# ¡Puedo controlar la diabetes junto con mi equipo de cuidados de la salud!

## Para trabajar junto con mi farmacéutico, haré lo siguiente:

- Haré una lista de todos los medicamentos con las dosis exactas e incluiré los medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos herbales.
- Actualizaré y revisaré la lista con mi farmacéutico cada vez que haya un cambio.
- Le preguntaré cómo debo tomar los medicamentos y usar los suministros para obtener los mejores resultados al precio más bajo.
- Le preguntaré sobre nuevos medicamentos para luego consultarle a mi médico.

## Para trabajar junto con mi podólogo, haré lo siguiente:

- Visitaré a un podólogo para que realice un examen completo de mis pies, al menos, una vez por año.
- Aprenderé a revisarme los pies diariamente.
- Visitaré a mi podólogo apenas note dolor, enrojecimiento o inflamación.
- Le preguntaré cuál es el calzado adecuado para mí.
- Me aseguraré de que me revise los pies en cada visita médica.

## Para trabajar junto con mi especialista de los ojos, haré lo siguiente:

- Le pediré un examen completo de los ojos con dilatación de pupilas todos los años.
- Le preguntaré cómo prevenir la enfermedad diabética del ojo.
- Le preguntaré qué debo hacer si sufro cambios en la visión.

## Para trabajar junto con mi dentista, haré lo siguiente:

- Visitaré a mi dentista, al menos, una vez por año para que me realice un examen de la boca completo.
- Aprenderé cuál es la mejor forma de cepillarme los dientes y de usar hilo dental.
- Le preguntaré cuáles son los primeros signos de problemas en los dientes, la boca y las encías.
- Le preguntaré cuál es la relación entre la diabetes y la enfermedad de la encía.

## Para controlar la diabetes todos los días, haré lo siguiente:

- Llevaré una vida más activa: apagaré el televisor y saldré a caminar, jugar, bailar, nadar.
- Seguiré una nutrición balanceada: comeré porciones más pequeñas, más verduras y menos sal, grasas y azúcar.
- Dejaré de fumar y de usar otros productos de tabaco: el consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer problemas de salud debido a la diabetes. Para dejar de fumar, llame al: 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).
- Le pediré a todo mi equipo de cuidados de la salud que comparta los resultados de mis exámenes con mis demás proveedores de cuidados.
- Visitaré www.cdc.gov/diabetes/ndep para aprender más sobre cómo tratar la diabetes.
- Controlaré los niveles de glucosa (azúcar en la sangre), la presión arterial y el colesterol:
  - **A1C**. Esta prueba mide los niveles promedio de azúcar en sangre durante los últimos 3 meses. Para muchas personas, la meta es que sea por debajo del 7%, pero su proveedor de cuidados médicos puede establecer metas distintas para usted.
  - **Presión arterial.** La presión arterial alta causa enfermedad cardiaca. Para la mayoría de las personas, la meta es que sea por debajo de 140/90 mm de Hg.
  - **Colesterol**. El colesterol malo o la lipoproteína de baja densidad (LDL) se acumula y obstruye las arterias.

**Para obtener más información GRATIS sobre cómo prevenir y controlar la diabetes,** llame a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) al 1-800-CDC-INFO (800-232-4636), línea TTY 1-(888) 232-6348 o visite www.cdc.gov/diabetes/ndep.


Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes NDEP

Un programa de lis Institutos Nacionales de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Emfermedades

CS251294 NDEP-128-SP

# Informe de exploración realizado con lista de control completa para la diabetes

Escribir aquí el nombre o sitio web de la organización_____

**De:**

**Para:**

**Información del paciente:**

**Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

**Diabetes:** ❑ Tipo 1 ❑ Tipo 2 ❑ Gestacional ❑ Prediabetes **Meta de HbA1c:** _____❑ < 6 meses ❑ >/= 6 meses ❑ No sabe

**Duración de la diabetes (en años):** _____**Tratamiento actual contra la diabetes:** ❑Insulina ❑Hipoglucemiante oral ❑Control de la dieta ❑Ninguno

Resultados de la última prueba de glucosa en sangre por punción en el dedo (por el paciente): _____ ❑ N/A Paciente informa estar bajo control ❑ Sí ❑ No

Consejería nutricional ❑ Sí ❑ No Tipo de dieta: _____

## MEDICAMENTOS

**Fecha:** _____
El paciente tiene una lista escrita de medicamentos ❑ Sí ❑ No
Medicamentos de venta sin receta (OTC) que usa: (si no usa ninguno: ❑ )
Remedios caseros y plantas medicinales(si no usa ninguno: ❑ )
Medicamentos revisados por el farmacéutico el (fecha): _____
El paciente tiene receta para: (Si la respuesta es "no", explique el motivo)
Aspirina ❑ Sí ❑ No:
Medicamentos para el colesterol ❑ Sí ❑ No:
Inh. ECA o ARB ❑ Sí ❑ No:

