

PLAN DE MANEJO MÉDICO DE DIABETES (PMMD)

Este plan debe ser completado por el endocrinólogo pediátrico y también por los padres y/o encargados del paciente. Debe ser revisado por el personal escolar envuelto en el cuidado del paciente y copias del mismo deben estar accesibles para el personal de la escuela.

Fecha del Plan: _____ Este plan es válido por el periodo escolar: _____ - _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

Otra condición médica: _____

Escuela: _____ Número de Tel: _____

Grado: _____ Maestra Salón Hogar: _____

Enfermera Escuela: _____ Tel: _____

INFORMACION CONTACTO

Madre/Encargada: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Cel: _____

Email: _____

Padre/Encargado: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Cel: _____

Email: _____

Endocrinólogo Pediátrico: _____

Dirección: _____

Teléfono oficina: _____ Teléfono Emergencia: _____

Email: _____

Otros Contactos Emergencia:

Nombre: _____ Relación con Paciente: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Cel: _____

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 Otro: _____

Cuando sea necesario debido a síntomas de glucosa alta y/o baja

Cuando sea necesario debido a enfermedad

Área de monitorizar glucosa: Dedos en manos Otro: _____

Marca/Modelo de glucómetro: _____

Habilidad del estudiante en monitorizarse 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): Si No

Marca/Modelo: _____

Aviso: Confirmar resultados MCG con glucómetro. Si el estudiante tiene síntomas de hipoglucemia, favor de verificar glucosa con glucómetro independientemente del 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 síntomas de hipoglucemia o la glucosa en sangre es menor de _____ mg/dL, ofrecer 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.

Tratamiento adicional: _____

TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIA (Continuación)

Seguir órdenes de actividad física y deportes (ver página 7).

- Si el estudiante no puede ingerir alimentos ni tomar líquidos, está inconsciente o no responde, o si está convulsando (movimientos involuntarios), favor de inyectar:
- Glucagón: 1 mg (jeringuilla completa) 1/2 mg (mitad jeringuilla)
- Área de inyección de glucagón: muslos glúteo brazo
- Llamar al 911 y a los padres o encargados del estudiante.
- Llamar al Endocrinólogo Pediátrico, _____.

TRATAMIENTO HIPERGLUCEMIA

Síntomas usuales de hiperglucemia del paciente:

- Sed excesiva Orinando frecuente Cansancio Dolor de barriga
- Hambre Dolor de cabeza Irritabilidad Debilidad Otro: _____

Medir Cetonas en orina cuando la glucosa en sangre esté sobre _____mg/dL.

Para glucosas en sangre mayor de _____mg/dL y al menos _____horas han pasado desde la última dosis de insulina, dar dosis de corrección (ver página 4).

Para estudiantes en bomba de insulina: ver página 6.

Dar agua: _____ onzas por hora.

Seguir órdenes de actividad física y deportes (ver página 7).

- Si el estudiante presenta los siguientes síntomas de hiperglucemia de emergencia, incluyendo 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 al 911 y a los padres o encargados del estudiante.
- Llamar al Endocrinólogo Pediátrico, _____.

TERAPIA DE INSULINA

Dispositivo de insulina: jeringuilla bolígrafo de insulina bomba de insulina

Habilidad del Estudiante en Administrarse Insulina

Si No Independientemente puede calcular y administrarse la dosis de insulina.

Si No Puede calcular y administrarse la dosis de insulina con supervisión.

Si 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 requiere insulina

Autorización para ajustar dosis de insulina:

Si No Se requiere autorización de los padres/encargados antes de administrar dosis de corrección (**ESCALA**).

Si 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 (_____)

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 (_____)

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

Cuando inyectar insulina:

Desayuno

- No tiene cubierta
- Cubierta 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**) en pág. 4 (dosis de corrección)
- _____ Unidades de insulina
- Otro: _____

Almuerzo

- No tiene cubierta
- Cubierta 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**) en pág. 4 (dosis de corrección)
- _____ Unidades de insulina
- Otro: _____

Meriendas

- No tiene cubierta
- Cubierta 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**) en pág. 4 (dosis de corrección)
- _____ Unidades de insulina
- Otro: _____

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 data 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

PLAN DE COMIDAS

Comida/Merienda	Hora	Carbohidratos (gramos)
Desayuno	_____	_____ a _____
Merienda de mañana	_____	_____ a _____
Almuerzo	_____	_____ a _____
Merienda de tarde	_____	_____ a _____

FAVOR VER
PLAN
NUTRICIONAL
PREPARADO
POR
NUTRICIONISTA

Otras horas para dar meriendas (cantidad): _____

Comidas permitidas en eventos especiales/fiestas: Discreción de padres/encargados
 Discreción del estudiante

Habilidades nutricionales del estudiante:

- Si No Cuenta carbohidratos independientemente
- Si No Cuenta carbohidratos con supervisión
- Si No Padres/Encargados notificaran cantidad de carbohidratos por teléfono
- Si No Requiere que la enfermera escolar o el personal escolar adiestrado cuente carbohidratos

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.

El estudiante requiere una merienda antes de actividad física Sí No

El estudiante debe consumir 15 gramos 30 gramos de carbohidrato otro _____

antes cada 30 minutos durante después de una actividad física

otro _____

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 cetonas en orina están positivas.

(Información adicional para estudiantes en bomba de insulina se encuentra en la página 6)

COMENTARIOS ADICIONALES:

FIRMAS

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

Endocrinólogo Pediátrico	Fecha
--------------------------	-------

Yo, (padre/encargado:) _____ doy permiso a la enfermera/o escolar u otro personal escolar adiestrado en diabetes en (escuela:) _____ 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.

Recibido por:

Padre/Encargado de Estudiante	Fecha
-------------------------------	-------

Director/a de Escuela	Fecha
-----------------------	-------

Enfermera/o escolar u otro personal escolar adiestrado en diabetes	Fecha
--	-------