

CUESTIONARIO ESPRINT: VERSIÓN DE 28 ÍTEMES

**(Cuestionario para la Medición de la Calidad de Vida
Relacionada con la Salud en Pacientes con Rinitis)**

- A continuación, encontrará una lista de situaciones asociadas con la rinitis. Por favor, indique cuánto le ha molestado cada una de estas situaciones durante **las últimas 2 semanas**, rodeando con un círculo el número correspondiente a la respuesta que se parezca más a lo que a Usted le pasa.

- No hay respuestas correctas o incorrectas, lo que nos interesa es conocer su opinión.

Seguidamente, encontrará algunas preguntas sobre las molestias ocasionadas por la rinitis. Por favor, rodee con un círculo el número correspondiente a la respuesta que Usted elija. Es importante que conteste a todas las preguntas.

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto le ha molestado cada uno de los siguientes síntomas?

Síntomas nasales	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo
1. La sensación de tener la nariz tapada o la sensación de obstrucción	0	1	2	3	4	5	6
2. La mucosidad nasal líquida o como agua	0	1	2	3	4	5	6
3. El picor en la nariz o estornudos repetidos	0	1	2	3	4	5	6
4. La nariz enrojecida o irritada	0	1	2	3	4	5	6
Otros síntomas	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo
5. El lagrimeo de ojos	0	1	2	3	4	5	6
6. El picor de ojos o tener que rascarse los ojos	0	1	2	3	4	5	6
7. Los ojos enrojecidos o hinchados	0	1	2	3	4	5	6
8. La dificultad para respirar, la sensación de asfixia o ahogo	0	1	2	3	4	5	6
9. El picor de garganta o del paladar	0	1	2	3	4	5	6

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto le ha molestado cada una de las siguientes situaciones?

Actividades de la vida diaria	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo
10. La incomodidad o dificultad para trabajar, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
11. Los síntomas de la rinitis cenando o tomando algo fuera de casa	0	1	2	3	4	5	6
12. Los problemas para concentrarse en el trabajo, en los estudios, etc, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6

13. Interrumpir constantemente lo que estaba haciendo, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
Aspectos ambientales	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo
14. Pasar mal o tener dificultades para estar en lugares cerrados con el ambiente cargado, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
15. Le han molestado los cambios bruscos de temperatura, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
16. Le ha molestado la luz solar o el viento, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
Vitalidad	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo
17. Levantarse cansado/a o fatigado/a, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
18. Estar tan cansado que parecía que no se iba a recuperar en todo el día, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
19. Estar sin ganas de hacer nada, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
Sueño	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo
20. Los problemas para dormir o las dificultades para conciliar el sueño, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
21. Levantarse con sequedad en la boca o despertarse por esto, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
22. Despertarse o levantarse por la noche, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
23. Dormir mal, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
Afectación psicológica	No me ha molestado nada	No me ha molestado casi nada	Me ha molestado poco	Me ha molestado moderadamente	Me ha molestado bastante	Me ha molestado mucho	Me ha molestado muchísimo
24. Sentirse amargado/a o agobiado/a por los síntomas de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
25. Tener que estar pendiente de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
26. Estar más irritable o de mal humor, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
27. Pasar mal o sentirse mal, a causa de la rinitis	0	1	2	3	4	5	6
28. En general, teniendo en cuenta su rinitis y ningún otro trastorno, ¿cómo diría que es su salud?							
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy Buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala			