Intermountain® Healthcare

Diabetes — *Plan personal de acción*

Fecha: _____

Usted funge como la persona más importante para el control de su diabetes. Su equipo de atención médica le ayudará a completar esta primera página durante su visita. Otros miembros de su equipo pueden ayudarle a desarrollar su plan de acción en las páginas siguientes.

Pautas para el tratamiento

Mis pruebas de laboratorio actuales

Durante su cita conversamos sobre cómo resolver problemas relacionados con la obtención de estas pruebas:

- ☐ HbA1c
- ☐ Albúmina urinaria
- ☐ Colesterol
- ☐ Examen de la vista
- ☐ Presión arterial
- ☐ Examen de los pies

Mi objetivo personal de control de la diabetes

_____

_____

Los objetivos de tratamiento de mi equipo de atención médica

Los objetivos de tratamiento de su equipo de atención médica para el control de la diabetes: _____

_____

Mi plan personal de acción

Concéntrese en solo uno o dos de los siguientes puntos cada semana:

- ☐ Tomar **medicamentos** diariamente (*consulte la página 2*)
- ☐ Ser más **activo** (*consulte la página 2*)
- ☐ Vigilar la **glucosa en la sangre** (*consulte la página 3*)
- ☐ Seguir un **plan de alimentación** saludable (*consulte la página 3*)
- ☐ Vigilar mi **peso** y mi **presión arterial** (*consulte la página 4*)
- ☐ Cuidar mis **pies y piel** (*consulte la página 4*)
- ☐ Otro: controlar el estrés, dejar de fumar, etc.

Mi próxima cita: _____

_____

Presente este plan de acción en su cita.

Recursos locales:

Jefe de atención u orientador de salud: _____

_____

Nutricionista: _____

Teléfono de la clínica local y sitio web: _____

Otros asesores o proveedores: _____

_____

Recursos de orientación para el paciente

Escriba la fecha en que recibió cada recurso marcado:

- ☐ *Vivir bien:* _____
- ☐ *Los primeros pasos:* _____
- ☐ *Consejero de carbohidratos:* _____
- ☐ *Guía de alimentos:* _____
- ☐ *Plan de alimentación:* _____
- ☐ *Pautas y consejos para pruebas:* _____
- ☐ *Clase sobre diabetes (cuándo y dónde):*

_____

Recursos en línea

- ☐ Registrarse en MyHealth
- intermountainhealthcare.org/diabetes
- Asociación Americana de la Diabetes: diabetes.org
- Programa Nacional de la Asociación Americana de la Diabetes ndep.nih.gov
- Aplicaciones para iPad o smartphone: Glucose Buddy, OnTrack, Pocket A1c
- Pulsera de identificación médica: 1-800-ID-Alert
- Otros sitios web: gomeals.com, diabetesincontrol.com

MEDICAMENTO — *(Consulte la página 52 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes)*

Marque los medicamentos que toma — los nombres de los medicamentos están enlistados con el nombre genérico (Nombre de la marca)

❑ Medicamentos orales para la diabetes

Algunos de estos son: la metformina (Glucophage) (Januvia)
Los medicamentos orales no contienen insulina; ayudan a nuestras células a absorber más glucosa del torrente sanguíneo.

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

❑ Insulina — de acción rápida

Algunos de estos son: aspart (NovoLog), glulisina (Apidra), lispro (Humalog)
Hace efecto en un lapso de 10 a 20 minutos; dura de 3 a 5 horas.

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

❑ Insulina — de acción corta, regular

Algunos de estos son: regular R, (Novolin R), (Humulin R)
Hace efecto en un lapso de 30 a 60 minutos; dura de 4 a 8 horas.

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

❑ Insulina — de acción intermedia

Algunos de estos son: NPH, (Novolin N), (Humulin N)
Hace efecto en un lapso de 1 a 3 horas; dura de 10 a 18 horas.

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

❑ Insulina — sin pico

Algunos de estos son: glargina (Lantus), detemir (Levemir)
Hace efecto en un lapso de 2 a 3 horas; dura 24 horas o más.

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

❑ Combinaciones de insulina

Algunos de estos son: (Novolog combinado 70/30), (Humalog combinado 75/25), (Humalog combinado 50/50)
Estos se toman dos veces al día, por la mañana y por la tarde.

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el: _____

Posibles efectos secundarios de cualquier forma de insulina.

Consulte la página 4 para saber cuándo comunicarse con su proveedor.

Enrojecimiento en el área • Agitación • Sudor frío • Dolor de cabeza • Hambre • Calambres musculares • Aumento de la micción • Confusión • Desmayos • Hormigueo en las manos o en los pies • Agitación • Sudor frío • Respiración rápida • Dificultad para respirar

ACTIVIDAD *(Consulte las páginas 69 a 75 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes)*

Para aumentar la actividad, yo:

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Caminaré _____ minutos _____ veces en mi vecindario o en una plaza comercial				
Iré a una clase de ejercicios en un gimnasio o a un centro comunitario				
Realizaré tareas domésticas leves o jardinería				
Realizaré una evaluación de terapia física si es necesario				
Realizaré una caminata a paso rápido				
Realizaré ejercicios de fortalecimiento: con pesas livianas o sin ellas				
Nadaré o realizaré ejercicios en el agua durante _____ minutos _____ días a la semana				
Otro:				

*Problemas posibles para alcanzar mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi objetivo: _____

GLUCOSA EN LA SANGRE

(Consulte las páginas 39 a 48 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes)

Para vigilar mi glucosa en la sangre, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mi objetivo de glucosa en sangre es _____				
Revisaré la glucosa en sangre _____ veces al día				
Tomaré el medicamento según la receta si mi nivel de azúcar en la sangre es mayor a _____				
Tomaré o beberé algo azucarado (15 gramos de carbohidratos) si mi glucosa en la sangre es menor a _____				

*Problemas posibles para alcanzar mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi objetivo: _____

PLAN ALIMENTICIO

(Consulte la página 60 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes)

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Beberé de seis a ocho vasos de agua al día				

Para comer más granos integrales, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Me aseguraré de que por lo menos la mitad de los granos que consuma sean granos integrales				
Elegiré pan y tortillas de harina integral o maíz; evitaré los de harina blanca				
Cambiaré a arroz integral				
En el desayuno, comeré avena o cereales fríos que contengan un producto integral como primer ingrediente en la etiqueta				

Para comer más frutas y verduras, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Llenaré la mitad de mi plato con frutas y verduras				
Comeré bocadillos de frutas y verduras, no papas fritas ni dulces				
Compraré verduras precortadas y prelavadas para comidas y bocadillos rápidos				
Comeré más verduras de hoja verde oscuro, como las espinacas, la col y el brócoli				
Comeré más verduras color naranja, amarillas y otras verduras de colores brillantes como camotes, zanahorias, calabaza, pimientos rojos dulces y duraznos secos				
Consumiré más alimentos con vitamina C, como cítricos, pimientos, tomates, fresas y melón				
Tendré cuidado de consumir jarabes u otros azúcares añadidos en la fruta enlatada o congelada				
Elegiré frutas enteras con más frecuencia que los jugos				

Para limitar el alcohol y el sodio, el azúcar y la grasa, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Evitaré el consumo de alcohol a una bebida al día (mujeres) o dos bebidas al día (hombres)				
Retiraré el salero de la mesa de la cocina				
Probaré otros condimentos en lugar de sal, tales como jugo de limón, vinagre, ajo o cebolla en polvo, o hierbas				
Evitaré consumir alimentos y bebidas con azúcares añadidos (tales como el refresco)				
Elegiré leche, yogur y quesos bajos en grasa o sin grasa				

*Problemas posibles para alcanzar mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi objetivo: _____

PESO Y PRESIÓN ARTERIAL

(Consulte las páginas 79 a 81 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes)

Para mantener un registro de mi peso y mi presión arterial, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Registraré mi peso actual				
Registraré mi peso deseado				
Me pesaré todos los días				
Registraré mi presión arterial al menos una vez a la semana				

*Problemas posibles para alcanzar mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi objetivo: _____

CUIDADO DE LOS PIES Y PIEL

(Consulte las páginas 82 a 85 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes)

Para cuidar mis pies y mi piel, yo:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Lavaré y examinaré mis pies todos los días				
Evitaré someterme a temperaturas extremas				
Prevendré y trataré la piel seca				
No utilizaré herramientas filosas o productos químicos perjudiciales en los pies				
Mantendré mis uñas de los pies cortadas				
Pensaré en ver a un podólogo				
Elegiré mi calzado y calcetines de forma inteligente				

*Problemas posibles para alcanzar mi objetivo: _____

*Las cosas que me ayudarán a alcanzar mi objetivo: _____

ESTÉ ATENTO A LOS SÍNTOMAS

(Consulte las páginas 79 a 81 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes)

Llamaré a mi proveedor de cuidados de la salud cuando:	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Haya tenido fiebre sin que baje en un par de días				
Haya vomitado o tenido diarrea por más de seis horas				
Tenga hambre o sed extremas				
Tenga un nivel de glucosa en la sangre en ayunas de 240 mg/dL o más alto durante más de 24 horas				
Tenga cantidades moderadas o abundantes de cetonas en mi orina. (Buscaré atención urgente cuando presente grandes cantidades de cetonas en la orina)				
Tenga dolor de estómago				
Tenga el cuerpo cortado				
Me sienta mareado o aturdido				
Sienta desvanecerme				

© 2015 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 de salud o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de cuidados de la salud. Hay más información disponible en **intermountainhealthcare.org.** **Patient and Provider Publications FS305S - 10/15** (Spanish translation 10/15 by Lingotek, Inc.)