Presenta efectos secundarios ante los medicamentos ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "sí", describa:
¿Notifica episodios de hipoglucemia? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "sí", describa:

El paciente conoce sus valores actuales de:
¿A1c? ❑ Sí ❑ No ¿Meta de A1c?: ❑ Sí ❑ No
¿LDL? ❑ Sí ❑ No ¿Meta de LDL? ❑ Sí ❑ No
¿Presión arterial? ❑ Sí ❑ No ¿Meta de presión arterial? ❑ Sí ❑ No

Frecuencia del control de glucosa en la casa:
❑ una vez por día
❑ dos veces por día
❑ de 3 a 4 veces por día
❑ Otra: _____
Si usa insulina, indique la dosis actual:

Indique los horarios de administración:

## RIÑÓN/CORAZÓN Y VASCULAR

**Fecha:** _____
Factores de riesgo además de la diabetes:
(incluya las fechas de todos)
Presión arterial: Meta:_____ Medida el: _____
Colesterol total, LDL y HDL, triglicéridos:
(meta de LDL y de todos los valores medidos)
_____
_____

Grado de tabaquismo: (encierre en un círculo todas las respuestas que correspondan)
Nunca Exfumador Fumador Dispuesto a dejar de fumar
Evaluaciones: (incluya las fechas de todo)
Cociente albúmina-creatinina en orina: _____
Creatinina en suero e IFG estimado: _____
_____
Potasio: _____
Hemoglobina: _____

Antecedentes de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca o accidente cerebrovascular: _____
Prueba cerebral o cardiaca (por ej.: prueba de estrés, ecografía, angiografía, tomografía axial computarizada, ultrasonido, resonancia magnética): _____
Antecedentes de diálisis o trasplante de riñón:
_____
Pruebas de riñón (ultrasonido, tomografía axial computarizada, angiografía): _____

## PIES

**Fecha:** _____
¿Úlcera actual o antecedentes de una úlcera de pie? ❑ Sí ❑ No
**Examen de pies: afección en las uñas, el vello o la piel**
¿Tiene la piel delgada, frágil, brillante y sin vellos? ❑ Sí ❑ No
¿Tiene las uñas gruesas, demasiado largas, encarnadas o infectadas por micosis? ❑ Sí ❑ No

**Detectar deformaciones musculoesqueléticas**
❑ Deformaciones de los dedos de los pies ❑ Juanetes (Hallus Valgus)
❑ Pie de Charcot ❑ Pie caído ❑ Prominencia de la cabeza del primer metatarsiano

**Pulsos pedios**: "P" para presente o "A" para ausente
Arteria tibial posterior Izquierdo ___ Derecho ___
Arteria dorsal del pie Izquierdo ___ Derecho ___

**Clasificación del riesgo** marque la casilla que corresponda.

| ❑ **Paciente de bajo riesgo** | ❑ **Paciente de alto riesgo** |
|---|---|
| Todo lo siguiente: | Uno o más de los siguientes: |
| ❑ Sensibilidad protectora intacta | ❑ Pérdida de sensibilidad protectora |
| ❑ Pulsos pedios presentes | ❑ Pulsos pedios ausentes |
| ❑ Sin deformación | ❑ Con deformación en el pie |
| ❑ Sin antecedentes de úlcera de pie | ❑ Con antecedentes de úlcera de pie |
| ❑ Sin amputaciones | ❑ Con amputación previa |

## OJOS

**Fecha:** _____
**Capacidad visual (mejor corregida)** Derecho: _____ Izquierdo: _____
Presión intraocular Derecho:_____ Izquierdo: _____
❑ **Examen de fondo de ojo realizado**

Diagnóstico:
Retinopatía no diabética ❑ Sí ❑ No
Retinopatía diabética no proliferativa ❑ Sí ❑ No

Planificación:
❑ Control solamente ❑ Repetir el examen de fondo de ojo en_____ meses
❑ Otra prueba o tratamiento recomendados:

Retinopatía diabética proliferativa ❑ Sí ❑ No
Edema macular relevante desde el punto de vista clínico ❑ Sí ❑ No

## BOCA

**Fecha:** _____

**Resultados de la exploración**

Intraoral/extraoral:
Caries:
Periodontal (salud, abscesos, gingivitis, periodontitis):
Xerostomía:
Micosis:
Cambios en la glándula parótida:
Cuestiones funcionales (comer, tragar, etc.): _____
Otra prueba o tratamiento recomendados: _____
Remisión a un especialista: _____ Volver a z en _____mes(es)

**Administración:**
❑ Seguimiento en:_____ meses ❑ Conversación/educación del paciente ❑ Entrega de folleto informativo
Remisión a: _____ De: _____
Otro _____ Firma del médico _____