

Diabetes: plan de acción personal

Fecha: _____

La persona más importante para controlar su diabetes es **usted**. Su equipo de atención médica le ayudará a completar esta primera página durante su visita. Otros miembros de su equipo pueden ayudarle a desarrollar un plan de acción en las siguientes páginas.

Pautas del tratamiento

Mis pruebas de laboratorio actuales

Durante su cita analizamos cómo resolver los problemas relacionados con la realización de estas pruebas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> Albúmina en orina |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Examen de la vista |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial | <input type="checkbox"/> Examen de los pies |

Mi meta personal para el control de la diabetes

Las metas de tratamiento de mi equipo de atención médica para el control de mi diabetes

Mi plan de acción personal

Poner énfasis en solo 1 o 2 de las siguientes cosas cada semana:

- Tomando los **medicamentos** diariamente (vea la página 2)
- Estando más **activo** (vea la página 2)
- Observando mi **glucosa en la sangre** (vea la página 3)
- Siguiendo un **plan alimenticio** saludable (vea la página 3)
- Controlando mi **peso** y mi **presión arterial** (vea la página 4)
- Cuidando mis **pies y mi piel** (vea la página 4)
- Otro: Controlando el estrés, dejar de fumar, etc.

Mi próxima cita: _____

Lleve este Plan de acción a su cita.

Recursos locales

Administrador de cuidados o educador de la salud:

Teléfono y sitio web de la clínica local: _____

Otros asesores o proveedores: _____

Recursos de educación para el paciente

Escriba la fecha en que recibió cada recurso marcado:

- Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes* _____ (fecha)
- Primeros pasos después del diagnóstico* _____ (fecha)
- Asesor en carbohidratos* _____ (fecha)
- Buscador de alimentos y plan alimenticio* _____ (fecha)
- HbA1c y autoevaluación* _____ (fecha)
- Clase de educación en diabetes (cuándo y dónde): _____

Recursos en línea

- Regístrese en MyHealth
- Intermountainhealthcare.org/diabetes
- American Diabetes Association: diabetes.org
- National Diabetes Education Program: ndep.nih.gov
- Aplicaciones para iPad o teléfono inteligente: Glucose Buddy, OnTrack, Pocket A1c
- Pulsera médica de identificación: **1-800-ID-Alert**
- Otros sitios web: gomeals.com, diabetesincontrol.com

MEDICAMENTOS: (vea la página 52 de Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes)**Controle los medicamentos que toma: los nombres de los medicamentos están listados como nombre genérico (marca)** **Medicamentos orales para la diabetes**

Incluye: metformina (Glucophage) y sitagliptina (Januvia)

Los medicamentos orales no contienen insulina. Ayudan a sus células a obtener más glucosa del torrente sanguíneo.

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento al:

 Insulina: de rápida acción

Incluye: aspart (NovoLog), glulisina (Apidra), lispro (Humalog)

Surte efecto en 10 o 20 minutos. Dura entre 3 y 5 horas.

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento al:

 Insulina: acción breve, regular

Incluye: regular R, Novolin R, Humulin R

Surte efecto en 30 a 60 minutos. Dura entre 4 y 8 horas.

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento al:

 Insulina: acción intermedia

Incluye: NPH, Novolin N, Humulin N

Surte efecto en 1 a 3 horas. Dura entre 10 y 18 horas.

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento al:

 Insulina: sin pico de acción

Incluye: glargina (Lantus), detemir (Levemir)

Surte efecto en 2 a 3 horas. Dura 24 horas o más.

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento al:

 Mezclas de insulina

Incluye: Novolog mix 70/30, Humalog mix 75/25, Humalog mix 50/50

Se toman dos veces al día, por la mañana y por la noche.

Yo tomo: _____

Me acordaré de tomar este medicamento al:

Posibles efectos secundarios de cualquier forma de insulina. Consulte la [página 4](#) para saber cuándo debe llamar a su proveedor

Enrojecimiento en el sitio • Temblores • Sudoración fría • Dolor de cabeza • Hambre • Calambres musculares • Aumento de la micción • Confusión • Desmayo • Hormigueo en las manos o los pies • Respiración rápida • Falta de aliento

ACTIVIDAD: (vea las páginas 69 a 75 de Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes)**Para aumentar la actividad, yo:**

Semana 1

Semana 2

Semana 3

Semana 4

Caminaré durante _____ minutos ____ veces, en mi vecindario o en un centro comercial

Iré a una clase de ejercicios en un gimnasio o centro comunitario

Realizaré tareas del hogar o trabajos de jardinería ligeros

Me haré un examen de fisioterapia, si es necesario

Realizaré una caminata rápida

Haré ejercicios de fortalecimiento muscular, con pesas livianas o sin pesas

Nadaré o haré ejercicios acuáticos _____ minutos _____ días a la semana

Otro:

Los posibles problemas para alcanzar mi meta son:**Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi meta son:**

GLUCOSA EN LA SANGRE: (vea las páginas 39 a 48 de Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes)

Para observar mi glucosa en la sangre, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mi meta de glucosa en la sangre es _____				
Revisar mi glucosa en la sangre _____ veces al día				
Tomar mi medicamento según las indicaciones si mi azúcar en la sangre es más alta que _____				
Comer o beber algo con azúcar (15 gramos de carbohidratos) si mi glucosa en la sangre es inferior a _____				
*Los posibles problemas para alcanzar mi meta son:				
*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi meta son:				

PLAN ALIMENTICIO: (vea la página 60 de Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Beberé de 6 a 8 vasos de agua al día				
Para comer más granos integrales, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Me aseguraré de que al menos la mitad de mis cereales sean integrales				
Elegiré panes y tortillas hechos de trigo o maíz integral, no de harina blanca				
Cambiaré a arroz integral				
Para el desayuno, comeré avena o cereales fríos con uno de los granos integrales enumerados como primer ingrediente en la etiqueta				
Para comer más frutas y vegetales, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Llenaré la mitad de mi plato con vegetales y frutas				
Comeré bocadillos que sean vegetales y frutas, no papas fritas o dulces				
Compraré vegetales prelavados y precortados para facilitar la preparación de comidas y bocadillos				
Comeré más vegetales de hojas verde oscuro, como espinaca, col rizada y brócoli				
Comeré más vegetales de color amarillo y anaranjado y de otros colores, como camotes, zanahorias, calabacín, pimientos rojos y albaricoques secos				
Comeré más alimentos con vitaminas C, como frutas cítricas, pimientos, tomates, fresas y melón				
Tendré cuidado con el jarabe u otros azúcares agregados en la fruta enlatada y congelada				
Coma frutas enteras con más frecuencia en vez de jugos				
Para limitar el consumo de alcohol, sodio, azúcar, y grasa, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Evitaré el alcohol o limitaré el consumo a 1 trago por día (mujeres) o 2 tragos por día (hombres)				
Retiraré el salero de la mesa de cocina				
Probaré con otros aderezos en lugar de sal como jugo de limón, vinagres, cebolla o ajo en polvo o hierbas				
Evitaré los alimentos y las bebidas con azúcar agregado (como las gaseosas)				
Elegiré leche, queso y yogur bajos en grasa o sin grasa				
*Los posibles problemas para alcanzar mi meta son:				
*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi meta son:				

PESO Y PRESIÓN ARTERIAL: (vea las páginas 79 a 81 de Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes)

Para llevar un registro de mi peso y mi presión arterial, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Llevaré un registro de mi peso actual				
Llevaré un registro de mi peso ideal				
Me pesaré todos los días				
Revisaré mi presión arterial al menos una vez a la semana				
*Los posibles problemas para alcanzar mi meta son:				
*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi meta son:				

CUIDADO DE LOS PIES Y LA PIEL: (vea las páginas 82 a 85 de Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes)

Para cuidar mis pies y mi piel, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Lavaré e inspeccionaré mis pies todos los días				
Evitaré las temperaturas extremas				
Procuraré prevenir y tratar la piel seca				
No usaré herramientas filosas ni químicos peligrosos en mis pies				
Mantendré mis uñas cortadas				
Consideraré visitar al podiatra				
Seré inteligente con el uso de zapatos y medias				
*Los posibles problemas para alcanzar mi meta son:				
*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi meta son:				

ESTÉ ATENTO A LOS SÍNTOMAS: (vea las páginas 79 a 81 de Vivir bien: Manual para la atención de la diabetes)

Llamaré a mi proveedor de atención médica cuando:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Haya tenido fiebre por un par de días y no mejoro				
Haya tenido vómitos y diarrea durante más de 6 horas				
Tenga hambre o sed extrema				
Tenga un nivel de glucosa en la sangre en ayunas de 240 mg/dL, o más, durante más de 24 horas				
Tenga cantidades moderadas a importantes de cetonas en mi orina (cuando tenga grandes cantidades de cetonas en mi orina, iré a la sala de emergencia)				
Tenga dolor de estómago				
Me duela el cuerpo				
Sienta aturdimiento o mareo				
Sienta que alterno de desvanecimiento a estar alerta				

Diabetes: Personal Action Plan

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

©20130–2023 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. Puede obtener más información en intermountainhealthcare.org FS305S - 06/23 (Last reviewed -06/23) (Spanish translation by CommGap)