

Insuficiencia cardíaca: *plan personal de acción*

Fecha: _____

Usted es la persona más importante de su equipo de cuidados de insuficiencia cardíaca. Utilice estas páginas para crear un plan de acción que le funcione y para registrar su progreso en el hogar. Su equipo de cuidados de la salud está aquí para apoyarlo.

Mi objetivo de la gestión de la insuficiencia cardíaca, con base en MAPAS (medicamentos, actividad, peso, alimentos, síntomas)

Haré esto para cambiar o mejorar mi salud: _____

Los objetivos de tratamiento de mi equipo de atención médica

Los objetivos de tratamiento de su equipo de cuidados de la salud para usted: _____

Mi plan personal de acción

- Entiendo que debo tomar mis **M**edicamentos según lo indicado por mi médico
Me esforzaré por alcanzar **uno o dos** de estos objetivos cada semana a fin de mantener mi insuficiencia cardíaca controlada:
- Me ejercitaré y me mantendré **A**ctivo
- Revisaré mi **P**eso todos los días y llamaré a mi equipo de cuidados de inmediato si mi peso aumenta
- Reduciré el sodio y los líquidos, y evitaré el alcohol para mejorar mi **A**limentación
- Registraré mis **S**íntomas y tomaré medidas de inmediato cuando se presenten
- Iré a todas las citas programadas con mi médico o con mis proveedores de cuidados
- Otro: _____

Mi próxima cita:

Traiga este plan personal de acción con usted.

Información de contacto importante:

Médico o proveedor de cuidados: _____

Teléfono de la clínica local y sitio web: _____

Encargado de atención: _____

Otros asesores o proveedores: _____

Utilice estas gráficas en las páginas 3 y 4 para registrar su progreso.

Recursos de orientación para el paciente

Revise los artículos que ha recibido de su equipo de atención y anote la fecha en la que los obtuvo:

- La vida con insuficiencia cardíaca: _____
- La vida con insuficiencia cardíaca DVD: _____
- Insuficiencia cardíaca folleto informativo: _____
- MAPAS agenda para el cuidado diario: _____
- Nutrición para un corazón saludable: _____
- Plan de alimentación diario bajo en sodio: _____
- Insuficiencia cardíaca: Cómo llevar un control de los líquidos que bebe: _____

Recursos en línea

- IntermountainHealthcare.org/HeartFailure
- Asociación Estadounidense del Corazón: Heart.org
- Asociación Estadounidense de Enfermeras Especializadas en Insuficiencia Cardíaca (AAHFN): AAHFNpatienteducation.com
- Sociedad Estadounidense de la Insuficiencia Cardíaca (HFSA): HFSA.org
- Colegio Estadounidense de Cardiología: ACC.org

MEDICAMENTOS: revise los que toma (consulte las páginas 13 a 14 en el folleto
La vida con insuficiencia cardíaca.)

Los diuréticos (píldoras de agua)

Ayudan a sus riñones a deshacerse de líquido y sodio adicionales al orinar.

Escriba el nombre del medicamento en su frasco de píldoras: _____

Cómo voy a recordar que debo tomar este medicamento:

Estaré alerta a estos efectos secundarios:
calambres en las piernas • mareos • sarpullido

Inhibidores de enzimas y bloqueadores de angiotensina (ACE/ARB, por sus siglas en inglés)

Ayudan a que los vasos sanguíneos se abran, lo cual facilita que su corazón bombee y se reduzca la presión arterial.

Escriba el nombre del medicamento en su frasco de píldoras: _____

Cómo voy a recordar que debo tomar este medicamento:

Estaré alerta a estos efectos secundarios:
tos • mareos • sarpullido • presión arterial baja

Bloqueadores beta

Ayudan a hacer que su músculo cardíaco funcione mejor y reducen la presión arterial.

Escriba el nombre del medicamento en su frasco de píldoras: _____

Cómo voy a recordar que debo tomar este medicamento:

Estaré alerta a estos efectos secundarios:
hinchazón a causa de la retención de líquidos • dificultad al respirar • siempre se siente cansado • presión arterial baja • frecuencia cardíaca baja

La digoxina

Ayuda a que su corazón lata más fuerte y con un ritmo más normal.

Escriba el nombre del medicamento en su frasco de píldoras: _____

Cómo voy a recordar que debo tomar este medicamento:

Estaré alerta a estos efectos secundarios:
in hambre • náuseas/vómitos • visión azulada o amarillento • saltado latidos

Oxígeno

Le ayuda a respirar mejor.

Estaré alerta a estos efectos secundarios:
nariz reseca • sangrado nasal • problemas con la vista • llagas en la parte posterior de mis oídos

*Las cosas que me podrían impedir tomar mis medicamentos: _____

*Las cosas que me ayudarán a cumplir mis metas: _____

Mi plan personal de acción

Usted no tiene que asumir todo a la vez. Utilice las gráficas a continuación como ayuda para decidir cómo trabajar en los objetivos que enumeró en la primera página. Por ejemplo, si usted tratará de ser más activo, elija uno de los elementos para trabajar en las siguientes semanas. Después escriba cuántos días en cada semana pudo cumplir su objetivo.

ACTIVIDAD (consulte las páginas 15 y 16 de *La vida con insuficiencia cardíaca*.)

Para aumentar la actividad, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Caminaré _____ minutos _____ veces en mi vecindario, en un gimnasio o en un centro comercial				
Iré a una clase de ejercicio en un gimnasio, en un centro recreativo o en un centro de adultos mayores				
Haré tareas leves en el hogar				
Realizaré una evaluación de terapia física				
Completaré actividades de silla por _____ minutos				
Mi opción:				

*Las cosas que me pueden impedir lograr mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

PESO (consulte las páginas 18 a 19 de *La vida con insuficiencia cardíaca*.)

Para mantener mi peso, voy a: (elegir 1 ó 2 por cada semana)	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Pesarme cada mañana				
Anote mi peso cada mañana en mi <i>Agenda para el cuidado diario</i>				
Llama a mi médico si gano 2 o más libras en un día				
Llama a mi médico si gano 5 libras por encima de mi peso ideal				

*Las cosas que me pueden impedir lograr mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

NUTRICIÓN (consulte las páginas 20 a 26 de *La vida con insuficiencia cardíaca*.)

Para reducir mi retención de líquidos:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
No beberé más de _____				
Solo consumiré _____ de sodio (sal) al día				
Reduciré el sodio haciendo esto:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Retiraré el salero de la mesa de la cocina				
Intentaré otras formas de dar sabor a mi comida con cebolla o ajo en polvo, hierbas y especias, o jugo de limón en lugar de sal				
Leeré las etiquetas de los alimentos para ver qué alimentos son altos en sodio				
Enjuagaré verduras enlatadas antes de cocinarlas y consumirlas				
Retiraré un artículo salado de mi dieta esta semana _____				

*Las cosas que me pueden impedir lograr mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

OMITIR estos alimentos altos en sodio:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Sopas y verduras enlatadas				
Cenas congeladas (verifique el contenido de sodio)				
Salchichas y carnes para el desayuno, como el jamón, la salchicha o el tocino				
Queso y queso untable				
Alimentos de los restaurantes, como las pizzas, las hamburguesas o las papas fritas				
Cátup, soya, aderezos y salsa de barbacoa				
Pescado enlatado y ahumado				
Bocadillos y galletas saladas				

Y COMER MÁS alimentos más bajos en sodio, como:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Las carnes magras como pollo sin piel y pechuga de pavo y pescado				
Leche y yogur bajos en grasa				
Frutas y verduras frescas				
Verduras congeladas				
Rodajas de limón, hierbas frescas y vinagre saborizado o aceite de oliva				
Mantequilla o margarina sin sal				
Avena integral				

Para administrar mis líquidos, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mantendré un registro de todos los líquidos que coma o beba todos los días				
Chuparé cubitos de hielo si me da sed				
Elegiré líquidos bajos en sodio o sin sodio				

*Las cosas que me pueden impedir lograr mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

SÍNTOMAS (consulte la página 27 de *La vida con insuficiencia cardíaca*.)

Llamaré a mi proveedor de cuidados de la salud cuando alguno de estos síntomas caiga en la zona "amarilla".	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mi peso sube 2 o más libras en un día				
Mi peso sube 5 libras sobre mi peso deseado				
Perdí más de 5 libras sin intentar				
Tengo hinchazón o distensión abdominal				
Es más difícil respirar en la noche o cuando estoy activo				
Me estoy desmayando o desvaneciendo				
Mis síntomas están empeorando				