



SERVICIOS PARA USUARIOS DE MEDIDORES ASCENSIA

Carnet identificativo de Ascensia Diabetes Program

Te acredita como persona que tiene diabetes ante una emergencia y, además, con él podrás acceder a todos los servicios del programa.

Asesoramiento técnico

Recibe **atención personalizada, rápida y profesional** sobre el manejo de tu medidor y la técnica de análisis, además de asesorarte acerca de los consumibles.

Reposición de pilas / medidor

Solicita el **envío gratuito de pilas** cuanto éstas se agoten o bien, un **nuevo medidor** si el tuyo está en garantía y se ha averiado.

web: www.diabetes.ascensia.es

Conoce los beneficios que **Ascensia Diabetes Program** ofrece en relación a la diabetes y **accede a todos los servicios vía online**.

Agenda Dextrolog / Dextrolog 4

Recibe gratis, previa solicitud, una nueva agenda desarrollada por profesionales de la salud **para anotar los resultados de las glucemias**.

Accesorios para el medidor

Recibe gratis el accesorio de tu interés: cargador de coche, **cargador de pared, fundas de silicona, cable de conexión USB, nevera de insulina** (consulta la compatibilidad con tu medidor).

Material informativo y educativo

Accede a materiales educativos de fácil lectura **sobre diabetes, alimentación, embarazo, complicaciones secundarias, diabetes infantil, etc.**

Ventajas

Disfruta de un abanico de beneficios exclusivos en compras de salud y ocio.

PRESENTACIÓN

Diferentes estudios, ya clásicos, como el DCCT, en diabetes tipo 1, y el UKPDS, en diabetes tipo 2, han demostrado que la mejoría del control glucémico en las personas con diabetes disminuye el riesgo de complicaciones, tanto microvasculares (retinopatía, polineuropatía y nefropatía), como, posiblemente, también las llamadas macrovasculares (infarto de miocardio, enfermedad vascular en las extremidades inferiores o vasos cerebrales, etc). A partir de dichos estudios, se han establecido objetivos de control glucémico que permitan disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes. Estos objetivos de control glucémico, que se refieren a los niveles de glucemia en diferentes momentos del día y a la hemoglobina glicada (HbA1c), son objeto de continuas revisiones y actualizaciones para su mejor adaptación a los conocimientos actuales. Conviene tener en cuenta que dichos objetivos de control glucémico requieren siempre una adaptación individual según las características de cada individuo.

La experiencia acumulada en los, aproximadamente, veinte años en que el autocontrol glucémico ha llegado a convertirse en práctica habitual en el manejo de las personas con diabetes, especialmente en aquellas con diabetes tipo 1 ó 2, con regímenes de insulina que incluyen dosis múltiples diarias o bomba de infusión subcutánea continua de insulina, nos demuestra que la consecución de dichos objetivos, y especialmente su mantenimiento, requieren un ejercicio continuado de esfuerzo y motivación que precisan la estrecha colaboración del equipo sanitario y la persona con diabetes adecuada, permanente y eficazmente informada e instruida acerca del automanejo de su afectación.

A pesar de los avances tecnológicos de los últimos años que han permitido nuevas formas de archivo de datos de autocontrol, la utilidad y aceptación de una agenda con las características de Dextrolog está avalada por su amplia aceptación por parte de muchas personas con diabetes que consideran a ésta como un auténtico “diario” de su diabetes y en la que reflejan su quehacer cotidiano en relación con su diabetes y que constituye un estrecho vínculo “humanizado” con su equipo sanitario.

Con estas ideas, hace ya bastantes años que surgió la idea de una agenda como Dextrolog de la que esta es la 4ª revisión y puesta al día, incorporando actualizaciones y modificaciones que se han considerado de interés. Como todas las anteriores, esta nueva versión ha sido realizada por el Dr. Hermenegildo de la Calle Blasco, médico endocrinólogo del hospital Ramón y Cajal de Madrid, que con su habitual entusiasmo ha revisado y puesto al día las diferentes secciones de la agenda.

Esperamos que la persona con diabetes encuentre en esta agenda una auténtica ayuda para proseguir su esfuerzo en la consecución de un mejor control metabólico que repercuta favorablemente en sus expectativas futuras y en una mejor calidad de vida.

■ CONSIDERACIONES DE INTERÉS PARA LA UTILIZACIÓN DE ESTA AGENDA

- La Dextrolog 4 es una agenda anual, independientemente del mes en que comience a utilizarla.
- Contiene información básica sobre la diabetes y en ella podrá registrar los datos más importantes de su programa de tratamiento.
- Familiarícese con su contenido y consulte con su médico y/o educador cuantas dudas puedan surgirle.
- En las hojas de control mensual podrá anotar sus resultados de control analítico diario. Un ejemplo ilustra cómo hacer uso de estas hojas; rellénelas siguiendo las indicaciones recibidas de su equipo de atención diabetológica.
- Es recomendable realizar estas anotaciones a lápiz para poder modificarlas en caso necesario sin inutilizar la agenda.
- El esquema general de ajuste de sus dosis de insulina según los niveles de glucemia indicados figuran en las páginas 18 y 19. Los niveles de glucemia deseables para cada diabético deben ser establecidos por su médico de forma individualizada.
- Al cabo de los 12 meses, su médico podrá cumplimentar la hoja de la página 48 con los datos clínicos y analíticos más importantes que reflejen su situación a efectos de su diabetes.
- Por último, recuerde que la agenda Dextrolog 4 es un elemento más puesto a su disposición, pero es a Ud. a quien corresponde convertirla en una verdadera y útil herramienta que contribuya al manejo saludable de su diabetes.

■ INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre

.....

Dirección

.....

Teléfono

.....

Soy atendido habitualmente en:

.....

C/

.....

Teléfono

.....

Mi médico es:

.....

Dirección

.....

Teléfono

.....

En caso necesario avisar a:

.....

Teléfono

.....

■ ACERCA DE... LA DIABETES

La diabetes mellitus consiste en un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la existencia de hiperglucemia y que se produce como consecuencia de defectos en la producción o acción de la insulina, o una combinación de ambos. Su importancia se debe a que la hiperglucemia crónica se asocia a largo plazo con alteraciones de diferentes órganos como ojos, riñones, nervios (microangiopatía), corazón y vasos sanguíneos (macroangiopatía).

Los principales tipos de diabetes según su causa son:

• Diabetes mellitus tipo 1.

Afecta al 5-10% de las personas con diabetes. Es debida a la **destrucción autoinmune y de intensidad variable de células β pancreáticas**, relacionada con múltiples predisponentes genéticos y factores ambientales no bien conocidos. Es la forma habitual en niños, adolescentes y jóvenes, pero no exclusiva ya que también afecta a adultos. El déficit de insulina requiere tratamiento sustitutivo con insulina que resulta vital para estas personas y produce tendencia a episodios de cetosis/cetoacidosis. Frecuentemente, se asocia a otras enfermedades autoinmunes (hipotiroidismo, enfermedad celiaca, vitiligo, etc.)

• Diabetes mellitus tipo 2.

Afecta al 90-95% de las personas con diabetes. Parecen existir diferentes causas para este tipo de diabetes que tiene fuerte predisposición genética, y se caracteriza por **disminución de la eficacia de acción de la insulina** combinada con un **déficit relativo de su secreción**. Muchas personas son obesas o con gran acúmulo de grasa abdominal y el riesgo de padecerla aumenta con la edad, la obesidad y la falta de actividad física. Habitualmente se manifiesta en la edad adulta o en la madurez, pero también puede afectar a niños y jóvenes. Se produce frecuentemente en mujeres con diabetes gestacional previa y en sujetos con hipertensión arterial y elevación del colesterol y triglicéridos.

• Diabetes gestacional.

Se define como cualquier grado de **intolerancia a la glucosa que se reconoce por primera vez durante el embarazo**. Este tipo de diabetes aparece de forma muy variable, aproximadamente, en el 10% de los embarazos, pero puede variar entre 1 y 14% según las poblaciones. La diabetes puede persistir después del embarazo aunque habitualmente desaparece; no obstante, las mujeres con diabetes gestacional tienen mayor riesgo de presentar diabetes en los años siguientes al embarazo.

■ ACERCA DE... LAS COMPLICACIONES CRÓNICAS ASOCIADAS A LA DIABETES

• La **elevación mantenida de la glucemia** favorece a largo plazo alteraciones de los vasos sanguíneos, tanto de pequeño calibre (microangiopatía) como de mediano y gran calibre (macroangiopatía).

• Las lesiones de **microangiopatía** pueden afectar a los ojos (**retinopatía**), al riñón (**nefropatía**) o al sistema nervioso (**polineuropatía**). Mientras que la **macroangiopatía** (aterosclerosis) se asocia a **enfermedad cardio-vascular**.

• La detección de la **retinopatía** se realiza mediante la exploración del fondo de ojo. Debe realizarse al inicio de la diabetes, especialmente en las personas con diabetes tipo 2, y después anualmente. El control óptimo de la glucemia y la tensión arterial reducen el riesgo o enlentecen la progresión de la retinopatía.

• La detección de la **nefropatía** se realiza mediante la medición de la eliminación de albúmina en la orina. Debe realizarse anualmente desde el inicio de la diabetes, especialmente en las personas con diabetes tipo 2. El control óptimo de la glucemia y de la tensión arterial reducen el riesgo o enlentecen la progresión de la nefropatía.

Anormalidades en la eliminación urinaria de albúmina

Normal	< 30 µg albúmina/mg creatinina
Microalbuminuria	30-299 µg albúmina/mg creatinina
Macroalbuminuria	> 300 µg albúmina/mg creatinina

• La **afectación neurológica diabética** puede ser muy variada. La forma más habitual es la polineuropatía simétrica distal que afecta a las piernas y provoca alteraciones de la sensibilidad. Debe explorarse anualmente mediante tests clínicos sencillos.

• La **enfermedad cardio-vascular** incluye infarto agudo de miocardio, afectación y obstrucción de las arterias carótidas y de las extremidades. Además de la diabetes, constituyen factores de riesgo vascular, asociados especialmente a la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, la elevación del colesterol, el tabaco y el acúmulo graso en el abdomen.

Objetivos referidos a los factores de riesgo cardio-vascular:

* peso (IMC: índice de masa corporal)	< 25 Kg/talla (m) ²
* perímetro de cintura	< 102 cm (varones) / 88 cm (mujeres)
* tensión arterial	< 130/80 mmHg
* colesterol total	< 200 mg/dl triglicéridos < 150 mg/dl
* HDL-colesterol	> 50 mg/dl LDL-colesterol < 100 mg/dl
* bajas dosis de aspirina en prevención primaria y secundaria	
* no fumar	

• El denominado **pie diabético** incluye alteraciones vasculares de las piernas, polineuropatía e infección que puede obligar a la amputación.

■ ACERCA DE... LA DIABETES Y EL EMBARAZO

• Respecto al **embarazo**, aproximadamente, el 1% de todas las mujeres embarazadas presentan diabetes antes de la gestación (**diabetes pregestacional**) y hasta el 12% presentan diabetes durante el curso del embarazo (**diabetes gestacional**).

• La diabetes durante el embarazo supone un factor de riesgo para la aparición de **complicaciones en la madre y en el feto**. En la madre, produce modificaciones de las necesidades insulínicas y favorece el inicio o deterioro de algunas complicaciones como la retinopatía. En el feto, pueden producirse malformaciones, abortos y retraso en el crecimiento intraútero.

• Las mujeres con diabetes que desean quedar embarazadas deben ser atendidas en la **consulta preconcepcional o pregestacional** para valoración de los posibles riesgos del embarazo. Existen ciertas situaciones que harían desaconsejable la gestación, tales como: niveles de HbA1c > 7,0%, retinopatía grave con mal pronóstico visual, nefropatía severa, hipertensión de difícil control, neuropatía autonómica grave y cardiopatía isquémica.

• La **diabetes gestacional** se diagnostica durante la gestación. Se recomienda que todas las mujeres embarazadas, especialmente aquellas con mayor riesgo: historia familiar de diabetes, obesidad severa, diabetes gestacional previa o síndrome de ovarios poliquísticos, se les realice una **prueba diagnóstica de diabetes entre las semanas 24 y 28 de gestación**. Las mujeres con diabetes gestacional deben ser reevaluadas entre las 6 y 12 semanas postparto.

Los objetivos recomendados de control glucémico durante el embarazo son:

Glucemia antes de las comidas	95 mg/dl
Glucemia postprandial (1 hora)	140 mg/dl
Glucemia postprandial (2 horas)	120 mg/dl
HbA1c	< 6,0%
Ausencia de cetonuria e hipoglucemia	

• Durante el embarazo, junto con el control metabólico, debe realizarse un estricto **control obstétrico, oftalmológico y nefrológico**.

• El control adecuado de las mujeres con diabetes pregestacional y gestacional precisa de Unidades especializadas (**Unidades de Diabetes y Embarazo**) formadas por equipos multidisciplinarios de endocrinólogos, obstetras y educadores en diabetes.

■ REGLAS DE ORO

• **Vigilar periódicamente:**



Peso



Ojos/
fondo de ojo



Hemoglobina
glicada



Colesterol/
triglicéridos



Tensión arterial



Estado de los pies



Perímetro
cintura



Microalbuminuria/
proteinuria

• **Recordar que es importante:**



Ser regular en el horario de comidas y metódico en las costumbres.



No realizar modificaciones bruscas en la dieta, ejercicio o en la dosis de hipoglucemiantes orales o insulina.



Realizar regularmente el plan previsto de control domiciliario de glucemia.



Seguir las instrucciones indicadas en caso de hiperglucemia, hipoglucemia o enfermedades habituales.



Prestar atención a los episodios de hipoglucemia que ocasionalmente pueden pasar desapercibidos.



Llevar siempre a mano algún alimento que contenga glucosa para casos de hipoglucemia.

■ ACERCA DE... LA ALIMENTACIÓN

- Las **recomendaciones alimenticias** apropiadas para las personas con diabetes **no difieren esencialmente de las de la población general**.
- Entre los **objetivos generales** de la alimentación en la persona con diabetes se encuentran optimización del **control glucémico y del peso, mejoría del perfil lipídico y control de la tensión arterial**.
- La obesidad o sobrepeso acompaña frecuentemente a la diabetes, especialmente a la tipo 2. **Reducciones moderadas de peso** (5-7% del peso corporal) mediante dietas bajas en calorías y aumento de la actividad física contribuyen a **prevenir la aparición de diabetes o al mejor control de la misma**.
- Recientemente se ha editado la pirámide de recomendación alimenticia por la Estrategia NAOS para la prevención de la obesidad.



- El control de la ingesta de **hidratos de carbono** (~ 60% calorías/día) es **fundamental para el control glucémico**. En personas con diabetes tipo 1, los hidratos de carbono contenidos en las comidas o en los suplementos son básicos para ajustar las dosis de insulina preprandiales.
- Recomendaciones respecto a otros nutrientes: fibra 14 g/1000 calorías/día; edulcorantes no calóricos pueden consumirse en cantidades moderadas; si se toma alcohol debe hacerse muy moderadamente y los antioxidantes o vitaminas no han demostrado su utilidad.
- Respecto a las grasas; las **monoinsaturadas deben suponer ~10% calorías/día**, mientras que las **grasas saturadas** deben representar sólo **< 7%** y las grasas trans deben ser reducidas al mínimo. El aporte de **colesterol debe ser < 200 mg/día**.
- En cuanto a las **proteínas**, éstas no aumentan la glucemia. Deben representar **15-20% calorías/día**. La cantidad debe reducirse si hay afectación de la función renal.

■ ACERCA DE... LA ACTIVIDAD FÍSICA

- El **ejercicio físico** debe incluirse en el plan de manejo de la diabetes. Su práctica regular y controlada ha demostrado mejorar el **control glucémico**, reducir los **factores de riesgo cardiovascular**, contribuir a la **pérdida de peso** y aumentar la **sensación de bienestar**.
- El tipo de ejercicio, su duración e intensidad y el momento del día deben adaptarse a la edad, condición física y tipo de tratamiento.
- En **personas con diabetes tipo 2**, el ejercicio físico puede **disminuir notablemente la HbA1c** aún sin disminución significativa del peso y contribuir a la **prevención de la diabetes** en individuos predispuestos.
- Diferentes estudios indican como razonable la realización de **~150 minutos a la semana (~30 min./5 días a la semana)** de ejercicio aeróbico intenso-moderado.
- Durante el **ejercicio físico** se necesita un **aumento del aporte del combustible** al músculo para obtener la energía necesaria. El consumo muscular de glucosa se inicia por la depositada en el propio músculo y se sigue por la que se encuentra acumulada en el hígado, en forma de glucógeno hepático, para lo que se necesita una disminución de la secreción de insulina, en condiciones normales, y un aumento de hormonas que tienden a elevar la glucosa en sangre. Si el ejercicio se prolonga se produce movilización y consumo de grasas.
- La **respuesta de la glucemia al ejercicio físico** es variada pudiendo producir **hiperglucemia o hipoglucemia durante el ejercicio o varias horas después de concluido**. Los ejercicios de baja o moderada intensidad y larga duración tienden a producir hipoglucemia y los de alta intensidad y corta duración tienden a la hiperglucemia.
- Las estrategias a adoptar frente al ejercicio requieren ser individualizadas y precisan autocontrol frecuente para adquirir experiencia.

1.- Controlar la glucemia antes del ejercicio:

- * si glucemia < 100 mg/dl: tomar suplemento de 10-20 g de HC sobre todo en ejercicios breves y de alta intensidad.
- * si glucemia entre 100-150 mg/dl: ninguna medida especial.
- * si glucemia > 250 mg/dl (sobre todo si la acetona es positiva): posponer el ejercicio y administrar insulina rápida.

2.- Controlar la glucemia durante y después del ejercicio.

3.- En ejercicios de larga duración:

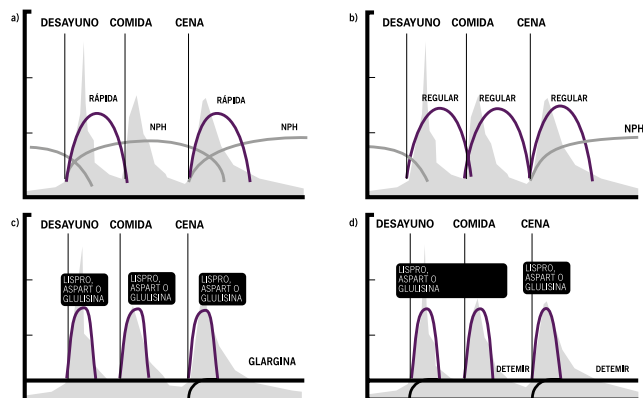
- * disminuir la dosis de insulina rápida (25-50%) previa al ejercicio.
- * disminuir la dosis de insulina rápida y prolongada (10-20%) posteriores al ejercicio.
- * tomar suplementos de 10-20 g de HC, cada 30-45 minutos

4.- Evitar el ejercicio en el pico de máxima acción de la insulina.

- Ciertas situaciones requieren limitaciones al ejercicio, tales como: enfermedades cardiovasculares, retinopatía importante o neuropatía.

■ ACERCA DE... LA INSULINA

- Actualmente están disponibles diferentes tipos de insulina de acuerdo con su curva de acción:
 - insulina de acción rápida (análogos de insulina de acción rápida):** lispro, aspart y glulisina.
 - insulina de acción corta:** regular.
 - insulina de acción intermedia:** NPH y NPL.
 - insulina de acción prolongada (análogos de insulina de acción prolongada):** glargina y detemir.
 - insulinas premezcladas:** diferentes proporciones de insulina rápida e intermedia.
- La administración de insulina para el control de la glucemia intenta reproducir el patrón fisiológico de secreción de insulina con un componente basal (insulina basal) y otro en relación con las comidas (insulina prandial).
- Los regímenes de insulina más frecuentemente utilizados son:
 - y b) terapia con dos o tres dosis: insulina intermedia y rápida
 - y d) terapia basal-bolo: insulina prolongada y rápida



- La terapia basal-bolo es la más utilizada especialmente en personas con diabetes tipo 1. La insulina basal es proporcionada por la de acción prolongada y la prandial por los análogos de acción rápida o regular.
- En los últimos años, se ha difundido mucho la utilización de sistemas de infusión subcutánea continua de insulina (bomba de insulina) que administran insulina de acción rápida reproduciendo también un esquema de tipo basal-bolo.
- Un programa de insulino terapia, además de las pautas previas programadas, debe incluir pautas de dosis de insulina correctoras de la hiperglucemia con utilización de insulinas de acción rápida.

■ ACERCA DE... LOS HIPOGLUCEMIANTES ORALES

- Son fármacos que contribuyen a controlar los niveles de glucemia por lo que son utilizados en el manejo de la diabetes tipo 2.
- Actúan a través de mecanismos muy variados, tales como **estimulando la secreción de insulina (insulinosecretagogos) o mejorando la acción de la insulina (insulinosenesibilizantes)**.
- En los últimos años se han desarrollado nuevos tipos de hipoglucemiantes orales que se han sumado a los ya disponibles por lo que se han aumentado las opciones de tratamiento de la diabetes tipo 2.
- Muchos de estos **hipoglucemiantes orales**, además de disminuir la glucemia, tienen otras **acciones beneficiosas sobre el riesgo cardiovascular mejorando la obesidad o la elevación del colesterol**.
- La **elección del tipo de hipoglucemiante oral** en cada persona con diabetes depende de algunas características particulares del individuo o procesos asociados como afectación cardíaca, hepática o renal.
- Junto con modificaciones del estilo de vida se utilizan de forma aislada (**monoterapia**), o asociando diferentes tipos de hipoglucemiantes orales o con insulina para potenciar su efecto (**terapia combinada**).
- Es frecuente que con el paso de los años, los **hipoglucemiantes orales pierdan eficacia** en el control de la glucemia por lo que se hace necesario llevar a cabo diferentes combinaciones entre ellos o sustituirlos por tratamiento insulínico completo.
- Con alguna frecuencia, los hipoglucemiantes orales se acompañan de **efectos colaterales no deseables**, como aumento de peso, molestias y alteraciones gastrointestinales y retención de líquidos que pueden obligar a su suspensión.
- Con todo, el **efecto colateral más importante** de alguno de ellos es la tendencia a la **hipoglucemia** que puede ser severa y prolongada y requerir asistencia hospitalaria por lo que debe ser evitada y tratada precozmente.

■ ACERCA DE... EL AUTOANÁLISIS DE GLUCOSA EN SANGRE Y EL AUTOCONTROL

- El **autoanálisis** permite a la persona con diabetes **valorar su respuesta individual al tratamiento y ayuda a la consecución de los objetivos de control glucémico**.
- Recientemente, se ha desarrollado la tecnología necesaria para el registro continuo de la glucosa intersticial. Estos sensores miden de forma continua la glucosa del líquido intersticial entre las células que muestra una alta correlación con la glucosa sanguínea.
- El **autoanálisis de glucemia capilar** junto con la **determinación de hemoglobina glicada (HbA1c)** constituyen las dos técnicas disponibles actualmente para conocer la efectividad del plan establecido para el control glucémico.
- El **número y la frecuencia de los autoanálisis** depende de las necesidades y objetivos de cada paciente. El autoanálisis debe realizarse **al menos tres o cuatro veces al día**, previamente a las comidas y antes de dormir o durante la noche, en las personas con diabetes con regímenes de insulina con inyecciones múltiples (pauta basal-bolo) o bomba de infusión continua de insulina y mujeres embarazadas con diabetes en tratamiento con insulina.
- En el caso de personas con diabetes con regímenes de insulina más sencillos o con hipoglucemiantes orales, exclusivamente, el autoanálisis también puede contribuir a alcanzar los objetivos de control glucémico.
- Para alcanzar los objetivos de glucemia post-prandial, es necesario incluir autoanálisis 1-2 h después de comenzar la comida.
- Los resultados del **autoanálisis son necesarios para prevenir la hipoglucemia y realizar ajustes del tratamiento**, particularmente, las dosis de insulina prandial y en relación con la actividad física.
- Alcanzar los objetivos de control glucémico, especialmente el nivel deseado de HbA1c, es prácticamente imposible sin la realización habitual del autoanálisis y los ajustes necesarios del tratamiento que constituyen la base de autocontrol.
- A través de una adecuada y continuada educación diabetológica, la persona con diabetes es capaz de ejercer un eficaz autocontrol que además de mejorar sus niveles de glucemia, le permite mejorar su autonomía y autoestima y la confianza en sus propias posibilidades.

■ ACERCA DE... ¿CÓMO REALIZAR UN CORRECTO AUTOANÁLISIS?



Antes de la punción, lavarse las manos con agua tibia y jabón, realizando un suave masaje en el antebrazo y en la mano.



Para obtener sangre capilar, utilizar un dispositivo adecuado. Reponer la lanceta cada vez que realiza la extracción de sangre capilar.



Cambiar frecuentemente el lugar en que se realiza la extracción de sangre capilar. Para evitar un daño del tejido se debe cambiar frecuentemente el lugar de punción.



Conseguir una gota de sangre.



Preparar los materiales necesarios: tiras reactivas, medidor de glucosa en sangre, etc.



No olvidar las indicaciones del manual para el cuidado de su medidor de glucosa en sangre.



Comprobar regularmente los resultados del medidor de glucosa en sangre utilizando soluciones de control.



Ante dudas sobre una cifra de glucemia, sobre todo si implica cambio en el tratamiento, efectuar una comprobación con la solución de control y luego repetir el análisis.



En caso de dudas o problemas, si dispone de algún medidor de glucosa en sangre de Bayer, puede consultar al teléfono de llamada gratuita: **900 100 117**.

■ ACERCA DE... LA HIPOGLUCEMIA

- Se denomina **hipoglucemia** la disminución de la **glucemia por debajo de 70 mg/dl acompañada o no de síntomas clínicos**.

Síntomas clínicos de hipoglucemia (síntomas adrenérgicos):

- temblor
- sudoración
- sensación de hambre
- palpitaciones
- dolor de cabeza
- sensación de mareo

Si estos síntomas no se tratan pueden aparecer (síntomas neuroglucopénicos):

- doble visión o visión borrosa
- conducta fuera de la habitual
- pérdida de conciencia (coma hipoglucémico)
- confusión mental
- convulsiones

Los síntomas pueden variar individualmente. En ocasiones, los primeros síntomas de hipoglucemia son los síntomas neuroglucopénicos sin haber experimentado los de alarma o adrenérgicos.

- La hipoglucemia constituye el principal factor que limita el control estricto de la glucemia en la diabetes.
- Las **causas más frecuentes** de hipoglucemia son:
 - ejercicio intenso no habitual,
 - toma de alcohol,
 - dosis excesiva de insulina o hipoglucemiantes orales,
 - ausencia o escasez de carbohidratos de una comida,
 - modificaciones o retrasos en el horario de comidas,
 - una particular predisposición a presentar hipoglucemias severas o asintomáticas por parte de algunas personas con diabetes.
- Según la intensidad de la hipoglucemia se denomina leve, moderada o severa. Las hipoglucemias leves y moderadas son relativamente habituales con el objetivo de control estricto de la glucemia y fácilmente tratadas por la propia persona con diabetes.
- La **hipoglucemia severa** es aquella en que la persona con diabetes necesita la atención de otra persona para tratar el episodio hipoglucémico. Frecuentemente, **su causa es la presentación de hipoglucemia asintomática (hipoglucemia sin síntomas)**. Cuando existe puede comprometer el objetivo de control estricto de la glucemia y la calidad de vida de la persona. **Las hipoglucemias severas y asintomáticas deben ser prevenidas**, requiriendo, a veces, un período de relajamiento del control glucémico.

■ HIPOGLUCEMIA ¿QUÉ HACER?

- La **prevención de las hipoglucemias**, sobre todo si son muy frecuentes y **en especial las severas y asintomáticas**, constituye un **componente esencial en el programa de manejo de la diabetes**.
- Cuando aparecen los primeros síntomas sugestivos de hipoglucemia debe actuarse de forma inmediata para su corrección, incluso ante la duda del carácter de la hipoglucemia.
- La **corrección de la hipoglucemia requiere la toma de hidratos de carbono**. Conviene tener en cuenta que se produce antes la corrección de la hipoglucemia que la desaparición de sus síntomas, por lo que es conveniente no excederse en la toma de carbohidratos para evitar posteriores elevaciones importantes de la glucemia.
- **Actuación inmediata:**
 - Si **la persona con diabetes** con hipoglucemia **está consciente** el tratamiento preferido es la **toma de glucosa (15-20 g) o cualquier alimento que contenga carbohidratos** (zumo de naranja, coca-cola, terrón de azúcar, etc.). Si la glucemia no se recupera en los 15 minutos siguientes se debe repetir la toma de carbohidratos.
 - Si **la persona con diabetes** con hipoglucemia **está inconsciente** (hipoglucemia severa) se debe administrar **una ampolla de glucagón (1 mg) por vía intramuscular o subcutánea** para lo cual debe entrenarse a las personas que conviven con la persona con diabetes. Cuando se recupere la conciencia debe administrarse glucosa o alimento con carbohidratos como se indica en el apartado anterior. Si la situación no se recupera debe acudir a un centro sanitario para la administración de glucosa intravenosa.
- **Actuación posterior:**
 - Una vez **recuperado el episodio de hipoglucemia**, se debe **tomar algún alimento que contenga hidratos de carbono de acción más prolongada** (rebanada de pan, tostadas, fruta, etc.) para evitar la recaída de la hipoglucemia.
 - La **recaída de la hipoglucemia** depende de la intensidad de la actividad de la insulina o de los **hipoglucemiantes orales** que estimulan la secreción de insulina. En este último caso, **la recaída de la hipoglucemia puede producirse durante las 24-26 h siguientes**.

EN CASO DE ENFERMEDAD ¿QUÉ HACER?

- Cualquier **enfermedad intercurrente** (resfriado, gripe, gastroenteritis, etc.) altera el control glucémico y puede precipitar **episodios graves de hiperglucemia**: cetoacidosis en personas con diabetes tipo 1 o estado hiperglucémico hiperosmolar en personas con diabetes tipo 2.
- La misma situación puede producirse cuando se administran determinadas medicaciones como esteroides o diuréticos.
- Estas **situaciones** pueden producir un deterioro importante del control glucémico y requieren un **control frecuente de la glucemia (cada 4-6 h)** y la **determinación de cuerpos cetónicos en plasma u orina** (cetonemia o cetonuria), especialmente en personas con diabetes tipo 1.
- En **estas situaciones** además del control glucémico es necesario asegurar un **aporte adecuado de hidratos de carbono, así como de líquidos**, al menos 2 litros al día, para evitar la deshidratación.
- Si se producen **vómitos y/o cetosis**, se debe intentar asegurar el adecuado aporte de líquidos y de hidratos de carbono, en forma de alimentos fácilmente tolerables, como por ej.: té o zumos azucarados, leche descremada, consomé claro, galletas, etc., en cantidades pequeñas y tomas frecuentes.
- Si se administra **insulina**, es necesario realizar algunos ajustes de la pauta habitual. La insulina **no debe suspenderse** aunque puede disminuirse en un 20%, aproximadamente, la dosis de insulina basal de efecto prolongado.
- Si existe **franca hiperglucemia**, y sobre todo **si se produce cetosis**, a la pauta habitual de insulina habrá que **añadir (o aumentar) dosis de insulina rápida**, administradas cada 4-6 h hasta la corrección de la cetosis y control de la hiperglucemia.
- Las personas con diabetes en tratamiento con **dieta solamente o hipoglucemiantes orales** deben **reducir o suspender la toma de los mismos** para evitar hipoglucemias, a veces, graves. Ocasionalmente, es necesario administrar insulina de forma temporal.
- En todo caso, mantener contacto con el equipo sanitario para controlar su estado y recibir instrucciones. Si la situación no se controla en el domicilio **puede ser necesario acudir a un centro**; la infección y la deshidratación pueden ser motivo de ingreso hospitalario.

ACERCA DE... OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO

- **El control glucémico es el objetivo fundamental del manejo de la diabetes.** Diferentes estudios, tanto en personas con diabetes tipo 1 como tipo 2, han demostrado que una mejoría del control glucémico se asocia con una disminución del riesgo de complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y polineuropatía) y puede disminuir el riesgo de enfermedad cardio-vascular.
- **El estado de control glucémico** se establece a través de las distintas medidas de la **glucemia capilar** realizadas por la propia persona con diabetes y la determinación de la **hemoglobina glicada (HbA1c)**.
- Recomendaciones de control glucémico para adultos con diabetes:

HbA1c	< 7,0 %
Glucemia capilar antes de las comidas	70-130 mg/dl
Glucemia capilar post-prandial (1-2 h después de comenzar la comida)	< 180 mg/dl

- No obstante, **los objetivos de control glucémico deben ser individualizados** teniendo en cuenta determinadas circunstancias, tales como duración de la diabetes, edad, enfermedades asociadas, tendencia a hipoglucemia asintomáticas, etc.
- La **HbA1c refleja la glucemia promedio de los 2-3 meses previos** y tiene un importante valor predictivo de complicaciones crónicas asociadas a la diabetes, de tal manera que la HbA1c se ha convertido en el marcador principal del control glucémico.
- La HbA1c debe medirse rutinariamente y formar parte del manejo habitual de la diabetes. Es aconsejable medirla cada 3 meses y el resultado obtenido en el momento de la visita debe ser aplicado para modificaciones del tratamiento contribuyendo así a la mejoría del control glucémico.
- **El control estricto de la glucemia** aumenta el riesgo de episodios de **hipoglucemia severa** que deben ser evitados y puede inducir aumento de peso, sobre todo en personas con diabetes tipo 1, lo que puede condicionar y limitar el objetivo de control glucémico.

CÓMO AJUSTAR LA DOSIS HABITUAL PROGRAMADA DE INSULINA

GLUCEMIA DEMASIADO ALTA

- La **pauta habitual** de insulina debe incluir una **pauta programada básica** a la que se deben añadir indicaciones de **dosis suplementarias o correctoras de insulina**.
- La pauta programada más utilizada actualmente, sobre todo en personas con diabetes tipo 1, responde al **esquema basal-bolo** que es la que mejor responde al patrón fisiológico de secreción de insulina.
- En este esquema, **la insulina basal** utiliza:
 - * **insulina de acción intermedia** (NPH: 2 ó 3 dosis/día en desayuno, comida y cena).
 - * **insulina de acción prolongada** (análogos de insulina de acción prolongada: glargina 1 dosis/día en desayuno o cena o detemir 2 dosis/día en desayuno y cena).
 - * **insulina de acción rápida** en infusión continua subcutánea de insulina (bomba de insulina).

El objetivo fundamental es el control glucémico antes de las comidas y durante la noche.

- En el mismo esquema, **la insulina en bolo (prandial) utiliza**:
 - * **insulinas de acción rápida** (regular o análogos de insulina de acción rápida: lispro, aspart o glulisina; antes de cada comida).

El objetivo fundamental es el control glucémico después de las comidas (post-prandial) y contribuir al control previo a la comida siguiente. Todo suplemento de hidrato de carbono debería acompañarse de una dosis de insulina rápida.

- Toda pauta y dosificación de insulina intenta conseguir un control glucémico lo más cercano a la normalidad, en primer lugar antes de las comidas y posteriormente después de las comidas, sin hipoglucemias frecuentes o severas.

Recomendaciones para la corrección de niveles altos de glucemia:
(según los objetivos individualizados de control glucémico)

Antes de las comidas (desayuno, comida o cena):

* aumentar ~20% la dosis de insulina de acción intermedia o prolongada administrada previamente a dicha comida. La dosis de insulina basal requiere ajustes sólo si hay cambios acentuados en la situación habitual del individuo.

Después de las comidas (desayuno, comida y cena o antes de ir a dormir):

* aumentar ~10-20% la dosis de insulina de acción rápida administrada antes de la correspondiente comida. La dosis de insulina prandial permite mayor flexibilidad de ajustes diarios.

CÓMO AJUSTAR LA DOSIS HABITUAL PROGRAMADA DE INSULINA

GLUCEMIA DEMASIADO BAJA

- La **pauta habitual** de insulina debe incluir una **pauta programada básica** a la que se deben añadir indicaciones de **dosis suplementarias o correctoras de insulina**.
- La pauta programada más utilizada actualmente, sobre todo en personas con diabetes tipo 1, responde al **esquema basal-bolo** que es la que mejor responde al patrón fisiológico de secreción de insulina.
- En este esquema, **la insulina basal** utiliza:
 - * **insulina de acción intermedia** (NPH: 2 ó 3 dosis en desayuno, comida y cena).
 - * **insulina de acción prolongada** (análogos de insulina de acción prolongada: glargina 1 dosis/día en desayuno o cena o detemir 2 dosis/día en desayuno y cena).
 - * **insulina de acción rápida** en infusión continua subcutánea de insulina (bomba de insulina).

