

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

A continuación, se le presentarán una serie de cuestiones relacionadas con su fibrilación auricular no valvular y con su tratamiento anticoagulante.

Por favor, marque para cada cuestión la opción que más se ajuste a su opinión. En algunas preguntas tendrá que indicar un número.

No existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que responda con total sinceridad lo que usted piense sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

Por favor, indique si usted es un paciente o un familiar/cuidador que colabora en el tratamiento del paciente:

Soy paciente

Soy familiar/cuidador

En el caso de que sea cuidador, por favor, responda a las siguientes cuestiones sobre el paciente.

Criterios de inclusión

¿Qué tipo de fibrilación auricular le han diagnosticado?

☐ Fibrilación auricular VALVULAR

☐ Fibrilación auricular NO-VALVULAR (Presencia de arritmia sin enfermedad o prótesis en las válvulas del corazón)

¿Qué tipo de tratamiento anticoagulante recibe?

☐ Anticoagulante oral de acción directa [Ej. Pradaxa[®] (dabigatran), Eliquis[®] (apixaban), Xarelto[®] (rivaroxaban), Lixiana[®] (edoxaban)]

☐ Agonistas de la vitamina K [Ej. Sintrom[®] (acenocumarol), Aldocumar[®] (warfarina)]

☐ Ninguno de estos tratamientos

Los pacientes serán elegibles para el estudio y podrán continuar con el cuestionario sólo si responden a la pregunta 1.1 con la opción B y a la 1.2 con la opción A o B.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad _____ años

Género

Hombre ☐ Mujer ☐

Comunidad autónoma en la que reside

[Desplegable con las diferentes opciones]

¿Qué asociación le ha invitado a participar en el estudio?

[Desplegable con las diferentes opciones]

Área de residencia

☐ Rural (aproximadamente menos de 10.000 habitantes)

☐ Urbana o semi-urbana (aproximadamente más de 10.000 habitantes)

¿Cómo es el desplazamiento desde su casa a su centro de salud?

A. Medio de desplazamiento:

☐ Coche/autobús

☐ A pie

B. Distancia aproximada: _____ Km

C. Tiempo aproximado: Horas _____ minutos _____

D. Necesidad de ayuda:

☐ Puedo acudir por mis propios medios (Solo/a)

☐ Necesito ayuda para desplazarme (con acompañante)

Nivel MÁXIMO de estudios:

☐ Sin estudios

☐ Primaria (EGB o similar)

☐ Secundaria (BUP, COU, ESO o similar) o Formación profesional

☐ Estudios universitarios o superiores

☐ Prefiero no contestar

Situación laboral

- ☐ Estudiante
- ☐ Trabajador/a en activo
- ☐ Desempleado
- ☐ Incapacidad laboral
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Tareas del hogar

→ Si D es afirmativo:

¿Es su incapacidad laboral debida a ictus o embolismos sufridos en otras partes del cuerpo?

Sí ☐ No ☐

→ Si E es afirmativo y edad ≤ 65 años:

¿Su jubilación anticipada ha sido debida ictus o embolismos sufridos en otras partes del cuerpo?

Sí ☐ No ☐

Aproximadamente, ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales?

- ☐ Menos de 500 €/mes
- ☐ De 500€ a 999 €/mes
- ☐ De 1000€ a 1499 €/mes
- ☐ De 1500€ a 1999 €/mes
- ☐ De 2000€ a 2500 €/mes
- ☐ Más de 2500 €/mes
- ☐ Prefiero no contestar

VARIABLES CLÍNICAS

Aproximadamente, ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron su fibrilación auricular no valvular?

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ 6-11 meses
- ☐ 1-2 años
- ☐ Más de 2 años

¿Ha sufrido alguno de los siguientes accidentes cardiovasculares? En caso afirmativo, indique cuántos (puede marcar varias opciones)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ictus con secuelas (ictus o Infarto cerebral que ocasiona trastornos del movimiento, visuales, del lenguaje, etc.) | Número de eventos sufridos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ictus sin secuelas (ictus o infarto cerebral leve, de escasa intensidad y/o duración) | Número de eventos sufridos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Embolia en otras partes del cuerpo (por ejemplo, brazos, piernas o pulmones) | Número de eventos sufridos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia craneal (derrame sanguíneo en el cerebro que no ocasiona un ictus) | Número de eventos sufridos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (infarto de corazón) | Número de eventos sufridos: _____ |

¿Presenta alguna de las siguientes enfermedades? (puede marcar varias opciones)

- ☐ Diabetes
- ☐ Insuficiencia renal
- ☐ Enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica, etc.)
- ☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Obesidad
- ☐ Colesterol elevado
- ☐ Ansiedad/estrés/depresión

INFORMACIÓN

¿Cuál es su fuente de información PRINCIPAL acerca de su fibrilación auricular no valvular y el tratamiento anticoagulante? (Cuidado, hábitos alimenticios, posibles complicaciones, dosis, etc.)

(Respuesta única)

- ☐ Médico Atención Primaria
- ☐ Cardiólogo/a
- ☐ Internista
- ☐ Hematólogo/a
- ☐ Médico de Urgencia
- ☐ Neurólogo/a
- ☐ Enfermero/a
- ☐ Asociación de pacientes
- ☐ Farmacéutico
- ☐ Internet

A continuación, se le presentarán una serie de afirmaciones. Indique, desde su punto de vista, cómo de acuerdo está con cada una de ellas.

¿Cómo considera que es la información recibida por parte de su médico o profesional sanitario sobre su fibrilación auricular no valvular y tratamiento anticoagulante? (Por ejemplo, definición de su enfermedad, posibles complicaciones, tipos de tratamientos, interacciones, cuidados, hábitos alimenticios, etc.).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	-----------------------------

En general, considero que estoy bien informado sobre mi enfermedad.

Considero que estoy bien informado/a sobre las posibles complicaciones debidas a mi enfermedad.

Considero que estoy bien informado/a sobre las alternativas de tratamiento anticoagulante disponibles para mí.

En general, considero que estoy bien informado/a sobre el tratamiento anticoagulante que recibo en la actualidad.

Considero que estoy bien informado/a sobre las posibles interacciones de mi tratamiento anticoagulante con otros fármacos.

Considero que estoy bien informado/a sobre las posibles interacciones de mi tratamiento anticoagulante con ciertos alimentos.

Considero que estoy bien informado/a sobre los agentes de reversión* (antídotos) de mi tratamiento.

*antídotos que puedan neutralizar el efecto anticoagulante del fármaco en casos de hemorragia severa o cirugías de urgencia.

Considero que estoy bien informado/a sobre las posibles complicaciones debidas a mi tratamiento anticoagulante (por ejemplo, riesgo de sangrados).

Considero que estoy bien informado/a sobre los riesgos de no tomar correctamente el tratamiento (dosis, duración, etc.)

Deseo participar en las decisiones sobre mi tratamiento y que el médico tuviera en cuenta mis preferencias en el momento de elegir el tratamiento.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Mi médico ha consensuado conmigo el tratamiento que recibo en base a mis preferencias.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

TRATAMIENTO

Aproximadamente, ¿Cuándo empezó su tratamiento con anticoagulantes orales?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ 1-4 años
- ☐ 5-9 años
- ☐ 10 o más años

¿Quién le prescribió por primera vez su anticoagulante oral?

- ☐ Lo desconozco
- ☐ Médico de cabecera (atención primaria)
- ☐ Médico especialista

Si la respuesta es B → Desplegable (Cardiólogo, internista, hematólogo, médico de urgencias, neurólogo, otros)

¿El coste de su anticoagulante oral está cubierto por la seguridad social?

- ☐ Sí, totalmente
- ☐ Sí, parcialmente (copago)
- ☐ No

5.3.1 Si la opción elegida es la C: señale el principal motivo por el que costea su tratamiento:

- ☐ Mejor eficacia

- ☐ Mayor comodidad de administración
- ☐ Facilita mi vida diaria
- ☐ Otros

Incluyendo todos los medicamentos, relacionados o no con su fibrilación auricular, ¿cuántas pastillas toma diariamente?

- ☐ De 1 a 3
- ☐ De 4 a 6
- ☐ De 7 a 9
- ☐ 10 o más

¿Qué importancia tienen para usted cada una de las siguientes cuestiones relativas al tratamiento anticoagulante oral?

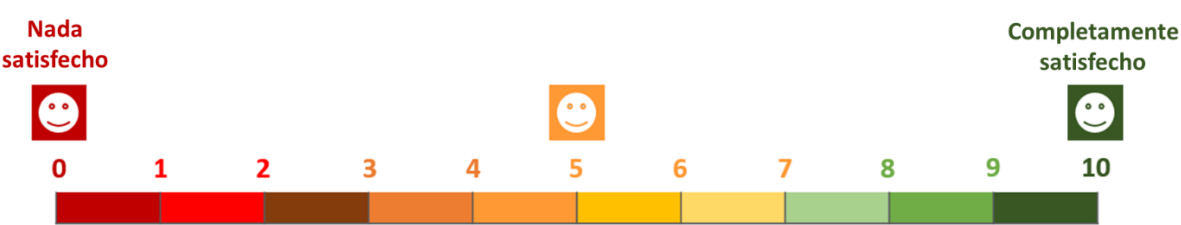
	Nada importante	Poco importante	Moderadamente importante	Bastante importante	Muy importante
Tomar un anticoagulante oral que requiera consumir sólo una o dos pastillas al día					
Tomar un anticoagulante oral a dosis fijas (por ejemplo, no tener que partir las pastillas)					
Tomar un anticoagulante oral que no requiera un control estricto de mi dieta					
Tomar un anticoagulante oral que no interaccione con otros fármacos					
Tomar un anticoagulante oral con el que no necesite realizar analíticas frecuentes					
Tomar un anticoagulante oral del que exista un agente de reversión* (antídoto)					
*antídotos que puedan neutralizar el efecto anticoagulante del fármaco en casos de hemorragia severa o cirugías de urgencia.					
Tomar un tratamiento anticoagulante oral disponible en el mercado desde hace muchos años					

Ordene de la 1ª a la 7ª las características del tratamiento anticoagulante, según la importancia que tienen para usted (siendo la 1ª la más importante y 7ª la menos importante).

(Señale como 1ª la característica que tiene más importancia para usted. A continuación, señale como 2ª la siguiente característica en importancia para usted; y así sucesivamente hasta asignar la 7ª posición a la característica menos importante)

Orden de importancia
Tomar 1 o 2 pastillas al día
Tratamiento a dosis fijas
Tratamiento que no restrinja mi dieta
Tratamiento que no interaccione con otros fármacos
Tratamiento que no requiera analíticas frecuentes
Tratamiento que tenga un agente de reversión
Tratamiento que esté disponible desde hace años

¿Cómo puntuaría la satisfacción con su tratamiento anticoagulante oral actual?



CARGA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y BARRERAS

Carga	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
En general, mi tratamiento anticoagulante condiciona mi estilo de vida diario*					
*Las actividades cotidianas personales y/o laborales, como ausentarse del trabajo o de compromisos personales debido a controles médicos relacionados con el tratamiento)					
Los efectos secundarios* de mi tratamiento interfieren en mis actividades diarias personales y/o laborales (como por ejemplo ausentarse del trabajo o de compromisos personales debido al malestar)					
*(Efectos indeseados que se padecen como resultado directo del medicamento, como molestias gástricas o hemorragias leves o que necesiten acudir al hospital-, náuseas o dolor de cabeza)					
Los trámites necesarios para obtener mi fármaco anticoagulante interfieren en mis actividades diarias (personales y/o laborales)					
*Receta u otros trámites/documentos (por ejemplo, el visado de inspección)					
La necesidad de realizarme analíticas frecuentes para el seguimiento de mi tratamiento interfiere en mis actividades diarias (personales y/o laborales)					
Las posibles interacciones alimenticias con mi tratamiento anticoagulante condicionan mi vida diaria					
La distancia a mi centro de salud, en relación a las visitas de control de mi tratamiento, interfiere en mis actividades diarias (personales y/o laborales)					

Barreras

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------	------------	-----------------------

Puedo acceder a mi tratamiento anticoagulante oral de manera sencilla

La distancia a mi centro de salud dificulta que pueda acudir a las visitas de control de mi tratamiento

¿Qué agente gestiona el visado de inspección para obtener su tratamiento anticoagulante?

- ☐ Médico de cabecera (atención primaria)
- ☐ Médico especialista (Cardiólogo, internista, hematólogo, médico de urgencias, neurólogo, otros).
- ☐ Inspector/a de sanidad
- ☐ Farmacéutico/a
- ☐ Otros: _____

¿Cómo es el visado de inspección, necesario para obtener su tratamiento anticoagulante oral?

- ☐ En papel ☐ Electrónico/informatizado ☐ No sabe/no contesta

¿Cómo definiría la complejidad de los trámites relacionados con su visado de inspección?

Muy compleja	Bastante compleja	Relativamente compleja	Poco compleja	Nada compleja
--------------	-------------------	------------------------	---------------	---------------

La necesidad de un visado de inspección interfiere en la decisión de tomar el medicamento

Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------	----------------