

Diabetes Plan Personal de Acción

Yo puedo hacerme cargo

Usted está a cargo de controlar su diabetes e Intermountain Homecare & Hospice (cuidados en el hogar y cuidados paliativos) le pueden ayudar.

A continuación encontrará herramientas que lo ayudarán a desarrollar su propio plan de acción y a llevar un registro de su progreso en casa.



Mi plan personal

Marque las casillas de las cosas que le gustaría trabajar para controlar su diabetes.

- Tomar mis **medicamentos** como lo recetó el médico
- Ejercitarme y mantenerme **activo**
- Monitorear mi **peso** y mi **presión arterial**
- Seguir un **plan de alimentación** saludable
- Cuidar mis **pies y mi piel** todos los días
- Monitorear mi **glucosa en la sangre** con un glucómetro y tomar medidas cuando sea necesario
- Estar alerta de los **síntomas** y saber cuándo contactar a mis proveedores de cuidados de la salud
- Acudir a mi médico** regularmente

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 bajo 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

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

Efecto de 10 a 20 minutos, Duración de 3 a 5 horas

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el:

Insulina — de acción corta, regular

Incluye: regular R, (Novolin R), (Humulin R)

Efecto de 30 a 60 minutos, Duración de 4 a 8 horas

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el:

Insulina —de acción intermedia

Incluye: NPH, (Novolin N), (Humulin N)

Efecto de 1 a 3 horas, Duración de 10 a 18 horas

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el:

MEDICAMENTO — (continuado)

Insulina — sin pico

Efecto de 2 a 3 horas. Duración 24 horas o más
Incluye: glargina (Lantus), detemir (Levemir)

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el:

Combinaciones de insulina

Incluye: (Novolog combinado 70/30), (Humalog combinado 75/25), (Humalog combinado 50/50)
Se toma dos veces al día

Yo tomo: _____

Recordaré tomar este medicamento el:

Efectos secundarios posibles de cualquier forma de insulina

- 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
- Temblores
- Sudor frío
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar

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

Para aumentar la actividad, yo:

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Caminaré por _____ minutos _____ veces en mi vecindario o en una plaza comercial

Iré a una clase de ejercicios en un gimnasio o a un centro para adultos mayores

Realizaré tareas domésticas leves o jardinería

Realizaré una evaluación de terapia física si es necesario

Realizaré una caminata rápida

Realizaré ejercicios de fortalecimiento con pesas livianas o sin ellas

Nadaré o realizaré ejercicios en el agua _____ minutos _____ días a la semana

Otro:

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

EL PESO y LA PRESIÓN ARTERIAL

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

Para mantener un registro de mi peso y mi presión arterial, yo:

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Peso actual

Peso deseado

Me pesaré todos los días

Registraré mi presión arterial al menos una vez a la semana

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

PLAN ALIMENTICIO *(Consulte la página 60 de Viviendo bien: Un manual de cuidado de la diabetes.)*

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Beberé de 6 a 8 vasos de agua al día

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Para comer más granos integrales, yo:

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Me aseguraré que por lo menos la mitad de los granos que consumo sean granos integrales

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Elegiré pan y tortillas de harina integral o maíz; evitaré los de harina blanca

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Cambiaré a arroz integral

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

En el desayuno, comeré avena o cereales fríos que contengan un producto integral como primer ingrediente en la etiqueta

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Para comer más frutas y verduras, yo:

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Llenaré la mitad de mi plato con frutas y vegetales

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Comeré bocadillos de frutas y vegetales, no papas fritas y dulces

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Compraré vegetales precortados y prelavados para comidas y bocadillos rápidos

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Comeré más vegetales de hoja verde oscuro, como las espinacas, la col y el brócoli

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Comeré más vegetales color naranja, amarillos, y otras verduras de colores brillantes como camotes, zanahorias, calabaza, pimientos rojos dulces, duraznos secos

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Consumiré más alimentos con vitamina C, como cítricos, pimientos, tomates, fresas, melón

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Tendré cuidado de consumir jarabes u otros azúcares añadidos en la fruta enlatada o congelada

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Elegiré frutas enteras con más frecuencia que los jugos

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Para limitar el alcohol y el sodio, el azúcar y la grasa, yo:

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Evitaré el consumo de alcohol a una copa al día (mujeres), o 2 copas al día (hombres)

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Retiraré el salero de la mesa de la cocina

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Probaré otros condimentos en lugar de sal, tales como jugo de limón, vinagre, ajo o cebolla en polvo, o hierbas

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Evitaré consumir alimentos y bebidas con azúcares añadidos (tales como el refresco)

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Elegiré leche, yogur y quesos bajos en grasa

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

GLUCOSA EN LA SANGRE

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

Para monitorear mi glucosa en la sangre, yo:

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Mi objetivo de glucosa en sangre es _____

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Revisaré la glucosa en sangre _____ veces al día

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Tomaré el medicamento prescrito si mi nivel de azúcar en la sangre es mayor a _____

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

Tomaré o beberé algo azucarado (15 gramos de carbohidratos) si mi glucosa en la sangre es menor a _____

Sem 1 Sem 2 Sem 3 Sem 4

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

EL CUIDADO DE LOS PIES Y LA PIEL

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

Para cuidar mis pies y mi piel, yo:	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 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				
Consideraré ver a un podólogo				
Elegiré mi calzado y calcetines de forma inteligente				

*Los problemas posibles para lograr mi objetivo son: _____

*Las cosas que me ayudarán a lograr mi objetivo son: _____

ESTARÉ ATENTO A LOS SÍNTOMAS

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

Llamaré a mi proveedor de cuidados de la salud cuando:	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
• He tenido fiebre que no ha bajado en un par de días				
• He vomitado o tenido diarrea por más de 6 horas				
• He tenido hambre o sed extrema				
• He registrado un nivel de glucosa en la sangre en ayunas de 240 mg/dL o más alto durante más de 24 horas				
• He tenido cantidades moderadas o abundantes de cetonas en mi orina (<i>Buscaré atención urgente cuando presente grandes cantidades de cetonas en la orina</i>)				
• He tenido dolor de estómago				
• He tenido el cuerpo cortado				
• Me siento mareado o aturdido				
• Siento desvanecer				

Mi próxima cita con el médico es: _____

Lleve esté plan de acción a su cita con su proveedor de cuidados de la salud.



Content created and approved by Intermountain Homecare & Hospice

Diabetes Personal Action Plan