

# Plan Personal de Autocuidados Vascular

Nombre, Apellidos:

|   | SITUACIÓN<br>ÓPTIMA                               | INICIAL  | OBJETIVO | OBJETIVO |
|---|---|----------|----------|----------|
|   |   | --/--/-- | --/--/-- | --/--/-- |
| <b>Implicación en su Autocuidado</b>    |   |          |          |          |
| Afronta su situación de riesgo vascular | Si  |          |          |          |
| Fija objetivos propios                  | Si  |          |          |          |
| Realiza autocontroles                   | Si  |          |          |          |
| <b>Tabaco</b>                           |   |          |          |          |
| Fuma                                    | No  |          |          |          |
| <b>Estrés - ansiedad</b>                |   |          |          |          |
| Control del estrés                      | ADECUADO  |          |          |          |
| <b>Alimentación</b>                     |   |          |          |          |
| Sal                                     | Poca  |          |          |          |
| Carbohidratos de absorción rápida       | Restringidos                                      |          |          |          |
| Grasa animal                            | Restringida                                       |          |          |          |
| Forma de cocinar                        | Saludable   |          |          |          |
| Verdura, fruta, pescado                 | Adecuada  |          |          |          |
| Comidas al día                          | 5   |          |          |          |
| <b>Actividad Física</b>                 |   |          |          |          |
| Días por semana:                        | 5 días  |          |          |          |
| Minutos al día / Horas por semana       | 30 – 45 min/3 - 4 h                               |          |          |          |
| Eficaz y sin esfuerzos                  | Entre ___ y ___ latidos/min                       |          |          |          |
| <b>Medicación</b>                       |   |          |          |          |
| Días que olvida la medicación           | Cero olvidos al mes                               |          |          |          |
| <b>Peso</b>                             |   |          |          |          |
| Peso                                    |   |          |          |          |
| IMC                                     | Menor o igual a 25                                |          |          |          |
| Perímetro abdominal                     | Menor 88 cm en mujeres<br>Menor 102 cm en varones |          |          |          |
| <b>Presión arterial</b>                 |   |          |          |          |
| Presión arterial sistólica, "la alta"   | Menor 140   |          |          |          |
| Presión arterial diastólica, "la baja"  | Menor de 90                                       |          |          |          |
| <b>Glucemia</b>                         |   |          |          |          |
| Glucemia venosa                         | Menor de 100 - 110                                |          |          |          |
| <b>Colesterol</b>                       |   |          |          |          |
| Colesterol LDL                          | Menor de 100/ 130/160                             |          |          |          |
| Colesterol HDL                          | Mayor de 40/50                                    |          |          |          |
| <b>Vacunaciones</b>                     |   |          |          |          |
| Vacunación antigripal                   | Anual si procede                                  |          |          |          |
| Vacunación antitetánica                 | Si procede  |          |          |          |