

PLAN DE MANEJO MÉDICO DE DIABETES (PMMD)

Fecha del Plan: _____ Vigente para el periodo escolar: _____ - _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Diagnóstico de Diabetes: _____ tipo 1 tipo 2 Otro _____

Endocrinólogo Pediátrico: _____

Teléfono oficina: _____ Teléfono Emergencia: _____

MONITOREO DE GLUCOSA

Metas de Glucosa en Sangre: 80-120 mg/dl 80-150 mg/dl 80-180 mg/dl 80-200 mg/dl
 Otro: _____

Medir nivel de glucosa: Antes almuerzo ____ Horas después de almuerzo 2 horas después de corrección
 Antes merienda mañana Antes ejercicio Después ejercicio Antes merienda tarde
 Cuando sea necesario

Habilidad del estudiante en cotejarse la glucosa:

- Se monitoriza glucosa independientemente
- Se monitoriza glucosa con supervisión
- Requiere ser monitorizado por personal escolar adiestrado o por enfermera escolar

Monitor Continuo de Glucosa (MCG): Sí _____ No

- Requiere confirmar todo resultado del MCG con glucómetro
- Requiere confirmar resultado de MCG solamente si los niveles son extremos o síntomas del estudiante no concuerdan con el resultado del MCG

TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIA

Síntomas usuales de hipoglucemia del paciente:

Mareos Cansancio Debilidad Hambre Sudoración Visión borrosa
 Dolor de cabeza Irritabilidad Otro: _____

- Si presenta con síntomas de hipoglucemia o la glucosa en sangre es menor de _____ mg/dL, dar un carbohidrato de acción rápida que contenga _____ gramos de carbohidrato el cual es equivalente a _____ onzas de jugo 100% natural o refresco regular.
- Medir glucosa de nuevo en 15 minutos y repetir tratamiento si el nivel de glucosa es menor de _____ mg/dL.
- Si el estudiante no puede ingerir alimentos ni tomar líquidos, está inconsciente o no responde, o si está convulsando (movimientos involuntarios), favor de inyectar o administrar:
- Glucagón: 1 mg (jeringuilla completa) 1/2 mg (mitad jeringuilla)
- Área de inyección de glucagón: muslos glúteo _____
- Glucagón nasal (\geq 4 años de edad): 3 mg
- Llamar al 911 y a los padres o encargados del estudiante.
- Llamar al Endocrinólogo Pediátrico.

TRATAMIENTO HIPERGLUCEMIA

- Para glucosas en sangre mayor de _____ mg/dl y al menos _____ horas han pasado desde la última dosis de insulina, dar dosis de corrección **ESCALA** (ver página 2).
- Medir acetonas en orina cuando la glucosa en sangre esté sobre _____ mg/dl.

- Si el estudiante presenta síntomas de hiperglucemia de emergencia, boca reseca, sed excesiva, náusea y vómitos, dolor abdominal severo, respiraciones profundas y rápidas, dificultad para respirar, dolor de pecho, debilidad o pérdida de conocimiento: Favor de llamar a los padres o encargados del estudiante de inmediato y al Endocrinólogo Pediátrico. En caso de ellos no contestar, llamar al 911.

TERAPIA DE INSULINA

Dispositivo de insulina: jeringuilla bolígrafo de insulina bomba de insulina (**para pacientes en bomba de insulina, favor ver documento adicional**).

Habilidad del Estudiante en Administrarse Insulina

- Sí No Independientemente puede calcular y administrarse la dosis de insulina.
 Sí No Puede calcular y administrarse la dosis de insulina con supervisión.
 Sí No Requiere de la enfermera escolar o personal escolar adiestrado para calcular y administrar la dosis de insulina.

Tipo de terapia de insulina en la escuela:

- Terapia de insulina basada en conteo de carbohidrato
 Terapia de insulina fija
 No usa insulina

Autorización para ajustar dosis de insulina:

- Sí No Padres/Encargados pueden hacer cambios a las dosis de insulina.

ESCALA de dosis de corrección:

- Nivel de Glucosa _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades de insulina (_____)
Nivel de Glucosa _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades de insulina (_____)
Nivel de Glucosa _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades de insulina (_____)
Nivel de Glucosa _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades de insulina (_____)
Nivel de Glucosa _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades de insulina (_____)
Nivel de Glucosa _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades de insulina (_____)

Cuando inyectar insulina:

Desayuno

- No tiene cubierta
 Cubierta con dosis de corrección solamente (**ESCALA**)
 Cubierta de carbohidrato más dosis de corrección si la glucosa es mayor de _____ mg/dL
 _____ Unidades de insulina antes del desayuno más (**ESCALA**)
 _____ Unidades de insulina
 Otro: _____

Almuerzo

- No tiene cubierta
 Cubierta con dosis de corrección solamente (**ESCALA**)
 Cubierta de carbohidrato más dosis de corrección si la glucosa es mayor de _____ mg/dL
 _____ Unidades de insulina antes del almuerzo más (**ESCALA**)
 _____ Unidades de insulina
 Otro: _____

Meriendas

- No tiene cubierta
- Cubierta con dosis de corrección solamente (**ESCALA**)
- Cubierta de carbohidrato más dosis de corrección si la glucosa es mayor de _____ mg/dL
- _____ Unidades de insulina antes de la merienda más (**ESCALA**)
- _____ Unidades de insulina
- Otro: _____

OTROS MEDICAMENTOS PARA DIABETES U OTRAS ENFERMEDADES

Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____ Horario: _____
Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____ Horario: _____

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTES

- Un carbohidrato de acción rápida como tabletas de glucosa y/o jugos que contengan azúcar deben estar disponibles en el área donde el estudiante se encuentra haciendo la actividad o deporte.
- Si la glucosa en sangre más reciente, previo a comenzar la actividad, es menor de _____ mg/dL, el estudiante puede participar en la actividad física cuando la glucosa haya corregido por encima de _____ mg/dL.
- Evitar actividad física cuando la glucosa en sangre sea mayor de _____ mg/dL o si las acetonas en orina están positivas.

FIRMAS

Este Plan de Manejo Médico de Diabetes ha sido aprobado por:

Endocrinólogo Pediátrico Fecha

Yo, (madre/padre/encargado) _____ autorizo a la enfermera/o u otro personal escolar adiestrado en diabetes: _____ a llevar a cabo las tareas descritas en este Plan de Manejo Médico de Diabetes de (estudiante) _____. También doy consentimiento para divulgar información que se encuentra en este Plan de Manejo Médico de Diabetes a todo el personal escolar y otros adultos que tengan responsabilidad sobre mi hija/o y aquellos que requieran de esta información para poder mantener la salud y seguridad de mi hija/o. También doy permiso a la enfermera/o escolar o cualquier otro personal escolar a comunicarse con el Endocrinólogo Pediátrico de mi hija/o.

Aceptado y recibido por:

Madre/Padre/Encargado del Estudiante Fecha

Director/a Escolar Fecha

Enfermera Escolar/otro profesional de salud Fecha

Personal Escolar Adiestrado Fecha

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA ESTUDIANTES CON BOMBA DE INSULINA

Marca/Modelo Bomba Insulina: _____

Tipo de insulina en la bomba: _____

Para glucosas en sangre mayor de ____ mg/dL y al menos ____ horas han pasado desde la última dosis de insulina, considerar problema con el set de infusión/POD. Favor de notificar a padres/encargados.

Para problemas con el set de infusión/POD: Poner set de infusión/POD nuevo.

Para problemas con la bomba: suspender o remover set de infusión/POD y administrar insulina basado en la **ESCALA**.

Actividad Física

Desconectar bomba de insulina Sí No

Poner basal temporero Sí No _____ % basal temporero durante _____ horas

Suspender bomba de insulina Sí No

Habilidad del estudiante con el uso de la bomba: Independiente?

Contar carbohidratos Sí No

Entrar datos a la bomba de insulina Sí No

Calcular y administrar bolo de corrección Sí No

Programar basal temporero Sí No

Cambiar baterías Sí No

Desconectar bomba Sí No

Reconectar bomba al set de infusión Sí No

Preparar reservorio Sí No

Poner set de infusión/POD Sí No