

La Insuficiencia Cardíaca y su Peso

Qué tiene que ver el peso

Entre más pesado esté usted, más duro tendrá que trabajar su corazón para bombear sangre a todas partes de su cuerpo. Cuando se padece de insuficiencia cardíaca, el corazón ya está debilitado. Esta recarga de trabajo debilita más su corazón. Al controlar el peso, se le ayuda al corazón a bombear mejor.

Llevar un régimen alimenticio saludable y hacer algún tipo de ejercicio moderado, como caminar a buen paso, puede ayudarle a bajar de peso. Siga estas reglas:

- ✓ lleve un régimen bajo en calorías y grasas
- ✓ limite el consumo de sodio (sal) a menos de 2400 mg (miligramos) al día
- ✓ si se le permite tomar bebidas alcohólicas, limite el consumo de alcohol a 1-2 porciones al día (1 porción = 1¹/₂ onzas de licor de 80 grados, 5 onzas de vino o 12 onzas de cerveza)
- ✓ limite el consumo de líquidos que toma al día a 8 tazas (64 onzas) a menos que se le indique de otra manera
- ✓ coma porciones más pequeñas con más frecuencia durante el día
- ✓ pídale a su médico un plan de ejercicios para usted

Retención de fluidos

Cuando el corazón no late la sangre como debiera hacerlo, los riñones retienen en fluidos (agua y sal) y no los expulsan en la orina. El corazón tiene que trabajar más duro para bombear estos líquidos adicionales junto con la sangre. Los aumentos de peso repentino (un aumento de 2 a 5 libras aproximadamente en un día) son probablemente una señal de que su cuerpo está reteniendo fluidos en vez de agregar grasas.

Mantenga un registro de su peso. Esto le permitirá saber si su cuerpo está reteniendo fluidos. De ser así, puede que su médico necesite darle más diuréticos (drogas que le ayudarán a retirar el fluido adicional de su cuerpo).

Piense en lo que usted está comiendo y lleve un control de su peso. Si está comiendo menos pero su peso se mantiene igual, su cuerpo puede estar reteniendo fluidos aunque esté perdiendo grasa. Si no está perdiendo peso pero piensa que debería hacerlo porque está comiendo menos, consulte a su médico.

Use el Registro Diario de su Peso que aparece en el dorso para mantener el control de su peso. Presénteselo a su médico durante sus visitas al mismo.



Registro Diario de su Peso

Examine su peso todos los días a la misma hora, en la misma balanza, con la misma cantidad de ropa puesta. Presénteselo a su médico en la próxima consulta.

Mi peso normal es _____ libras.

Semana	Fecha	Su peso hoy	A qué hora	Marque Mañana - Tarde	Comentarios/El diurético que tomé
1	Lunes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Martes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Miércoles	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Jueves	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Viernes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Sábado	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Domingo	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
2	Lunes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Martes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Miércoles	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Jueves	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Viernes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Sábado	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Domingo	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
3	Lunes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Martes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Miércoles	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Jueves	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Viernes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Sábado	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Domingo	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4	Lunes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Martes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Miércoles	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Jueves	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Viernes	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Sábado	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	Domingo	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Mes _____

