reducir la cantidad de proteína en mis comidas, yo:

1 2 3 4

Limitaré mi ingesta diaria de proteínas a _____ gramos por día.

(Leeré las etiquetas de los alimentos y usaré la tabla que aparece a continuación para obtener ayuda con los alimentos no etiquetados.)

Tipo de alimento	Gramos de proteína	Tipo de alimento	Gramos de proteína
carne, mariscos, pollo	7 g por onza	queso	7 g por onza
Leche	8 g por taza de 8 onzas	legumbres	7 g por porción de ½ taza
Huevo	6 g por huevo	mantequilla de nuez	7 g por cucharada

Para asegurarme de que estoy comiendo lo suficiente, yo:

1 2 3 4

Llamaré a un nutriólogo al _____ para obtener ayuda personalizada para un régimen dietético.

Consumiré comidas regulares cada día.

Para bajar la cantidad de potasio en mi comida, yo:

1 2 3 4

Comeré los siguientes alimentos en pequeñas porciones únicamente y **no más de una vez al día:**

- Almidón: papas
- Verduras y hortalizas: espinacas cocidas, calabaza, tomate/salsas a base de tomate, aguacate
- Frutas: plátanos, naranjas/jugo de naranja, melón, melón verde

Evitaré los sustitutos de la sal; en su lugar, utilizaré hierbas para sazonar.

No consumiré más de una porción de productos lácteos al día.

No comeré ni beberé ningún suplemento a base de hierbas sin antes consultar a mi médico nefrólogo.

Para reducir la cantidad de fósforo que consumo, yo:

1 2 3 4

Limitaré la ingesta de fósforo en mi dieta a no más de 1,000 mg al día.

No consumiré más de una porción de productos lácteos al día.

Consumiré estos alimentos solo ocasionalmente (no más de una vez a la semana): guisantes (chícharos) y frijoles, nueces, vísceras animales (hígado, riñón, etc.), refrescos de cola y chocolate.

Tome Tums (un fijador de fósforo) si su proveedor de cuidados de la salud lo recomienda.

Los posibles problemas para cumplir mis objetivos del plan alimenticio son: _____

Las cosas que me ayudarán a cumplir a mis objetivos del plan alimenticio son: _____

ESTILO DE VIDA: Elija únicamente uno o dos objetivos de modificación al estilo de vida en los cuales trabajar cada semana.

Para aumentar mi actividad física, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Haré ejercicio por lo menos tres días no consecutivos a la semana (por ejemplo, lunes, miércoles y viernes).				
Comenzaré el ejercicio lentamente y aumentaré gradualmente.				
Conseguiré un compañero de ejercicio.				
Me aseguraré de que mi respiración no sea tan fuerte que no me permita hablar con mi compañero de ejercicio.				
Saldré a caminar, nadar, andar en bicicleta, esquiar o me inscribiré a una clase de danza aeróbica.				
Utilizaré bajo peso y haré muchas repeticiones.				
Me ejercitaré por las mañanas o las tardes, al menos una hora después de una comida o una hora antes de acostarme.				
Otro:				

Para reducir el estrés, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Cambiaré mis expectativas.				
Aprenderé a decir "no".				
Practicaré la gratitud y la alegría.				

Para dejar de fumar, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Buscaré un programa o equipo de apoyo; llamaré a _____.				
Hablaré con mi médico sobre los medicamentos que me ayudarán a cumplir mis objetivos.				
Fijaré una fecha para dejar el cigarro.				

Los posibles problemas para cumplir mis objetivos del estilo de vida son: _____

Las cosas que me ayudarán a cumplir a mis objetivos del estilo de vida son: _____

ESTARÉ ALERTA A LOS SÍNTOMAS

Llamaré a mi proveedor de cuidados de la salud si: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Mi peso aumenta repentinamente _____.				
Comienzo a cansarme o desgastarme más de lo habitual.				
Mis tobillos se hinchan.				
Me mareo más de lo habitual al ponerme de pie.				
Tengo cambios desagradables después de tomar nuevos medicamentos.				