

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

Nombre _____

Fecha _____

Introducción

¿Qué tipo de diabetes tiene?

- Tipo 1 Tipo 2 Prediabetes Diabetes gestacional No sé

¿A qué edad recibió el diagnóstico? _____

Enumere a los familiares que tienen diabetes.

Marque todas las opciones que correspondan.

- Padre Madre Tías Tíos Abuelo Abuela Hermanos/as Ninguno

Antecedentes médicos

Marque los exámenes o procedimientos que le hayan realizado en los doce meses pasados:

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Examen de la vista con dilatación pupilar | <input type="checkbox"/> Prueba de orina para detectar proteínas |
| <input type="checkbox"/> Autoexamen del pie | <input type="checkbox"/> Examen médico profesional de los pies |
| <input type="checkbox"/> Examen dental | <input type="checkbox"/> Control de la presión arterial |
| <input type="checkbox"/> Control del peso | <input type="checkbox"/> Control del colesterol |
| <input type="checkbox"/> A1c | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía | |

En los últimos doce meses, ¿ha ingresado a la sala de urgencias o al hospital, por tener diabetes?

- Sí No

Tiene algunos de los siguientes problemas de salud:

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Problemas de la vista Problemas de los riñones
 Entumecimiento/hormigueo/pérdida de sensación en las manos y/o los pies
 Problemas dentales Hipertensión Nivel de colesterol alto
 Problemas sexuales Depresión

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

Si es usted paciente masculino pase por alto las siguientes tres preguntas:

Es usted:

- Premenopáusica Menopáusica Posmenopáusica N/A

¿Está usted embarazada?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Sí No Planeo embarazarme Uso anticonceptivo

Si ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, ¿cuál es su fecha proyectada de parto?

¿Tiene hijos?

- Sí No

Medicamentos

¿Con qué medicamentos controla usted la diabetes?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Pastillas para la diabetes Inyecciones de insulina Inyecciones distintas a la insulina
 Una combinación de pastillas Bomba de insulina No tomo medicamentos para la diabetes

¿Con qué frecuencia se le olvida tomar los medicamentos que se le han recetado?

- Una vez cada día Más de una vez al día Varias veces por semana
 Varias veces al mes Nunca

Control del nivel de glucosa en sangre

¿Se revisa usted en casa el nivel de azúcar en la sangre?

- Sí No

¿Cuándo?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Antes del desayuno Antes del almuerzo Antes de la cena
 2 horas después de las comidas Antes de acostarme N/A

¿Con qué frecuencia?

- Una vez al día Dos o más veces al día Una o más veces por semana
 Menos de una vez por semana N/A

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

¿Qué rango de números observa usted al medirse el azúcar en casa?

- Casi siempre entre 80 y 150 mg/dl Casi siempre menos de 180 mg/dl
 Casi siempre menos de 300 mg/dl No sé

¿Cuál es su meta en cuanto al nivel deseado de azúcar en la sangre cuando se la mide en casa?

- Casi siempre entre 80 y 150 mg/dl Casi siempre menos de 180 mg/dl
 Casi siempre menos de 300 mg/dl No tengo una meta en cuanto a mi nivel de azúcar en sangre

¿Con qué frecuencia ha tenido usted una reacción adversa por tener el azúcar en sangre demasiado bajo?

- Nunca Una vez Una vez por día o más Una vez por semana o más
 Una o más veces al mes Otro

¿Qué síntomas presenta usted cuando tiene bajo el azúcar en la sangre?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Mareos Sudoración excesiva Hambre excesiva Desvanecimiento
 Fatiga Aturdimiento Náusea o vómito Dolor de cabeza
 Visión borrosa Irritabilidad Confusión o no reacciona
 Inestabilidad Temblores Sensación de tener un ritmo cardíaco anormal

¿Qué usa o hace usted cuando tiene un nivel bajo de azúcar en la sangre?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Tabletas de glucosa Gel de glucosa Caramelo duro (sin edulcorantes) Jugo de fruta
 Leche Refresco (sin edulcorantes)
 Reviso nuevamente el nivel de azúcar después de 15 minutos pinchándome un dedo para asegurar que los niveles aumenten
 Luego como un bocadillo o la comida que me toque
 Se comunica con su equipo de diabetes para que evalúen por qué ocurrió esto
 Glucagón Si no sube el azúcar, llama al 911 para pedir ayuda
 Informa a alguien que esté con usted que está experimentando los síntomas de una baja de azúcar en la sangre
 Otro método

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

¿Cómo sabe usted que tiene alta el azúcar en la sangre?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarme | <input type="checkbox"/> Vista nublada |
| <input type="checkbox"/> Micción (orina) frecuente | <input type="checkbox"/> Fatiga (debilidad, cansancio) | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | |
| <input type="checkbox"/> Azúcar en la sangre de más de 180 mg/dl | <input type="checkbox"/> Infecciones de la piel | | |
| <input type="checkbox"/> Cortaduras o llagas que sanan con lentitud | <input type="checkbox"/> Entumecimiento, ardor o dolor en los pies | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | <input type="checkbox"/> No sé | | |

¿Qué hace usted cuando el azúcar en la sangre está elevado?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Descansar |
| <input type="checkbox"/> Bebo abundantes líquidos no calóricos | <input type="checkbox"/> Me reviso el azúcar en la sangre al menos cada 4 horas |
| <input type="checkbox"/> Me comunico con el equipo de diabetes si los síntomas persisten | |
| <input type="checkbox"/> Me abstengo de hacer ejercicio mientras el azúcar siga elevado | |
| <input type="checkbox"/> Sigo el plan de alimentación para diabéticos | |
| <input type="checkbox"/> Ajusto la dosis de insulina para controlar la hiperglucemia | |
| <input type="checkbox"/> Me cerciero de estar tomando correctamente mis medicamentos para la diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Verifico que no tengo fiebre | |
| <input type="checkbox"/> Nada | |

Hábitos saludables

¿Sigue usted un plan de alimentación para la diabetes?

- Sí No

Si ha respondido afirmativamente la pregunta anterior ¿qué tipo de plan sigue?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta baja en carbohidratos | <input type="checkbox"/> Dieta con control de la cantidad de carbohidratos que consume | |
| <input type="checkbox"/> Dieta sin azúcares añadidos | <input type="checkbox"/> Dieta sin gluten | <input type="checkbox"/> Dieta con control de calorías |
| <input type="checkbox"/> Dieta baja en grasas | <input type="checkbox"/> Dieta rica en calorías | <input type="checkbox"/> Otra dieta |

¿Lee usted, y usa, la información nutricional en las etiquetas de los alimentos como guía para su dieta?

- Sí No

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

¿Tiene usted alguna restricción alimentaria?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Sal Grasas Líquidos Calorías Ninguna

¿Hace usted sus compras de comestibles?

- Sí No

¿Prepara usted sus comidas?

- Sí No

¿Con qué frecuencia come usted fuera de casa?

- Más de una vez al día Todos los días 3 a 5 veces por semana
 Una vez por semana Una vez cada dos semanas Una vez al mes
 Nunca como fuera de casa

¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- Nunca (sáltese la siguiente pregunta) Una vez al mes o menos
 2 a 4 veces al mes 2 a 3 veces por semana
 4 o más veces por semana

En un día típico, cuando está tomando, ¿cuántos tragos se toma?

- 1 a 2 3 a 6 7a 10 11 o más

¿Usa tabaco?

Seleccione todas las opciones correspondientes.

- Cigarrillos Pipa Puro Mástico tabaco Ninguno Dejó de fumar

Mi rutina de ejercicios es:

- Fácil Moderada Intensa Muy intensa No hago ejercicio regularmente

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

Solución de problemas

¿Se le han dado instrucciones previas sobre cómo cuidar su diabetes?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, ¿cuándo fue la última vez que le dieron instrucciones sobre el control y/o prevención de la diabetes?

- Hace menos de 3 meses
- Hace 3 a 6 meses
- Hace 6 a 12 meses
- Hace 1 a 2 años
- Hace 2 a 5 años
- No recuerdo

Seleccione la respuesta que mejor describe cómo se siente respecto a tener diabetes o prediabetes.

- Controlo bien mi azúcar en la sangre y mantengo siempre mi atención personal
- Controlo mi azúcar y mantengo mi atención personal la mayor parte del tiempo (más del 50 %)
- Controlo mi azúcar y mantengo mi atención personal a veces (menos del 50 %)
- Controlar mi azúcar y mantener mi atención personal representan un desafío diario
- Controlar mi azúcar y mantener mi atención personal son agobiantes y afectan mi calidad de vida
- Me resulta extremadamente difícil mantener mi atención personal y no estoy seguro/a de cómo hacerlo
- No controlo mi azúcar en la sangre ni cuido mi atención personal

En sus propias palabras, ¿qué es la diabetes?

¿En qué forma aprende usted mejor?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Escuchando
- Leyendo
- Observando
- Haciendo

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

Prácticas saludables

Me siento contento con mi salud en general.

- Estoy de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo

Mi diabetes interfiere con otros aspectos de mi vida.

- Estoy de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo

Tengo una cierta medida de control sobre si se me presentan complicaciones o no debido a mi diabetes.

- Estoy de acuerdo Neutral No estoy de acuerdo

En una escala del 1 al 5, ¿qué tan bien maneja usted el estrés? (1 = lo manejo mal, 5 = lo manejo sin dificultad)

- 1 2 3 4 5

¿Qué le preocupa más sobre su diabetes?

- La cobertura por parte del seguro médico de los medicamentos y suplementos de autocuidado
- Tener que seguir recomendaciones sobre la dieta
- Tener que seguir recomendaciones en cuanto a hacer ejercicio
- Tener que controlar los niveles de azúcar en la sangre
- Mantener mi A1c
- Las complicaciones de la diabetes
- ¿Cómo puedo controlar la diabetes y mantenerme saludable?
- ¿Debo informar a mi empleador que tengo diabetes?
- Empeorar
- Tener que usar insulina
- El control del peso
- Tomar medicamentos para la diabetes
- ¿Cómo prevenir la diabetes?
- ¿Puedo detener la diabetes?
- ¿Mis hijos tendrán diabetes?

¿Qué le resulta más difícil respecto al cuidado de la diabetes?

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

Cultura

¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?

- Menos que el bachillerato Bachillerato/ GED Algunos años de universidad
 Grado universitario de 2 años Grado universitario de 4 años Posgrado/Maestría/Doctorado

¿Cuenta usted con un empleo actualmente?

- Sí No

¿En qué trabaja usted? _____

Estado civil

- Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

¿Cuántas personas viven en su casa?

- 1 a 2 3 a 4 5 a 6 Más de 6

¿Tienen algún parentesco con usted?

- Parientes cercanos Parientes lejanos Amigos Compañeros de casa
 Compañeros de trabajo

¿Quién le apoya en el cuidado de su diabetes?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Familiares Compañeros de trabajo Profesionales médicos Grupo de apoyo Nadie

¿Tiene alguna dificultad para hacer las siguientes actividades?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Oír Ver Leer Hablar Concentrarse Ninguna de las anteriores

Si seleccionó alguna casilla, explique cuál es la dificultad que presenta dicha actividad.

Evaluación inicial para pacientes con diabetes

¿Tiene usted alguna práctica o creencia religiosa o cultural que influya en la forma en que cuida de su diabetes?

- Sí
- No

Si la respuesta anterior es afirmativa, por favor explique:

Metas

¿Qué le interesa aprender en estas sesiones educativas sobre la diabetes?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Qué tecnologías tengo a mi disposición para el autocontrol de la diabetes
- Cómo mantenerme activo
- Cómo lograr el nivel óptimo de A1c
- Cómo llevar una alimentación saludable
- Cómo sentirme motivado
- A mejorar el plan de medicamentos para mi diabetes
- A mejorar mi actitud mental
- A aumentar mi nivel de energía
- Cómo controlar mejor mi nivel de azúcar en sangre y otros resultados y mediciones de laboratorio relacionados, así como aprender a interpretar los resultados
- Cómo optimizar el uso de los beneficios a los que mi seguro médico me da derecho por tener diabetes
- Estrategias de resolución de problemas
- Cómo reducir los riesgos de que se presenten complicaciones relacionadas con la diabetes
- A fijar metas para mejorar el control de mi diabetes
- A manejar el estrés
- Cómo controlar el peso