

**Parte 1 del plan escolar de control médico de la diabetes de Virginia  
(DMMP)  
Información de contacto y antecedentes médicos**

**Protocolo y prácticas de cuidado de la diabetes en la escuela del Consejo para la Diabetes de Virginia :** proporciona pautas, recomendaciones y referencias que se pueden usar con todos los estudiantes con diabetes. Este documento se encuentra disponible en: <http://www.virginiadiabetes.org>.

**Instrucciones:** los padres o tutores deben completar el formulario. Muchas gracias.

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Profesor principal: \_\_\_\_\_ Fecha de validez: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor 1:**

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor 2:**

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Otro contacto de emergencia:**

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Médico o profesional de la salud:**

Dirección: \_\_\_\_\_

**Educador certificado en diabetes:**

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Requerido por la ley de Virginia:**

Autorizo que la enfermera escolar y el personal con capacitación designado\* brinden cuidados para la diabetes a mi hijo según lo descrito en el *plan de control médico de la diabetes* y de conformidad con lo que indique el profesional de la salud que receta el tratamiento (Código de Virginia, Sección 22.1-274).

Autorización de los padres para que el personal capacitado y designado administre:

INSULINA  Sí  No

GLUCAGÓN  Sí  No

Autorizo que se proporcione la información que contiene el plan de control médico de la diabetes a los miembros del personal y a otros adultos que brinden cuidado supervisado a mi hijo, quienes podrían necesitar esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. También autorizo que se contacte a mi endocrinólogo y a los miembros del equipo de control de la diabetes para obtener información sobre la diabetes de mi hijo en caso de ser necesario. \*Nota: si en algún momento desea obtener los nombres del personal con capacitación que designa la escuela, contacte a la enfermera escolar. Los registros de nombres y capacitaciones se archivan en la clínica de la escuela.

**Nombre y firma de los padres o tutores:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de la enfermera escolar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

| Antecedentes médicos  | Respuesta de los padres o tutores (marque las casillas que correspondan y complete los espacios en blanco)   |  |  |                                     |                 |
|---|--|--|--|-------------------------------------|-----------------|
| Información del diagnóstico   | ¿A qué edad se diagnosticó?    ¿Tipo de diabetes? <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Otro  |  |  |                                     |                 |
| Alergias (incluye alimentos, medicamentos, etc.)  |  |  |  |                                     |                 |
| ¿Con qué el profesional de la salud a cargo de la diabetes ve al niño?                            | Frecuencia :   |  | Fecha de la última visita:   |                                     |                 |
| Necesidades nutricionales   | <input type="checkbox"/> <b>Intolerancia al gluten</b><br><input type="checkbox"/> <b>Otra</b> _____   |  |  |                                     |                 |
| Bocadillos  | <input type="checkbox"/> _____ a.m. _____ p.m.<br><input type="checkbox"/> Según los padres o tutores (antes de hacer ejercicios o una actividad física, NO se administra insulina con estos bocadillos en un intento por evitar la hipoglucemia).<br><input type="checkbox"/> En caso de una fiesta en clase o una actividad especial: a discreción de los padres o tutores |  |  |                                     |                 |
| en el niño<br>Signos más comunes de hipoglucemia  | <input type="checkbox"/> Temblores<br><input type="checkbox"/> Mareos<br><input type="checkbox"/> Palpitaciones rápidas<br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Piel pálida<br><input type="checkbox"/> Cambios de humor o en el comportamiento  | <input type="checkbox"/> Cosquilleo<br><input type="checkbox"/> Piel húmeda o sudoración<br><input type="checkbox"/> Hambre<br><input type="checkbox"/> Fatiga<br><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Falta de coordinación<br><input type="checkbox"/> Dificultad para hablar<br><input type="checkbox"/> Confusión<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento | <input type="checkbox"/> Otro _____ |                 |
| ¿Su hijo ha experimentado un episodio de hipoglucemia que requiriera una respuesta de emergencia? | <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ Explique: _____<br><input type="checkbox"/> No _____   |  |  |                                     |                 |
| Frecuencia de los episodios de hipoglucemia   | <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes<br>Indique las fechas de los últimos episodios _____<br>¿En qué momento del día es más común que se presente la hipoglucemia? _____   |  |  |                                     |                 |
| Enfermedades y hospitalizaciones En el último año   | Indique las fechas y describa:   |  |  |                                     |                 |
| Enumere cualquier otro medicamento medicamento que se toma en la actualidad                       | <b>Nombre del</b>  | <b>Dosis</b>   | <b>Momento en el que se debe administrar</b>   | <b>Oral o inyectable</b>            | <b>Duración</b> |
|   |  |  |  |                                     |                 |
|   |  |  |  |                                     |                 |
|   |  |  |  |                                     |                 |
|   |  |  |  |                                     |                 |
| Otras inquietudes y observaciones   |  |  |  |                                     |                 |

| Suministros que se llevarán a la escuela:   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidor de glucosa, tiras de prueba de glucosa, lancetas y baterías para el medidor.</li> <li>• Medidores y tiras de prueba de cetona en la sangre o la orina</li> <li>• Insulina, jeringas, inyector de insulina y suministros.</li> <li>• Bomba de insulina y suministros, como jeringas, inyector de insulina en caso de que la bomba no funcione.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bocadillos que contienen carbohidratos, como galletas integrales, frutos secos o yogur.</li> <li>• Suministros para el tratamiento de la hipoglucemia, glucosa de acción rápida y bocadillos que contienen carbohidratos.</li> <li>• Agua</li> <li>• Equipo de emergencia de glucagón</li> <li>• Toallitas antisépticas o toallitas húmedas</li> <li>• Otros medicamentos</li> </ul> |

## Parte 2 del plan escolar de control médico de la diabetes de Virginia (DMMP)

**Aviso a los padres o tutores:**

- La farmacia, el médico o el profesional de la salud deben etiquetar adecuadamente los medicamentos que se lleven a la escuela. Para que las escuelas administren de manera segura los medicamentos en sus instalaciones, es necesario cumplir con lo siguiente:
- Se debe completar una copia nueva del DMMP a principios de cada año escolar.
  - Se debe entregar este formulario o la receta del profesional de la salud para poder cambiar los cuidados para la diabetes en la escuela, a excepción de los cambios en la información de los padres o tutores.
  - Con la autorización de los padres o tutores, el personal escolar capacitado puede ayudar al niño a que sea más independiente al enseñarle habilidades de autocuidado adecuadas para su desarrollo.

**Diagnóstico del estudiante:**

Diabetes de tipo 1       Diabetes de tipo 2       Otro \_\_\_\_\_

| MONITOREO   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>Monitoreo de los niveles de glucosa en la sangre</b><br/>con un medidor, lancetas, dispositivos de punción y tiras de prueba.</p>   | <p><input type="checkbox"/> Sí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Necesita ayuda para monitorear el nivel de glucosa en la sangre</li> <li><input type="checkbox"/> Puede monitorear sus niveles de glucosa en la sangre con supervisión.</li> <li><input type="checkbox"/> Puede monitorear por sí mismo sus niveles de glucosa en la sangre (consulte la página 8 para obtener el formulario de autorización).</li> </ul>   |   |   |
| <p><b>Cuando revisar los niveles de glucosa en la sangre</b></p>  | <p><input type="checkbox"/> Antes de las comidas</p> <p><input type="checkbox"/> Para detectar los síntomas de la hipoglucemia o la hiperglucemia.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando el estudiante no se sienta bien.</p> <p><input type="checkbox"/> Antes de la clase de educación física.</p> <p><input type="checkbox"/> Luego de la clase de educación física.</p> <p><input type="checkbox"/> Se puede volver a monitorear los niveles de glucosa en la sangre si los padres o tutores lo solicitan:</p>   |   |   |
| <p><b>Monitor continuo de glucosa</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí: DexCom o Medtronic</p> <p><input type="checkbox"/> Alarma de límite inferior: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alarma de límite superior: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Los padres o tutores pueden ajustar las alarmas.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre se debe confirmar los resultados del monitor continuo de glucosa con una prueba de punción del dedo antes de tomar acciones con respecto a los niveles de glucosa en la sangre que muestra el sensor.</li> <li>• Si el estudiante muestra síntomas o signos de hipoglucemia, verifique los niveles de glucosa en la sangre con una prueba de punción del dedo, sin importar el resultado del monitor continuo de glucosa.</li> <li>• Si se cae el sensor, NO debe desecharlo, ya que el estudiante lo debe llevar a casa.</li> </ul> |   |   |
| <p><b>Medición de la cetona</b><br/>En la orina o la sangre</p>   | <p><input type="checkbox"/> Sí: Cuando los niveles de glucosa en la sangre sean superiores a _____ mg/dL dos veces seguidas, al medirse con al menos una hora de separación, o cuando el estudiante presente náuseas, vómitos o dolor abdominal (consulte la página 7 para obtener información sobre el control de la hiperglucemia).</p>   |   |   |
| EJERCICIOS Y DEPORTES   |   |   |   |
| <p>Se <b>debe</b> contar con una fuente de glucosa y glucagón de acción rápida en caso de que se presente un episodio de hipoglucemia.</p>  |   |   |   |
| <p>El estudiante <b>no</b> debe hacer ejercicios por los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si sus niveles de glucosa en la sangre son inferiores a _____ mg/dL (consulte la página 7 para obtener información sobre el control de la hipoglucemia).</li> <li>• Si los niveles de cetona en la orina son entre moderados y elevados (niveles de cetona en la sangre superiores a 1,0 mmol/L) inmediatamente antes de hacer ejercicio (consulte la página 8 para obtener información sobre el control de la hiperglucemia).</li> </ul> |   |   |   |
| <p>Los estudiantes pueden volver a hacer ejercicios si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niveles de glucosa en la sangre son superiores a _____ mg/dL.</li> <li>• Los niveles de cetona en la orina son bajos (niveles de cetona en la sangre entre 0,6 mmol/L y 1,0 mmol/L).</li> </ul>  |   |   |   |
| MEDICAMENTOS (además de insulina)   |   |   |   |
| Nombre  | Dosis y vía de administración   | Momento en el que se debe administrar   | Instrucciones   |
| <input type="checkbox"/> Glucagón   | <input type="checkbox"/> 0,5 mg intramuscular o subcutánea<br><br><input type="checkbox"/> 1,0 mg intramuscular o subcutánea  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando el estudiante está inconsciente.</li> <li>• Cuando el estudiante está semiconsciente.</li> <li>• Cuando el estudiante no pueda controlar sus vías respiratorias.</li> <li>• Cuando el estudiante no pueda tragar.</li> <li>• Cuando el estudiante convulsione.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disuelva según las instrucciones del medicamento.</li> <li>• INYECTE EL MEDICAMENTO DE INMEDIATO</li> <li>• Coloque al estudiante de costado, ya que el medicamento aumenta la probabilidad de vómitos.</li> <li>• Llame al 911.</li> <li>• Llame a los padres o tutores.</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Glucophage (Metformia)   | <input type="checkbox"/> 500 mg por vía oral con la comida.<br><input type="checkbox"/> 1000 mg por vía oral con la comida.   | <input type="checkbox"/> Se debe administrar en la escuela a las ____ a.m.<br><input type="checkbox"/> Se debe administrar en la escuela a las ____ p.m.  |   |
| <input type="checkbox"/> Otro   |   |   |   |

### INSULINA

Se debe administrar por vía subcutánea con un inyector de insulina, un vial de insulina y una jeringa, o una bomba de insulina.  
**SIEMPRE** trate la hipoglucemia antes de administrar insulina.

Se debe administrar la insulina durante las horas de escuela:

- Si:**
- Necesita ayuda para calcular o colocar las inyecciones.
  - Puede calcular o colocar las inyecciones con supervisión.
  - Puede calcular o administrar las inyecciones por sí mismo (consulte la página 8 para obtener el formulario de autorización).

