

Cuestionario de enfermería para todos los Pacientes con Diabetes que se Inyectan

Formulario educador o enfermero/a diabetológico – Formulario paciente 1 completo

Codificación

_____/_____/_____
Prefijo telefónico / Número del centro / Número del Paciente
del país / / por orde de 1 a 25)

1. ¿Qué tipo de diabetes tiene el paciente?
 - Tipo 1
 - Tipo 2
 - Gestacional

2. Insulina(s) usada por el paciente (marca todas las respuestas relevantes):
 - Insulina Rápida Humana (Regular)
 - Análogo de Insulina Rápida
 - NPH
 - Análogo de Insulina Basal (Levemir [detemir] o Lantus [glargine])
 - Insulina Humana Premezclada o análogo de Insulina Premezclada

3. Dosis total diaria de cada insulina utilizada (añade todas las unidades que actualmente se inyecta a diario de cada tipo de insulina y escribe el total después)
 - Insulina Humana Rápida _____ (total/día)
 - Análogo de Insulina Rápida _____ (total/día)
 - NPH _____ (total/día)
 - Análogo de Insulina Basal _____ (total/día)
 - I. Humana Premezclada o análogo de I. Premezclada _____ (total/día)

4. Dosis diaria total (suma todas las de arriba) _____ (total/día)

5. Ordene la zona(s) de inyección de 1 a 4 según la frecuencia de uso de las mismas:
 Más a menudo usada = 1, 2^a más utilizada = 2, etc
 - _____ Abdomen
 - _____ Muslo
 - _____ Glúteos
 - _____ Brazo

6. Tras examinar al paciente, por favor haga una evaluación de la apariencia/aspecto de las zonas de inyección (marque la que corresponda)

	Normal	Presencia de lipohipertrofia	Presencia de lipoatrofia	Inflamado, rojizo o protuberante
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glúteo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tras la palpación de la zona, por favor, examine las zonas de inyección y mida el diámetro en milímetros de cualquier anomalía que observe.

	Normal	¿Presencia de lipohipertrofia? Si es así, especifique el tamaño (mm)	¿Presencia de lipoatrofia? Si es así, especifique el tamaño (mm)
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muslo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glúteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Compruebe las preguntas 6 y 7 que aparecen arriba; ¿Ha encontrado visualmente una lipohipertrofia y/o mediante palpación en alguna zona en este paciente?
- Sí
 No
9. Si el paciente tiene lipohipertrofia, ¿se inyecta en ella?
- Sí
 No
10. Si es así, ¿con qué frecuencia?
- Con cada inyección
 Habitualmente (a diario)
 Ocasionalmente (semanalmente)
 Pocas veces (Mensualmente)
11. ¿El paciente rota su zona de inyección cada vez que se inyecta?
- Sí
 No
12. Por favor, pida al paciente que le muestre cómo rota. Según esto, ¿hace una correcta técnica de rotación (siempre se inyecta al menos a 1cm respecto de la inyección anterior)?
- Sí
 No
13. Pida al paciente que le muestre cómo se inyecta simulando una inyección. ¿utiliza "técnica de pellizco" y se inyecta?
- Sí
 No
14. Si es así, ¿cómo realiza la "técnica de pellizco"?
- Con uno o dos dedos y el pulgar
 Con toda la mano

15. ¿Cuándo suelta/deja de hacer el pellizco?
- Una vez que la aguja está en la piel
 - Una vez que la insulina ha sido totalmente inyectada
 - Una vez que ha inyectado la insulina y ha sacado la aguja de la piel.
16. ¿Cuál es el ángulo aproximado que usa el paciente de entrada de la aguja?
- 45°
 - 90°
17. ¿ El paciente usa la misma aguja más de una vez?
- Sí
 - No
18. Si es así, ¿Cuántas veces usa una misma aguja?
- 2 veces
 - 3 to 5 veces
 - 6 to 10 veces
 - Más de 10 veces
19. Compruebe la aguja del paciente. ¿cuál es la medida actual de la aguja en mm _____, y su calibre _____ G?
20. ¿Por qué eligió el paciente esta medida? (marque la respuesta adecuada)
- La pidió el paciente
 - Es la adecuada para la zona en que se inyecta
 - Por ser una práctica habitual en el centro
 - Porque mejora el confort del paciente y reduce su dolor
 - Porque reduce el riesgo de una inyección intramuscular
21. ¿Cual es el dato más reciente de su HbA1c _____%?
22. A partir de la observación de los valores de glucemia del paciente, ¿considera que tiene “hipoglucemia inexplicable frecuente”**?
- Sí
 - No

***Hipoglucemia’ se define como un episodio hipoglucémico con ≥ 1 síntomas (ejem. Palpitaciones, cansancio, sudores, hambre intensa, mareos, temblores) y un valor del glucómetro confirmado de ≤ 60 mg/dL (3.3 mM/L). Se entiende por ‘Hipoglucemia frecuente inexplicable’ siempre que dicho episodio hipoglucémico sucede una o más veces a la semana en ausencia de una acontecimiento precipitante definible como un cambio en la medicación, la alimentación o en la actividad.**

23. Por su observación de los valores glucémicos del paciente ¿consideraría que tiene “variabilidad glucémica”***?

- Sí
- No

****2 Variabilidad glucémica” cuando presentan oscilaciones de la glucemia de menos de 60 mg/dL (3.3 mM/L) a mas de 250 mg/dL (13.9 mM/L) al menos 3 veces a la semana de un forma impredecible e inexplicable y con indicios de que dicho patrón se había presentado durante al menos los 6 meses anteriores.**

Rellene esta seccion sólo una vez/Educador

24. Indique su profesión:

- Enfermero/a
- Enfermero/a especialista en diabetes
- Educador/a en diabetes
- Médico de familia
- Médico especialista

25. ¿Conoce las recomendaciones locales e internacionales sobre técnica de inyección en diabetes?

- Sí
- No

Si es así, continúe con las siguientes preguntas.

26. Por favor, califique según su importancia dichas recomendaciones en su práctica diaria

(1 = No son importantes; 5 =Extremadamente importantes/significativas)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. ¿Ha modificado su práctica clínica desde la publicación de estas Recomendaciones?

- Sí
- No

28. Si es así, ¿qué ámbito de su práctica diaria ha cambiado? (marque todas las respuestas aplicables)

- Cuidado psicológico de los pacientes que se inyectan
- Educación terapéutica de la técnica de inyección
- Cuidado de la zona de inyección
- Almacenamiento y suspensión de la insulina
- Proceso de inyección
- Uso correcto de las plumas/bolígrafos
- Uso apropiado de las jeringas
- Niveles/tasas de absorción de los distintos tipos de insulina
- Longitud de la aguja para niños y adolescentes
- Técnica de Pellizco
- Lipohipertrofia
- Rotación de las zonas de inyección
- Sangrados y hematomas en las zonas de inyección
- Inyección durante el embarazo
- Agujas de seguridad
- Disponibilidad del material de inyección

Gracias por su tiempo