



CUESTIONARIO ASISTENCIA EN NUEVOS TRATAMIENTOS

2

MEDIDA INTERMEDIA 2 MESES

Nombre y apellidos paciente:

DNI:

Teléfono:

Fecha segunda medición:

Código AXONFARMA¹:

¿El paciente ha cambiado el tratamiento a estudio en los dos últimos meses?

- ☐ Sí. -----> *Fin de cuestionario. Causa de abandono del estudio.*
- ☐ No.

En vigencia con el Reglamento Europeo de Protección de Datos (2016/679) los datos obtenidos serán de carácter confidencial, éstos datos serán organizados con un número asignado. Los datos recogidos estarán anonimizados y estarán a disposición del equipo de investigación de este estudio **“Efectividad de una intervención para mejorar la adherencia al tratamiento a nuevos medicamentos desde la farmacia comunitaria”**, para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas. La información recopilada no será utilizada para ningún otro propósito.

¹ Sólo en farmacias intervención

Características clínicas

- Enfermedad objeto a estudio. *(Seleccione sólo una opción).*

- ☐ Hipertensión.
- ☐ EPOC.
- ☐ Diabetes.
- ☐ Anticoagulados.

- (SÓLO CONTESTAR SI HIPERTENSIÓN) Valor de la presión arterial:

-Presión máxima (sistólica): mm Hg

-Presión mínima (diastólica): mm Hg

- (SÓLO CONTESTAR SI EPOC)

Nunca toso	① ② ③ ④ ⑤	Siempre estoy tosiendo
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	① ② ③ ④ ⑤	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)
No siento ninguna opresión en el pecho	① ② ③ ④ ⑤	Siento mucha opresión en el pecho
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	① ② ③ ④ ⑤	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	① ② ③ ④ ⑤	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	① ② ③ ④ ⑤	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco
Duermo sin problemas	① ② ③ ④ ⑤	Tengo problemas para dormir debido a la enfermedad pulmonar que padezco
Tengo mucha energía	① ② ③ ④ ⑤	No tengo ninguna energía

Calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D)

Debajo de cada enunciado, **marque UNA casilla**, la que mejor describe su salud **HOY**.

B1. MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar ----- ☐ (1)
Tengo problemas leves para caminar ----- ☐ (2)
Tengo problemas moderados para caminar ----- ☐ (3)
Tengo problemas graves para caminar ----- ☐ (4)
No puedo caminar ----- ☐ (5)

B2. AUTO-CUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme ----- ☐ (1)
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme ----- ☐ (2)
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme ----- ☐ (3)
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme ----- ☐ (4)
No puedo lavarme o vestirme ----- ☐ (5)

B3. ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ----- ☐ (1)
Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas ----- ☐ (2)
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas ----- ☐ (3)
Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas ----- ☐ (4)
No puedo realizar mis actividades cotidianas ----- ☐ (5)

B4. DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar ----- ☐ (1)
Tengo dolor o malestar leve ----- ☐ (2)
Tengo dolor o malestar moderado ----- ☐ (3)
Tengo dolor o malestar fuerte ----- ☐ (4)
Tengo dolor o malestar extremo ----- ☐ (5)

B5 .ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido----- ☐ (1)
 Estoy levemente ansioso o deprimido ----- ☐ (2)
 Estoy moderadamente ansioso o deprimido ----- ☐ (3)
 Estoy muy ansioso o deprimido----- ☐ (4)
 Estoy extremadamente ansioso o deprimido----- ☐ (5)

Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud
HOY.

La escala está numerada del 0 al 100.

100 representa la mejor salud que usted se pueda
imaginar.

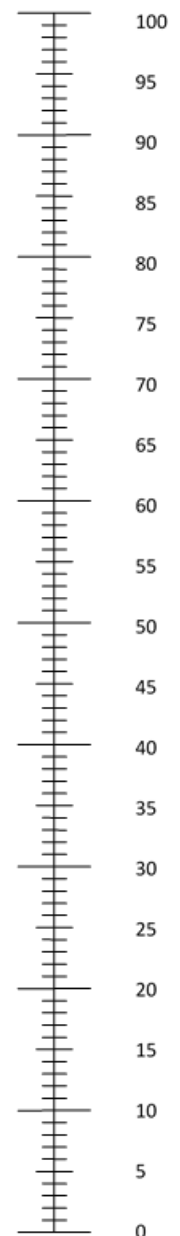
0 representa la peor salud que usted se pueda
imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cuál es su
estado de salud HOY.

Ahora, en la casilla que encontrará a continuación
escriba el número que ha marcado en la escala.

B6. SU SALUD HOY

La mejor salud que
usted se pueda imaginar



La peor salud
que usted se pueda
imaginar

Satisfacción con el tratamiento basado en fármacos crónicos (SATMED-Q)

En cada pregunta, tache el número que mejor refleja su opinión. No existen respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro de alguna de las respuestas, indique la que le parezca más adecuada.

