



# Plan de Atención Médica de la Diabetes (DMMP)

El equipo de atención médica personal y la madre, el padre, o tutor/a del estudiante deben completar el plan. El personal de la escuela correspondiente debe revisarlo, y debe guardarse copias en un lugar de fácil acceso para la enfermera escolar, personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.

Fecha del plan: \_\_\_\_\_ Este plan está en vigencia durante el año escolar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico de la diabetes: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  diabetes tipo 1  diabetes tipo 2  otro

Grado: \_\_\_\_\_ Docente del curso: \_\_\_\_\_

Enfermera escolar: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

**Madre o tutor:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Médico o proveedor de atención médica del estudiante:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N° de teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

**Otro contacto:** \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## CONTROL DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE

El intervalo objetivo de la glucosa en la sangre es de  70 - 130 mg/dL  70 a 180 mg/dL  
 Otro \_\_\_\_\_

### Momentos en los que se deben verificar el nivel de glucosa en la sangre:

- En medio de la mañana  Antes del almuerzo  \_\_\_\_ Horas después del almuerzo
- 2 horas después de una dosis de corrección  Antes de hacer ejercicio  Después de hacer ejercicio
- Antes de la despedida  Cuando presenta síntomas de hiperglucemia/hipoglucemia
- Cuando presenta síntomas de otra enfermedad  Otra \_\_\_\_\_

Lugar preferido para medir:  Punta del dedo  Antebrazo  Muslo  Otro:

Tipo de medidor de la glucosa en la sangre:

---

*Atención: la punta del dedo siempre se debe utilizar si se sospecha de hipoglucemia.*

### La capacidad que tiene el estudiante para realizar la verificación de la glucosa en la sangre:

- Puede hacerla independientemente
- Puede hacerla pero necesita supervisión
- Requiere que la enfermera escolar u el personal escolar capacitado la verifique

**Monitor continuo de glucosa (CGM):**  Sí  No

Tipo de medidor de glucosa en la sangre: \_\_\_\_\_

*Nota: confirmar los resultados del CGM con chequeando el medidor de la glucosa en la sangre antes de tomar medidas para responder a los niveles del CGM. Si el estudiante tiene síntomas o signos de hipoglucemia comprueba el nivel de glucosa en la sangre de la punta del dedo independientemente del CGM.*

## TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre):

---

---

Si muestra síntomas de hipoglucemia, o si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de \_\_\_\_\_ mg/dL, dé un producto de glucosa de acción rápida igual a \_\_\_\_\_ gramos de carbohidrato.

Vuelva a controlar la glucosa en la sangre en 10-15 minutos y repetir el tratamiento si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de mg/dL.

Tratamiento adicional: \_\_\_\_\_.

## TRATAMIENTO DE LA HIPOGLICEMIA (Continuación)

Si el estudiante no puede comer ni beber, está inconsciente o no responde, o está teniendo epilepsia o convulsiones (movimientos):

1. Den el glucagón :  1 mg  1/2 mg Ruta:  SC  IM Sitio para inyección:  brazo  muslo  otro \_\_\_\_\_
2. Llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del estudiante.
3. Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

## TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (alto nivel de azúcar en la sangre):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Administre un examen de  Orina  Sangre para verificar el nivel de cetonas cada \_\_\_\_\_ horas cuando los niveles de la glucosa en la sangre están por encima de \_\_\_\_\_ mg/dL.

Para la glucosa en la sangre mayor de mg/dL y al menos \_\_\_\_\_ horas desde la última dosis de insulina, dé una dosis de corrección de insulina (ver pedidos inferiores).

Para los usuarios de la bomba de insulina: vea la información adicional para el estudiante con bomba de insulina.

Dé más agua u otra bebida sin azúcar (no jugos de frutas): \_\_\_\_\_ onzas cada hora.

Tratamiento adicional de cetonas: \_\_\_\_\_

- Siga las ordenes de actividad física y del deporte (ver página 7)
- Notifique a los padres/tutores cuando empiece la hiperglucemia.
- Si el estudiante tiene síntomas de una emergencia de la hiperglucemia, incluyendo:
  - sequedad de boca
  - sed intensa
  - náuseas y vómitos
  - dolor abdominal severo
  - respiración dificultosa o falta de aire
  - dolor en el pecho
  - aumento de la somnolencia o letargo
  - disminución del nivel de conciencia

Llame al 911 (Servicios de emergencias médicas) y a los padres/tutores del estudiante

- Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

## TERAPIA DE INSULINA

Manera de administrar insulina:  jeringa de insulina  pluma de insulina  bomba de insulina

### Tipo de la terapia de insulina en la escuela:

- Terapia de insulina ajustable
- Terapia de insulina fija
- No insulina

### Terapia de insulina ajustable

• Nombre de la insulina: \_\_\_\_\_

• La cobertura de carbohidratos: ratio insulina a carbohidratos:

Almuerzo: 1 unidad de insulina por \_\_\_\_\_ gramo de carbohidratos

Merienda: 1 unidad de insulina por \_\_\_\_\_ gramo de carbohidratos

#### Ejemplo de cómo calcular la dosis de cobertura de carbohidratos

**Gramos totales de carbohidratos en la comida**  
\_\_\_\_\_ = unidades de insulina  
**Ratio insulina por gramos de carbohidratos**

• Dosis de corrección:

Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre = \_\_\_\_\_

El objetivo de azúcar en la sangre = \_\_\_\_\_ mg/dL

#### Ejemplo de cómo calcular la dosis de corrección

**Nivel de azúcar en la sangre real — nivel de azúcar en sangre objetivo**  
\_\_\_\_\_ = unidades de insulina  
**Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre**

Escala de dosis de corrección (se puede usar en lugar del cálculo anterior para determinar la dosis de corrección de insulina):

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dL

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dL

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dL

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dL

## TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

### Cuando se da la insulina:

#### Almuerzo

- Sólo cobertura para los carbohidratos
- Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de \_\_\_\_\_ mg/dL y más de \_\_\_\_\_ horas desde la última dosis de la insulina.
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Merienda

- No hay cobertura para la merienda
- Sólo cobertura para los carbohidratos
- Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de \_\_\_\_\_ mg/dL y más que \_\_\_\_\_ horas desde la última dosis de la insulina.
- Otro: \_\_\_\_\_

### Corrección de dosis aparte:

- Dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de \_\_\_\_\_ mg/ dL y más de \_\_\_\_\_ horas desde la última dosis de la insulina.
- Otro: \_\_\_\_\_

### Terapia de insulina fija:

- Nombre de la insulina: \_\_\_\_\_
- Unidades de insulina dado antes del almuerzo cada día
  - Unidades de insulina dado antes de la merienda cada día
  - Otro:

### Autorización de los padres/tutores para ajustar la dosis de insulina:

- Sí  No La autorización de los padres/tutores debe ser obtenido antes que la administración de una dosis de corrección.
- Sí  No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la corrección escala de la dosis dentro del siguiente rango: +/- \_\_\_\_\_ unidades de insulina.
- Sí  No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir el ratio de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango: \_\_\_\_\_ unidades de insulina por gramos prescritas de carbohidratos, +/- \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos.
- Sí  No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la dosis fija de insulina dentro del siguiente rango: +/- \_\_\_\_\_ unidades de insulina .

## TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

**La capacidad que tiene el estudiante para administrar la insulina:**

- Puede determinar la cantidad correcta de insulina e inyectarse independientemente
- Necesita supervisión en determinar la cantidad correcta de insulina e inyectarse
- Requiere que la enfermera escolar u el personal escolar capacitado determine la cantidad de insulina y de las inyecciones.

## INFORMACION ADICIONAL PARA ESTUDIANTES CON BOMBAS DE INSULINA

Tipo de bomba: \_\_\_\_\_ Tipo de insulina en la bomba: \_\_\_\_\_

Tasa basal durante el día escolar: \_\_\_\_\_

Tipo de equipo de infusión: \_\_\_\_\_

- Si el nivel de glucosa en la sangre es mayor de \_\_\_\_\_ mg/dL y no ha disminuido en \_\_\_\_\_ horas después de la corrección, se debe considerar un fallo de la bomba o un fracaso del sitio de infusión. Notifique padres/tutores.
- Si hay un fracaso del sitio de infusión, se debe insertar el nuevo equipo de infusión y/o sustituir el reservorio.
- Si se sospecha un fallo de la bomba, suspenda o retire la bomba y proceda a dar la insulina mediante jeringa o pluma.

### Actividad Física

¿Puede desconectarse de la bomba para las actividades deportivas?  Sí  No

¿Establecer una tasa basal temporal?  Sí  No

\_\_\_\_\_% basal temporal por \_\_\_\_\_ horas

¿Suspender el uso de la bomba?  Sí  No

### Capacidades del estudiante con la bomba:

Recuento de carbohidratos

Cantidad correcta del bolo para los carbohidratos consumidos

Cálculo y administración del bolo correctivo

Cálculo y establecimiento de perfiles basales

Cálculo y establecimiento de la tasa basal temporal

Desconexión de la bomba

Reconexión de la bomba al equipo de infusión

Preparación del reservorio y tubos

Inserción del equipo de infusión

Solución de problemas con alarmas y mal funcionamiento

### ¿Independiente?

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

Sí  No

## OTROS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES

Tipo de medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Tipo de medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

## PLAN DE COMIDA

Comida/Refrigerio	Horario	Contenido/cantidad de los alimentos (gramos)
Desayuno	_____	Entre _____ y _____
Refrigerio a media mañana	_____	Entre _____ y _____
Almuerzo	_____	Entre _____ y _____
Refrigerio a media tarde	_____	Entre _____ y _____

Otros momentos en los que se debe dar refrigerios, indicando contenido y cantidad:

Instrucciones para cuando se proveen alimentos a los alumnos (por ejemplo, como parte de una fiesta en el aula o un evento en el que se degustan alimentos):

### ¿Puede el estudiante calcular por sí mismo la cantidad de carbohidratos que consume?

- Sí, puede hacerlo independientemente
- Necesita supervisión
- Requiere que la enfermera escolar o el personal escolar capacitado le ayude

## EJERCICIO Y DEPORTES

Una fuente de glucosa de acción rápida debe estar disponible en el sitio de deportes y educación física. Algunos ejemplos son tabletas de glucosa y jugo que contiene azúcar.

El estudiante debe comer  15 gramos  30 gramos  otra cantidad de carbohidratos

Antes de  Cada 30 minutos durante  Después de la actividad física vigorosa

Otro: \_\_\_\_\_

Si el más reciente nivel de la glucosa en la sangre es menos de \_\_\_\_\_ mg/dl, el estudiante puede participar en actividad física siempre y cuando la glucosa en la sangre se corrija y es por encima de \_\_\_\_\_ mg / dl.

Debe evitar la actividad física cuando la glucosa en la sangre sea mayor que mg/dL o si las cetonas en la orina/sangre son moderadas o grandes.

(Información adicional para los estudiantes que usan la bomba de insulina se encuentra en página 6.)

## PLAN DE DESASTRES

Para prepararse para un desastre imprevisto o emergencia (72 horas), obtenga un equipo de emergencia de los padres/tutores.

- Continúe siguiendo las órdenes contenidas en este DMMP.
- Pedidos adicionales de insulina de la siguiente manera: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

### Firmas

Este Plan de Atención Médica de la Diabetes ha sido aprobado por:

\_\_\_\_\_  
Médico o proveedor de atención médica del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo (padre/madre/tutor) autorizo a la enfermera escolar, al personal capacitado en diabetes y a otros miembros del personal designados de la escuela \_\_\_\_\_ a realizar las tareas de atención de la diabetes explicadas en el Plan de Atención Médica de la Diabetes de (estudiante) \_\_\_\_\_.

También expreso mi consentimiento para que se divulgue la información contenida en este Plan de Atención Médica de la Diabetes a todos los miembros del personal y a otros adultos que estén a cargo del cuidado de mi hijo y que necesiten conocer esta información con el fin de preservar la salud y la seguridad de mi hijo. También doy autorización a la enfermera escolar u otro profesional de salud para que pueda contactar al médico/proveedor de atención médica de mi hijo.

Aceptado y recibido por:

\_\_\_\_\_  
Madre/padre/tutor del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Madre/padre/tutor del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Enfermera escolar/otro profesional de salud

\_\_\_\_\_  
Fecha