

Presión arterial alta: plan de acción personal

Fecha: _____

La persona más importante para controlar su presión arterial (PA) es **usted**. Su equipo de atención médica le ayudará a completar esta primera página durante su visita. Otros miembros de su equipo pueden ayudarle a desarrollar un plan de acción en las siguientes páginas.

Presión arterial actual _____ / _____

La tabla a continuación muestra lo que significan sus valores de PA.

Categoría de la PA	Sistólica	/	Diastólica
Normal	menos de 120	y	menos de 80
Elevada	120 a 129	y	menos de 80
Etapa 1 alta	130 a 139	o	80 a 89
Etapa 2 alta	140 o más	o	90 o más

Pruebas de laboratorio anuales

- ☐ Panel metabólico completo/Básico (PMC/PMB)
_____ (fecha)
- ☐ Proporción albúmina/creatinina en orina (ACR)
_____ (fecha)

Mi meta personal para el control de la PA

Las metas de tratamiento de mi equipo de atención médica para el control de mi PA

Mi plan de acción personal

Ponga énfasis en solo 1 o 2 de las siguientes cosas cada semana:

- ☐ Tomar los **medicamentos** diariamente (consulte la página 2)
- ☐ Observar mi presión arterial (consulte la página 3)
- ☐ Seguir un plan alimenticio saludable (consulte la página 3)
- ☐ Observar mi peso (consulte la página 4)
- ☐ Hacer más actividad física (consulte la página 4)
- ☐ Controlar el estrés o dejar de fumar (consulte la página 4)

Mi próxima cita: _____

Lleve este Plan de acción a su cita.

Recursos locales

Administrador de atención u orientador en salud: _____

Teléfono y sitio web de la clínica local: _____

Otros consultores o proveedores: _____

Recursos de educación para el paciente

Escriba la fecha en que recibió cada recurso marcado:

- ☐ **Principios básicos sobre la PA** _____ (fecha)
- ☐ **Registro de la presión arterial** _____ (fecha)
- ☐ **Presión arterial alta y la dieta Dash** _____ (fecha)

Recursos en línea

Regístrese en MyHealth

- [IntermountainHealthcare.org/bp](https://www.intermountainhealthcare.org/bp)
- Hypertension and Your Heart (Hipertensión y su corazón), de la AHA [Heart.org/HEARTORG/Conditions/High-Blood-Pressure_UCM_002020_SubHomePage.jsp#](https://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/High-Blood-Pressure_UCM_002020_SubHomePage.jsp#)
- Blood Pressure from Utah Department of Health (Presión arterial del Departamento de Salud de Utah) choosehealth.utah.gov/your-health/blood-pressure.php
- Aplicación para teléfonos inteligentes para el seguimiento de la presión arterial
- Aplicación complementaria sobre presión arterial para teléfonos inteligentes

Tomar mis MEDICAMENTOS: Consulte la página 9 de Principios básicos de la PA

Marque los tipos de medicamentos que usted toma. Marque con un círculo o escriba el nombre que se encuentra en su frasco de píldoras.

☐ **Inhibidor de la ECA (enzima convertidora de la angiotensina):** ayuda a abrir los vasos sanguíneos, lo que hace que el corazón bombee con mayor facilidad y disminuya la presión arterial.

- lisinopril (Prinivil, Zestril)
- benazepril (Lotensin)
- enalapril (Vasotec)
- quinapril (Accupril)
- ramipril (Altace)

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento antes de: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

tos, mareos, dolor de cabeza, somnolencia, debilidad

☐ **ARA (antagonista de los receptores de la angiotensina):** ayuda a abrir los vasos sanguíneos, lo que hace que el corazón bombee la sangre con mayor facilidad y disminuya la presión arterial.

- losartán (Cozaar)
- candesartán (Atacand)
- irbesartán (Avapro)
- valsartán (Diovan)

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento antes de: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

tos, mareos, dolor de cabeza, somnolencia, debilidad

☐ **Antagonista del calcio (AC):** ayuda a impedir que el calcio entre al corazón, hace que las células de los vasos sanguíneos se relajen y expande los vasos sanguíneos, lo cual reduce la presión arterial.

- amlodipina (Norvasc)
- diltiazem (Cardizem, Cartia, Dilacor, etc.)
- verapamil (Calan, Isoptin)

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento antes de: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

dolor de cabeza, rubor en la piel, hinchazón de los tobillos

☐ **Diurético:** ayuda a que los riñones eliminen el exceso de fluidos y sodio a través de la orina. Estos medicamentos generalmente se combinan con un inhibidor de la ECA o ARA en una sola píldora.

- hidroclorotiazida (HCTZ)
- combinación de lisinopril/HCTZ
- combinación de losartán/HCTZ
- clortalidona (Thalitone)
- furosemida (Lasix)

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento antes de: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios:

mareos, desvanecimiento, dolor de cabeza o visión borrosa

☐ **Betabloqueador:** ayuda a mejorar la función muscular del corazón y a disminuir la presión arterial.

- carvedilol (Coreg)
- succinato de metoprolol ER (Toprol XL)

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento antes de: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios: _____

☐ **Estatinas:** ayudan a controlar el colesterol.