C1. Ha experimentado algún efecto secundario producido por la medicación:

- ☐ No, ninguno.
- ☐ Sí, alguno.

C2. Esta sección hace referencia a los **efectos indeseables** producidos por la medicación.

	No, nada	Algo	Ni mucho no poco	Bastante	Sí, mucho
1. Los efectos secundarios de la medicación interfieren en mi actividad física.	①	②	③	④	⑤
2. Los efectos secundarios de la medicación interfieren en mis actividades de ocio y tiempo libre.	①	②	③	④	⑤
3. Los efectos secundarios de la medicación interfieren en mis tareas cotidianas.	①	②	③	④	⑤

C3. Esta sección se refiere a la **eficacia de la medicación**, es decir, de su capacidad para tratar su enfermedad y aliviar sus síntomas.

	No, nada	Algo	Ni mucho no poco	Bastante	Sí, mucho
4. La medicación que estoy tomando alivia mis síntomas.	①	②	③	④	⑤
5. Estoy satisfecho con el tiempo que tarda el medicamento en empezar a hacer efecto	①	②	③	④	⑤
6. Me encuentro mejor ahora de lo que me encontraba antes de iniciar el tratamiento.	①	②	③	④	⑤

C4. Esta sección hace referencia a la **comodidad de la medicación** y la facilidad para tomarla.

	No, nada	Algo	Ni mucho no poco	Bastante	Sí, mucho
7. Me resulta cómodo tomar mi medicación.	①	②	③	④	⑤
8. Me resulta fácil usar/tomar el medicamento en su forma actual (sabor, tamaño, etc.).	①	②	③	④	⑤
9. El horario de las tomas me resulta cómodo.	①	②	③	④	⑤

C5. Esta sección hace referencia al **impacto de la medicación** en su vida cotidiana.

	No, nada	Algo	Ni mucho no poco	Bastante	Sí, mucho
10. Gracias a la medicación que estoy tomando puedo realizar mejor mis actividades de ocio y tiempo libre.	①	②	③	④	⑤
11. Gracias a mi medicación puedo realizar mejor mis tareas de aseo personal.	①	②	③	④	⑤
12. Gracias a mi medicación puedo realizar mejor mis tareas cotidianas.	①	②	③	④	⑤

C6. Esta sección se refiere al **seguimiento médico** de su enfermedad.

	No, nada	Algo	Ni mucho no poco	Bastante	Sí, mucho
13. Mi médico me ha informado con detalle acerca de mi enfermedad.	①	②	③	④	⑤
14. Mi médico me ha informado acerca de la manera de tratar correctamente mi enfermedad.	①	②	③	④	⑤

C7. Para finalizar, se incluyen unas preguntas acerca de su **opinión general** respecto a la medicación y su estado de salud.

	No, nada	Algo	Ni mucho no poco	Bastante	Sí, mucho
15. Tengo intención de continuar utilizando este tratamiento.	①	②	③	④	⑤
16. Me siento a gusto con mi tratamiento.	①	②	③	④	⑤
17. En general, me siento satisfecho con el tratamiento.	①	②	③	④	⑤

Adherencia al tratamiento

- En los últimos 2 meses, ¿ha olvidado tomar la medicación (fármaco objeto a estudio)?

☐ Sí.

☐ No.

- Grado de cumplimentación semanal.

Nº pastillas tomadas: _____ pastillas

Nº de pastillas prescritas: _____ pastillas

$$\% \text{ Adhesión} = \left(\frac{\text{Nº pastillas tomadas}}{\text{Nº de pastillas prescritas}} \right) \times 100$$

- Con ayuda de su farmacéutico, ¿Cuál sería su tasa de posesión de medicamentos (TPM)? *(Se refiere al porcentaje de días que el paciente tiene la medicación disponible, y se calcula mediante la siguiente fórmula)*

$$TPM = \frac{\text{Días con medicación disponible según retirada}}{\text{Número de días del intervalo}}$$

PARA ELLO:

-Días con medicación disponible: el número de días que el paciente tiene medicación disponible desde inicio al fin del estudio, teniendo en cuenta su pauta y el momento de la medicación retirada. _____ días

-Nº días del intervalo: tiempo de seguimiento desde inicio al fin del estudio. _____ días

Evaluación del servicio

- ¿Le ha parecido **útil** el servicio recibido?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada útil									Muy útil

- ¿Recomendaría este servicio? *(Seleccione sólo una opción).*

- ☐ Sí.
- ☐ No.

- Este **servicio le ha ayudado** a: *(puede seleccionar varias respuestas).*

- ☐ Mejorar la toma del medicamento.
- ☐ Comprender mejor cómo actúa el medicamento.
- ☐ Resolver dudas sobre el medicamento.
- ☐ Identificar y/o solucionar mejor los efectos secundarios.
- ☐ Mejorar mi estado de salud.

- ¿Repetiría este servicio si le prescribiera otro nuevo medicamento?

- ☐ Sí.
- ☐ No.

- Observaciones: