



Cuidado diario de su enfermedad: Hipertensión

Esta guía brinda información sobre qué debe hacer para ocuparse de la hipertensión y sobre cómo trabajar con su médico para mantenerse saludable.



Siga su plan de cuidado personal.

- Este plan contiene una lista de lo que necesita hacer día tras día para controlar la hipertensión.
- Le informa sobre las señales que le indican que su estado está empeorando y sobre cuándo tomar medidas inmediatas.
- Si no comprende algo, pregúntele a su médico o enfermero.
- Programe las visitas con el médico y asista a todas.



Tome los medicamentos tal como el médico le indicó.

- Sepa por qué toma cada medicamento.
- Conozca los efectos secundarios a los que debe estar alerta.
- Sepa qué hacer si se olvida de tomar una dosis.
- Haga una lista de todos los medicamentos que toma para mostrarle a su médico.



Realice controles en su casa.

- Es posible que deba controlarse la presión arterial todos los días:
 - Si desea controlarse la presión arterial después de hacer ejercicio, espere treinta minutos para hacerlo.
 - Tómese la presión arterial siempre en el mismo brazo.
 - Anote los valores de su presión arterial en un registro diario para mostrarle al médico.

- Siga un plan si su presión arterial sube o disminuye demasiado. **Solicite atención médica de inmediato en los siguientes casos:**
 - Es superior a _____ / _____.
 - Es inferior a _____ / _____.
- Conozca su rango de presión arterial establecido como objetivo: Haga lo necesario para mantenerla dentro de ese rango:
 - El primer número (sistólica) puede oscilar entre _____ y _____.
 - El segundo número (diastólica) puede oscilar entre _____ y _____.
- Es posible que deba controlarse la frecuencia cardíaca todos los días:
 - Antes de empezar, siéntese y permanezca tranquilo durante diez minutos.
 - Coloque suavemente dos dedos en la arteria ubicada en el lado interior de la muñeca. No utilice el dedo pulgar.
 - Utilice un reloj de pared o de muñeca con segundero y cuente la cantidad de latidos que sienta en sesenta segundos.
 - Anote los valores de su frecuencia cardíaca en un registro diario para mostrarle al médico.



Siga el plan de alimentación tal como su médico le indicó.

- Es posible que deba seguir un plan de alimentación saludable para el corazón:
 - Ingiera abundantes frutas y verduras.
 - Seleccione alimentos bajos en grasas.
 - Limite la cantidad de sal (sodio) que consume.
- Hable con su médico sobre lo que debería comer:
 - La cantidad de calorías que necesita se basa en su nivel de actividad y necesidad de aumentar o bajar de peso.
 - Debo ingerir _____ calorías diarias.
 - Puedo ingerir _____ mg de sal (sodio) por día.

- Sepa cómo los alimentos afectan los medicamentos.
- Lea la tabla denominada "Información nutricional" de los alimentos envasados para corroborar si ese alimento es una opción saludable. Verifique las cantidades de calorías totales, la grasa, el sodio y otros nutrientes **por porción**:
 - Muchos paquetes traen más de una porción.
 - Si ingiere más de una porción, multiplique las cantidades nutricionales por la cantidad de porciones. Esto le dará las cantidades nutricionales que está ingiriendo.



Tome medidas para llevar una vida saludable.

- Manténgase activo y haga ejercicio.
- Si tiene sobrepeso, baje de peso.
- No fume.
- Vacúnese contra la gripe todos los años.



Conozca las señales que indican que su enfermedad está empeorando.

- Sepa cuándo llamar para pedir ayuda en caso de emergencia:
 - Si cree que está teniendo un ataque cardíaco o cerebral.
 - Si tiene problemas respiratorios graves.
- Sepa cuándo llamar al médico:
 - Consulte la guía *Cuándo pedir ayuda: Hipertensión*.

Esta información es de carácter general y es posible que no se aplique a usted ni a su enfermedad. Hable con su médico o enfermero sobre la mejor forma de utilizar esta información y cómo ocuparse de su enfermedad. Asegúrese de compartir con su médico o enfermero cualquier pregunta que pueda tener. Esta hoja informativa no pretende brindar ni reemplazar el consejo, el diagnóstico o el tratamiento de un médico profesional.

Paciente o cuidador:

Firma: _____

Fecha: _____

Enfermero:

Firma: _____

Fecha: _____