

Presión arterial alta — *Plan personal de acción*

Fecha: _____

Usted funge como la persona más importante para el control de su presión arterial (PA). Su equipo de atención médica le ayudará a completar esta primera página durante su visita. Otros miembros de su equipo pueden ayudarle a desarrollar su plan de acción en las páginas siguientes.

Pautas para el tratamiento

Presión arterial actual _____ / _____

- Presión arterial alta al límite = 120–139 / 80–89
- Presión arterial alta = 140 o más / 90 o más

Pruebas de laboratorio anuales

Pruebas metabólicas básicas y completas (CMP/BMP, por sus siglas en inglés) más recientes: _____ (fecha)

Mi objetivo personal de control de la PA

Los objetivos de tratamiento de mi equipo de atención médica

Los objetivos de tratamiento de su equipo de atención médica para el control de la presión arterial: _____

Mi plan personal de acción

Concéntrese en solo uno o dos de los siguientes puntos cada semana:

- Tomar **medicamentos** diariamente
(consulte la página 2)
- Vigilar mi **presión arterial** (consulte la página 2)
- Seguir un plan de **alimentación saludable**
(consulte la página 3)
- Vigilar mi **peso** (consulte la página 4)
- Ser más **activo** (consulte la página 4)
- Controlar el **estrés** o dejar de **fumar**
(consulte la página 4)

Mi próxima cita: _____

Presente este plan de acción en su cita.

Recursos locales

Jefe de atención u orientador de salud: _____

Teléfono de la clínica local y sitio web: _____

Otros asesores o proveedores: _____

Recursos de orientación para el paciente

Escriba la fecha en que recibió cada recurso marcado:

- Principios básicos de la presión arterial (PA):* _____
- Registro de presión arterial:* _____
- Presión arterial alta y la dieta DASH:* _____

Recursos en línea

- Registrarse en MyHealth
- IntermountainHealthcare.org/bp
- La hipertensión y su corazón, de la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés)
Heart.org/HEARTORG/Conditions/High-Blood-Pressure_UCM_002020_SubHomePage.jsp
- Presión arterial del Departamento de Salud del estado de Utah
choosehealth.utah.gov/your-health/blood-pressure.php
- HeartWise Blood Pressure Tracker app (aplicación para registrar la presión arterial) para smart phone
- Blood Pressure Companion app (aplicación de compañero de la presión arterial) para smart phone

TOMAR mis MEDICAMENTOS — consulte la página 9 de Principios básicos de la presión arterial

Marque los tipos de medicamentos que toma; circule o escriba el nombre que aparece en su frasco de pastillas.

El inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ACE, por sus siglas en inglés): — ayuda a abrir los vasos sanguíneos, facilita el bombeo de su corazón y baja la presión arterial.

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

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios:

Tos, mareos, dolor de cabeza, somnolencia, debilidad

El bloqueador de los receptores de angiotensina (BRA) — Ayuda a abrir los vasos sanguíneos, facilita el bombeo de su corazón y baja la presión arterial.

El losartán (Cozaar)
El candesartan (Atacand)
El irbesartan (Avapro)
El valsartan (Diovan)

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios:

Tos, mareos, dolor de cabeza, somnolencia, debilidad

El bloqueador del canal de calcio (CCB, por sus siglas en inglés) — Ayuda a evitar que el calcio ingrese al corazón, a que las células de los vasos sanguíneos se relajen y amplía los vasos sanguíneos para disminuir la presión arterial.

La amlodipina (Norvasc)
El diltiazem (Cardizem, Cartia, Dilacor, etc.)
El verapamilo (Calan, Isoptin)

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios:

Dolor de cabeza, enrojecimiento de la piel, hinchazón de los tobillos

Los diuréticos — Ayudan a los riñones a deshacerse del líquido y sodio extras por medio de la orina. A menudo estos se combinan con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un bloqueador de los receptores de angiotensina en una sola píldora.

La hidroclorotiazida (HCTZ)
Combinación de lisinopril y HCTZ
Combinación de losartán y HCTZ
La clortalidona (Talitona)
La furosemida (Lasix)

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios:

Mareos, dolor de cabeza, o vista borrosa

El bloqueador beta — Ayuda a que su músculo cardíaco funcione mejor y disminuye la presión arterial.

El carvedilol (Coreg)
El metoprolol succinato ER (Toprol XL)

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios: _____

Las estatinas — ayudan a controlar el colesterol.

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

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

Estaré alerta a estos efectos secundarios: _____

Vigilar mi PRESIÓN ARTERIAL — Consultar las páginas 20 a 21 de *Principios básicos de la presión arterial***Para llevar a cabo un seguimiento de mi presión arterial yo:** Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Mediré mi presión arterial diariamente

Registraré mi presión arterial en el medio correspondiente

Seguir un PLAN DE ALIMENTACIÓN saludable — Consultar las páginas 14 a 15 de los *Principios básicos de la presión arterial***Para reducir mi consumo de sodio (sal), yo:** Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Limitaré mi consumo de sodio a _____ al día

Retiraré el salero de la mesa de la 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

Retiraré un artículo con alto contenido de sal de mi dieta esta semana

En los restaurantes, elegiré platillos presentados como "opción saludable"

En los restaurantes pediré alimentos sin sal añadida

Para comer más frutas y verduras, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Llenaré la mitad de mi plato con frutas y verduras

Comeré bocadillos de frutas y verduras, no papas fritas ni dulces

Compraré verduras precortadas y prelavadas para comidas y bocadillos rápidos

Comeré más verduras de hoja verde oscuro, como las espinacas, la col y el brócoli

Comeré más verduras color naranja, amarillas y otras verduras de colores brillantes como camotes, zanahorias, calabaza, pimientos rojos dulces, duraznos secos

Elegiré frutas enteras con más frecuencia que los jugos

Para comer más granos integrales, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Cambiaré a pan, arroz o tortillas integrales

Para el desayuno, comeré avena o cereales fríos con granos enteros nombrados en primer lugar

Me aseguraré de que por lo menos la mitad de los granos que consuma sean granos integrales

Para elegir proteínas saludables para el corazón, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Comeré pescado o mariscos dos a tres veces por semana

Cuando coma pollo o pavo, elegiré carnes blancas sin piel

Cuando coma carne roja, elegiré cortes magros y porciones más pequeñas que un paquete de barajas

Para elegir grasas saludables y productos lácteos bajos en grasa, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

Evitaré productos con grasas trans

Compraré leche, queso y yogur bajos en grasa

Elegiré aceite de olivo, canola o cacahuete

*Los posibles problemas para cumplir mi objetivo son: _____

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

Vigilar mi PESO — Consulte las páginas 12 a 13 de los Principios básicos de la presión arterial

Para llevar un registro de mi peso, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Registraré mi peso actual | | | | |
| Registraré mi peso deseado | | | | |
| Me pesaré todos los días | | | | |
| Llevaré un registro de mi peso en un diario | | | | |

*Los posibles problemas para cumplir mi objetivo son: _____

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

Aumentaré mi ACTIVIDAD — Consulte las páginas 10 a 11 de los Principios básicos de la presión arterial

Para aumentar mi actividad física, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Caminaré durante _____ minutos _____ veces en mi vecindario o en una plaza comercial | | | | |
| Iré a una clase de ejercicios en un gimnasio o a un centro para adultos mayores | | | | |
| Realizaré tareas domésticas leves o jardinería | | | | |
| Realizaré una evaluación de terapia física si es necesario | | | | |
| Realizaré una caminata a paso rápido | | | | |
| Realizaré ejercicios de fortalecimiento: con pesas livianas o sin ellas | | | | |
| Nadaré o realizaré ejercicios en el agua durante _____ minutos _____ días a la semana | | | | |
| Otro: | | | | |

*Los posibles problemas para cumplir mi objetivo son: _____

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

Controlaré el ESTRÉS o dejaré de FUMAR — Consulte las páginas 16 a 17 de los Principios básicos de la presión arterial

Para reducir el estrés, yo: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| Cambiaré mis expectativas | | | | |
| Aprenderé a decir no | | | | |
| Practicaré la gratitud y la alegría | | | | |

Para dejar de fumar, yo:

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Localizaré un equipo o programa de apoyo | | | | |
| Hablaré con mi médico sobre los medicamentos que me ayudarán a lograrlo | | | | |
| Fijaré una fecha para dejar el cigarro | | | | |

*Los posibles problemas para cumplir mi objetivo son: _____

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

Estaré alerta a los SÍNTOMAS

Llamaré a mi proveedor de cuidados de la salud cuando: Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| • Mi presión arterial esté por encima de 180/105 Y cuando tenga dolor en el pecho, dificultad para respirar o dolor de cabeza intenso | | | | |
|---|--|--|--|--|

High Blood Pressure — Personal Action Plan