

Cuestionario de seguimiento de resultados del estudio RECUEicp (para pacientes mayores de 16 años)

Nombre del Paciente: _____

Número del estudio/centro: _____

Fecha al completar este cuestionario: _____

Parte 1. Escala de Resultados de Glasgow (Extendida)

Por favor, marque la casilla que mejor describa la respuesta para cada pregunta.

Persona que responde el cuestionario (por favor, marque una casilla):

Paciente en solitario Familiar/amigo/cuidador en solitario

Paciente + familiar/amigo/cuidador

CONSCIENCIA

1. ¿La persona que ha sufrido el traumatismo craneoencefálico es capaz de obedecer órdenes simples o de decir alguna palabra? Sí No

INDEPENDENCIA EN EL HOGAR

2a. ¿Se hace indispensable la asistencia de otra persona en la casa a diario para ciertas actividades? Sí No

(para marcar un 'No' los pacientes deberían cuidar de sí mismos las 24 horas del día si fuera necesario, es decir, que no necesiten que nadie cuide de ellos. La independencia incluye el llevar a cabo y planificar las siguientes tareas: lavarse, ponerse ropa limpia sin necesidad de preguntar, prepararse la comida ellos mismos, atender llamadas y sobreponerse a las pequeñas crisis domésticas. El paciente tiene que ser capaz de llevar todas estas actividades sin necesidad de preguntar a nadie ni de que le recuerden nada además de ser capaz de estar solo por las noches.)

2b. ¿Necesita de ayuda frecuente o que alguien esté alrededor en la casa la mayor parte del tiempo? Sí No

(para marcar un 'No' deben de cuidar de sí mismos en la casa hasta 8 horas durante el día si fuera necesario, es decir que no necesiten ser cuidados.)

2c. ¿Se necesitaba asistencia en casa anterior al traumatismo? Sí No

INDEPENDENCIA FUERA DEL HOGAR

3a. ¿Es capaz de realizar las compras sin asistencia? Sí No

(Esto incluye ser capaz de planificar que comprar, cuidar de su propio dinero y comportarse de forma correcta en público. No es necesario que vayan a comprar habitualmente, pero sí que puedan hacerlo.)

3b. ¿Podía comprar sin ayuda antes del traumatismo? Sí No

4a. ¿Puede desplazarse por su ciudad sin asistencia? Sí No

(Pueden conducir o usar el transporte público para desplazarse. Es condición suficiente que lo hagan en taxi, si bien tienen que ser ellos los que llamen al taxi y le den las instrucciones al taxista.)

4b. ¿Podía desplazarse sin asistencia antes del traumatismo? Sí No

TRABAJO

5a. ¿Puede trabajar actualmente con la misma capacidad que antes? Sí No

(si trabajaban anteriormente entonces su capacidad de trabajo debería estar al mismo nivel. Si se encontraban buscando trabajo antes entonces el traumatismo no debería disminuir la oportunidad de conseguir un trabajo del mismo nivel al que era elegible anteriormente. Si era estudiante antes del traumatismo entonces su capacidad de estudio no debería haberse visto afectada.)

5b. ¿Qué restricciones tiene? a b

a) Capacidad de trabajo reducida

b) Capaz de trabajar en trabajos controlados o no competitivos, o directamente incapacitado para trabajar

5c. ¿Estaba empleado o buscando empleo antes del traumatismo (responda 'Sí') o no estaba

haciendo nada (responda 'No')? Sí No

ACTIVIDADES SOCIALES Y DE OCIO

6a. ¿Es capaz de retomar actividades sociales y de ocio fuera del hogar? Sí No

(no es necesario que hayan retomado todas las actividades que hacían anteriormente pero sí que no tengan ningún impedimento físico ni mental. Si no han continuado con la mayoría de las actividades por pérdida de interés o de motivación entonces también se considera como un 'No'.)

6b. ¿Hasta que punto están restringidos en sus actividades sociales o de ocio?

a b c

a) Participa un poco menos: al menos con la mitad de frecuencia que antes del traumatismo

b) Participa mucho menos: menos de la mitad que anteriormente

c) Incapaz de participar, o muy esporádicamente

6c. ¿Estaba apuntado a actividades sociales o de ocio fuera de la casa de forma habitual?

Sí No

FAMILIA Y AMIGOS

7a. ¿Ha habido problemas psicológicos que hayan motivado problemas familiares o con los

amigos?

Sí No

(típicos cambios de personalidad post-traumáticos: fuerte temperamento, irritabilidad, ansiedad, insensible a los otros, cambios de humor, depresión y comportamiento no razonable o de niño pequeño.)

7b. ¿Con qué frecuencia ocurren estos problemas?

a b c

- a) Ocasionalmente – menos que semanalmente
- b) Frecuentemente – una vez a la semana o más, pero de forma tolerable
- c) Constante – diariamente y de forma intolerable

7c. ¿Tenía problemas con la familia y los amigos antes del traumatismo? Sí No

(si ya tenía problemas antes del traumatismo pero estos han empeorado de forma marcada tras el traumatismo, por favor marque 'No'.)

EPILEPSIA

7d. ¿Ha tenido algún episodio epiléptico desde el traumatismo? Sí No

7e. ¿Le han dicho si tiene riesgo de tener algún ataque epiléptico? Sí No

DE VUELTA A LA VIDA NORMAL

8a. ¿Tiene algún otro problema actualmente relacionado con el traumatismo que le afecte a su

vida diaria?

Sí No

(otros problemas típicos relacionados tras el traumatismo craneoencefálico son: dolores de cabeza, mareos, cansancio, sensibilidad al ruido o a la luz, pérdida de reflejos, pérdida de memoria y problemas de concentración.)

8b. ¿Estaban estos problemas presentes antes de la cirugía? Sí No

(si estaban presentes estos problemas pero ahora han empeorado de forma marcada desde el traumatismo, por favor marque 'No'.)

¿Cuál es el factor más importante que afecta a su recuperación?

Los efectos del traumatismo craneoencefálico A

Los efectos de enfermedad o heridas de otras partes del cuerpo B

Una mezcla de ambos C

Por favor complete ahora la segunda parte del cuestionario

Parte 2.

Test de Salud SF36™

Este test contiene preguntas sobre su salud. Esta información nos ayudará a seguir su estado de salud y saber como se siente y cómo de bien es capaz de desarrollar sus actividades cotidianas.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor, marque la casilla que mejor describa su respuesta. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, por favor de la respuesta que crea se adapta mejor a la pregunta formulada.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	Muy Buena	Buena	Pasable	Pobre
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. ¿Comparándola con respecto a hace un año, como calificaría su salud actual?

Mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Casi igual que hace un año	Algo peor que hace un año	Mucho peor que hace un año
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas hacen referencia a actividades que usted pueda hacer durante un día típico. ¿Le limita su salud a desarrollar dichas actividades? ¿En caso afirmativo, cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita
	▼	▼	▼
a <u>Actividades vigorosas</u> , como correr, levantar objetos pesados, o deportes extenuantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Actividades moderadas</u> , como mover			

mesas, mover un aspirador, jugar a los

- bolos o jugar al golf 1 2 3
- c Levantar o llevar la compra 1 2 3
- d Subir varios tramos de escaleras 1 2 3
- e Subir un tramo de escalera 1 2 3
- f Agacharse, ponerse de rodillas o inclinarse 1 2 3
- g Andar más de 1.5 km 1 2 3
- h Andar varios hectómetros (100 m) 1 2 3
- i Andar 100m 1 2 3
- j Bañarse o vestirse a sí mismo 1 2 3

4. ¿Durante las últimas 4 semanas, durante que parte del tiempo ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades diarias como resultado de su estado de salud?

- | | Todo el tiempo | La mayor parte del tiempo | Buena parte del tiempo | Un poco de tiempo | Nada del tiempo |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| a Reducción del <u>tiempo</u> en el trabajo | | | | | |
| o en otras actividades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b <u>Realizar menos</u> de lo que le gustaría | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c Estar limitado en el <u>tipo</u> de trabajo o en otras actividades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d Tener <u>dificultades</u> para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, que tome más tiempo) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

5. ¿Durante las últimas 4 semanas, durante que parte del tiempo ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales (como sentirse deprimido o con ansiedad)?

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Un poco de tiempo	Nada del tiempo
	▼	▼	▼	▼	▼
a Reducción del <u>tiempo</u> en el trabajo					
o en otras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Realizar menos</u> de lo que le					
gustaría	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Realizar el trabajo u otras					
actividades <u>con menor cuidado</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. ¿Durante las últimas 4 semanas, hasta que punto su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades normales con su familia, amigos, vecinos o gente en general?

Nada	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	En exceso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Cuánto dolor corporal ha sufrido durante las últimas 4 semanas?

Nada	Muy ligero	Ligero	Moderado	Agudo	Muy agudo
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. ¿Durante las últimas 4 semanas, hasta que punto el dolor ha interferido en su trabajo normal (incluyendo ambos, el trabajo fuera y dentro de la casa)?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	En exceso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas preguntas hacen referencia a cómo se ha encontrado y como le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor, marque la casilla que mejor defina como se ha sentido. ¿Durante las últimas 4 semanas, durante que parte del tiempo ...

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Un poco de tiempo	Nada del tiempo
	▼	▼	▼	▼	▼
a se ha sentido lleno de vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ha estado muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ha estado tan deprimido que nada le hacía animarse?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tenía mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se ha sentido desanimado y decaído?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se ha sentido desgastado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h ha estado feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se ha sentido cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. ¿Durante las últimas 4 semanas, durante que parte del tiempo su estado de salud físico o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a los amigos, familiares, etc.)?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Un poco de tiempo	Nada del tiempo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. ¿Cuán verdaderas o falsas son cada una de las siguientes declaraciones?

	Definitivamente verdadero	Mayormente verdadero	No estoy seguro	Mayormente falso	Definitivamente falso
	▼	▼	▼	▼	▼
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que el resto de gente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como el resto de gente que conozco.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Supongo que mi salud empeorará.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Cronología

Por favor, de detalles de su tratamiento y rehabilitación y si no pudiera recordar la fecha exacta, es suficiente con indicar el mes y el año.

Fecha de traslado a la unidad de neurocirugía: _____

Fecha de traslado al hospital local: _____

Fecha de traslado al área de rehabilitación aguda: _____

Fecha de traslado al área de rehabilitación a largo plazo: _____

Fecha del alta hospitalaria, de vuelta a casa con un cuidador: _____

Fecha de vuelta a casa: _____

Fecha de vuelta al trabajo: _____

Situación actual (lugar y tipo de ayuda recibida): _____

Otras operaciones requeridas:

Operación de derivación: No Sí Fecha: _____

Craneoplastia (placa o hueso insertado en el cráneo): No Sí Fecha: _____

Placa o hueso extirpado debido a infección: No Sí Fecha: _____

Otros comentarios: _____

Muchas gracias por completar el cuestionario