### INTENSIVO

#### COLUMN A + COLUMNA B = DOSIS TOTAL DE INSULINA

**COLUMNA A (INGESTA DE CARBOHIDRATOS)** = cantidad de carbohidratos consumidos ÷ proporción de carbohidratos

**COLUMNA B (CORRECCIÓN DE LA DOSIS)** = nivel actual de glucosa en la sangre – nivel de referencia de glucosa en la sangre antes de una comida ÷ factor de corrección

- Solo se debe redondear la dosis total de insulina.
- Si el valor no es exacto, redondéelo al número entero más cercano (por ejemplo, si la dosis total es 1,4 unidades, administre 1,5 unidades).
- Si se hace una actividad física después de comer, se debe redondear el valor hacia el número inferior (por ejemplo, si la dosis total es 1,4 unidades, se debe administrar 1,0 unidades).

### DOSIFICACIÓN

| TIPO DE INSULINA  | COLUMN A<br>Ingesta de carbohidratos   |             | COLUMN B<br>Dosis de corrección  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-------------|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Insulina de acción rápida</u><br>Humalog, Novolog o Apidra<br><br><input type="checkbox"/> <u>Insulina de acción corta</u><br>Humulin Regular o Novolin Regular<br><br>• Si se puede predeterminarla ingesta de carbohidratos, se debe administrar la insulina antes de una comida o merienda.<br><br>• Si <u>no se puede</u> predeterminarla ingesta de carbohidratos se debe administrar la insulina tan pronto como sea posible después de terminar una comida o merienda. | <input type="checkbox"/> <b>Proporción de carbohidratos en el DESAYUNO:</b><br>___ unidad (es) por cada ___ gramos de carbohidratos  | <b>PLUS</b> | <input type="checkbox"/> <b>Fórmula de corrección:</b><br>Nivel actual de glucosa en la sangre - ___ (de referencia) ÷ ___ (factor de corrección) = unidades de insulina<br><br>(Agregue este resultado a la ingesta de carbohidratos en la columna A)   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Proporción de carbohidratos en el ALMUERZO:</b><br>___ unidad (es) por cada ___ gramos de carbohidratos  |             | <b>0</b>   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Proporción de carbohidratos en la MERIENDA:</b><br>___ unidad (es) por cada ___ gramos de carbohidratos  |             | <input type="checkbox"/> <b>Use la siguiente escala de dosis de corrección:</b>  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Los PADRES O TUTORES pueden ajustar la proporción de carbohidratos a:</b><br>Entre ___ unidad (es) por cada ___ gramos de carbohidratos y ___ unidad (es) por cada ___ gramos de carbohidratos |             | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Para niveles de glucosa en la sangre superiores a los niveles de REFERENCIA _____</th> <th style="width: 50%;">Agregue esta cantidad de unidades de insulina a la ingesta de carbohidratos en la columna A</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | Para niveles de glucosa en la sangre superiores a los niveles de REFERENCIA _____ | Agregue esta cantidad de unidades de insulina a la ingesta de carbohidratos en la columna A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Para niveles de glucosa en la sangre superiores a los niveles de REFERENCIA _____  |             | Agregue esta cantidad de unidades de insulina a la ingesta de carbohidratos en la columna A  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Proporción de carbohidratos para hacer EJERCICIOS:</b><br>Según los padres o tutores. Use el rango de proporción de carbohidratos que se define en la "proporción de carbohidratos indicada por los padres o tutores".  | <input type="checkbox"/> Se puede usar esta corrección para administrar insulina en caso de niveles altos de glucosa en la sangre si han transcurrido tres (3) horas o más desde que se administró la última dosis.        |             |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### CONVENCIONAL

| TIPO DE INSULINA  | MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN   | DOSIFICACIÓN                |                             |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>Insulina de acción rápida</u><br>Humalog, Novolog o Apidra<br><br><input type="checkbox"/> <u>Insulina de acción corta</u><br>Humulin o Novolin Regular | <input type="checkbox"/> <b>ANTES de comidas con _____ gramos de carbohidratos.</b> | <b>Glucosa en la sangre</b> | <b>Unidades de insulina</b> |
|   |   | <b>Inferior a</b>           |                             |
|   |   |                             |                             |
|   |   |                             |                             |

## ESTUDIANTE QUE USA UNA BOMBA DE INSULINA - Marca y modelo de la bomba:

Si no se puede contactar a los padres o tutores para obtener información sobre el uso de la bomba, se podrá inyectar insulina al estudiante de acuerdo con las instrucciones del DMMP.

