# SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX

*Todas las respuestas son confidenciales.*

# Considere cómo se ha sentido durante el último mes mientras responde esta encuesta.

#  SECCIÓN A:

A continuación, se enumeran ciertos comportamientos que algunas personas con insuficiencia cardíaca emplean para ayudar su condición. ¿Con qué frecuencia realiza usted lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca o rara vez** |  | **A veces** |  | **Siempre** |
| 1. ¿Evita enfermarse? (Por ejemplo, lavándose las manos) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Hace algo de ejercicio? (Por ejemplo, una caminata a paso firme o subir escaleras) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Consume una dieta baja en sal? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Visita a su médico/a o enfermero/a para recibir atención médica de rutina? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Toma la medicación prescrita sin saltarse ni omitir ninguna dosis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿Pide alimentos bajos en sal cuando come fuera? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Se vacuna anualmente contra la influenza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Pide alimentos bajos en sal cuando visita amigos o familiares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Utiliza algún sistema o método que le ayude a recordar cuándo tomar sus medicamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Hace preguntas a su médico/a o enfermero/a a cerca de sus medicamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# SECCIÓN B:

A continuación, se enumeran ciertos cambios que algunas personas con insuficiencia cardíaca suelen **monitorear**. ¿Con qué frecuencia realiza usted lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** |  | **A veces** |  | **Siempre** |
| 11. ¿Controla su peso diariamente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. ¿Presta atención a las variaciones en cuanto a cómo se siente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 13. ¿Busca efectos secundarios producidos por los medicamentos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. ¿Observa si se cansa más de lo usual al realizar actividades habituales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. ¿Le pregunta a su médico/a o enfermero/a por cómo se encuentra usted? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. ¿Vigila sus síntomas con atención? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. ¿Revisa si presenta hinchazón en los tobillos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. ¿Verifica si tiene dificultad para respirar con actividades como bañarse o vestirse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. ¿Lleva un registro de sus síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**La última vez que tuvo síntomas…**

(Encierre en **un círculo** el número correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No he tenido síntomas** | **No he reconocido síntomas** | **Nada rápido** |  | **Con cierta rapidez** |  | **Rápidamente** |
| 20. ¿Qué tan rápido reconoció esos síntomas? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. ¿Qué tan rápido detectó que los síntomas se debían a su insuficiencia cardiaca? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# SECCIÓN C:

A continuación, se enumeran ciertos comportamientos que emplean algunas personas con insuficiencia cardiaca para controlar sus síntomas. **Cuando usted presenta síntomas, ¿qué probabilidades hay de que realice alguna de las siguientes acciones?**

(Encierre en **un círculo** el número correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No es probable** |  | **Algo Probable** |  | **Muy Probable** |
| 22. ¿Limita aún más la sal que consume en ese día? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. ¿Reduce los líquidos que bebe? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. ¿Toma un diurético extra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. ¿Llama al médico/a o enfermero/a para pedir asesoría? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. ¿Pide consejos a algún miembro de la familia o amigo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. ¿Trata de averiguar por qué tiene síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. ¿Limita sus actividades hastasentirse mejor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Piense en el tratamiento que utilizó la última vez que tuvo síntomas …** (Encierre en **un círculo**

 el número correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No hice nada** | **No estoy segur o/a** |  | **Estoy casi seguro/a que sí** |  | **Estoy muy seguro/ a que sí** |
| 29. ¿El tratamiento que utilizó le hizo sentir mejor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# SECTION D:

En general, ¿qué tan seguro se siente de que será capaz de llevar a cabo las siguientes actividades? (Encierre en un círculo el número correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No tengo certeza** |  | **Tengo algo de certeza** |  | **Tengo mucha de certeza** |
| 30. Mantenerse estable y libre de síntomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Seguir el plan de tratamiento que ha recibido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Persistir con el tratamiento que le han dado, aunque sea difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Controlar de manera rutinaria su condición  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Persistir en el monitoreo rutinario de su condición, aunque sea difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Reconocer si ocurren cambios en su salud  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Evaluar la importancia de sus síntomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Hacer algo para aliviar sus síntomas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Persistir en encontrar una solución para sus síntomas, aunque sea difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Evaluar qué tan bien funciona dicha solución | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¡Muchas gracias por rellenar esta encuesta!