

Preguntas clave para tu profesional de la salud



Utiliza esta guía para comprender tus resultados, analizar tus riesgos y planificar los siguientes pasos junto con tu equipo de cuidados de salud.

Resultados de mis pruebas

Perfil lipídico

Colesterol total: _____

Colesterol LDL (malo): _____

Colesterol HDL (bueno): _____

Triglicéridos: _____

Otras pruebas (según corresponda)

Lp(a): _____ ApoB: _____

Índice de calcio en las arterias coronarias (CAC): _____

Conoce tu colesterol

La mayoría de las personas no presenta síntomas, por lo que un sencillo análisis de sangre es la única manera de saber tus niveles de colesterol.

- ¿Qué significan mis niveles de colesterol?

- ¿Cuál es la cifra más importante para mi salud cardíaca?

- ¿Puede el colesterol alto causar problemas incluso si me siento bien?

Conoce tu riesgo

El colesterol se puede acumular en las arterias y reducir el flujo sanguíneo, lo que aumenta el riesgo de un ataque cardíaco y de ataque o derrame cerebral. El riesgo también se ve afectado por los antecedentes familiares, la edad, los antecedentes de salud reproductiva, otras afecciones de salud y los hábitos de estilo de vida.

- ¿Cómo influyen mis niveles de colesterol en mi riesgo de sufrir un ataque cardíaco o ataque o derrame cerebral?

- Según mis factores de salud personales, ¿esto aumenta mi riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un ataque o derrame cerebral?

- ¿Qué otras pruebas de detección pueden darme una idea más clara de mi riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un ataque o derrame cerebral?

Mi plan de tratamiento

La reducción del colesterol comienza por hábitos de estilo de vida saludables y algunas personas pueden necesitar medicamentos. No se recomiendan los suplementos, ya que pueden interactuar con los medicamentos, si los tomas habla con un profesional de la salud.

• Patrón de alimentación:

¿Estoy siguiendo un patrón de alimentación saludable para mi corazón?

Sí No

- ◇ Come más de lo que se indica a continuación:

- ◇ Come menos de lo que se indica a continuación:

- **Actividad física:** ¿Hago actividad física de forma regular (como 30 minutos de actividad física moderada al día)?

Sí No

- ◇ Metas y días por semana:

- **Peso:** ¿Tengo un peso saludable?

Sí No

- ◇ Objetivo y plazo:

• Otros factores de salud:

- ◇ Presión arterial _____

- ◇ Diabetes (A1C) _____

- ◇ Otra _____

- **¿Consumo tabaco/nicotina** (incluidos los cigarrillos electrónicos y vaporizadores)?

Sí No

- ◇ Si la respuesta es sí, planeo dejarlo en

- **Sueño:** ¿Tengo entre 7 y 9 horas de sueño reparador la mayoría de las noches?

Sí No

- **Medicamentos:** ¿Necesito medicamentos para reducir el colesterol?

Sí No

- ◇ Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento se recomienda?

- ◇ Dosis: _____

- ◇ Frecuencia: _____

- **Próxima cita:** _____

- **Notas:**

Encuentra herramientas y recursos útiles en heart.org/Cholesterol (sitio web en inglés).