

Cuestionario de Síntomas Nasosinusales SNOT-22

Image



Integramos una nueva herramienta de gran utilidad para el colectivo de Otorrinolaringólogos andaluces, el “SNOT 22”. Esta escala incorporada en Estación Clínica nos permite valorar la calidad de vida de los pacientes con rinosinusitis como medida de resultados en salud.

Las enfermedades que afectan a la mucosa nasosinusal, como la rinitis alérgica y no alérgica, la rinosinusitis crónica y la poliposis nasosinusal, han demostrado tener una alta prevalencia en la sociedad occidental.

El SNOT 22, además de evaluar la sintomatología naso-sinusal, contempla al individuo en forma integral con las repercusiones físicas, funcionales y emocionales que le genera la enfermedad.

El objetivo del tratamiento en este tipo de problemas de salud se suele centrar en la la disminución de los síntomas y control de la inflamación. Por este motivo, es fundamental tener un instrumento que permita medir sistemáticamente la sintomatología del paciente en la consulta inicial, evaluar la efectividad de los tratamientos durante las visitas de seguimiento, así como ser uno de los elementos decisivos para la indicación de los nuevos tratamientos.

¿Dónde?

Os mostramos dónde podemos encontrar esta nueva herramienta clínica:

Image

SNOT22

Escalas (Valoración de hábitos de vida)

> Identificación del paciente

∨ **Instrucciones para el paciente**

A continuación encontrará una lista de síntomas y consecuencias sociales y emocionales en relación con su trastorno nasal. Nos gustaría saber más sobre estos problemas y le agradeceríamos responder a las siguientes preguntas en la medida de su capacidad. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo usted puede proporcionarnos esta información.

Por favor califique sus problemas en base a como han sido durante las últimas dos semanas.

Teniendo en cuenta la gravedad y la frecuencia con la que usted experimenta el problema, califique cada uno de los puntos a continuación marcando el número que se corresponde con la gravedad/severidad de su problema ,siendo :	0 - Ningun problema
	1 - Problema muy leve
	2 - Problema leve
	3 - Problema moderado
	4 - Problema Grave/Severo
	5 - El problema ha llegado al máximo de su Gravedad

Image

Por favor, califique sus problemas en base a como han sido durante las últimas dos semanas en la escala del 0 al 5, y los cinco problemas que considere que más le afectan en la columna final de la derecha* :

1. Necesidad de sonarse la nariz	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
2. Congestión /Obstrucción nasal	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
3. Estornudos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
4. Secreción nasal continua	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
5. Tos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
6. Sensación de moco que cae por la parte posterior de la garganta	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
7. Secreción nasal espesa	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
8. Sensación de oído taponado	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
9. Mareos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
10. Dolor de oídos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
11. Dolor/Presión facial	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
12. Alteración del gusto/Olfato	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
13. Dificultad para quedarse dormido	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *
14. Se despierta durante la noche	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/> *