

ANEXO I

Cuaderno de recogida de datos sobre la Caracterización De Pacientes Con Riesgo Cardiovascular

Hora de inicio del cuestionario: _____

Farmacia Nº:

Hora de finalización del cuestionario: _____

Fecha: ___/___/___

Duración de la entrevista: _____

Farmacéutico:

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Nº asignado en el estudio:

Número de teléfono:

e-mail:

1.1 Sexo::

Hombre Mujer

1.2 Fecha de nacimiento: ___/___/___

1.3 Nivel de formación:

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Bachiller

Auxiliar-Técnica

Universitaria

1.4 Ocupación:

1.5 Unidad Familiar:

Vive solo

Vive Acompañado: Pareja

Hijos

Cuidador

Otros miembros

2. PATOLOGÍAS

2.1 Enfermedades que reconoce el paciente **(SI)**, si reconoce, o **(NO)**, si no reconoce.

Patología (FRCV)	SI/NO	<1 año	1-5 años	>5 años
Hipertensión arterial				
Diabetes				
Dislipemia				
Algún evento CV (IAM, angina de pecho, ictus...)				
Arritmias Cardíacas				
Insuficiencia Cardíaca				

2.2 ¿Tiene otras patologías?

Registrar otras patologías que el paciente reconoce que sufre:

¿Algún familiar padece o ha padecido la enfermedad que usted tiene?					
Patología					
Padre					
Madre					
Hermano/Hermana					
Hijo/Hija					

3. HÁBITOS HIGIÉNICO-SANITARIOS

3.1 ACTIVIDAD FÍSICA

3.1.1 ¿Hace ejercicio físico regularmente? (Ejemplo: ir al gimnasio con horario marcado) NO SI

Si sí

3.1.1.1 ¿Que ejercicio físico?

3.1.1.2 ¿Cuántas veces por semana?

3.1.1.3 ¿Cuántos días camina por semana? No camina

3.1.1.4 ¿Cuánto tiempo emplea caminando?

3.2 CONSUMO DE ALCOHOL

3.2.1 ¿Suele beber cerveza o vino?

NO (He dejado de beber) SI No consumo alcohol

Si sí:

3.2.1.1 ¿Suele beber en las comidas?

3.2.1.2 ¿Todos los días o días esporádicos?

3.2.1.3 ¿Los fines de semana?

3.2.1.4 ¿Qué bebidas alcohólicas consume?

3.3 CONSUMO DE TABACO

3.3.1 ¿Actualmente fuma?

NO (he dejado de fumar) SI Nunca he fumado

4. CONTROL DE PESO

4.1 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho que tiene sobrepeso, que está obeso o que pesa más de lo que debiera?

NO SI

4.2 ¿Está usted en estos momentos tratando de bajar o perder peso? NO SI

4.3 ¿Cuánto cree usted que debería pesar?: Peso en kg _____ No estoy seguro

4.4 ¿Cuánto le gustaría pesar? : Peso en kg _____ No estoy seguro

4.5 ¿Cuánto cree que mide?:

Altura real (medir al paciente):

4.6 ¿Cuánto cree que pesa?:

Peso real (pesar al paciente):

4.7 Según su peso, usted se considera que tiene:

- Peso bajo
- Peso normal
- Sobrepeso
- Obeso
- No sabe

IMC: Circunferencia Cintura CC:

5. DIETAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS

5.1 ¿Hace algún tipo de dieta? NO SI

5.2 ¿Si Sí, la dieta fue instituida por un profesional de salud? NO SI

5.3 ¿Qué profesional?

Médico Farmacéutico Enfermero Dietista
Otro ¿Cual? _____

5.4 ¿Hace alguna restricción en su alimentación?

NO SI

5.5 ¿Si sí, Cual?

Restricción de hidratos de carbono (patata, arroz, etc)	No	Sí
Restricción de azúcar	No	Sí
Restricción de sal	No	Sí
Restricción de grasa	No	Sí
Restricción de cafeína	No	Sí

5.6 ¿Cuántas tazas de café toma?

< 2 tazas por día 2-6 tazas por día > 6 tazas por día

5.7 ¿Toma café descafeinado?

5.8 ¿Le agrega o le pone sal a los alimentos una vez que están cocinados?

No, nunca

Sí, cuando noto que le falta

5.9 ¿Cuántas raciones cree que debería tomar?

Alimentos fritos: ____/semana

Legumbres: ____/semana

Ensalada: ____/semana

Piezas de fruta: ____/día

Realiza controles de:	No	Sí	¿Cuántas veces por semana?
Glicemia Capilar (sangre)			
Colesterol y Triglicérido Capilar			
Hipertensión Arterial			

7. ALERGIAS Y ALERTAS

7.1 ¿Tiene alergia a alguno Medicamento? NO SI

7.2 Si sí, ¿Cuánto tiempo tardó en presentarse?

Como la ha identificado: reacción cutánea, shock, dificultad respiratoria, asma, náuseas, anemia, otro.

7.3 ¿Ha tenido alguna reacción adversa a alguno de los medicamento que haya utilizado anteriormente?

NO Si

7.4 ¿Qué ha pasado cuando tomo este medicamento?

7.5 ¿Qué ha pasado cuando dejó de tomar este medicamento?

7.6 ¿Ha tenido que tomar de nuevo este medicamento?

8. ¿UTILIZA ALGUNA MEDICINA NATURAL, COMPLEMENTO ALIMENTICIO, VITAMINAS, INFUSIONES?

ANEXO II

Instrumento para valorar el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y nivel de percepción de su farmacoterapia

1. Usted cree que su estado de salud es:

Muy bueno () Bueno () Regular () Malo () No estoy seguro, no lo se ()

2. Según su peso (el registrado en el cuestionario), usted se considera que tiene:

- a. Peso bajo
- b. Peso normal
- c. Sobrepeso
- d. Obeso
- e. No sabe

3. Según lo que usted conoce de hacer ejercicio, cuál de las siguientes situaciones es la mejor:

- a. Correr 30 minutos una vez a la semana
- b. Caminar 30 minutos tres veces a la semana
- c. Caminar 30 minutos cinco veces a la semana
- d. El hacer ejercicio no genera ningún beneficio o puede ser perjudicial
- e. No sabe

4. Valorar el colesterol total: _____ . Según este valor de colesterol, usted cree que:

- a. Está dentro de lo normal
- b. Está por encima de lo normal
- c. Está por debajo de lo normal
- d. No sabe

5. Con respecto a los diferentes tipos de colesterol, usted piensa que:

- a. Todos son malos para la salud.
- b. El de baja densidad (LDL) es bueno.
- c. El de alta densidad (HDL) es bueno.
- d. Existe uno bueno y otro malo.
- e. No sabe

6. Con respecto a los triglicéridos y las enfermedades cardiovasculares, usted piensa que:

- a. No tienen relación.
- b. Evitan su desarrollo.
- c. Favorecen su aparición
- d. No sabe

7. En su concepto, en qué grado la diabetes favorece el desarrollo de una enfermedad del corazón:

- a. Nada
- b. Mucho
- c. Un poco
- d. No sabe

8. Cuáles cree que son sus cifras de tensión arterial: ____/____.

Medirlas: ____/____.

Según sus cifras de tensión arterial, usted considera que son:

- a. Normales
- b. Un poco elevadas
- c. Muy elevadas
- d. No sabe

9. Entre dos hombres de 60 años que tienen cifras de tensión arterial elevada (son pacientes con hipertensión arterial), sabiendo que la única diferencia entre los dos es que uno fuma; con respecto al riesgo de sufrir de una enfermedad del corazón usted piensa que:

- a. Los dos tienen el mismo riesgo de ser hipertensos
- b. El que fuma tiene menor riesgo
- c. El que no fuma tiene menor riesgo.
- d. No sabe

10. Percepción de la efectividad del paciente sobre su tratamiento

10.1 ¿Como le va su tratamiento?

10. 2 ¿Esta usted satisfecho con su farmacoterapia?

10. 3 ¿Piensa que es necesario hacer algún cambio en su farmacoterapia?

11. Describir la experiencia con su farmacoterapia

11.1 ¿Qué espera o que quiere de su farmacoterapia?

11.2 ¿Hay algo que le preocupe con relación a sus medicamentos?

11.3 ¿Entiende usted que es necesario tomar su medicación?

11.4 ¿Hay motivaciones culturales, religiosas, o éticas que influyan a la hora de tomar sus medicinas?

12. Describa el comportamiento del paciente en relación a la toma de sus medicamentos