El objetivo fundamental es el control glucémico antes de las comidas y durante la noche.

- En el mismo esquema, **la insulina en bolo (prandial) utiliza**:
 - * **insulinas de acción rápida** (regular o análogos de insulina de acción rápida: lispro, aspart o glulisina; antes de cada comida).

El objetivo fundamental es el control glucémico después de las comidas (post-prandial) y contribuir al control previo a la comida siguiente. Todo suplemento de hidrato de carbono debería acompañarse de una dosis de insulina rápida.

- Toda pauta y dosificación de insulina intenta conseguir un control glucémico lo más cercano a la normalidad, en primer lugar antes de las comidas y posteriormente después de las comidas, sin hipoglucemias frecuentes o severas.

Recomendaciones para la corrección de niveles bajos de glucemia:
(según los objetivos individualizados de control glucémico)

Antes de las comidas (desayuno, comida o cena):

* disminuir ~20% la dosis de insulina de acción intermedia o prolongada administrada previamente a dicha comida. La dosis de insulina basal requiere ajustes sólo si hay cambios acentuados en la situación habitual del individuo.

Después de las comidas (desayuno, comida y cena o antes de ir a dormir):

* disminuir ~10-20% la dosis de insulina de acción rápida administrada antes de la correspondiente comida. La dosis de insulina prandial permite mayor flexibilidad de ajustes diarios.



CÓMO UTILIZAR DOSIS SUPLEMENTARIAS DE INSULINA

- Se utilizan **dosis suplementarias (o correctoras)** de insulina para la **corrección o prevención de elevaciones esporádicas o imprevistas de la glucemia**. Cualquier pauta de insulina programada debe incluir también una pauta de dosis suplementarias en caso de hiperglucemia.
- **¿Cuándo?**
 - Siempre que se detecten **elevaciones ocasionales de la glucemia**, como por ejemplo antes de las comidas o cada 4-6 h si no hay toma de alimento, como en el caso de vómitos o enfermedad intercurrente.
- **¿Cómo?**
 - Se utiliza **insulina de acción rápida**, generalmente análogos de insulina de acción rápida por su mayor rapidez de acción. Se administra como dosis aislada o aumentando la dosis programada de este tipo de insulina o bien añadiéndola a la dosis de insulina retardada o prolongada habitual.
- **¿Qué dosis?**
 - La dosis suplementaria está en función de la sensibilidad individual a la insulina y se relaciona con el peso del individuo o la dosis total diaria de insulina. Una pauta orientativa puede ser:

Glucemia	< 40 U/día < 60 kg	40-80 U/día 60-90 Kg	> 80 U/día > 90 Kg
< 80	-1	-1	-2
130-149	0	1	1
150-199	1	1	2
200-249	2	3	4
250-299	3	5	7
300-349	4	7	10
> 350	5	8	12

- **Pero...**

Si la elevación de la glucemia se produce de forma habitual en el mismo momento del día, durante tres o más días, debe procederse a **modificar el régimen de insulina programada habitual**, tal como se señala anteriormente.

- **Además...**

Si se prevé una comida con contenido de hidratos de carbono mayor de lo habitual pueden administrarse dosis suplementarias de insulina previas a la comida o, incluso después de la misma.



ACERCA DE...

MIS ANOTACIONES

... que reflejan los esfuerzos de todos por conseguir un control satisfactorio de mi diabetes

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL									
G L U C E M I A S									
DÍAS		DESAYUNO		COMIDA		CENA		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA	
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)		
OBJETIVOS		70/130	70/180	70/130	70/180	70/130	70/180	+65	
D	1	160		135		160			
L	2	120		125		128			
M	3	130							
Mi	4								
J	5	110	85	142	154	100	145	80	
V	6			128		118			
S	7	95							
D	8								
L	9								
M	10	135		125		150			
Mi	11	120				130			
J	12	140	126	80	140	110	165	60	
V	13	145							
S	14	158							
D	15								
L	16	120		60					
M	17			125		200	231		
Mi	18					180			
J	19	65	140	130	150	165	185	130	
V	20	122							
S	21								
D	22	78		50		212	180		
L	23			128		180			
M	24	135				128			
Mi	25	125							
J	26	190	210	205	18	130	190	125	
V	27	118		125	5				
S	28								
D	29								
L	30	135		79		165			
M	31								

MES DE									
DOSIS DE INSULINA					FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL		OBSERVACIONES		
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR						
4:26	-	4:12	-	-					1
6:26	-	6:12	-	-					2
4:26	-	4:12	-	-					3
"	-	"	"	-					4
"	-	"	"	-					5
"	-	"	"	-					6
"	-	"	"	-					7
"	-	"	"	-					8
"	-	"	"	-					9
"	-	"	"	-					10
"	-	"	"	-					11
"	-	"	"	-			gimnasio		12
"	-	"	"	-					13
6:26	-	4:14	-	-					14
4:26	-	4:14	-	-					15
"	-	"	"	-			no tomé nada a media mañana		16
4:26	-	6:14	-	-					17
"	-	6:4	-	-					18
4:26	-	6:14	-	-					19
4:28	-	4:14	-	-					20
"	"	"	"	-					21
"	"	7:14	-	-			no noté hipoglucemia		22
"	"	6:14	-	-					23
"	"	4:4	-	-					24
"	"	"	"	-					25
6:28	3	4:14	-	-			fiebre		26
4:28	-	"	"	-					27
"	"	"	"	-					28
"	"	"	"	-					29
"	"	6:14	-	-					30
"	"	"	"	-					31

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL								
DÍAS		G L U C E M I A S						NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA
		D E S A Y U N O		C O M I D A		C E N A		
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	
OBJETIVOS								
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
	23							
	24							
	25							
	26							
	27							
	28							
	29							
	30							
	31							

MES DE					
DOSIS DE INSULINA				FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL	
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR		
				OBSERVACIONES	1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30
					31

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL								
G L U C E M I A S								
DÍAS		DESAYUNO		COMIDA		CENA		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	
OBJETIVOS								
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
	23							
	24							
	25							
	26							
	27							
	28							
	29							
	30							
	31							

MES DE								
DOSIS DE INSULINA					FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL			
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR					
					OBSERVACIONES			
							1	
							2	
							3	
							4	
							5	
							6	
							7	
							8	
							9	
							10	
							11	
							12	
							13	
							14	
							15	
							16	
							17	
							18	
							19	
							20	
							21	
							22	
							23	
							24	
							25	
							26	
							27	
							28	
							29	
							30	
							31	

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL								
DÍAS		G L U C E M I A S						NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA
		D E S A Y U N O		C O M I D A		C E N A		
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	
OBJETIVOS								
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
	23							
	24							
	25							
	26							
	27							
	28							
	29							
	30							
	31							

MES DE					
DOSIS DE INSULINA				FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL	
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR		
				OBSERVACIONES	1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30
					31

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL									
G L U C E M I A S									
DÍAS		DESAYUNO		COMIDA		CENA		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA	
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)		
OBJETIVOS									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28								
	29								
	30								
	31								

MES DE						
DOSIS DE INSULINA						
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR	FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL		
				OBSERVACIONES		
					1	
					2	
					3	
					4	
					5	
					6	
					7	
					8	
					9	
					10	
					11	
					12	
					13	
					14	
					15	
					16	
					17	
					18	
					19	
					20	
					21	
					22	
					23	
					24	
					25	
					26	
					27	
					28	
					29	
					30	
					31	

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL									
G L U C E M I A S									
DÍAS		DESAYUNO		COMIDA		CENA		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA	
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)		
OBJETIVOS									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28								
	29								
	30								
	31								

MES DE						
DOSIS DE INSULINA						
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR	FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL		
				OBSERVACIONES		
					1	
					2	
					3	
					4	
					5	
					6	
					7	
					8	
					9	
					10	
					11	
					12	
					13	
					14	
					15	
					16	
					17	
					18	
					19	
					20	
					21	
					22	
					23	
					24	
					25	
					26	
					27	
					28	
					29	
					30	
					31	

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL								
G L U C E M I A S								
DÍAS		D E S A Y U N O		C O M I D A		C E N A		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	
OBJETIVOS								
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
	23							
	24							
	25							
	26							
	27							
	28							
	29							
	30							
	31							

MES DE

DOSIS DE INSULINA				FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL	OBSERVACIONES
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR		
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30
					31

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL								
G L U C E M I A S								
DÍAS		D E S A Y U N O		C O M I D A		C E N A		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	
OBJETIVOS								
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
	23							
	24							
	25							
	26							
	27							
	28							
	29							
	30							
	31							

MES DE

DOSIS DE INSULINA				FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL	OBSERVACIONES
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR		
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30
					31

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL									
G L U C E M I A S									
DÍAS		DESAYUNO		COMIDA		CENA		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA	
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)		
OBJETIVOS									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28								
	29								
	30								
	31								

MES DE						
DOSIS DE INSULINA						
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR	FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL		
				OBSERVACIONES		
					1	
					2	
					3	
					4	
					5	
					6	
					7	
					8	
					9	
					10	
					11	
					12	
					13	
					14	
					15	
					16	
					17	
					18	
					19	
					20	
					21	
					22	
					23	
					24	
					25	
					26	
					27	
					28	
					29	
					30	
					31	

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL									
G L U C E M I A S									
DÍAS		DESAYUNO		COMIDA		CENA		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA	
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)		
OBJETIVOS									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28								
	29								
	30								
	31								

MES DE						
DOSIS DE INSULINA						
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR	FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL		
				OBSERVACIONES		
					1	
					2	
					3	
					4	
					5	
					6	
					7	
					8	
					9	
					10	
					11	
					12	
					13	
					14	
					15	
					16	
					17	
					18	
					19	
					20	
					21	
					22	
					23	
					24	
					25	
					26	
					27	
					28	
					29	
					30	
					31	

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL								
DÍAS		G L U C E M I A S						NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA
		D E S A Y U N O		C O M I D A		C E N A		
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	
OBJETIVOS								
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
	23							
	24							
	25							
	26							
	27							
	28							
	29							
	30							
	31							

MES DE					
DOSIS DE INSULINA				FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL	
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR		
				OBSERVACIONES	1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30
					31

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL								
DÍAS		G L U C E M I A S						NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA
		D E S A Y U N O		C O M I D A		C E N A		
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	
OBJETIVOS								
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
	23							
	24							
	25							
	26							
	27							
	28							
	29							
	30							
	31							

MES DE					
DOSIS DE INSULINA				FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL	
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR		
				OBSERVACIONES	1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30
					31

HOJA PERSONAL DE CONTROL DEL									
G L U C E M I A S									
DÍAS		D E S A Y U N O		C O M I D A		C E N A		NOCTURNO 2 A 3 MADRUGADA	
SEM.	MES	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)	ANTES	DESPUÉS (2 HORAS)		
OBJETIVOS									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28								
	29								
	30								
	31								

MES DE

DOSIS DE INSULINA				FACTORES QUE HAN AFECTADO MI CONTROL	
DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA O CENA	ANTES DE IR A DORMIR		
				OBSERVACIONES	
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
					24
					25
					26
					27
					28
					29
					30
					31

Fecha: _____

Peso: _____ Kg **IMC** _____ Kg/m²

Perímetro de cintura: _____ cm

Tensión arterial: _____ mmHg

- **Complicaciones y alteraciones asociadas:**

Retinopatía

Fondo de ojo: ☐ normal
☐ retinopatía tipo

Nefropatía

Creatinina: _____ mg de creatinina

Microalbuminuria: _____ µg de albumina/
mg de creatinina

Proteinuria: _____ mg/24 h

Polineuropatía

sí ☐ no ☐

Enferm. Cardiovascular

sí ☐ _____ no ☐

Analítica

Hemoglobina glicada (HbA1c): _____ %

(durante el año) _____ % _____ % _____ %

Cholesterol total: _____ mg/dl

HDL-cholesterol: _____ mg/dl

LDL-cholesterol: _____ mg/dl

Triglicéridos: _____ mg/dl

[illegible]



■ NOTAS

[illegible]