

# cuándo llamar

## a su proveedor de cuidados de la salud

cuándo llamar • cuándo llamar • cuándo llamar

En este breve capítulo se puntualizan los momentos en que debe solicitar asistencia o consejos médicos. Úselo como guía, junto con su sentido común y las sugerencias de su equipo de salud de la diabetes.

*En esta sección...*

- 110** Solicite atención de emergencia
- 110** Llame a su proveedor de cuidados para la salud

## Cuándo llamar a su proveedor de cuidados de la salud

### Solicite atención de emergencia (llame al 911)

#### Tiene síntomas de cetoacidosis:

- Niveles elevados de cuerpos cetónicos en la orina
- Aliento con aroma afrutado
- Sed o hambre excesivas
- Náuseas/vómitos
- Sueño excesivo
- Dolor de estómago
- Dolores corporales

#### Siente que se va a desmayar:

- Siente que la cabeza le da vueltas o está mareado
- Siente que "oscila" entre la conciencia y la inconciencia



### Llame a su proveedor de cuidados

para la salud para solicitarle una recomendación o una visita en estas situaciones:

#### Está enfermo y...

- Ha estado enfermo o ha tenido fiebre durante un par de días sin que haya mejorado.
- Ha vomitado o tenido diarrea por más de 6 horas.
- Tiene fiebre superior a los 101,5 °F (38,5 °C) o que se ha mantenido por más de 24 horas.
- Tiene glucemia en ayunas de 240 o superior por más de 24 horas.
- Tiene niveles elevados de cuerpos cetónicos en la orina. Si no puede localizar a su proveedor de cuidados para la salud, o si tiene un nivel elevado de cuerpos cetónicos en la orina, **solicite atención de emergencia.**
- Comienza a observar problemas tales como confusión o deshidratación (los síntomas de la deshidratación incluyen la disminución de la producción de orina, sequedad de la piel y de los labios y ojos secos y hundidos).
- No está seguro de cómo proceder para cuidarse.

#### Tiene hiperglucemia y...

- No puede controlar la hiperglucemia, a pesar de tomar medidas para remediarla.
- Tiene 2 a 3 lecturas sucesivas con resultados de 240 mg/dl o superiores.
- Tiene más de 2 episodios injustificados de hiperglucemia en una semana.
- Tiene lecturas repetidas de glucemia elevada durante un determinado momento del día.
- Tiene niveles elevados de cuerpos cetónicos en la orina. Si no puede localizar a su proveedor de cuidados para la salud, o si tiene un nivel elevado de cuerpos cetónicos en la orina, **solicite atención de emergencia.**

#### Tiene hipoglucemia y...

- No puede controlar la hipoglucemia, a pesar de tomar medidas para remediarla.
- Tiene 2 a 3 lecturas sucesivas con resultados de 70 mg/dl o inferiores.
- Tiene más de 2 episodios injustificados de hipoglucemia en una semana.
- Tiene lecturas repetidas de glucemia baja durante un determinado momento del día.



**También piense en llamar si...**

- Está embarazada o planea quedar embarazada.
- Tiene preguntas acerca de los objetivos de su tratamiento, por ejemplo, cuáles deberían ser los valores de la glucemia o qué nivel de colesterol es saludable para usted
- Tiene preguntas o preocupaciones acerca del autocontrol. Es importante que se sienta seguro acerca de cómo vigilar su glucemia, planificar sus comidas, tomar sus medicamentos y hacer otras cosas necesarias para cuidarse.
- Presenta alguno de los siguientes:
  - Problemas estomacales o digestivos recurrentes (por ejemplo, constipación o diarrea)
  - Problemas en los pies tales como llagas, uñas engrosadas o encarnadas o los tiene fríos, hinchados y siente hormigueo (consulte la página 81)
  - Problemas dentales o periodontales, tales como sangrado, encías sensibles o mal aliento persistente (consulte la página 83)
  - Depresión o trastornos emocionales (consulte la página 87)
- No se siente bien y quiere asegurarse de que su plan de tratamiento aún es efectivo.

**CUANDO LLAME...**

Disponga de la siguiente información cuando llame a su proveedor de cuidados para la salud:

- La hora a la que se realizó las pruebas de glucemia y los resultados que obtuvo (y los niveles de cuerpos cetónicos, en caso de haberlos medido)
- Lecturas de temperatura
- Qué cantidad y qué tipos de medicamentos ha tomado y cuándo los tomó.
- Los medicamentos de venta sin receta que ha tomado y cuándo los tomó
- Los síntomas que pueda llegar a tener

*Nombres y números de teléfono*

**Mi médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_ **teléfono** \_\_\_\_\_

**Mi educador en diabetes:** \_\_\_\_\_ **teléfono** \_\_\_\_\_

**Otros proveedores de cuidados de la salud:** \_\_\_\_\_ **teléfono** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **teléfono** \_\_\_\_\_