



Diario y Plan
de Acción Para
LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Números importantes

NOMBRE

NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

NÚMERO TELEFÓNICO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

PROFESIONAL A CARGO DE SU CUIDADO MÉDICO

CARDIÓLOGO

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y/O ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL

LÍNEA DE 24 HORAS PARA SURTIR RECETAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Cómo usar el diario y plan de acción

Este diario junto con el plan de acción es una guía de autocuidado para ayudarlo o ayudarla a controlar su insuficiencia cardíaca. Es su responsabilidad poner en práctica las recomendaciones sobre su tratamiento según lo que acordaron usted y su equipo del cuidado de la salud. Si tiene preguntas o necesita más información, hable con su médico.

Esta guía le ayudará a mantenerse lo más sano y saludable posible. Llévela siempre consigo, incluso cuando salga de viaje.

Metas

Peso _____ libras
Sodio _____ mg/día
Limite los líquidos a _____ onzas o tazas/día
(si se lo aconsejan)

Señales tempranas de peligro y síntomas de que la insuficiencia cardíaca está empeorando

- Aumento de peso repentino: 2–3 libras en un día o 5 libras o más en una semana
- Falta de aire o no poder respirar al estar acostado
- Hinchazón de los pies, las piernas, los tobillos o el estómago
- Debilidad y cansancio
- Tos que no se quita
- Despertar de madrugada tosiendo o sin aliento
- Ritmo cardíaco irregular

Si presenta los síntomas anteriores:

- Llame a su médico
- La otra opción es que usted*
- Siga las instrucciones de autocuidado del plan diurético que aparece en la página 3

Llame a su médico si tiene:

Efectos secundarios de sus medicamentos que son diferentes o que ocurren con más frecuencia de lo normal

Llame al 911 si tiene:

- Falta de aire grave
- Molestias, dolor o presión en el pecho que no desaparece con el reposo ni tomando nitroglicerina
- Sudor profuso y palidez
- Tos con flema y/o espuma de color rosa

Plan diurético

Este plan debe usarse sólo si su médico se lo ha indicado.

FECHA: _____

DÍA 1

Tome una dosis adicional de diurético y de potasio.

Mi dosis adicional del diurético es: _____

Mi dosis adicional de potasio es: _____

DÍA 2

- Si los síntomas mejoran, vuelva a la dosis normal de sus medicamentos.
- Si los síntomas continúan pero no empeoran, tome un diurético adicional por un día más.

Si los síntomas empeoran o si usted no mejora después del Día 2:

- Llame a su _____
al _____, o
- Solicite una cita para ese mismo día.
Llame a _____, o
- Si está llamando durante el fin de semana o fuera del horario normal, llame a _____.

Todas las medidas que aparecen a continuación le ayudarán a controlar la insuficiencia cardíaca y a mantenerse sano.



Peso diario

El aumento de peso repentino o constante puede ser una señal de peligro que indica que el cuerpo está reteniendo líquidos. Pésese todos los días.

- Por la mañana, vaya al baño tan pronto se levante.
- Suba a la báscula con la misma cantidad de ropa cada día.
- Escriba la fecha en el recuadro de las páginas del diario y anote su peso. Más tarde, apunte los medicamentos que haya tomado y sus síntomas (si llega a presentarlos).
- Compare su peso del día con el peso del día anterior. Si aumenta más de 2 a 3 libras en un día ó 5 libras o más en una semana, hable con su médico o siga las instrucciones de autocuidado del plan diurético que aparece en la página 3.

Medicamentos

Los medicamentos para la insuficiencia cardíaca reducen la carga de trabajo del corazón, fortalecen el latido del corazón y retiran el exceso de agua del cuerpo.

- Tómese sus medicamentos en un horario regular.
- Es importante mantener un plan escrito diario del horario en que debe tomarse sus medicamentos. Hay un ejemplo de esto en el folleto *Guía para controlar la insuficiencia cardíaca* (Heart Failure: Taking Care of Yourself, en inglés).
- Use un despertador o reloj para acordarse que debe tomar sus medicamentos a tiempo.
- Use un pastillero para organizar sus dosis diarias.
- Vuelva a surtir sus recetas médicas cuando le quede medicina para sólo dos semanas. No espere hasta que se le terminen los medicamentos recetados.

- No deje de tomar sus medicamentos, ni cambie la dosis ni el medicamento a menos que su médico se lo indique.
- Si se le pasó una dosis y ya casi es hora de tomarse la siguiente, sátese la que no se tomó. No debe tomar una dosis doble para compensar la que no tomó.
- Aprenda los nombres genéricos y de marca, las dosis, los efectos secundarios y las razones por las que está tomando cada uno de sus medicamentos.



Sodio

Personas con insuficiencia cardíaca deben comer menos sal. La sal está compuesta principalmente por sodio. El sodio actúa como una esponja para retener un exceso de líquido en el cuerpo, lo cual hace más difícil la capacidad de bombeo del corazón.

Tenga en cuenta lo siguiente para disminuir su consumo de sodio:

- Limite el sodio a no más de 2 gramos ó 2,000 miligramos por día. Hable con su médico sobre el nivel adecuado de sodio para usted.
- No agregue sal a su comida cuando cocina o en la mesa. Pregunte a su médico si hay algún sustituto de sal que pueda tomar.
- Use hierbas de olor, especias, pimienta y jugo de limón para sazonar o darle sabor a la comida.
- Lea las etiquetas de los alimentos para ver cuánto sodio hay en los alimentos procesados, enlatados y/o congelados. Un 80 por ciento del sodio que consumimos se encuentra en los alimentos procesados.
- Elija alimentos frescos y alimentos “low sodium” (bajos en sodio) o “no added salt” (sin sal añadida).
- Coma en restaurantes menos veces. La comida en restaurantes tiene mucho sodio.

Actividad física y ejercicio

La actividad física moderada le ayudará a cansarse menos rápido y a sentirse mejor. Pregunte a su médico sobre el nivel y tipo de actividad física que le recomienda hacer.

- Elija actividades que usted disfrute tales como salir a caminar, pasear al perro, bailar o trabajar en el jardín.
- Haga por lo menos 30 minutos de alguna actividad física, 5 días a la semana.
- Invite a un amigo o familiar que lo acompañe.
- Mantenga un equilibrio entre la actividad física y el reposo.
- Llame al Asesoramiento telefónico sobre salud y bienestar al 1-866-862-4295 para platicar con un orientador sobre ayuda para hacer actividad física.

Informe a su médico sobre sus síntomas y/o cualquier problema que se presente.

PLAN DE ACCIÓN PERSONAL

¡Es hora de tomar acción ya!

Una **meta** es algo que usted quiera lograr pero que puede tomarle tiempo, como por ejemplo, perder peso.

Una **plan de acción** le permite dividir su meta en partes manejables para que logre alcanzarla. El plan debe incluir acciones específicas que usted **quiera** tomar y que sean realistas y alcanzables. Por lo mismo, usted tiene que poder contestar las siguientes preguntas:

→ ¿*Qué* meta quiere lograr?

→ ¿*Qué está* dispuesto a hacer?

→ ¿*Cuándo* va a hacerlo?

→ ¿*Cuántos* días a la semana va a dedicarle?



Su **nivel de autoconfianza** indica que tan seguro o segura se siente de sí mismo para lograr su plan de acción. El nivel se mide en una escala del 0 al 10.

Para tener éxito, su nivel de confianza debe ser de 7 o mayor. Si su puntaje es menor de 7, debe ajustar su plan y fijarse metas más realistas y alcanzables.

Mi meta es:

MI PLAN DE ACCIÓN

Esta semana voy a:

(qué)

(por cuánto tiempo)

(cuándo)

(por cuántos días a la semana)

¿Cuánta confianza tiene en sí mismo o misma de lograr su meta?



0 = nada de confianza

10 = mucha confianza

Su nivel de confianza debe ser de 7 o más.

Me voy a premiar con: _____

Fecha límite para cita de evaluación: _____ Con: _____

Mi firma: _____

Sugerencias para un plan de acción para la insuficiencia cardíaca

Marque las acciones que esté dispuesto a hacer para controlar su insuficiencia cardíaca y permanecer saludable:

- Usaré este diario (o algo parecido) todos los días hasta que se me indique que debo dejar de usarlo.
- Me pesaré a la misma hora todos los días, en la misma báscula, con la misma cantidad de ropa.
- Evitaré los alimentos altos en sodio.
- Tomaré todos mis medicamentos según me los recetaron.
- Aprenderé a reconocer las señales y los síntomas de la insuficiencia cardíaca y lo que debo informar a mi equipo del cuidado de la salud.

- Dejaré de fumar. Me pondré en contacto con el Asesoramiento telefónico sobre salud y bienestar al 1-866-862-4295 para pedir ayuda.
- Saldré a caminar por 30 minutos, 5 días a la semana.
- Limitaré mi consumo de alcohol y hablaré sobre el tema con mi médico.
- Además, también _____
- Además, también _____



El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/ más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/ más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/ más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/ más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/ más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:

El monitoreo diario le ayudará a que **usted mismo** controle su salud.

Fecha	Peso	Presión de la sangre	Azúcar en la sangre a.m.	Hinchazón no/igual/más	Falta de aire no/igual/más	Actividad física es más fácil/más difícil	Otros síntomas, comentarios
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							
L							
M							
M							
J							
V							
S							
D							

Apuntes:



La información que está detallada en este folleto no pretende diagnosticar ningún problema de salud ni sustituir los cuidados médicos profesionales.

Heart Failure Action Plan & Diary

©2002, 2009 Kaiser Permanente. Todos los derechos reservados.

SCPMG Departamento Regional de Educación para la Salud

MH0731 (4/14)

kp.org/espanol