

PLAN PERSONALIZADO DE CUIDADOS AL NIÑO/A Y ADOLESCENTE CON HIPERINSULINISMO CONGÉNITO EN EL CENTRO EDUCATIVO

Este plan debería cumplimentarse conjuntamente entre el centro sanitario de referencia en HI que asiste al alumno y la familia. Deberá ser revisado y actualizado con periodicidad, al inicio de cada nuevo curso escolar o cuando existan cambios significativos.

Una vez cumplimentado se aconseja revisarlo conjuntamente con el personal del centro educativo, especialmente con el referente en HI y su relevo. Asimismo siempre debe haber una copia accesible del *Plan* para los maestros sustitutos o los maestros especialistas (*idiomas, música, educación física, etc.*).

Fecha del plan: _____ Este plan es válido para el curso escolar: ____ / ____

Nombre y apellidos del alumno/a: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (*día/mes/año*)

Fecha de diagnóstico del HI: ____ / ____ / ____ (*día/mes/año*)

DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO

Centro educativo: _____ Localidad: _____

Curso actual y aula: _____ Tlf. del centro: _____

Nombre y apellidos del referente en HI: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

CONTACTOS PARA EMERGENCIAS:

Nombre y apellidos: _____

Parentesco o relación con el alumno/a: _____

Dirección _____

Tlf. móvil: _____ Tlf. fijo: _____ Tlf. trabajo: _____

Correo electrónico: _____

TELÉFONO DE EMERGENCIAS SANITARIAS: 112



Nombre y apellidos: _____

Parentesco o relación con el alumno/a: _____

Dirección _____

Tlf. móvil: _____ Tlf. fijo: _____ Tlf. trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Nombre y apellidos: _____

Parentesco o relación con el alumno/a: _____

Dirección _____

Tlf. móvil: _____ Tlf. fijo: _____ Tlf. trabajo: _____

Correo electrónico: _____

CONTACTOS PERSONAL SANITARIO:

Centro hospitalario de referencia: _____

Unidad de referencia: _____

Doctor/es de referencia: _____

Dirección _____

Teléfono 1: _____ Ext.: _____ Teléfono 2: _____ Ext.: _____

Correo electrónico: _____

Enfermero/a referente en HI del alumno/a:

Nombre y apellidos: _____

Centro de salud: _____

Dirección _____

Teléfono 1: _____ Ext.: _____ Teléfono 2: _____ Ext.: _____

Correo electrónico: _____

MONITORIZACIÓN DE LA GLUCOSA EN SANGRE

Nivel esperado de glucosa en sangre: De _____ mg/dl a _____ mg/dl

Observaciones: _____

DETERMINACIONES DE GLUCEMIA: *(Marcar todas las que correspondan)*

Antes de comer _____ minutos antes de comer A media mañana A media tarde

Antes del ejercicio físico Después del ejercicio físico Antes de salir a mediodía

Antes de salir por la tarde Si presenta signos o síntomas de hipoglucemia

Si presenta signos o síntomas de enfermedad Otros: _____

Lugar para la prueba: Yema de los dedos Antebrazo Muslo Otro: _____

(Información importante: Si se sospecha de hipoglucemia, la prueba debe realizarse SIEMPRE en las yemas de los dedos).

HABILIDADES DEL ESTUDIANTE EN LA MONITORIZACIÓN: *(Marcar la que corresponda)*

Se controla de manera autónoma la glucosa

Puede controlar la glucosa con la supervisión de un adulto

Depende de un adulto para controlar su glucosa

MEDIDOR CONTINUO DE GLUCOSA (MCG): Si No

Marca / modelo: _____

Alarmas para: Valores bajos Valores altos Tendencia a bajar Tendencia a subir

(Información importante: Hay que confirmar los resultados del MCG con un glucómetro antes de actuar. Si el estudiante presenta signos o síntomas de hipoglucemia se debe comprobar el nivel de glucosa en sangre con una punción en el dedo, independientemente de los valores que marque el MCG.)

TRATAMIENTO PARA LA HIPOGLUCEMIA

SÍNTOMAS HABITUALES DE HIPOGLUCEMIA DEL ALUMNO: *(Marcar todos los que correspondan)*

- Mareos Nerviosismo Sudoración Dolor de cabeza Visión borrosa
- Cansancio Palidez Somnolencia Irritabilidad Hambre Temblores
- Cambios de humor Debilidad Vértigo Ansiedad Taquicardia
- Confusión Otros: _____

(Información importante: Las personas pueden presentar signos y síntomas muy diversos en situación de hipoglucemia. Si un alumno presenta cualquiera de estos síntomas, aunque no sean los habituales se debe controlar la glucemia. En caso de que no sea posible, se debe tratar como si los niveles de azúcar fueran bajos. Una hipoglucemia puede provocar daños neurológicos irreversibles, coma e incluso la muerte. JAMÁS SE DEBE DEJAR SOLO A UN ALUMNO EN QUE SE SOSPECHE HIPOGLUCEMIA).

ABORDAJE DE LA HIPOGLUCEMIA:

- Si presenta signos o síntomas de bajos niveles de glucosa en sangre, o si la glucemia es inferior a _____ mg/dl, administrar una dosis de hidratos de carbono de absorción rápida (*gel o pastillas de glucosa, azucarillos, zumos, etc.*) de _____ gramos.

- Volver a controlar la glucemia en 10-15 minutos:

* Si el nivel de glucosa se ha normalizado, administrar una dosis de hidratos de carbono de absorción lenta (*galletas, pan, etc.*) de _____ gramos.

* El alumno puede volver a sus actividades controlando la glucemia regularmente.

* Repetir el tratamiento si el nivel de glucosa en sangre es inferior a _____ mg/dl. Y:

- Avisar a la familia Avisar a los servicios sanitarios de emergencia

- Si el alumno está inconsciente o no responde, tiene incapacidad para tragar, presenta convulsiones o espasmos, o glucemia inferior a _____ mg/dl, **administrar glucagón:**

(Marcar lo que corresponda)

Cantidad: 1 mg ½ mg

Lugar para la inyección de glucagón: Brazo Muslo Otro: _____

- **Avisar inmediatamente** a los servicios sanitarios de emergencia y a la familia o tutores.

TELÉFONO DE EMERGENCIAS SANITARIAS: 112

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

El alumno debe controlar la glucemia: *(Marcar todos los que correspondan)*

- _____ minutos antes de la actividad Cada _____ minutos durante la actividad
- Al acabar la actividad _____ minutos después de finalizar la actividad
-

5

El alumno debe comer: *(Marcar todos los que correspondan)*

- 15g de carbohidratos 30g de carbohidratos Otros: _____
-

- Antes del ejercicio Cada 30 minutos durante Después del ejercicio

- Otros: _____

(Información importante: El ejercicio físico puede alterar las glucemias durante varias horas, especialmente cuando es extenuante o prolongado, recuerde controlar regularmente las glucemias).

- Si la última glucemia antes de la actividad física era inferior a _____ mg/dl, el alumno puede realizar ejercicio cuando se corrijan los valores de glucosa en sangre y se sitúen por encima de _____ mg/dl.
 - Si la última glucemia en sangre era inferior a 70 mg/dl el estudiante debe evitar realizar ejercicio físico.
-

PAUTAS DE ALIMENTACIÓN

¿El alumno es capaz de calcular y repartir la ingesta de hidratos de carbono?

- Sí, lleva un control autónomo.
- Sí, pero necesita la supervisión de un adulto.
- No, depende de un adulto.
-

¿Se le permite tomar alimentos/bebidas en fiestas de cumpleaños o eventos especiales organizados en el centro educativo?

- Sí, el alumno sabe controlarse solo.

Sí, pero deberían informar a los padres/tutores con antelación.

Sí, pero teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

6

No, mejor seguir con sus pautas de alimentación habituales.

COMIDAS Y HORARIOS:

COMIDAS	HORAS	ALIMENTOS
Desayuno		
Media mañana		
Comida		
Media tarde		
Otras		
Otras		
Otras		

Otras circunstancias que precisan ingerir algún alimento:

Si presenta signos o síntomas de hipoglucemia.

Otros: _____

Otras consideraciones sobre la alimentación del estudiante en el centro educativo:

MEDICAMENTOS

¿El alumno toma medicamentos para controlar el HI?

Sí, se encarga él/ella solo/a.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Horario: _____

Sí, pero necesita la ayuda de un adulto.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Horario: _____

Sí, pero necesita la supervisión de un adulto.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Horario: _____

No, se controla solo con alimentación.

(Información importante: La administración de medicamentos por parte del personal del centro educativo requiere la cumplimentación de autorizaciones adicionales. Consulte con la dirección / administración del centro qué debe rellenar.)

Comentarios adicionales sobre la medicación:

SALIDAS, EXCURSIONES Y VIAJES

¿El alumno puede asistir a las salidas, excursiones o viajes organizados por el centro educativo?

Sí, se controlará él/ella solo/a.

Sí, pero necesita la supervisión continua de un adulto.

CONFORMIDAD

Este plan personalizado ha sido aprobado por:

Hospital de referencia

Nombre y Apellidos: _____

Centro de salud: _____ Fecha: _____

Firma y sello:

Enfermero/a referente en HI:

Nombre y Apellidos: _____

Centro de salud: _____ Fecha: _____

Firma y sello:

Referente en HI del centro educativo:

Nombre y Apellidos: _____

Centro educativo: _____ Fecha: _____

Firma y sello:

Padre / madre / tutor

Nombre y Apellidos: _____ Fecha: _____

Firma:

AUTORIZACIÓN CONSULTA INFORMACIÓN

Yo, (padre/madre/tutor) _____ autorizo a la enfermera escolar u otro profesional sanitario o personal formado en HI del centro educativo (nombre del centro) _____ para realizar y llevar a cabo las tareas de cuidado del hiperinsulinismo congénito que se indican en este *Personalizado de Cuidados al Niño/Adolescente en el Centro Educativo*. También autorizo a consultar esta información a todos los miembros del personal escolar y a los otros adultos que se responsabilicen de mi hijo/a y que puedan necesitarla para mantener la salud y la seguridad de mi hijo/a.

Padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma: