

**Mission Hospital**  
Centro de rehabilitación cardiopulmonar

***Información***

Nombre: \_\_\_\_\_

***sobre usted***

Fecha: \_\_\_\_\_

***para los pacientes  
con válvula***

Por favor, responda las siguientes preguntas.  
Puede haber más de una respuesta.

**Naturaleza de las enfermedades del corazón**

Incluso si usted no tiene ninguna enfermedad del corazón ahora, eso no significa que no contraerá una en el futuro. Tratando los factores de riesgo de las enfermedades del corazón ahora, usted posiblemente puede evitar o retrasar el inicio de las cardiopatías coronarias. Los factores de riesgo son una combinación de características genéticas (hereditarias) y estilos de vida, que aumentan la incidencia de enfermedades del corazón.

A continuación, se nombran algunos factores de riesgo de las enfermedades del corazón. Identifique **sus propios factores de riesgo**.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niveles de grasa en la sangre (lípidos/colesterol)  | <input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentario (inactivo) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (alta presión sanguínea)   | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                      |
| <input type="checkbox"/> Sobrepeso   | <input type="checkbox"/> Dieta alta en grasas                 |
| <input type="checkbox"/> El estrés y cómo lo enfrenta  | <input type="checkbox"/> Fumar                                |
| <input type="checkbox"/> Personalidad tipo A (intenso, decidido, se le hace difícil descansar, tiene ira/hostilidad indebida, se guarda las emociones) | <input type="checkbox"/> Su género (varón)                    |
|  | <input type="checkbox"/> Historial familiar                   |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetes/Pre-diabetes                |

**¿Qué ejercicio estaba haciendo antes de su evento cardíaco?**

Tipo de ejercicio \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ Veces a la semana \_\_\_\_\_

**Cambiar algunos de sus comportamientos como la dieta, el ejercicio o el fumar pueden ayudarlo a prevenir eventos o procedimientos cardíacos en el futuro.**

- Verdadero       Falso

## Señales y síntomas/medicamentos

¿Cuáles son los síntomas que ha tenido usted antes de su cirugía de válvula?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Malestar en el pecho        | <input type="checkbox"/> Malestar en la espalda |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el hombro       | <input type="checkbox"/> Falta de aliento       |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el brazo/brazos | <input type="checkbox"/> Fatiga                 |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el cuello       | <input type="checkbox"/> Sudor                  |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones               | <input type="checkbox"/> Náusea                 |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el abdomen      | <input type="checkbox"/> Ansiedad               |

¿Ha tenido algún síntoma o complicación después de la cirugía?

- Sí  No

Si contestó que sí, por favor descríballo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dependiendo del tipo de válvula que tenga, podría tener que tomar medicamento anticoagulante a largo plazo y se le podría aconsejar que tome antibióticos antes de someterse a procedimientos dentales o cirugías electivas. También podrían recetarse medicamentos antiarrítmicos para suprimir los latidos irregulares del corazón.

**Marque con una palomita (✓) las oraciones verdaderas relacionadas con los medicamentos:**

- Si me olvido de tomar mi medicamento, debo aumentar la cantidad en la próxima dosis.
- No debo dejar de tomar los medicamentos ni cambiar la dosis sin consultar a mi médico(o médicos).
- Debo llevar conmigo un papel escrito que indique qué medicamentos estoy tomando, la dosis y qué tan seguido los tomo cada día.

## Psicosocial/Espiritual

Es importante aprender a:

- Evaluar las prioridades correctamente
- Utilizar actividades que promuevan la relajación
- Enfocarme muy intensamente en mi trabajo y en mi estilo de vida

Durante las últimas 2 semanas, ¿le han molestado algunas de las siguientes cosas?

- Poco o nada de interés o placer en hacer cosas
- Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado
- Nada de lo antes mencionado

**Educación**

Hay muchas oportunidades de aprendizaje disponibles, como las clases para un Corazón y un Estilo de Vida Sanos, Corazones Reparados, la Serie de Pláticas para Pacientes y la Familia y una consulta personalizada sobre su alimentación con un nutricionista registrado.

¿Desea hacer una cita para una consulta sobre su alimentación?  Sí  No

**Información sobre la rehabilitación**

¿Bebe usted alcohol?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿cuántas onzas de alcohol bebe al día? \_\_\_\_\_

¿Bebe usted cafeína?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿cuántas tazas de 6 onzas de café/té/refrescos toma al día?

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema ortopédico (músculo, articulación o hueso)?  Sí  No

Si contestó que sí, descríballo:

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas específicas para la rehabilitación cardíaca?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuenta con instrucciones por adelantado (por ejemplo, un poder notarial para las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud)?  Sí  No

Si contestó que no, ¿desea recibir información?  Sí  No