

PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES

(DMMP por sus siglas en inglés)

Este plan debe completarse por el equipo personal de atención médica para la diabetes del estudiante, incluyendo los padres/tutores. Debe ser revisado con personal escolar pertinente y copias deben guardarse en un lugar que puedan ser accesibles fácilmente por la enfermera de la escuela, el personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.

Fecha del Plan: _____ Este plan es válido para la fecha del año escolar actual: _____ - _____

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Fecha del diagnóstico de diabetes: _____ Tipo 1 Tipo 2 Otro: _____
Escuela: _____ Número de Teléfono de la Escuela: _____
Grado: _____ Maestro del Salón de Clases: _____
Enfermera de la Escuela: _____ Teléfono: _____

Información de Contacto:

Padre/Tutor 1: _____
Dirección: _____
Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Padre/Tutor 2: _____
Dirección: _____
Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Médico/Proveedor de Atención Médica del Estudiante: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Número de Emergencia: _____
Correo Electrónico: _____

Otros Contactos de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Revisando la Glucosa en la Sangre

Marca/modelo del medidor de glucosa en la sangre: _____

Parámetros de Objetivo del Registro de la Glucosa:

Antes de las comidas: 90-130 mg/dL Otro: _____

Verifica el Nivel de Glucosa en la Sangre:

Antes de Desayuno Después del Desayuno ____ horas después del desayuno 2 horas después una dosis de corrección

Antes del Almuerzo Después del Almuerzo ____ horas después del Almuerzo Antes de la Salida

Media Mañana Antes de Educación Física Después de Educación Física Otro: _____

Mientras se necesite por señales/síntomas de baja o alta glucosa en la sangre Mientras se necesite para señales/síntomas de enfermedad

Lugar Preferido de Prueba: lado de la punta del dedo Otro: _____

Nota: El lado de la punta del dedo siempre debe usarse para revisar el nivel de glucosa si se sospecha hipoglucemia.

Habilidades del Control de la Glucosa en la Sangre para el Autocuidado del Estudiante:

Verifica independientemente su propia glucosa en la sangre

Puede medirse la glucosa de la sangre con supervisión

Requiere que una enfermera escolar o personal de diabetes capacitado para que verifique el nivel de glucosa en la sangre

Usa teléfonos inteligentes u otra tecnología para rastrear los valores de la glucosa en la sangre

Monitor Continuo de Glucosa (MCG): Sí No Marca/modelo: _____

Alarma programada para: Bajo Severo _____ Bajo _____ Alto _____

Alarma Predictiva: Bajo _____ Alto _____ Ritmo de Cambio: Bajo: _____ Alto: _____

Ajuste Límite para Suspender: _____

Información Adicional para Estudiantes con MCG

- Confirme los resultados del MCG con una verificación del medidor de glucosa en la sangre antes de tomar medidas en el sensor de nivel de glucosa en la sangre. Si el estudiante tiene señales o síntomas de hipoglucemia, verifique el nivel de glucosa en la sangre en la punta del dedo independientemente del MCG.
- Las inyecciones de insulina deben administrarse por lo menos a una distancia mínima de 3 pulgadas del sitio de inserción del MCG.
- No se desconecte del MCG para actividades deportivas.
- Si el adhesivo se está despegando, réinfrézelo con cinta médica aprobada.

- Si el MCG se sale, devuelva todo a los padres/tutores. No tiren las partes.
- Consulte las instrucciones del fabricante para saber cómo usar el dispositivo del estudiante.

Habilidades de MCG para el Autocuidado del Estudiante	¿Independiente?	¿Independiente?
El estudiante soluciona problemas de alarma y mal funcionamiento.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante sabe qué hacer y es capaz de manejar una alarma ALTA.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante sabe qué hacer y es capaz de manejar una alarma Baja.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante puede calibrar el MCG.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante sabe qué hacer cuando el MCG indica una tendencia rápida de aumento o disminución en el nivel de glucosa en la sangre.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

El estudiante debe ser escoltado con la enfermera si la alarma del MCG se activa: Sí No

Otras instrucciones para el equipo de salud de la escuela: _____

Tratamiento de Hipoglucemia

Síntomas habituales de hipoglucemia del estudiante (enlista a continuación): _____

Si presenta síntomas de hipoglucemia, O si el nivel de glucosa en la sangre es menos de ____ mg/dL, administre un producto de glucosa de acción rápida equivalente a ____ gramos de carbohidratos.

Vuelva a revisar la glucosa en la sangre en 15 minutos y repita el tratamiento si el nivel de glucosa en la sangre es menos de ____ mg/dL.

Tratamiento Adicional: _____

Si el estudiantes no puede comer ni beber, está inconsciente o no responde, o tiene actividad convulsiva o convulsiones (movimientos bruscos).

- Posicione al estudiante a su lado para prevenir que se ahogue.
- Dar glucagón:
 - 1mg ½ mg Otro (dosis) _____
 - Ruta Subcutáneo (SC) Intramuscular (IM)
 - Lugar de la inyección de glucagón Nalgas Brazo Muslo Otro: _____
- Llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del estudiante.
- Contacte al proveedor de atención médica del estudiante.

Tratamiento de Hiperglucemia

Síntomas habituales de hiperglucemia del estudiante (enlista a continuación): _____

- Revise Orina Sangre para cetonas cada ____ horas cuando el nivel de glucosa en la sangre están por encima de ____ mg/dL.
- Para glucosa en sangre por encima de ____ mg/dL Y por lo menos ____ horas desde la última dosis de insulina, administre una dosis de corrección (ver órdenes de dosis de corrección).
- Notifique a los padres/tutores si el nivel de glucosa está por encima de ____ mg/dL.
- Para usuarios de bombas de insulina: consulte **Información Adicional para Estudiante con Bombas de Insulina.**
- Permita acceso sin restricciones al baño.
- Dele agua extra y/o bebidas sin azúcar (no jugos de frutas) ____ onzas por hora.

Tratamiento Adicional para Cetonas: _____

- Cumple con las órdenes de actividad físicas y deportes (Ver **Actividad Física y Deportes**)

Si el estudiante tiene síntomas de una emergencia de hiperglucemia, llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y comuníquese con los padres/tutores y el proveedor de atención médica del estudiante. Los síntomas de una emergencia de hiperglucemia incluyen: sequedad de boca, sed extrema, náuseas y vómitos, dolor abdominal intenso, respiración pesada o dificultad para respirar, dolor de pecho, aumento de la somnolencia o letargo, o nivel deprimido de conciencia.

Terapia de Insulina

Dispositivo de Suministro de Insulina:

- Jeringa Pluma de Insulina Bomba de Insulina

Tipo de Terapia con Insulina en la Escuela:

- Insulina Ajustable (basal-bolo) terapia de insulina fija
 No insulina

Terapia de Insulina

Terapia de Insulina Ajustable (Basal-bolo)

- **Cobertura de Carbohidratos/Dosis de Corrección:** Nombre de Insulina: _____
- **Cobertura de Carbohidratos:**
Proporción de Insulina-Carbohidratos: *Almuerzo:* 1 unidad de insulina por ____ gramos de carbohidratos
Desayuno: 1 unidad de insulina por ____ gramos de carbohidratos ***Merienda:*** 1 unidad de insulina por ____ gramos de carbohidratos

Ejemplo de Cálculo de Dosis de Carbohidratos
Total de Gramos de Carbohidratos para ser Consumidos <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> Proporción de Insulina-Carbohidratos
= ____ Unidades de Insulina

Dosis de Corrección: Factor de Corrección de glucosa en la sangre (factor de sensibilidad de insulina) = ____
Objetivo de glucosa en la sangre - ____ mg/dL

Ejemplo de Cálculo de Dosis de Corrección	
Glucosa en la Sangre Actual - Objetivo de Glucosa en la Sangre	= ____ Unidades de Insulina
Factor de Corrección	

Escala de dosis de corrección: (Usar en lugar de calculaciones anterior para determinar la dosis de corrección de insulina):

Glucosa en la sangre: ____ a ____ mg/dL, dar ____ unidades
 Glucosa en la sangre: ____ a ____ mg/dL, dar ____ unidades

Glucosa en la sangre: ____ a ____ mg/dL, dar ____ unidades
 Glucosa en la sangre: ____ a ____ mg/dL, dar ____ unidades

Vea los ejemplos de la hoja de trabajo en **Manejo Avanzado de Insulina: Usando Proporciones de Insulina a Carbohidratos y Factores de Corrección** para obtener instrucciones de cómo calcular la dosis de insulina usando la proporción de insulina a carbohidratos y el factor de corrección de insulina de un estudiante.

Cuándo dar insulina:

Desayuno

- Solo cobertura de carbohidratos
- Cobertura de carbohidratos más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre pasa por encima de ____ mg/dL y ____ horas desde de la última dosis de insulina.
- Otro: _____

Almuerzo

- Solo cobertura de carbohidratos
- Cobertura de carbohidratos más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre pasa por encima de ____ mg/dL y ____ horas desde de la última dosis de insulina.
- Otro: _____

Merienda

- No cobertura para la merienda
- Solo cobertura de carbohidratos
- Cobertura de carbohidratos más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre pasa por encima de ____ mg/dL y ____ horas desde de la última dosis de insulina.
- Solo dosis de corrección: Para glucosa en la sangre por encima de ____ mg/dL Y por lo menos ____ horas desde la última dosis de insulina.
- Otro: _____

Terapia de Insulina (continuación)

Terapia de Insulina Fija Nombre de la insulina: _____

- ____ unidades de insulina administradas antes del desayuno todos los días
- ____ unidades de insulina administradas antes del almuerzo todos los días
- ____ unidades de insulina administradas antes de la merienda todos los días
- Otro: _____

Autorización de los Padres/Tutores para Ajustar la Dosis de Insulina

- Sí No La autorización de los padres/tutores debe obtenerse antes de administrar la dosis de corrección.
- Sí No Los padres/tutores están autorizados en aumentar o disminuir la escala de la dosis de corrección dentro de los siguientes parámetros: +/- ____ unidades de insulina.
- Sí No Los padres/tutores están autorizados en aumentar o disminuir la proporción de insulina a carbohidratos dentro de los siguientes parámetros: ____ unidades por gramos recetados de carbohidratos, +/- ____

- gramos de carbohidratos.
- Sí No Los padres/tutores están autorizados de aumentar la dosis de insulina fija dentro de los siguientes parámetros: +/- ____ unidades de insulina.

Habilidades de Administración de Insulina para el Autocuidado del Estudiante:

- Independientemente calcula y se administra sus propias inyecciones.
- Puede calcular/administrarse su propia inyección con supervisión.
- Requiere que la enfermera escolar o personal capacitado en diabetes calcule la dosis y el estudiante puede administrarse la inyección con supervisión.
- Requiere que la enfermera escolar o personal capacitado en diabetes calcule la dosis y administre la inyección.

Información Adicional para el Estudiante con Bomba de Insulina

Marca/modelo de la bomba: _____ Tipo de insulina en la bomba: _____

Índices basales durante la escuela: Hora: _____ Índice basal: _____ Hora: _____ Índice basal _____
 Hora: _____ Índice basal: _____ Hora: _____ Índice basal _____
 Hora: _____ Índice basal: _____ Hora: _____ Índice basal _____

Otras instrucciones de la bomba: _____

Tipo de equipo de infusión: _____

Sitio(s) de Infusión apropiado(s): _____

- Para glucosa en la sangre por encima de ____ mg/dL que no ha disminuido dentro de ____ horas después de la corrección, considere un fallo de la bomba o un fallo de la infusión. Notifique a los padres/tutores.
- Para fallo en el sitio de infusión: Inserte un nuevo equipo de infusión y/o reemplace las reserva, o administre con jeringa o pluma.
- Si sospecha fallo de la bomba de antemano: Suspenda o remueva la bomba y administre la insulina con jeringa o pluma.

Actividad Física

- Puede desconectarse de la bomba para actividades deportivas: Sí, por ____ horas No
- Establezca un índice basal temporal: Sí, ____ % basal temporero por ____ horas No
- Suspender el uso de la bomba: Sí, por ____ horas

Información Adicional para el Estudiante con Bomba de Insulina (continuación)

Habilidades de la Bomba para el Autocuidado del Estudiante	¿Independient?	¿Independiente?
Cuenta los carbohidratos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calcula la cantidad correcta de insulina para los carbohidratos consumidos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Administra bolo de corrección	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calcula y establece perfiles basales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calcula y establece índice basal temporero	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cambia las baterías	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desconecta la bomba	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Vuelve a conectar la bomba la equipo de infusión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prepara la reserva,cápsula y/o la tubería	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inserta equipo de infusión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soluciona problemas de alarmas y mal funcionamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Otros Medicamentos para la Diabetes

Nombre: _____ Dosis: _____ Ruta: _____ Veces dado: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Ruta: _____ Veces dado: _____

Plan de Comida

Comida/Merienda	Hora	Contenido de Carbohidrato (gramos)
Desayuno		___ a ___
Merienda a media mañana		___ a ___
Almuerzo		___ a ___
Merienda a media tarde		___ a ___

Otros tiempo de dar merienda y cantidad/contenido: _____

Instrucciones para cuando se proporciona comida a la clase (p.ej., como parte de una fiesta del salón de clases o un evento de muestra de comida): _____

Evento especial/comida para fiestas permitida: Discreción del Padre/Tutor Discreción del Estudiante

Habilidades de Nutrición para el Autocuidado del Estudiante:

- Cuenta carbohidratos independientemente
- Puede contar carbohidratos con supervisión
- Requiere que una enfermera escolar/personal capacitado en diabetes cuente los carbohidratos

Actividades Físicas y Deportes

Una fuente de acción rápida de glucosa como tabletas de glucosa y/o jugo conteniendo azúcar debe estar disponible en el sitio de actividades de educación física y deportes.

El estudiante debe comer 15 gramos 30 gramos de carbohidratos Otro: _____

antes cada 30 minutos durante cada 60 minutos durante después de una actividad física vigorosa Otro: _____

Si la glucosa en la sangre más reciente es menor que _____ mg/dL, el estudiante puede participar en la actividad física cuando la glucosa en la sangre esté corregida y por encima de _____ mg/dL.

Evite la actividad física cuando la glucosa en la sangre esté por encima de _____ mg/dL o si las cetonas en la orina o en la sangre son de moderadas a altas.

(Consulte **Administrar Insulina** para obtener información adicional para los estudiantes sobre las bombas de insulina).

Plan de Desastre

Para prepararse para un desastre o emergencia no planificada (72 horas), obtenga suministros de emergencia de los padres/tutores.

- Continúe siguiendo órdenes contenidas en este DMMP
- Órdenes adicionales de insulina de la siguiente manera: (p.ej. cena y noche) _____

 Otro: _____

Firmas

Este Plan de Control Médico de la Diabetes has sido aprobado por:

Médico del Estudiante/Proveedor de Atención Médica	Fecha
--	-------

Yo, (padre/tutor) _____, doy permiso a la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud calificado o personal capacitado en diabetes de (escuela) _____ para realizar y llevar a cabo las tareas de atención de la diabetes como se describe en el Plan de Control Médico de la Diabetes de (estudiante) _____. También doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este Plan de Control Médico de la Diabetes a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que tienen la responsabilidad de mi hijo/a y que pueden necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo/a. También doy permiso a la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud calificado para que se comuniquen con el médico/proveedor de atención médica de mi hijo/a.

Reconocido y recibido por:

Padre/Tutor del Estudiante	Fecha
----------------------------	-------

Padre/Tutor del Estudiante	Fecha
----------------------------	-------

Enfermera Escolar.Otro Personal Calificado de Atención Médica	Fecha
---	-------