

El cuidado de las heridas — *plan personal de acción*

Yo puedo hacerme cargo

Usted está a cargo de realizar el cuidado de sus heridas. Intermountain Homecare & Hospice (servicios de cuidados en el hogar y cuidados paliativos) están comprometidos a ayudarlo. A continuación encontrará herramientas que lo ayudarán a desarrollar su propio plan de acción y a llevar un registro de su progreso en casa.



Mi plan personal

Me gustaría trabajar en las siguientes áreas para cuidar mi herida:

- Tomar mis **medicamentos** como lo recetó el médico
- Ejercitarme y mantenerme **activo**
- Proteger mi herida** de traumas, lesiones y gérmenes
- Comer bien** y controlar mi dieta

- Controlar mi **glucosa en sangre** si tengo diabetes
- Controlar mi **dolor**
- No fumar** o usar productos de tabaco
- Estar alerta a los **síntomas** y tomar medidas de inmediato cuando ocurran
- Solicitar y cumplir las **citas médicas**

MEDICACIÓN

Multivitamínico diario

Si lo ha indicado el médico

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el:

Estaré alerta a estos efectos secundarios:

náuseas • sabor desagradable en la boca • dolores de cabeza

ACTIVIDAD

Para aumentar la actividad yo:

| | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Cuando esté en cama, quitaré peso de la parte afectada por lo menos cada 2 horas | | | | |
| Cuando esté en una silla normal o en una silla de ruedas, cambiaré de posición cada 15 minutos | | | | |
| Caminaré _____ minutos _____ al día | | | | |
| Realizaré ejercicios estacionarios | | | | |
| Realizaré los ejercicios que indique el terapeuta físico | | | | |
| Otro: | | | | |

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

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

PROTEGER MI HERIDA

| Para proteger mis heridas, yo: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Vestiré medias de compresión | | | | |
| Llevaré los zapatos especiales que desplazan el peso hacia la parte media del pie y el talón (zapatos "off-loading") | | | | |
| Identificaré y protegeré o eliminaré las áreas que puedan crear fricción | | | | |
| Me lavaré las manos y animaré a otros a lavárselas también | | | | |
| Mantendré la herida limpia | | | | |
| Otro: | | | | |

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

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

COMER BIEN (consulte la página 4 de Cuidado de heridas: Instrucciones para el hogar)

| Para reemplazar la pérdida de fluidos de una herida que supura, yo: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Beberé por lo menos 6 a 8 vasos de líquidos al día, a menos que mi médico no lo aconseje | | | | |
| Comeré alimentos altos en proteínas: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
| Frijoles y lentejas secas | | | | |
| Cualquier proteína de origen animal magra, como carne de res, cerdo, pollo o pescado | | | | |
| Nueces, crema de cacahuete y semillas | | | | |
| Queso cottage o queso | | | | |
| Leche o leche en polvo (puede agregarse a alimentos como el puré de papas) | | | | |
| Bebidas nutritivas como <i>Carnation Instant Breakfast</i> , <i>Boost</i> o <i>Ensure</i> | | | | |
| Comeré buenas fuentes de carbohidratos: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
| Panes integrales y cereales | | | | |
| Papas, arroz o pasta | | | | |
| Comeré alimentos ricos en vitamina A: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
| Naranjas | | | | |
| Calabaza y calabacín | | | | |
| Vegetales de hojas verde oscuro como las espinacas, la col rizada o el brócoli | | | | |
| Comeré alimentos ricos en vitamina C: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
| Cítricos | | | | |
| Pimiento morrón | | | | |
| Jitomates | | | | |
| Fresas | | | | |
| Melón | | | | |

| Comeré al menos 3 porciones diarias de productos lácteos: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Leche | | | | |
| Yogur | | | | |
| Leche de soya | | | | |

| Comeré bocadillos nutritivos: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Queso cottage y fruta | | | | |
| Queso y galletas saladas | | | | |
| Mezcla de nueces o granola | | | | |
| La mitad de un sándwich y un pequeño trozo de fruta | | | | |
| Mantequilla de maní y manzanas en rodajas | | | | |
| Barras de granola y frutas frescas | | | | |

*Los problemas para lograr mi objetivo pueden ser: _____

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

GLUCOSA EN LA SANGRE, PARA DIABÉTICOS *(consulte la Tarjeta para el Control de la Diabetes)*

| Para llevar un registro del azúcar en sangre, yo: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Mi objetivo de glucosa en sangre es _____ | | | | |
| Mi promedio de glucosa en sangre de 7 días es _____ | | | | |
| Revisaré la glucosa en sangre _____ veces al día | | | | |
| Tomaré el medicamento si mi nivel de azúcar en sangre es mayor a _____ | | | | |
| Tomaré o beberé algo azucarado (15 gramos de carbohidratos) si la glucosa en sangre es menor a 70 _____ | | | | |
| Llamaré a mi médico o tomaré un coche de emergencia si mis niveles de azúcar en sangre no se controlan | | | | |

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

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

DOLOR

| Para controlar mi dolor, yo: | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Elevaré la extremidad afectada | | | | |
| Tomaré mi medicamento según lo recetado | | | | |
| Consideraré las distracciones como la música, la lectura, los crucigramas, la tele | | | | |
| Cambiaré de posición cada _____ minutos cuando esté despierto | | | | |

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

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

NO FUMAR (Consulte *Dejar el tabaco: su viaje a la libertad*)

Es difícil dejar de fumar Sin embargo, fumar disminuye el flujo sanguíneo y retrasa la cicatrización. Consideraré dejar de fumar hasta que la herida haya sanado.

| | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Elegiré una forma de abordarlo para ayudarme a dejar de fumar | | | | |
| Identificaré mi equipo de apoyo | | | | |
| Fijaré una fecha para dejarlo | | | | |
| Otro: | | | | |

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

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

SÍNTOMAS (Consulte la página 3 de *Cuidado de heridas: Instrucciones para el hogar*)

Llamaré a mi proveedor de cuidados de la salud cuando tenga los siguientes síntomas:

| | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Aumento del dolor en el sitio de la herida | | | | |
| Enrojecimiento o inflamación alrededor o propagación del área de la herida | | | | |
| Calor en el lugar de la herida o alrededor de ella | | | | |
| Mal olor proveniente de la herida después de que ha sido limpiada | | | | |
| Cualquier cambio en el color o la cantidad de drenaje de la herida | | | | |
| Fiebre superior a 102 grados o escalofríos | | | | |
| Náuseas o vómitos | | | | |

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

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

Mi próxima cita con el médico es: _____

Lleve este plan de acción a su cita con el médico.



Content created and approved by Intermountain Homecare & Hospice

Wound Care — Personal Action Plan