

Bienvenido a la Encuesta de Quistes de Tarlov

Si tiene uno o más quistes de Tarlov, por favor complete esta encuesta. También necesitamos a sus amigos que no tengan quistes de Tarlov (2 serían estupendos) para completar las secciones pertinentes. Servirán como nuestro grupo de comparación. Deben tener, al menos, 18 años. Esperamos sinceramente que pueda completar todas las secciones, ya que sus aportes contribuirán en gran medida a la comprensión de esta afección. Todos los registros se mantendrán en la más estricta privacidad: sólo se publicarán estadísticas anónimas. Toda pregunta con un \* debe ser contestada y la última pregunta con \* es la 22. Si le duele la espalda durante la encuesta, levántese, estírese y vuelva a la encuesta de nuevo! Muchas gracias.

**1. ¿Tienes las siguientes afecciones?**

No tengo dolor en la parte baja de la espalda ni quiste de Tarlov

Tengo un quiste de Tarlov

Tengo dolor en la parte baja de la espalda, pero no tengo quiste de Tarlov

**2. Mi género es:**

Mujer

Hombre

**3. Mi edad es:**

**4. Vivo en:**

**5. Vivo en el Estado o la provincia de:**

**6. Mi peso actual en libras es:**

**7. Mi altura actual en pulgadas es (4 pies = 48 pulgadas, 5 pies = 60 pulgadas, 6 pies = 72in):**

**8. ¿Tiene antecedentes familiares de quistes de Tarlov?**

Sí

No

No lo sé

**9. ¿Hay un historial de dolor agudo de la parte baja de la espalda en padres o hermanos/hermanas?**

Sí / No / No lo sé

**10. ¿Tienes las siguientes afecciones médicas?**

Sí / No / No lo sé

Diabetes (diabetes)

Hipotiroidismo (tiroides)

Gota (ácido úrico alto, con dolor en el pie)

Presión arterial alta

Alto nivel de colesterol

Infección por herpes (genital)

Quiste en otras partes del cuerpo

Tos crónica

Fumador

El alcohol (más de 14 bebidas por semana)

**11. Si tiene un quiste en su cuerpo que no sea un quiste de Tarlov, por favor, indique dónde se encuentra o está (marque todas las que correspondan).**

Cabeza

Cuello

Mano y las muñecas

Tronco

Abdomen

La rodilla

De pie y tobillo

Si el quiste no en la lista, por favor proporcione la ubicación en la siguiente pregunta

**12. ¿Tiene un quiste en otros lugares no descrito previamente? Por favor, vaya a la siguiente pregunta si ésta no es procedente.**

13. ¿Ha trabajado fuera de casa durante los últimos 10 años?

Sí / No

14. Si contestó "Sí" a la pregunta anterior, la siguiente se aplica a los últimos tres puestos de trabajo en los que estuvo más de 3 meses, desde el más reciente al más antiguo. Puede combinar los puestos de trabajo si tienen similares exigencias físicas.

Levantamiento de 10 libras más del 25% del tiempo Levantamiento de 20 libras más del 25% del tiempo  
Levantamiento de 30 libras más del 25% del tiempo Repetitivos de flexión de más de 50% del tiempo De pie o caminar más de 50% del tiempo Sentado más del 50% del tiempo (incluyendo conducción) Sentarse en la máquina vibratoria (ejemplo: remolque de tractor)

Trabajo 1

Trabajo 2

Trabajo 3

15. ¿Número de años en cada puesto de trabajo?

16. ¿Ha tenido una lesión en la parte baja de la espalda en jornada de trabajo con tiempo de baja?

Sí / No

17. ¿Ha tenido un accidente de tráfico con pérdida de horas de trabajo o de permanencia en casa?

Sí / No

18. ¿Ha tenido una lesión en la parte baja de la espalda en actividad deportiva con pérdida de horas de trabajo o de permanencia en casa?

Sí / No

19. ¿Ha tenido un accidente de tipo resbalón y caída con pérdida de horas de trabajo o de permanencia en casa?

