


**ENTREVISTA SOBRE LOS SÍNTOMAS
DE LA EMBOLIA CEREBRAL/ TIA**

(siglas en inglés de ataque isquémico transitorio)

Introducción: Usted nos dijo que tuvo una embolia, o un pequeño derrame cerebral o un ataque isquémico transitorio, también conocido como TIA, por sus siglas en Inglés. Estamos interesados en posibles síntomas de embolia o TIA que pudo haber tenido relacionados con este episodio. Es posible que haya tenido un episodio o más durante esta experiencia. Le pedimos que responda con respecto al episodio en el que el Doctor le diagnosticó una embolia o un TIA, o sino con respecto al peor de los episodios. (NOTA, si el participante pregunta, el significado de "el peor" se puede definir en términos de gravedad, intensidad o presencia de otros síntomas).

Pérdida repentina del habla o cambio en el habla

1. Cuando tuvo su episodio, ¿Tuvo alguna pérdida repentina del habla o cambios en el habla?
 Sí No
En caso negativo, pase a la Pregunta 12.
2. ¿Este cambio o pérdida del habla le duró al menos 24 horas?
 Sí No
3. ¿El cambio o pérdida ocurrió repentinamente?
 Sí No
4. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones describe su cambio o pérdida en el habla? *(Lea las respuestas).*

	Sí	No
Dificultad con la pronunciación como si estuviese borracho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podía hablar pero le salían palabras equivocadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabía lo que quería decir, pero no podía encontrar las palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No podía pensar en las palabras correctas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Síntomas durante los Trastornos Con el Habla

Mientras estaba padeciendo este cambio en el habla, ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas? (Marque "sí" en todas las que correspondan.)

- 5a. ¿Adormecimiento o sensación de hormigueo?
 Sí No
En caso negativo, pase a la Pregunta 6a.
- b. Esto le sucedió en : *(Lea las respuestas)*
 - El lado derecho solamente
 - El lado izquierdo solamente
 - Ambos lados

- 6a. ¿Parálisis o debilidad?
 Sí No
En caso negativo, pase a la Pregunta 7.
- b. Esto le sucedió en : *(Lea las respuestas)*
 - El lado derecho
 - El lado izquierdo
 - Ambos lados
7. ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?
 Sí No
8. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?
 Sí No
9. ¿Ataques o convulsiones?
 Sí No
10. ¿Dolor de cabeza?
 Sí No
- 11a. ¿Pérdida de la visión o visión borrosa?
 Sí No
En caso negativo, pase a la Pregunta 12.
- b. Durante esta pérdida de la visión o visión borrosa, tuvo alguno de los siguiente síntomas: *(Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa)*
 - Visión doble *(En caso afirmativo, asegúrese de que el participante vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así no marque este círculo)*
 - Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
 - Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
 - Pérdida de visión total en ambos ojos
 - Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
 - Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
 - Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
 - Ninguno de los anteriores

Pérdida repentina de la Visión

12. Cuando tuvo su episodio, ¿sufrió una pérdida repentina de la visión o desarrolló visión borrosa completa o parcial repentinamente?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 24.

13. ¿Los síntomas visuales le duraron al menos 24 horas?

- Sí No

14. ¿Estos síntomas visuales comenzaron repentinamente?

- Sí No

15a. Durante el episodio, ¿Cuáles de las siguientes partes de su visión se vieron afectadas? (*Lea las respuestas.*)

- Sólo el ojo derecho
 Sólo el ojo izquierdo
 Ambos ojos

Si sólo el ojo derecho o el ojo izquierdo, pase a la Pregunta 16a.

b. Tuvo: (*Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa*)

- Problemas para mirar hacia la derecha pero no hacia la izquierda
 Problemas para mirar hacia la izquierda pero no hacia la derecha
 Problemas para mirar hacia ambos lados o hacia enfrente
 Otro:
 Ninguno de lo anterior

Síntomas durante la Pérdida Repentina de la Visión

Mientras estaba padeciendo esta pérdida de visión, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas?: (*Marque "sí" en cada uno de los síntomas que correspondan.*)

16. ¿Problemas con el habla?

- Sí No

17a. ¿Adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 18a.

b. Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente
 El lado izquierdo solamente
 Ambos lados

18a. ¿Parálisis o debilidad?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 19.

b. Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente
 El lado izquierdo solamente
 Ambos lados

19. ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí No

20. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí No

21. ¿Ataques o convulsiones?

- Sí No

22. ¿Dolor de cabeza?

- Sí No

23. ¿Vió destellos de luces?

- Sí No

Visión Doble Repentina

24. Cuando tuvo su episodio, ¿Tuvo un ataque repentino de visión doble, es decir, vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 35.

25. ¿La visión doble le duró al menos 24 horas ?

- Sí No

26. Si cerraba un ojo, ¿desaparecía la visión doble?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 35.

27. ¿La visión doble le vino repentinamente?

- Sí No

Síntomas durante la Visión Doble

Mientras tenía visión doble, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas?: (*Marque "sí" en todos los síntomas que correspondan*)

28. ¿Problemas con el habla?

- Sí No

29a. ¿Adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 30a

b. Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente
 El lado izquierdo solamente
 Ambos lados

30a. ¿Parálisis o debilidad?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 31

b. Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente
 El lado izquierdo solamente
 Ambos lados

31. ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí No

32. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí No

33. ¿Ataques o convulsiones?

- Sí No

34. ¿Dolor de cabeza?

- Sí No

Sensación repentina de adormecimiento u Hormigueo

35. Cuando tuvo su episodio, ¿desarrolló repentinamente adormecimiento o sensación de hormigueo o pérdida de sensación en un lado del cuerpo, incluyendo la cara, el brazo o la pierna?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 49

36. ¿Los síntomas de adormecimiento o sensación de hormigueo le duraron al menos 24 horas?

- Sí No

37. ¿La sensación de hormigueo o adormecimiento le ocurría solamente cuando mantenía los brazos o piernas en una posición determinada?

- Sí No

En caso afirmativo, pase a la Pregunta 49

38. ¿Esta sensación le vino repentinamente?

- Sí No

Síntomas durante el Adormecimiento o Sensación de Hormigueo Repentina

39. Durante el adormecimiento o sensación de hormigueo, ¿Qué partes del cuerpo se le afectaron? (*Lea las respuestas*)

	Sí	No
Brazo o mano izquierda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie izquierdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado izquierdo de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brazo o mano derecha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie derecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado derecho de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Esta sensación de adormecimiento o de hormigueo, comenzó en una parte del cuerpo y se extendió a otra o se mantuvo en la misma parte?

- En una parte y se extendió a otra
 Se mantuvo en una parte

Mientras tenía este adormecimiento, hormigueo o pérdida de sensación, ¿tuvo lugar alguno los siguientes síntomas?

41. ¿Problemas con el habla?

- Sí No

42a. ¿Parálisis o debilidad?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 43.

b. Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente
 El lado izquierdo solamente
 Ambos lados

43. ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí No

44. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí No

45. ¿Ataques o convulsiones?

- Sí No

46. ¿Dolor de cabeza?

- Sí No

47. ¿Dolor en el brazo, la pierna o la cara donde tiene adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí No

48a. ¿Pérdida de la visión o visión borrosa?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 49.

b. Durante el episodio de pérdida de la visión o visión borrosa, ¿tuvo? : *(Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa)*

- Visión doble (Asegúrese de que el participante vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así pase a los siguientes círculos)
- Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
- Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
- Pérdida de visión total en ambos ojos
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
- Ninguno de los anteriores

Parálisis o debilidad repentina

49. Cuando tuvo su episodio, ¿tuvo una sensación repentina de parálisis o debilidad en una parte del cuerpo, incluyendo la cara, los brazos o las piernas?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 62.

50. ¿Los síntomas de parálisis o debilidad le duraron al menos 24 horas?

- Sí No

51. ¿Los síntomas de parálisis o debilidad ocurrieron repentinamente?

- Sí No

52. Durante el episodio de parálisis o debilidad ¿Qué partes del cuerpo se le afectaron? *(Lea las respuestas)*

	Sí	No
Brazo o mano izquierda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie izquierdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado izquierdo de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brazo o mano derecha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie derecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado derecho de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Durante este episodio de parálisis o debilidad, ¿La parálisis o debilidad comenzó en una parte del cuerpo y se extendió a otra o se mantuvo en el mismo lugar?

- En una parte y se extendió a otra
- Se mantuvo en una parte

Mientras tenía esta parálisis o debilidad, ¿Tuvo lugar alguno de los siguientes síntomas? *(Marque "sí" en todas las que correspondan)*

54. ¿Problemas con el habla?

- Sí No

55a. ¿ Adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 56.

b. Esto le sucedió en: *(Lea las respuestas)*

- El lado derecho solamente
- El lado izquierdo solamente
- Ambos lados

56. ¿ Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí No

57. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí No

58. ¿Ataques o convulsiones?

- Sí No

59. ¿Dolor de cabeza?

- Sí No

60. ¿Dolor en el brazo, la pierna o la parte de la cara que tenía débil?

- Sí No

61a. ¿Pérdida de la visión o visión borrosa?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 62.

b. Durante este episodio de parálisis o debilidad, ¿Tuvo?: *(Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa)*

- Visión doble (Asegúrese de que el participante vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así no marque este círculo)
- Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
- Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
- Pérdida de visión total en ambos ojos
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
- Ninguno de los anteriores

Mareo o Pérdida del Equilibrio

62. Cuando tuvo su episodio, ¿Tuvo sensaciones repentinas de mareo, pérdida del equilibrio o de que la cabeza le daba vueltas?

- Sí No

En caso negativo, pase al Final.

63. ¿Los síntomas de mareo o pérdida del equilibrio le duraron al menos 24 horas?

- Sí No

64. ¿La sensación de mareo, pérdida del equilibrio o de que la cabeza le daba vueltas le venía sólo cuando cambiaba la posición de la cabeza?

- Sí No

En caso afirmativo, pase al Final.

65. ¿La sensación de mareo, pérdida del equilibrio o de que la cabeza le daba vueltas le vino repentinamente?

- Sí No

Síntomas durante el Mareo, o la Pérdida del Equilibrio

Mientras estaba padeciendo de mareo, pérdida del equilibrio o sensación de que la cabeza le daba vueltas, ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas? (*Marque "sí" en todas las que correspondan*).

66. ¿Problemas con el habla?

- Sí No

67a. ¿Parálisis o debilidad?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 68a.

b. Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente
 El lado izquierdo solamente
 Ambos lados

68a. ¿ Adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí No

En caso negativo, pase a la Pregunta 69.

b. Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente
 El lado izquierdo solamente
 Ambos lados

69. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí No

70. ¿Ataques o convulsiones?

- Sí No

71. ¿Dolor de cabeza?

- Sí No

72a. ¿Pérdida de visión o visión borrosa?

- Sí No

En caso negativo, pase al Final.

b. Durante este episodio de pérdida de visión o visión borrosa, ¿Tuvo?: (*Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa*)

- Visión doble (Asegúrese de que el participante vió dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así no marque este círculo)
 Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
 Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
 Pérdida de visión total en ambos ojos
 Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
 Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
 Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
 Ninguno de los anteriores

Final:

Muchas gracias por tomarse el tiempo de hablar con nosotros. Por favor recuerde ponerse en contacto con nosotros en caso de que en el futuro hubiese algún cambio en su estado de salud.

Entrevistador: continúe en la página 6, complete la pregunta sobre fiabilidad, anote cualquier comentario importante, y registre la fecha y el ID.