- atorvastatina (Lipitor)
- rosuvastatina (Crestor)
- lovastatina (Altoprev, Mevacor)
- pravastatina (Pravachol)
- simvastatina (Zocor)

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento antes de: _____

Estaré atento a estos efectos secundarios: _____

Observar mi PRESIÓN ARTERIAL: Consulte las páginas 20 a 21 acerca de los Principios básicos de la PA

Para llevar un registro de mi presión arterial, haré lo siguiente:

(elija 1 o 2 para cada semana)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mediré mi presión arterial diariamente				
Anotaré los valores de mi presión arterial en un registro				

Seguir un PLAN ALIMENTICIO saludable: Consulte las páginas 14 a 15 acerca de los Principios básicos de la PA

Para reducir el consumo de sodio (sal), haré lo siguiente:

(elija 1 o 2 para cada semana)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Limitaré mi consumo de sodio a por día				
Retiraré el salero de la mesa de cocina				
Leeré las etiquetas de los alimentos para ver qué alimentos tienen un alto contenido de sodio				
Enjuagaré los alimentos enlatados antes de cocinarlos y comerlos				
Esta semana, eliminaré de mi dieta un producto que tenga mucha sal				
En los restaurantes, elegiré artículos que estén catalogados como "opción saludable"				
En los restaurantes, pediré alimentos sin sal agregada				

Para comer más vegetales y frutas, haré lo siguiente:

(elija 1 o 2 para cada semana)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Llenaré la mitad de mi plato con vegetales y frutas.				
Comeré bocadillos que sean vegetales y frutas, no papas fritas o dulces				
Compraré vegetales prelavados y precortados para facilitar la preparación de comidas y bocadillos				
Comeré más vegetales de hojas verde oscuro, como espinaca, col rizada y brócoli				
Comeré más vegetales de color amarillo y anaranjado brillante y de otros colores, como batatas, zanahorias, calabacín, pimientos (ajíes) rojos, albaricoques secos				
Optaré por comer frutas enteras con más frecuencia en vez de jugos				

Para comer más productos integrales, haré lo siguiente:

(elija 1 o 2 para cada semana)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Comeré pan, arroz o tortillas integrales en vez de los regulares				
Para el desayuno, comeré avena o cereales fríos con uno de los cereales integrales que se enumeran al principio				
Me aseguraré de que al menos la mitad de mis cereales sean integrales				

Para elegir proteínas saludables para el corazón, haré lo siguiente:

(elija 1 o 2 para cada semana)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Comeré pescado o mariscos 2 o 3 veces a la semana				
Cuando coma pollo o pavo, escogeré carne blanca sin piel				
Cuando coma carne roja, elegiré cortes magros y porciones más pequeñas que un mazo de cartas				

Para elegir grasas saludables y productos lácteos bajos en grasa, haré lo siguiente: (elija 1 o 2 para cada semana)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Evitaré los productos con grasas trans				
Compraré leche, queso y yogur bajos en grasa				
Elegiré aceite de oliva, canola o mani				

*Posibles problemas para lograr mi meta: _____

*Cosas que me ayudarán a lograr mi meta: _____

Observar mi PESO: Consulte las páginas 12 y 13 acerca de los *Principios básicos de la PA***Para llevar un registro de mi peso, haré lo siguiente:**

(elija 1 o 2 para cada semana)

Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Llevaré un registro de mi peso actual

Llevaré un registro de mi peso ideal

Me pesaré todos los días

Llevaré un registro de mi peso en un diario

*Posibles problemas para lograr mi meta: _____

*Cosas que me ayudarán a lograr mi meta: _____

Aumentar mi ACTIVIDAD: Consulte las páginas 10 a 11 acerca de los *Principios básicos de la PA***Para aumentar mi actividad física, haré lo siguiente:**

(elija 1 o 2 para cada semana)

Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Caminaré durante _____ minutos en mi vecindario o en un centro comercial

Participaré en una clase de ejercicios en un gimnasio o centro para personas mayores

Realizaré tareas del hogar o trabajos de jardinería livianos

Me haré un examen de fisioterapia, si es necesario

Realizaré una caminata rápida

Haré ejercicios de fortalecimiento muscular, con pesas livianas o sin pesas

Nadaré o haré ejercicios acuáticos _____ minutos _____ días a la semana

Otro: _____

*Posibles problemas para lograr mi meta: _____

*Cosas que me ayudarán a lograr mi meta: _____

Controlar el ESTRÉS o dejar de FUMAR: Consulte las páginas 16 a 17 acerca de los *Principios básicos de la PA***Para reducir el estrés, haré lo siguiente:** (elija 1 o 2 para cada semana)

Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Cambiaré mis expectativas

Aprenderé a decir que no

Practicaré la gratitud y la alegría

Para dejar de fumar, haré lo siguiente: (elija 1 o 2 para cada semana)

Identificaré un programa o equipo de apoyo

Hablaré con mi médico sobre los medicamentos que me ayudarán a lograr mis metas

Fijaré una fecha para dejar de fumar

*Posibles problemas para lograr mi meta: _____

*Cosas que me ayudarán a lograr mi meta: _____

Estar atento a los SÍNTOMAS**Llamaré a mi proveedor de atención médica cuando:**

Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Mi presión arterial esté por encima de 180 / 110 Y tenga dolor de pecho, falta de aliento o un dolor de cabeza intenso

High Blood Pressure — Personal Action Plan

Intermountain Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

©2015-2024 Intermountain Health. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. FS348S - 10/24 (Last reviewed - 01/23) (Spanish translation by CommGap)