Sí / No

20. ¿Ha levantado algo pesado que causó el dolor en la parte baja de la espalda con pérdida de horas de trabajo o de permanencia en casa?

Sí / No

21. ¿Se ha doblado la espalda bruscamente lo que causó el dolor en la parte baja de la espalda con el consiguiente tiempo necesario fuera del trabajo o de las tareas de la casa?

Sí / No

22. En general, ¿diría que su salud es?:

Excelente

Muy buena

Buena

Aceptable

Pobre

23. Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que podría realizar en un día típico. ¿Su salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho / Sí, me limita un poco / No, no se limita a todos

a. Las actividades vigorosas como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes

b. Actividades moderadas como mover una mesa, empujar una aspiradora, juego o jugando al golf

c. Levantar o cargar las compras

d. Subir varios tramos de escaleras

e. Subir un tramo de escaleras

f. Flexión de rodillas o agacharse

g. Caminar más de una milla

h. Caminar varios cientos de metros

i. Caminar cien metros

j. Bañarse y vestirse

24. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas?

Ninguno / Muy suave / Leve / Moderado / Grave / Muy grave

25. SI TIENE USTED dolor de espalda o glúteos POR FAVOR SIGA CON LA ENCUESTA. Si no tiene dolor en la parte baja de la espalda o dolor en los glúteos, GRACIAS por su contribución. Por favor, tome la salida al final de la encuesta y pulse "hecho".

Cuando te duele la espalda, puede que te resulte difícil hacer algunas de las cosas que normalmente haces. Esta lista contiene algunas frases que la gente usa para describirse a sí mismos cuando tienen dolor de espalda. Al leerlos, es posible que algunos destaquen porque te describen HOY. Al leer la lista, piensa en ti mismo HOY. Cuando lea una frase que te describa hoy, pon una marca en la oración. Si la frase no te describe, deja el espacio en blanco y pasa a la siguiente.

Me quedo en casa la mayor parte del tiempo a causa de dolor de espalda  
Cambio de postura frecuentemente para tratar de recuperar mi comodidad.  
Camino más despacio que de costumbre debido a mi espalda.  
Debido a mi espalda no estoy haciendo cualquiera de los trabajos que suelo hacer en la casa.  
Debido a mi espalda uso la barandilla para subir escaleras.  
Debido a mi espalda me acuesto a descansar más a menudo.  
Debido a mi espalda tengo que aferrarme a algo para salir del sillón.  
Debido a mi espalda intento que otras personas hagan las cosas por mí.  
Me visto más lentamente de lo habitual a causa de mi espalda  
Sólo estoy de pie por períodos cortos de tiempo debido a mi espalda  
Debido a mi espalda trato de no doblarme o arrodillarme.  
Me resulta difícil salir del sillón por la espalda.  
Mi espalda está dolorida todo el tiempo.  
Me resulta difícil girarme por mi espalda.  
Mi apetito no es muy bueno debido a mi dolor de espalda.  
Me cuesta ponerme los calcetines (o medias) a causa del dolor en la espalda.  
Sólo camino distancias cortas a causa de mi dolor de espalda.  
Duermo menos a causa de mi dolor de espalda.  
Debido a mi dolor de espalda me visto con la ayuda de otra persona.  
Estoy sentado la mayor parte del día debido a mi espalda.  
Evito los trabajos en casa a causa de mi dolor de espalda.  
Debido a mi dolor de espalda estoy más irritable y malhumorado con la gente de lo habitual.  
Debido a mi espalda subo y bajo las escaleras más lentamente de lo habitual.  
Me quedo en la cama la mayor parte del tiempo a causa de mi espalda.

El dolor en mi espalda irradia (se extiende) a mi: (marque lo que corresponda)

lado interno del muslo  
lado exterior del muslo  
nalga  
ano  
recto  
área genital  
sacro  
cara interna de la pantorrilla  
cara externa de la pantorrilla  
parte interior de los pies  
parte exterior de los pies  
planta de los pies  
talón

27. ¿Tiene hernia de disco? y si es así ¿a qué nivel?

