

Cuestionario de seguimiento de la insuficiencia cardiaca

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Para las preguntas 1 y 2, elija la mejor respuesta.

1. En la última semana, ¿cuánto ha interferido su salud con su nivel normal de trabajo o actividades sociales?

Nada **Ligeramente** **Moderadamente** **Bastante** **Mucho**

2. En comparación con su visita anterior, ¿cómo diría usted que están sus problemas de salud ahora?

Mucho mejor **Un poco mejor** **Igual** **Un poco peor** **Mucho peor**

3. Marque las actividades de la siguiente lista que usted hace varios días a la semana:

- Salir de la cama
- Caminar hacia el baño
- Agacharse o inclinarse
- Acarrear bolsas de comestibles
- Hacer tareas livianas en la casa (quitar el polvo de los muebles, ordenar y pasar la aspiradora o barrer por 10 minutos o menos)
- Caminar una cuadra
- Hacer tareas pesadas en la casa (mover muebles y barrer, pasar la aspiradora o trapear por más de 30 minutos)
- Caminar varias cuadras
- Subir un tramo de escalera
- Ejercicios enérgicos (caminar más de una milla, correr, andar en bicicleta, subir varios tramos de escaleras)

4. Haga un cálculo (aproximado) de cuántos minutos de ejercicios al menos moderados usted hizo en los últimos 7 días. Un ejercicio moderado puede ser caminar, andar en bicicleta, nadar o hacer tareas pesadas en la casa (pasar la aspiradora y limpiar). Por ejemplo, 30 minutos por 3 días a la semana serían un total de 90 minutos por semana.

Total de la semana: _____ Minutos

Revisión de los síntomas

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en los últimos meses? Por favor, describa brevemente los problemas, e indique las fechas aproximadas. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Deje la línea en blanco si no ha tenido un problema.

Problema	Descripción, fecha(s)
Falta de energía	_____
Somnolencia durante el día	_____
Mareos	_____
Desmayos	_____
Dolor o malestar en el pecho	_____
Falta de aliento	_____
Tos	_____
Hinchazón de piernas	_____
Palpitaciones cardíacas o arritmia	_____
Sudores nocturnos	_____
Dificultades para dormir	_____
Depresión o tristeza	_____
Micción frecuente o nocturna	_____
Confusión	_____
Pérdida o baja repentina de peso	_____
Pérdida de apetito	_____
Dolor en las articulaciones o artritis	_____
Disfunciones sexuales	_____
Intolerancia al calor	_____
Usa dos almohadas para dormir	_____