

# Cómo revisar su azúcar en la sangre

## Los beneficios de revisar el azúcar en la sangre con frecuencia

Revisar su nivel de azúcar en la sangre es una parte importante del manejo de la diabetes. Revisar su nivel de azúcar con frecuencia le dirá:

- Si su insulina u otro medicamento para la diabetes está funcionando.
- Cómo la actividad física y los alimentos que consume afectan su nivel de azúcar en la sangre.

Por lo general, se sentirá mejor y tendrá más energía cuando su nivel de azúcar en la sangre se mantenga o esté cerca de lo normal. Controlar su azúcar en la sangre también puede reducir el riesgo de tener otros problemas derivados de la diabetes.



## Cómo revisar su azúcar en la sangre

Usted puede revisar su propio nivel de azúcar en la sangre usando un medidor. Hoy en día existen muchas clases diferentes de medidores del azúcar en la sangre. Su equipo para el cuidado de la diabetes puede ayudarle a elegir uno y mostrarle cómo se usa.

## Cuándo debe revisar su azúcar en la sangre

Usted y su equipo de cuidado decidirán cuándo y con qué frecuencia debe revisar su nivel de azúcar en la sangre. La siguiente tabla muestra cuándo y por qué revisarla.

Cuándo su equipo puede necesitar que revise	Por qué debe revisarse
Cuando despierte	Para ver si su azúcar en la sangre ha estado bajo control mientras dormía
Antes de las comidas	Para saber el estado de su azúcar en la sangre antes de comer, para ajustar su insulina pandrial (a la hora de las comidas)
1 o 2 horas después de comenzar a comer	Para ver cómo sus alimentos y dosis de insulina le afectan el azúcar en la sangre
Antes, durante y después de actividades físicas (dependiendo de cuánto duren)	Para ver cómo la actividad física le afecta el azúcar en la sangre
A la hora de acostarse	Dependiendo del medicamento que usa

## Mantener un registro de su azúcar en la sangre

Es importante anotar sus niveles de azúcar en la sangre para poder dar seguimiento a lo que los hace subir o bajar.

En la última página encontrará una guía o planilla para registrar su nivel de azúcar en la sangre y anotar otra información importante para su equipo del cuidado de la diabetes.

**Su registro de azúcar en la sangre**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

		RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*									
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse		Noche	
		ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
		hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora
Medición en mg/dL	Carbohidratos consumidos	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
	Dosis de insulina a la hora de la comida	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades
	Dosis de insulina de acción prolongada	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades
	Dosis de insulina de acción ultracorta	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades
		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela	
		SABADO		DOMINGO		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES	
		ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
		hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora	hora
Medición en mg/dL	Carbohidratos consumidos	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
	Dosis de insulina a la hora de la comida	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades
	Dosis de insulina de acción prolongada	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades
	Dosis de insulina de acción ultracorta	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades
		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela		<input type="checkbox"/> No se usó en la casa o se usó en la escuela	

# Cómo revisar su azúcar en la sangre

Horario	Objetivos para personas adultas con diabetes	Objetivos
Antes de las comidas	80 a 130 mg/dL	_____
1 a 2 horas después de empezar a comer	Menos de 180 mg/dL	_____
A1C	Por debajo de 7%	_____

—Asociación Americana de Diabetes. Estándares del cuidado médico de la diabetes—2019. *Diabetes Care*. 2019;42(suppl 1):S1-S193.

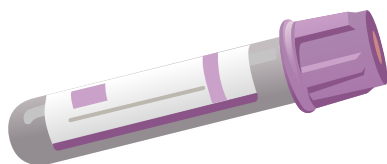
## Cómo establecer sus objetivos del azúcar en la sangre

La tabla anterior muestra los objetivos del azúcar en la sangre para muchos adultos con diabetes. Usted y su equipo de cuidado establecerán los objetivos adecuados para usted. Escríbalos en la última columna.

## Conozca su A1C

La prueba del A1C mide el promedio estimado de azúcar en la sangre durante los últimos 3 meses. Es como una "memoria" de sus niveles de azúcar en la sangre. De esa manera muestra qué tan bien está controlando sus niveles de azúcar en la sangre a lo largo del tiempo. Su A1C y sus niveles de azúcar en la sangre suben y bajan juntos. La tabla de la derecha muestra como el A1C se relaciona con el nivel promedio estimado de azúcar en la sangre.

Bajar su A1C por debajo del 7% reduce su riesgo de desarrollar problemas relacionados con la diabetes. Por lo tanto, el objetivo de A1C para la mayoría de las personas es por debajo del 7%.



Se recomienda que se haga una prueba del A1C:

- Al menos 2 veces al año si su nivel de azúcar en la sangre está bien controlado
- 4 veces al año si no cumple con sus objetivos o si su tratamiento ha cambiado

Nivel de A1C	Promedio de azúcar en la sangre
6%	126 mg/dL
7%	154 mg/dL
8%	183 mg/dL
9%	212 mg/dL
10%	240 mg/dL
11%	269 mg/dL
12%	298 mg/dL

Asociación Americana de Diabetes. Estándares del cuidado médico de la diabetes—2019. *Diabetes Care*. 2016;39(suppl 1):S1-S112.

Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hablar con su equipo del cuidado para la diabetes. Ellos están ahí para ayudarle.

Para más información, visite [espanol.Cornerstones4Care.com](http://espanol.Cornerstones4Care.com)

Novo Nordisk Inc. permite la reproducción de este contenido para propósitos educativos sin fines de lucro, siempre y cuando se mantenga la publicación en su formato original y se incluya el aviso de derechos de autor. Novo Nordisk Inc. se reserva el derecho de revocar este permiso en cualquier momento.

Cornerstones4Care® es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.

Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.

© 2020 Novo Nordisk Impreso en EE. UU. US19PAT00110 Febrero de 2020 [espanol.Cornerstones4Care.com](http://espanol.Cornerstones4Care.com)



## Su registro del azúcar en la sangre

La diabetes tipo 2 cambia con el tiempo. Es por eso que su tratamiento quizás deba cambiar también. Por ejemplo, su médico puede indicarle que añada una insulina basal a sus pastillas para la diabetes. O si ya está usando una insulina basal, su médico puede indicarle que añada insulina a la hora de comer.

El registro del azúcar en la sangre en la página siguiente puede ayudarle a anotar sus medicamentos para la diabetes y cualquier cambio en la dosis y horario que su médico le puede indicar. También puede ayudarle a llevar un registro de la cantidad de insulina que se administró y cuándo lo hizo.

Su equipo del cuidado de la diabetes puede proporcionarle un folleto para ayudarle a medir el azúcar en la sangre y mostrarle cómo usarlo. También puede llamar al **1-800-727-6500 int. 8** para que le envíen un medidor.

## Así es como se usa el medidor de azúcar en la sangre

- 1 Anote la fecha de inicio de la semana. (Puede comenzar a revisar el azúcar cualquier día de la semana)
- 2 Escriba los nombres y dosis de sus medicamentos para la diabetes sin insulina, tales como pastillas y medicinas inyectables.
- 3 Escriba la hora y las lecturas de azúcar en la sangre en los espacios "antes" y "después". Las lecturas después de las comidas generalmente se toman de 1 a 2 horas después de comenzar la comida. Las lecturas nocturnas se pueden tomar durante la noche según sea necesario
- 4 Si está contando carbohidratos, escriba cuántos gramos de carbohidratos consumió
- 5 Si su médico le ha indicado que use insulina a la hora de las comidas, escriba cuántas unidades usó.
- 6 Si su médico le ha indicado que use insulina de acción prolongada, escriba aquí su dosis y los horarios de inyección. La insulina de acción prolongada se usa una o dos veces al día, según le sea indicado
- 7 Puede añadir notas sobre cualquier otra cosa que desee registrar (como la presión arterial o el peso)

## EJEMPLO

**Su registro del azúcar en la sangre** 1 Fecha: 4 / 22 / 2019

RESULTADOS DEL AZÚCAR EN LA SANGRE*									
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
2	<b>VIERNES</b>								
	Medicina sin insulina y dosis	10 mg medicamento A							
		Hora 6 am	Hora 8 am	Hora	Hora 1:30 pm	Hora 6:15 pm		11 pm	3:30 am
3		mg/dL	mg/dL	mg/dL	148 mg/dL	91 mg/dL	mg/dL	90 mg/dL	140 mg/dL
4	Carbohidratos consumidos	18 gramos		21 gramos		26 gramos		2 gramos	
5	Dosis de insulina a la hora de las comidas	<input type="checkbox"/> Desayuno ___ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ___ unidades		<input checked="" type="checkbox"/> Cena 2 unidades		Otro ▶	
6	Dosis de insulina de acción prolongada	90 unidades 150 hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ___ unidades ___ hora				BP: 120/80	
	<b>SÁBADO</b>								
	Medicina sin insulina y dosis	10 mg medicamento A							
		Hora 6 am	Hora 8 am	Hora	Hora	Hora	Hora		
		90 mg/dL	150 mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
	Carbohidratos consumidos	20 gramos							
	Dosis de insulina a la hora de las comidas	<input type="checkbox"/> Desayuno ___ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ___ unidades		<input checked="" type="checkbox"/> Cena 2 unidades		Otro ▶	
	Dosis de insulina de acción prolongada	___ unidades ___ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ___ unidades ___ hora				Caminata de 30 minutos	

# Su registro del azúcar en la sangre

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

		RESULTADOS DEL AZÚCAR EN LA SANGRE*								
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de dormir	Noche	
Tipo y dosis del medicamento	LUNES	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora	
		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora			
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	
Consumo de carbohidratos										
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Cena _____ Unidades				
Otro										
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de dormir	Noche	
Tipo y dosis del medicamento	MARTES	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora	
		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora			
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	
Consumo de carbohidratos										
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Cena _____ Unidades				
Otro										
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de dormir	Noche	
Tipo y dosis del medicamento	MIÉRCOLES	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora	
		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora			
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	
Consumo de carbohidratos										
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Cena _____ Unidades				
Otro										
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de dormir	Noche	
Tipo y dosis del medicamento	JUEVES	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora	
		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora			
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	
Consumo de carbohidratos										
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Cena _____ Unidades				
Otro										
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de dormir	Noche	
Tipo y dosis del medicamento	VIERNES	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora	
		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora			
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	
Consumo de carbohidratos										
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Cena _____ Unidades				
Otro										
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de dormir	Noche	
Tipo y dosis del medicamento	SÁBADO	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora	
		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora			
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	
Consumo de carbohidratos										
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Cena _____ Unidades				
Otro										
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de dormir	Noche	
Tipo y dosis del medicamento	DOMINGO	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora	
		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora			
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	
Consumo de carbohidratos										
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo _____ Unidades		<input type="checkbox"/> Cena _____ Unidades				
Otro										

\*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán el mejor horario para revisar su azúcar en la sangre.

Si desea usar un registro para el azúcar en la sangre, puede encontrarlo en [espanol.Cornerstones4Care.com](http://espanol.Cornerstones4Care.com)