Sí / No / No lo sé  
L1/L2  
L2/L3  
L3/L4  
L4/L5  
L5/S1

28. ¿Tiene la estenosis espinal de acuerdo a la resonancia magnética o tomografía computarizada?

Sí / No / No lo sé  
L1/L2  
L2/L3  
L3/L4  
L4/L5  
L5/S1

**29. ¿Tienes un quiste de Tarlov (TQ)?**

Sí, por favor, continúe con el resto de la encuesta

NO, puede parar ahora, gracias por completar la encuesta y, por favor, tome la salida de la final de la encuesta pulsando "hecho".

**30. ¿Cuánto tiempo hace que sabe de lo siguiente...?**

< 1 año 1-2 años 3-4 años 5-6 años 7-8 años 9-10años >10años

Dolor lumbar probablemente debido a un quiste de Tarlov

Primer diagnóstico por resonancia magnética o una tomografía

Primer reconocimiento médico de un TC como causa del dolor de espalda

**31. Por favor, describa la ubicación y el tamaño de los quistes de Tarlov con una precisión de centímetros.**

1 cm 2 cm 3 cm 4 cm 5 cm 6 cm más 6 cm

Nivel S1

Nivel S2

Nivel S3

Nivel S4

Nivel S5

**32. ¿Ha tenido un procedimiento invasivo de un quiste de Tarlov?**

(Nota: un procedimiento invasivo es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio).

No

Sí, una vez

Sí, dos veces

Sí, 3 veces

Sí, 4 veces o más

**33. Si tuvo un procedimiento invasivo de quiste de Tarlov, ¿ha tenido lo siguiente? (Completar una fila para cada cirugía en su caso, puede marcar más de una marca de verificación)**

aspiración percutánea inyección de fibrina escisión quirúrgica cirugía de injerto Otra cirugía

Procedimiento 1

Procedimiento 2

Procedimiento 3

Procedimiento 4

**34. Tuve las siguientes complicaciones después de mi cirugía(s) (marque lo que corresponda):**

Meningitis aséptica Aracnoiditis Problemas de vejiga Función Eréctil (hombres) control del intestino No puede caminar cuatro semanas después de la cirugía

Procedimiento 1

Procedimiento 2

Procedimiento 3

Procedimiento 4

**35. Si tuvo FGI (inyección de fibrina), por favor, seleccionar el que se aplique:**

Una imagen de resonancia magnética después de FGI muestra que todavía tengo un quiste de Tarlov con el líquido en él.

Una resonancia magnética después de FGI muestra que ahora NO tengo quiste de Tarlov con líquido en él.

No he tenido resonancia magnética después de mi (última) FGI

**36. Si usted ha tenido FGI, cuál de las siguientes se aplica a su afección después de FGI (en comparación con antes de FGI):**

Definitivamente mejor / Mayormente mejor / No sé / Mayormente peor / Definitivamente peor

3 meses después de la primera FGI

6 meses después de la primera FGI

Un año después de la primera FGI

3 meses después de la 2ª FGI

6 meses después de la 2ª FGI

Un año después de la segunda FGI

3 meses después de la tercera FGI

6 meses después de la tercera FGI

Un año después de la tercera FGI

37. Si ha tenido cirugía de quiste de Tarlov, cuáles de las siguientes opciones se aplica a su dolencia después de la cirugía (en comparación con antes de la cirugía):

Definitivamente mejor / Mayormente mejor / No sé / Mayormente peor / Definitivamente peor  
3 meses después de la 1ª cirugía  
6 meses después de la 1ª cirugía  
1 año después de la primera cirugía  
3 meses después de la 2ª cirugía  
6 meses después de la 2ª cirugía  
Un año después de la 2ª cirugía  
3 meses después de la 3ª cirugía  
6 meses después de la 3ª cirugía  
1 año después de la 3ª cirugía

38. Por favor, indique si alguna vez ha tenido las siguientes infecciones por herpes y si ha notado una interacción aparente entre el herpes y la afección del quiste de Tarlov (TC).