### Habilidades del estudiante

|  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Cuenta carbohidratos.   | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda   |
| 2. Administra el bolo de acuerdo con los carbohidratos que consume.  | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda   |
| 3. Calcula y administra el bolo de corrección.   | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda   |
| 4. Administra la inyección con una jeringa o un inyector, de ser necesario.  | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda   |
| 5. Desconecta la bomba.  | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda   |
| 6. Reconecta la bomba al equipo de infusión.   | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda   |
| 7. Consulta el registro de bolos en la bomba.  | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda   |
| 8. Prepara el depósito y los tubos.  | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Padres o tutores |
| 9. Inserta el equipo de infusión.  | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Padres o tutores |
| 10. Usa y programa las funciones del bolo: cuadrado, extendido, dual y combo   | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Padres o tutores |
| 11. Usa y programa la opción de basal temporal para hacer ejercicios o durante una enfermedad.                                   | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Padres o tutores |
| 12. Reprograma las configuraciones de la bomba de ser necesario.   | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Padres o tutores |
| 13. Atiende las alarmas y soluciona las fallas en el funcionamiento, p. ej., puede cambiar las baterías de la bomba de insulina. | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Padres o tutores |

### Otras ocasiones en las que se debe contactar a los padres o tutores

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• El equipo de infusión se desconecta.</li> <li>• La bomba funciona incorrectamente.</li> <li>• Las alarmas se repiten.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inyecta insulina debido a un aumento en los niveles de glucosa o cetona en la sangre.</li> <li>• Hay una fuga de insulina en la conexión de la bomba o en el punto de infusión.</li> <li>• Hay dolor, enrojecimiento o sangrado en el punto de infusión.</li> </ul> |
|---|---|

## INSULINA DE ACCIÓN PROLONGADA

Se debe administrar durante las horas de escuela

o  
durante excursiones de estancia prolongada o nocturna, desastres o emergencias (72 horas).

| Tipo de insulina   | MOMENTO EN EL QUE SE DEBE ADMINISTRAR  | DOSIS ACTUAL: debe confirmarse antes de realizar una excursión de estancia prolongada o nocturna |                |
|--|--|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Humulin NPH o Novolin NPH<br><input type="checkbox"/> Lantus<br><input type="checkbox"/> Levemir<br><input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Se debe administrar durante las horas de escuela.<br><br><input type="checkbox"/> Se debe administrar durante una excursión de estancia prolongada o nocturna, desastres o emergencias. | <input type="checkbox"/> Dosis antes del desayuno: _____ unidades                                | _____ unidades |
|  |  | <input type="checkbox"/> Dosis antes del almuerzo: _____ unidades                                | _____ unidades |
|  |  | <input type="checkbox"/> Dosis antes de la cena: _____ unidades                                  | _____ unidades |
|  |  | <input type="checkbox"/> Dosis antes de acostarse: _____ unidades                                | _____ unidades |

## Control de la hipoglucemia (Niveles bajos de glucosa en la sangre)

Si se cree que el estudiante sufre de hipoglucemia, se debe verificar los niveles de glucosa en la sangre mediante una prueba de punción del dedo.

**Hipoglucemia (niveles bajos de glucosa en la sangre):** un nivel de glucosa en la sangre inferior a \_\_\_\_\_ mg/dL. Los signos pueden incluir:

|            |                               |           |               |              |
|------------|-------------------------------|-----------|---------------|--------------|
| Hambre     | Sudoración                    | Temblores | Palidez       | Mareos       |
| Confusión  | Pérdida de coordinación       | Fatiga    | Irritabilidad | Llanto       |
| Ensoñación | Incapacidad para concentrarse | Ira       | Desmayos      | Convulsiones |

**Consulte la página 2 para obtener información sobre los síntomas o signos específicos del paciente**

### Hipoglucemia entre leve y moderada:

Los niveles de glucosa en la sangre son inferiores a \_\_\_\_\_ mg/dL y el estudiante está inconsciente y puede tragar.

- Dé 15 gramos de carbohidratos de inmediato (p. ej., de 3 a 4 tabletas de glucosa, 4 onzas de gaseosa regular o jugo, un tubo pequeño de glucosa o gelatina).
- Vuelva a verificar los niveles de glucosa en la sangre cada 15 minutos.
- Si los niveles de glucosa en la sangre siguen por debajo de los \_\_\_\_\_ mg/dL, vuelva a dar 15 gramos de carbohidratos de acción rápida y vuelva a verificar los niveles de glucosa en la sangre dentro de 15 minutos.
- Una vez que los niveles de glucosa en la sangre sean superiores a \_\_\_\_\_ mg/dL:
  - Si es la hora del almuerzo o la merienda, deje que el estudiante coma y obtenga los carbohidratos que necesita según lo indicado.
  - Si no es la hora del almuerzo o la merienda, dé al estudiante un bocadillo con carbohidratos de liberación lenta (ejemplo: 3 o 4 galletas de mantequilla de maní, 3 o 4 galletas de queso o medio sándwich).
  - Deje que el estudiante retome sus actividades normales.
- Si no se puede subir los niveles de glucosa en la sangre por encima de \_\_\_\_\_ mg/dL después de dar tres tratamientos con glucosa de acción rápida.
  - Llame a los padres o tutores.
  - Si no se puede contactar a los padres o tutores, llame al profesional de la salud.
  - Si no se puede contactar al profesional de la salud, **llame al 911**.

### Hipoglucemia grave:

Si el estudiante está inconsciente, semiconsciente, no puede controlar sus vías respiratorias, no puede tragar o convulsiona.

- Disuelva el glucagón según las instrucciones del medicamento.
- Administre el glucagón por vía intramuscular.
- Coloque al estudiante de costado, ya que el medicamento aumenta la probabilidad de vómitos.
- Llame al 911** para obtener ayuda de emergencia.
- Llame a los padres o tutores.
- Si el estudiante usa una **BOMBA DE INSULINA**, detenga su funcionamiento con cualquiera de los siguientes métodos:
  - Coloque la bomba en el “modo suspendido” o el “modo de parada” (consulte las instrucciones del fabricante).
  - Desconecte el punto de punción.
  - Corte los tubos.
  - SIEMPRE** debe enviar la bomba al hospital con los servicios de emergencia médica.

## Control de la hiperglucemia (Niveles altos de glucosa en la sangre)

Si se cree que el estudiante sufre de hiperglucemia, se debe verificar los niveles de glucosa en la sangre mediante una prueba de punción del dedo.

**Hiperglucemia (niveles altos de glucosa en la sangre):** un nivel de glucosa en la sangre superior a \_\_\_\_\_ mg/dL. Los signos pueden incluir:

|             |                   |                |        |                  |
|-------------|-------------------|----------------|--------|------------------|
| Sed extrema | Micción frecuente | Visión borrosa | Hambre | Dolor de cabeza  |
| Nauseas     | Hiperactividad    | Irritabilidad  | Mareos | Dolor de barriga |

**Consulte la página 2 para obtener información sobre los síntomas o signos específicos del paciente.**

**Si se cree que el estudiante sufre de hiperglucemia.**

1. Verifique los niveles de glucosa en la sangre mediante una prueba de punción del dedo.
2. Aliente al estudiante a tomar 8 onzas de agua si tiene hiperglucemia.

**Si los niveles de glucosa en la sangre sean superiores a mg/dL dos veces seguidas, al medirse con al menos una hora de separación, o cuando el estudiante presente nauseas, vómitos o dolor abdominal.**

1. Verifique los niveles de cetona.
2. **Si no se puede verificar los niveles de cetona:**
  - Dé 8 onzas de agua al estudiante y vuelva a medir los niveles de glucosa en la sangre después de una hora.
  - Si el estudiante presenta nauseas, vómitos o dolor abdominal, llame a sus padres para que lo busquen.
  - Si el estudiante presenta síntomas de emergencia (vea más abajo), **llame al 911**.

**Si los niveles de cetona en la orina son entre negativos y bajos (niveles de cetona en la sangre entre 0,6 mmol/L y 1,0 mmol/L).**

1. De entre 8 y 16 onzas de agua al estudiante.
2. Si no se ha administrado insulina durante tres horas, administre insulina de corrección según el factor de corrección del estudiante y el nivel de referencia de glucosa en la sangre antes de una comida (consulte la página 4).
3. Regrese al estudiante al salón de clases.
4. Vuelva a medir los niveles de glucosa y cetona en la sangre luego de que transcurran tres horas desde que se administre la insulina.

**Si los niveles de cetona en la orina son entre moderados y elevados (niveles de cetona en la sangre superiores a 1,0 mmol/L).**

1. Llame a los padres o tutores.
2. Si no se puede contactar a los padres o tutores, llame al profesional de la salud.
3. De entre 8 y 16 onzas de agua al estudiante.
4. Si no se ha administrado insulina durante tres horas, administre insulina de corrección según el factor de corrección del estudiante y el nivel de referencia de glucosa en la sangre antes de una comida (consulte la página 4).
5. Si no se puede contactar a los padres o tutores, **llame al 911**.
6. **SI EL ESTUDIANTE USA UNA BOMBA DE INSULINA:**  
Siga las instrucciones anteriores y administre insulina de corrección con un vial de insulina y una jeringa o un inyector, en lugar de a través de un bolo con bomba de insulina.
7. **EMERGENCIA DE HIPERGLUCEMIA:** para estudiantes que presenten niveles altos de cetona y los siguientes síntomas:
  - Estado de consciencia reducida
  - Mayor somnolencia y letargo
  - Dificultad para respirar
  - **Llame al 911**

## AUTORIZACIÓN DE INDEPENDENCIA

Autorización para que el estudiante monitoree por sí mismo sus niveles de glucosa en la sangre en el autobús escolar, en las instalaciones escolares o en una actividad escolar.

Autorización para que el estudiante calcule y se administre insulina en el autobús escolar, en las instalaciones escolares o en una actividad escolar.

- A mi hijo se le enseñó a controlar la diabetes por sí mismo y entiende cómo hacerlo. Mi hijo comprende que es responsable de llevar consigo y usar sus medicamentos y equipos, y de eliminar correctamente los suministros.
- Por la presente, autorizo que la escuela administre los medicamentos que se indican en el plan de cuidados ( en caso de que el estudiante pida ayuda o no pueda administrárselos por sí mismo).
- Asimismo, autorizo que la escuela contacte al médico del estudiante o al equipo de control de la diabetes para obtener información sobre el cuidado de la diabetes de mi hijo (se necesita esta autorización si a quien se debe contactar no es la enfermera escolar).

Firma de los padres o tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He evaluado a este estudiante y doy fe de que, como se indicó anteriormente, es independiente. Se entiende que puedo revocar, en cualquier momento del año escolar, mi autorización para que mi hijo lleve consigo y se administre los medicamentos para la diabetes si se determina que ha abusado de dicho privilegio o si no se está administrando los medicamentos de manera eficaz y segura.

Firma del profesional de la salud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA QUE ESTE PLAN ESCOLAR DE CONTROL MÉDICO DE LA DIABETES DE VIRGINIA BRINDE TRATAMIENTO Y ADMINISTRE MEDICAMENTOS

Mi firma autoriza el plan de control médico de la diabetes de Virginia que se incluye en este documento. Entiendo que la enfermera escolar, el estudiante o el personal con capacitación, sin licencia y designado por la escuela pueden dar los tratamientos y llevar a cabo los procedimientos según lo autorice la política de la escuela o los servicios de emergencia médica en caso de que el estudiante pierda el conocimiento o convulsione.

También autorizo que la escuela y la enfermera escolar contacten al profesional de la salud para obtener información sobre estas indicaciones y la administración de estos medicamentos.

|                                    |       |       |
|------------------------------------|-------|-------|
| Nombre de los padres o tutores     | Firma | Fecha |
| Nombre del representante escolar   | Firma | Fecha |
| Nombre del profesional de la salud | Firma | Fecha |