

## Cuestionario para Pacientes que se Inyectan

### Codificació

n

A rellenar por  
enfermería

\_\_\_\_\_  
Prefijo telefónico  
del país

\_\_\_\_\_  
Número del centro

\_\_\_\_\_  
Número del paciente  
(por orden de 1 a 25)

**Este cuestionario es voluntario y totalmente anónimo. Si decide no participar, su trato no se verá afectado en modo alguno.**

**Se invita a participar a aquellas personas que lleven inyectándose insulina u otra medicación para diabetes durante al menos 6 meses .**

**La información que facilite será usada para mejorar la formación y la educación de todos aquellos que se inyectan insulina para controlar su Diabetes.**

1. Sexo?  Femenino  Masculino
2. Edad? \_\_\_\_\_ años
3. Peso? \_\_\_\_\_ kg
4. Altura? \_\_\_\_\_ cm
5. ¿Cómo se describirías a sí mismo?
  - Adulto que se autoinyecta (18 años o mayor)
  - Adolescente que se autoinyecta (13-17años)
  - Niño que se autoinyecta (< 13 años)
  - Padre/madre que inyecta a su hijo
6. ¿Hace cuánto que tiene diabetes?
  - > 6 meses y <1 año – indica el número de meses: \_\_\_\_\_ meses
  - ≥1 year – indica el número de años: \_\_\_\_\_ año(s)
7. ¿Cuántos años tenía cuando le diagnosticaron diabetes? \_\_\_\_\_ años
8. ¿Qué tipo de tratamiento tiene actualmente para su diabetes (y desde hace cuánto)? (marque todas las respuestas que se apliquen a su caso)
  - Antidiabéticos orales (\_\_\_\_\_ años o \_\_\_\_\_ meses)
  - Insulina (\_\_\_\_\_ años o \_\_\_\_\_ meses)
  - Antagonista del receptor GLP-1 como Byetta or Victoza (\_\_\_\_\_ años o \_\_\_\_\_ meses)
9. ¿Qué dispositivo utiliza habitualmente para inyectarse? (marque todas las respuestas que se apliquen a su caso)
  - Jeringa
  - Pluma/bolígrafo
  - Otros (ej.: bomba de insulina)

10. ¿Cuántas veces se inyecta al día?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- Más de 7

11. ¿Qué medida/longitud de aguja utiliza actualmente para inyectarse? (marque las respuestas que correspondan)

- 12.7 mm
- 12 mm
- 10 mm
- 8 mm
- 6 mm
- 5 mm
- 4.5 mm
- 4mm
- No lo sé

10. ¿Ha cambiado la longitud de su aguja desde que comenzó a inyectarse?

- Sí
- No

11. Si es así ¿sabe por qué ha cambiado la medida? Marque las respuestas que correspondan

- Para que las inyecciones sean más cómodas
- Para reducir el riesgo de llegar a músculo
- Para reducir el riesgo de hipoglucemia
- No lo sé

12. ¿Qué zonas de inyección utiliza? (marque todas aquellas que correspondan)

- Abdomen
- Muslo
- Glúteos
- Brazo

13. Si utiliza más de una zona, clasifícala de 1 a 4 según su frecuencia. La zona más usada = 1, la 2ª zona más usada = 2, etc.

- \_\_\_\_\_ Abdomen
- \_\_\_\_\_ Muslo
- \_\_\_\_\_ Glúteos
- \_\_\_\_\_ Brazo

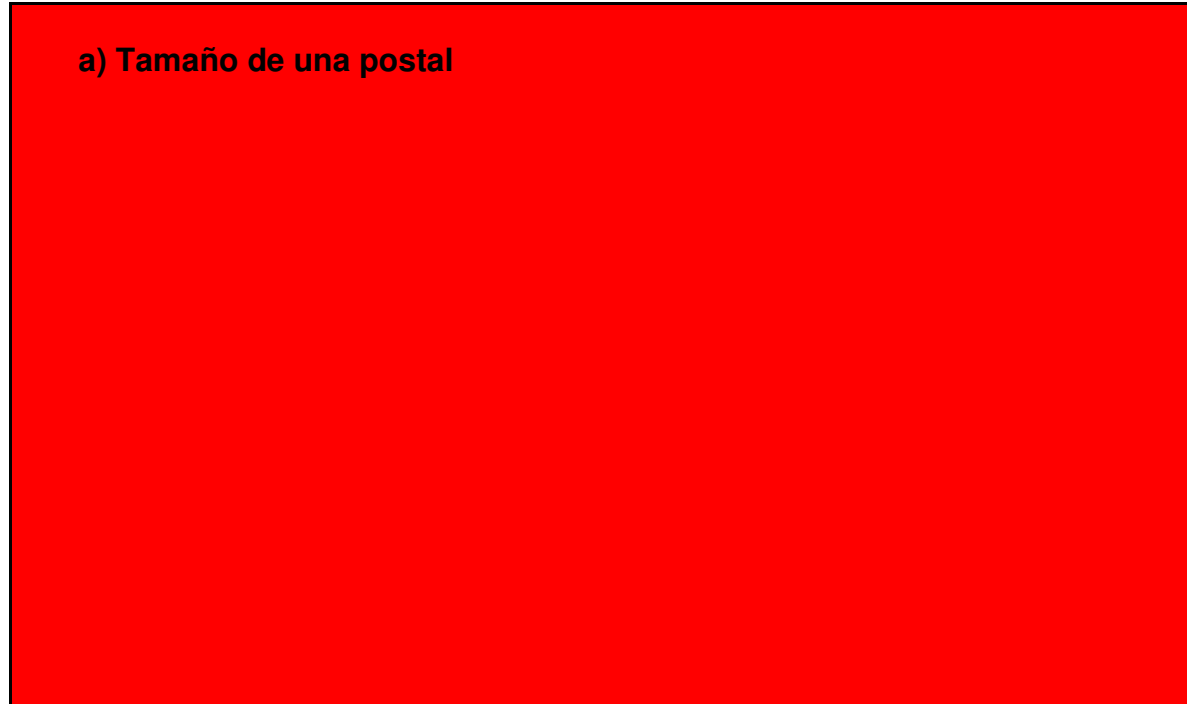
**14. ¿Cómo elige dónde inyectarse?**

- Siempre me inyecto en el mismo sitio y a la misma hora del día (ej.: Por la mañana inyección siempre en el abdomen)
- Me inyecto siempre en el mismo sitio durante todo el día
- Me inyecto en el mismo sitio durante varios días
- Elijo la zona según mi actividad física
- Elijo la zona según mi programa o plan de rotación
- No tengo una rutina específica de inyección por zonas  
Elijo la zona que duele menos

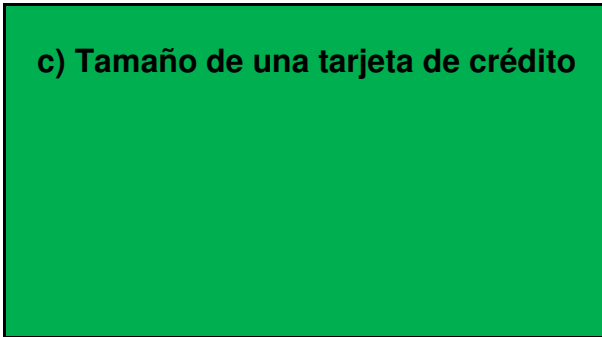
15. En la pregunta 12, especificó las zonas de inyección que utiliza. De los cuadrantes de colores que hay a continuación, elija el que más se parezca al tamaño de sus zonas de inyección:

	ROJO	AZUL	VERDE	GRIS
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nalgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

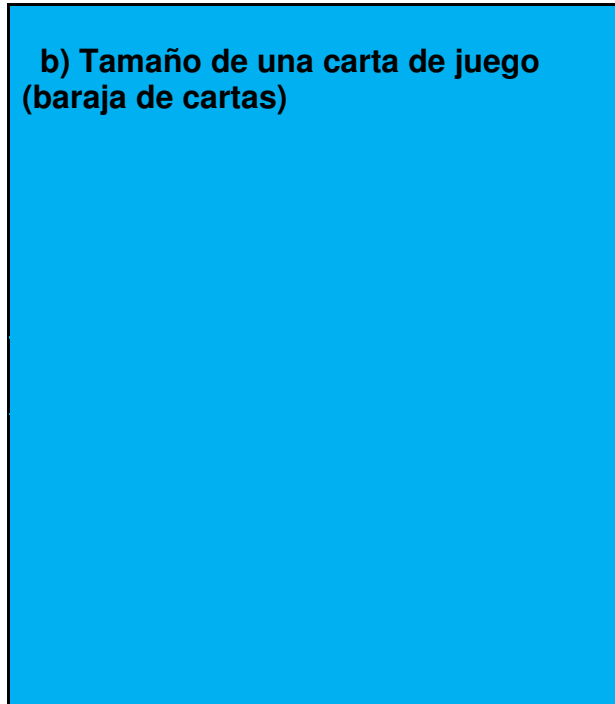
a) Tamaño de una postal



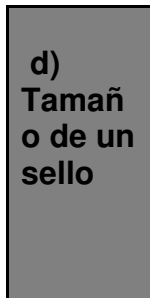
c) Tamaño de una tarjeta de crédito



b) Tamaño de una carta de juego (baraja de cartas)



d) Tamaño de un sello



16. ¿Rota las zonas de inyección?
- Sí
  - No
17. Si sí, ¿cómo describiría esta rotación? (marque todas las respuestas que sean aplicables)
- Me desplazo de derecha a izquierda de las zonas de inyección
  - Me desplazo de una zona de inyección a otra
  - Dejo una distancia entre inyección e inyección de aproximadamente del grosor de un dedo (1cm)
  - Mis inyecciones describen un círculo alrededor de las zonas de inyección
  - Mis inyecciones describen líneas a través de las zonas de inyección
18. ¿Nota desde hace tiempo (semanas, meses o años) algún bultito o hinchazón debajo de la piel en sus zonas de inyección habituales ?
- Sí
  - No
19. Si sí, en qué zona(s)?
- Abdomen
  - Muslos
  - Nalgas
  - Brazos
20. ¿Se sueles inyectar en estos bultitos o hinchazones?
- Siempre
  - Algunas veces
  - Nunca
21. Si sí, por favor indique por qué se inyecta en esos bultitos o hinchazones (marque todas las opciones que considere apropiadas)
- Es más conveniente
  - En los bultitos duele menos
  - Simplemente por costumbre (siempre me inyecto ahí)
  - No lo sé
22. **Si utiliza la pluma de insulina**, cuánto tiempo mantiene la aguja insertada en la piel una vez ya ha presionado el botón de inyección de la pluma?
- < 5 segundos
  - 5 – 10 segundos
  - > 10 segundos
  - Nunca he contado los segundos, no lo sé
23. Antes de realizar las inyecciones, ¿limpia la zona de inyección con algún desinfectante (ej: una toallita de alcohol)?
- Sí
  - No

24. Antes de insertar la aguja+jeringuilla en el vial de insulina o bien enroscar la aguja en la pluma, ¿limpia la goma del tapón del vial ó del cartucho de la pluma (ej: con una toallita de alcohol)?
- Si
  - No
25. **Si utiliza la pluma de insulina**, usa las agujas más de una vez?
- Si
  - No
26. Si sí, cuántas veces reutiliza la aguja?
- 2 veces
  - De 3 a 5 veces
  - De 6 a 10 veces
  - Más de 10 veces
27. Si utiliza la misma aguja para más de una inyección, por qué lo hace (marque todas las respuestas que considere aplicables)?
- Porque no dispongo de más agujas
  - Para ahorrar dinero
  - Para evitar un exceso de desechos (me preocupa el medio ambiente)
  - Por comodidad
28. **Si utiliza la jeringuilla de insulina**, ¿se inyecta con la misma jeringuilla más de una vez?
- Si
  - No
29. Si sí, cuántas veces reutiliza la misma jeringa?
- 2 veces
  - De 3 a 5 veces
  - De 6 a 10 veces
  - Más de 10 veces
30. Si utiliza la misma jeringa para más de una inyección, ¿por qué lo hace (marque todas las respuestas que considere aplicables)?
- Porque no dispongo de más jeringuillas
  - Para ahorrar dinero
  - Para evitar un exceso de desechos (me preocupa el medio ambiente)
  - Por comodidad
31. ¿Son estas inyecciones más dolorosas?
- Si
  - No
32. Si sí, ¿cómo describiría mejor estas inyecciones?
- Siempre dolorosas
  - A menudo dolorosas (varias veces a la semana)
  - Algunas veces dolorosas (varias veces al mes)
  - Casi nunca dolorosas (varias veces al año)

- 33.** Cuando tiene una inyección dolorosa, a qué cree que se debe? (indique todas las respuestas que considere aplicables)
- A la zona donde inyecto (ej: por tocar algún nervio)
  - Por la cantidad o volumen de insulina inyectado
  - Por estar reutilizando las agujas y/o jeringas
  - Debido a que mi técnica de inyección no fue correcta
  - Debido a la temperatura de la insulina inyectada
  - No lo sé
- 34.** ¿Sus zonas de inyección tienen alguna vez aspecto amoratado o le sangran?
- Sí
  - No
- 35.** Si sí, ¿con qué frecuencia le causan las inyecciones moratones o sangrados?
- Siempre
  - A menudo (varias veces a la semana)
  - Algunas veces (varias veces al mes)
  - Casi nunca (varias veces aal año)
- 36.** Alguna vez, tras la inyección, ¿se queda insulina en su piel?
- Sí
  - No
- 37.** Si sí, ¿con qué frecuencia queda insulina en su piel tras la inyección?
- Siempre
  - A menudo (varias veces a la semana)
  - Algunas veces (varias veces al mes)
  - Casi nunca (varias veces al año)
- 38.** Tras la inyección, ¿gotea la punta de la aguja con la que se inyectó?
- Sí
  - No
- 39.** Si sí, ¿con qué frecuencia ve que gotea la aguja tras la inyección?
- Cada vez que me inyecto
  - A menudo (varias veces por semana)
  - Algunas veces (varias veces al mes)
  - Casi nunca (varias veces al año)
- 40.** ¿Alguna vez se ha inyectado a través de la ropa?
- Sí
  - No
- 41.** Si sí, ¿con qué frecuencia se inyecta a través de la ropa?
- Siempre
  - A menudo (varias veces por semana)
  - Algunas veces (varias veces al mes)
  - Casi nunca (varias veces al año)

42. Si utiliza insulinas turbias (NPH, N o pre-mezclas), ¿mezcla la insulina antes de inyectarse?
- Si
  - No
43. Si sí, antes de la inyección, ¿Cuántas veces (indique una cantidad) da golpecitos y/o da vueltas a la pluma o al vial de insulina? \_\_\_\_\_
44. ¿Dónde guarda la insulina antes de utilizar la pluma o el vial?
- Nevera
  - Baño, bolso, cajón o en otro lugar – temperatura ambiente
45. ¿Dónde guarda la insulina después de utilizar la pluma o el vial?
- Nevera
  - Baño, bolso, cajón o en otro lugar – temperatura ambiente
46. Si guarda la insulina que está utilizando en la nevera, ¿la deja que alcance la temperatura ambiente antes de inyectarse?
- Si
  - No
47. ¿Ha utilizado alguna vez la pluma de insulina o el vial después de la fecha de caducidad?
- Si
  - No
  - No suelo controlar la fecha de caducidad de la insulina
48. ¿Dónde tira las agujas o jeringas utilizadas?
- En un contenedor especial para material punzante
  - En una botella vacía y luego las desecho a la basura de casa
  - En la basura con el protector exterior
  - En la basura sin el protector exterior
  - Utilizo un cortador de agujas y las agujas se almacenan ahí
49. Si tira las agujas a un contenedor, ¿qué hace con ese contenedor?
- Lo desecho a la basura
  - Lo llevo a la farmacia
  - Lo llevo a la consulta del médico
  - Lo llevo al laboratorio
  - Lo llevo al hospital o al centro de salud
  - Lo llevo a un depósito de la zona o a un servicio de recogida
  - Nada de lo anteriormente mencionado
50. Alguna vez, ¿se le ha olvidado o se ha saltado una inyección?
- Si
  - No



**51.** Si sí, ¿cada cuánto tiempo ocurre?

- A menudo (varias veces por semana)
- Algunas veces (varias veces al mes)
- Casi nunca (varias veces al año)

**52.** ¿Cuál o cuáles son los principales motivos por los que se saltó una inyección?  
(marque todos ellos)

- Me olvidé
- No comí
- Estaba enfermo (ej. náuseas y vómitos)
- Simplemente no quería inyectarme
- Mis niveles de azúcar eran demasiado bajos

**53.** ¿Quién le enseñó cómo debe inyectarse?

- Un/a enfermero/a
- Un/a enfermero/a especializado/a en diabetes
- Un/a educador/a en diabetes
- Un médico de familia
- Un médico especializado en diabetes
- Un farmacéutico
- Un delegado de ventas cuya empresa fabrica las agujas para las plumas o las plumas

**54.** ¿Con qué frecuencia su enfermera o su médico examina sus zonas de inyección?

- De forma rutinaria en cada cita. Especifique con qué frecuencia:  
cada \_\_\_\_\_ meses
- Una vez al año
- Sólo si me quejo de algún problema en alguna zona donde me inyecto
- No me acuerdo, las zonas donde me inyecto nunca son examinadas

**55.** Marque si SI le informaron de los temas que se mencionan en la tabla cuando le enseñaron a inyectarte insulina o en algunas de las citas posteriores. Marque la última columna si considera que necesita más formación en esa área.

	Yes	Still need more training
Zonas de inyección (ej: muslos, brazos, nalgas, abdomen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grosor de la piel y profundidad apropiada de la inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longitud de la aguja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo realizar la técnica del pellizco o pliegue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuánto tiempo mantener el pliegue o pellizco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ángulo de entrada de la aguja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuánto tiempo se ha de mantener la aguja introducida en la piel después de la inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotación de las zonas de inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención de las burbujas de aire (jeringuilla) o purgar apropiadamente la pluma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mezclas de insulinas en una jeringuilla (solo para usuarios de jeringuillas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resuspender la insulina turbia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un solo uso de las agujas y jeringuillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desecho seguro de las agujas y jeringuillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**56.** ¿Cuándo fue la última vez que recibió formación o revisó instrucciones para las inyecciones de insulina?

- En los últimos 6 meses
- Entre los últimos 6 y 12 meses
- Alguna vez entre los últimos 1 y 5 años
- Alguna vez entre los últimos 5 y 10 años
- Nunca

**57.** En los últimos 6 meses, ¿ha tenido algún episodio de hipoglucemia (bajada de azúcar en sangre)?

- Si
- No

**58.** Si sí, ¿cuántas veces en los últimos 6 meses ha tenido hipoglucemias graves en las que has necesitado asistencia por parte de otra persona?

- Ninguna
- De 1 a 2 veces
- De 3 a 5 veces
- Más de 5 veces

**59.** Durante estos episodios de hipoglucemia, ¿necesitó la asistencia de una ambulancia o la visita al hospital o clínica?

- Si
- No

60. ¿Con qué frecuencia realiza controles de glucemia capilares para comprobar sus niveles de azúcar?
- Más de 4 veces al día
  - De 3 a 4 veces al día
  - De 1 a 2 veces al día
  - Varias veces por semana
  - Casi nunca o nunca me controlo los niveles de azúcar
61. ¿Ha tenido que ser ingresado alguna vez o que ir a urgencias por una cetoacidosis (o coma diabético)?
- Si
  - No
62. Si sí, por favor indique la duración de las cetoacidosis
- Tuve cetoacidosis solo cuando fui diagnosticado de diabetes
  - He tenido cetoacidosis pero no en los últimos 6 meses
  - He tenido cetoacidosis en estos 6 últimos meses
63. ¿Tiene hiperglucemias de forma frecuente (valores de azúcar en sangre de más de 250 mg/dL [13.9 mM/L])?
- Si
  - No
64. Si sí, por favor indique la frecuencia de la hiperglucemia
- Más de 5 valores elevados a la semana
  - De 3 a 5 valores elevados a la semana
  - De 1 a 2 valores elevados a la semana
  - Un valor elevado ocasional (menos de 4 veces al mes)
65. ¿Hay alguna persona cercana a usted que accidentalmente haya entrado en contacto con alguna de sus agujas ya utilizadas (jeringuillas o lancetas)?
- Si
  - No
66. Si sí, por favor marque la persona o personas que corrieron el riesgo
- Niños
  - Otros miembros de la familia (ej. marido)
  - Enfermera u otro profesional sanitario
  - Asistentas del hogar o basureros
67. ¿Alguna de estas personas se ha dañado accidentalmente con alguna de sus agujas de insulina, jeringuillas o lancetas?
- Si
  - No

**68.** Por favor indique por qué estas personas corrieron un riesgo (marque todas las opciones que sean aplicables)

- No utilizo dispositivos que prevengan accidentes o daños a otros (como por ejemplo dispositivos de seguridad)
- No dispongo de contenedores apropiados para desechar mis agujas, lancetas...
- Las agujas, lancetas etc utilizadas se dejan a veces en lugares donde otros pueden entrar en contacto con ellas
- Tengo hepatitis u otra enfermedad de transmisión sanguínea

**Gracias por su tiempo**