

ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA
 (European Heart Failure Self-care Behaviour scale) by Jaarsma, Stromberg, Martenson & Dracup

Nombre del paciente:

Fecha:

Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones. Haga un círculo en el número 1 si está completamente de acuerdo con la afirmación (es decir si hace siempre lo que se comenta). Haga un círculo en el 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir si no hace nunca lo que se comenta). Haga un círculo en los números del 2 al 4 para respuestas intermedias. Aunque no esté seguro por completo en alguna cuestión marque la respuesta que crea más ajustada a su situación:

| | | Completamente de acuerdo/ Siempre | | | | Completamente en desacuerdo/ Nunca |
|---|--|--------------------------------------|---|---|---|---------------------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Me peso cada día | | | | | |
| 2 | Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso | | | | | |
| 3 | Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi doctor o enfermera | | | | | |
| 4 | Si aumento 2 Kg. en una semana, contacto con mi doctor o enfermera | | | | | |
| 5 | Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1½-2 litros) | | | | | |
| 6 | Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor o enfermera | | | | | |
| 7 | Realizo una dieta baja en sal | | | | | |
| 8 | Tomo toda la medicación como me han indicado | | | | | |
| 9 | Hago ejercicio regularmente | | | | | |

TOTAL