He tenido esta enfermedad / Nunca tuve esta enfermedad / Al menos una vez, el TC y el herpes parecía interactuar / Nunca he notado una aparente interacción TC-herpes  
HSV1 (herpes simple), p.e: herpes labial  
HSV2 (herpes simple II), p.e: llagas en los genitales  
Herpes zoster (culebrina) p.e: reactivación de la varicela  
Virus de Epstein-Barr (VEB)  
Citomegalovirus (CMV)

39. Mi vejiga y las funciones del intestino son las siguientes (marque lo que corresponda):

No hay problemas  
Orina con frecuencia  
Goteo, no puede controlar  
Cistitis (infección de la vejiga)  
Dolor / ardor al orinar  
Tarda mucho en empezar a orinar  
Estreñimiento  
Diarrea, acuosa (más de 3 veces al día)  
Dolor abdominal

40. Mi sexualidad se puede describir como (marque lo que corresponda):

Pérdida de interés en el sexo  
Relaciones sexuales dolorosas  
No se puede alcanzar el orgasmo  
Para hombres, sin erección matutina

41. Mi sueño puede ser descrito de la siguiente manera (marque lo que corresponda):

Imposible encontrar una posición cómoda  
Problemas para conciliar el sueño  
Me despierto 3 veces o más por noche

42. Mi estado de ánimo y psicológico puede ser descrito de la siguiente manera (marque lo que corresponda):

Irritable  
Triste / se siente triste, a veces sin razón  
Llora, sin motivo  
Falta de concentración  
No puede recordar una lista de la compra de 5 artículos  
Pensamientos suicidas  
Diagnosticado como depresivo

43. La intervención siguiente si (si es aplicable) me ha afectado de la siguiente manera:

Definitivamente causa dolor / Causa dolor / Sin efecto / El efecto del dolor disminuye / Definitivamente disminuye el dolor  
Estiramiento  
Caminar 15 minutos  
Acostado  
Sentarse 30 minutos  
Calor  
Frío  
Masaje

Terapia de ultrasonidos  
Inversión de las tablas  
Terapia cráneo-sacra  
TENS  
Interferencial actual  
Manipulación quiropráctica  
Acupuntura  
Herbolario (a base de hierbas)  
Antiinflamatorios p.e: Celebrex, Vioxx, Indocid  
Prednisona  
Antidepresivos (SSRI), p.e: Paxil, Prozac, Celexa, Zoloft y Lexapro  
Otros antidepresivos Effexor, Wellbutrin, Remeron  
Antidepresivos (tricíclicos), p.e: amitriptilina, nortriptilina  
Analgésicos de corta actuación p.e.: Tylenol, codeína  
Narcóticos de larga actuación p.e:MS Contin, Oxycontin  
Neurontin

**44. Mi control del dolor es:**

Definitivamente bueno  
Bueno  
No lo sé  
Pobre  
Definitivamente pobre

**45. Si el control del dolor es inadecuado, los motivos pueden ser los siguientes (marque lo que corresponda):**

El médico no quiere recetar narcóticos  
No puede permitirse los medicamentos  
Miedo a la adicción  
Los miembros de la familia no están de acuerdo en que tome la medicación  
No puedo tolerar los efectos secundarios

**46. Mi intensidad de dolor**

No tengo dolor en este momento  
El dolor es muy leve en este momento  
El dolor es moderado en este momento  
El dolor es bastante intenso en este momento  
El dolor es muy intenso en este momento

**47. Mi cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.):**

Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causarme dolor adicional  
Puedo cuidar de mí mismo, pero normalmente es muy doloroso  
Es doloroso cuidar de mí mismo y soy lento y cuidadoso  
Necesito un poco de ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal  
Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal  
No consigo vestirme, me lavo con dificultad y permanezco en cama

**48. Mi levantamiento de objetos de hoy:**

Puedo levantar objetos pesados sin que aumente el dolor  
Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor  
El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están convenientemente colocados, por ejemplo, sobre una mesa  
El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo manejar pesos ligeros y medianos si están convenientemente colocados  
Sólo puedo levantar pesos muy ligeros  
No puedo levantar ni llevar nada

**49. Mi paseo de hoy:**

El dolor no me impide caminar cualquier distancia  
El dolor me impide caminar más de una milla  
El dolor me impide caminar más de ½ milla  
El dolor me impide caminar más de 100 metros  
Sólo puedo caminar con un bastón o muletas  
Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que "arrastrarme" hasta el baño

**50. Mi asiento hoy:**

Puedo sentarme en cualquier silla, tanto tiempo como quiera  
Me puedo sentar en mi silla favorita tanto como me guste  
El dolor me impide estar sentado más de una hora  
El dolor me impide estar sentado más de ½ hora  
El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos  
El dolor me impide estar sentado

**51. Mi estancia de pie:**

Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin dolor adicional  
Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor  
El dolor me impide estar de pie durante más de una hora  
El dolor me impide estar de pie durante más de ½ hora  
El dolor me impide estar de pie durante más de 10 minutos  
El dolor me impide estar de pie

**52. Mi sueño de hoy:**

Mi sueño no se altera por el dolor  
Mi sueño es perturbado de vez en cuando por el dolor  
A causa de dolor he tenido menos de 6 horas de sueño  
A causa de dolor he tenido menos de 4 horas de sueño  
A causa de dolor he tenido menos de 2 horas de sueño  
El dolor me impide dormir

**53. Mi vida sexual hoy en día:**

Mi vida sexual es normal y no causa dolor adicional  
Mi vida sexual es normal pero me causa algún dolor extra  
Mi vida sexual es casi normal, pero es muy dolorosa  
Mi vida sexual está severamente restringida por el dolor  
Mi vida sexual es casi inexistente a causa del dolor  
El dolor impide que tenga vida sexual

**54. Mi vida social hoy en día:**

Mi vida social es normal y no me produce dolor extra  
Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor  
El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social y yo no salgo a menudo  
El dolor ha limitado la vida social a mi casa  
No tengo vida social a causa del dolor

**55. Mi viaje de hoy:**

Puedo viajar a cualquier parte sin dolor  
Puedo viajar a cualquier parte, pero me va aumentando el dolor  
El dolor es fuerte pero me las arreglo en viajes de más de dos horas  
El dolor me limita a viajes de menos de una hora  
El dolor me limita a los viajes cortos necesarios de menos de 30 minutos  
El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento

**56. Mi situación financiera es la siguiente:**

Definitivamente estresada  
Estresada  
Neutral  
Sin estrés  
Definitivamente sin estrés

**57. ¿Ha solicitado el seguro de incapacidad?**

No / Sí, aceptado / Sí, rechazado

**58. Si su demanda de discapacidad ha sido rechazada, de las siguientes frases se aplican a usted (marque lo que corresponda):**

No puedo pagar la ayuda legal para apelar mi caso  
Mi abogado no ha sido de gran ayuda en mi apelación  
Estoy muy desmotivado para apelar  
No sé cómo empezar una apelación  
No entiendo las razones del rechazo

59. El email (opcional) se puede proporcionar aquí o si desea ser completamente anónimo indique los primeros 3 dígitos o letras de su código postal seguido del mes de su cumpleaños.

60. Escriba los nombres, direcciones, teléfono y especialidad de los médicos que le han ayudado (da nombre y especialidad si no tienes otro tipo de información a mano).

61. ¿Es usted un miembro de TarlovTalk o cualquier otro foro del Grupo de Apoyo del quiste de Tarlov?

Sí

No

62. Sugerencias sobre la manera de mejorar el Grupo de Apoyo del Quiste de Tarlov:

63. Otros comentarios y GRACIAS por completar la encuesta. Los resultados se publicarán en unas 6 semanas: