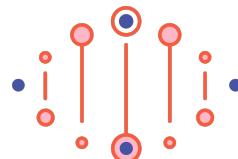


---

**Análisis integrado mediante tecnologías ómicas e  
inteligencia artificial para la identificación e  
implementación de herramientas de medicina  
personalizada en las espondiloartritis.**



**PreMedSpa  
(COHORTE control)**

**ANEXO I**

**Cuaderno de Recogida de Datos (investigador)**

**Centro**                               /    /    /   

**Número de paciente**                               /    /    /    /    /

Apellido \_\_\_\_\_  
/ / / / /  
Centro \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_

## Criterios de Inclusión

	si	no
<b>CI1:</b> Lumbalgia o artralgia crónica (>3 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CI2:</b> NO diagnóstico de EspA, APso ni de otra enfermedad reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CI3:</b> NO haber recibido en ningún momento tratamiento biológico o fármaco dirigido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CI4:</b> Capaz de comprender las preguntas y completar los cuestionarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CI5:</b> Se ha obtenido el consentimiento informado escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CI6:</b> Extraída muestra de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Todo lo anterior deben ser “si” para incluir al paciente.**

Fecha firma de consentimiento informado

/ / / / / 20 / /

/ / / / / / / /  
Centro/ / / / / / / /  
Paciente

## Datos demográficos

**DEM1:** Fecha de la visita actual

/ / / / / / / / 20 / / /

**DEM2:** Fecha de nacimiento

/ / / / / / / / / / / /

**DEM3:** Sexo

masculino  femenino 

**DEM4:** Peso

/ / / / / / / /  
kilos

**DEM5:** Altura

/ / / / /  
cm

**DEM6:** Tensión arterial

- Sistólica / / / / mmHg
- Diastólica / / / / mmHg

**DEM7:** Tabaquismo

- nunca
- fumador pero dejó hace más de 3 años
- fumador pero dejó hace 3 años o menos
- fumador actual

**DEM8:** Ingesta de alcohol

- Nunca/ocasionalmente
- Bebedor habitual

**DEM9:** Nivel socio-educativo – *por favor, marque la casilla del NIVEL MÁS ALTO*

- Primario (o menos)
- Secundario
- Bachillerato/Formación profesional
- Universidad

**DEM10:** Profesión actual – *por favor, marque una sola casilla*

- Jubilado
- Agricultura/ganadería
- Industria
- Empleado público
- Sector servicios
- Desempleado
- Trabajador por cuenta propia
- Ama de casa

**DEM11:** Ejercicio físico

- No
- Ocasionalmente
- Regularmente

/ / / /

Centro

/ / / /

Paciente

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Presencia en primer o segundo grado de parentesco de alguna de las siguientes:

	Si	No	No disponible
- Espondilitis Anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uveítis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Artritis reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Manifestaciones articulares en algún momento previo a la visita

### 1. Afectación axial

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez dolor lumbar crónico?  
si  no

### 2. Enfermedad articular periférica (excluyendo cadera)

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez artritis (excluyendo cadera)?  
si  no

### 3. Afectación de cadera

- ¿Considera que el paciente ha presentado alguna vez afectación de cadera?  
si  no

### 4. Entesitis

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez un episodio de entesitis relacionada a la espondiloartritis?  
si  no

Si es afirmativo, ¿algunas de estas localizaciones?

si no

- Tendón de Aquiles
- Fascia plantar

### 5. Dactilitis

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez un episodio de dactilitis?  
si  no

## Manifestaciones extra-articulares

### EXTRA: Manifestaciones extra-articulares

**1. Uveítis**

¿Alguna vez el paciente ha presentado Uveítis Anterior Aguda confirmada por un oftalmólogo?

**si    no**

- Si es afirmativo, ¿cuál de las siguientes Uveítis?

**si    no**

- Uveítis anterior aguda
- Uveítis intermedia
- Uveítis posterior
- Panuveítis

- 
- 
- 
- 

**2. Psoriasis**

¿Alguna vez el paciente ha presentado un episodio de Psoriasis confirmada por un dermatólogo?

**si    no**

**si    no**

Psoriasis en placas

Psoriasis invertida

Psoriasis palmoplantar

Psoriasis ungueal

Psoriasis en cuero cabelludo

**3. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)**

¿Está el paciente diagnosticado de EII por un digestólogo?

**si    no**

- Si es afirmativo, ¿cuál de las siguientes EII?

**si    no**

- Enfermedad de Crohn
- Colitis Ulcerosa
- Colitis inespecífica
- Colitis colágena

- 
- 
- 
- 

## COMORBILIDADES

### CV. Enfermedades cardiovasculares

/ / / /

Centro

/ / / /

Paciente

■ ¿El paciente ha sido diagnosticado alguna vez de...?	si	no	Desconocido
- Trastornos del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dislipemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cardiopatía isquémica (ej. <i>angor, IAM..</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hiperuricemia o gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Úlcera gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fractura vertebral o espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Neumopatía intersticial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Amiloidosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hígado graso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras 1 _____			
- Otras 2 _____			
- Otras 3 _____			

## CAN. Enfermedades malignas

¿El paciente ha presentado alguna enfermedad maligna?    **Si      no      desconocido**

En caso afirmativo, anote el tipo de enfermedad maligna y la fecha. En el CRD electrónico aparecerá un listado para que seleccione el tipo de cáncer.

	Tipo	Fecha (año)
Enfermedad maligna 1		/ / / / /
Enfermedad maligna 1		/ / / / /

## Laboratorio

### LAB: Laboratorio

PCR de la visita del estudio: / / /  mg/L  mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: / / /  mg/L  mg/dL
- 

HLA-B27

Positivo  Negativo

### TT. Modalidades de tratamiento desde el inicio de la enfermedad

▪ Hipolipemiantes	/ / /*
▪ Fármacos antiarrítmicos	/ / /*
▪ Antiagregantes	/ / /*
▪ Anticoagulantes	/ / /*
▪ Antidiabéticos orales o insulina	/ / /*
▪ Antihipertensivos	/ / /*
▪ Corticoides locales	/ / /*
▪ Corticoides orales	/ / /*
▪ AINES	/ / /*
▪ Mesalazina	/ / /*
▪ Metotrexate	/ / /*
▪ Sulfasalazina	/ / /*
▪ Azatioprina	/ / /*
▪ Ciclosporina	/ / /*
▪ Relajantes musculares	/ / /*
▪ Opioides	/ / /*
▪ Antidepresivos	/ / /*
▪ Ansiolíticos	/ / /*

\*0 = nunca    1 = historia pasada    2 = actual

**DIG. ¿Cual es el diagnóstico final del paciente ? (puede elegir más de una opción)**

- Lumbartrosis
- Discopatía
- Anomalía de la transición lumbosacra
- Osteítis condensante del ilíaco
- Fibromialgia
- Lumbalgia inespecífica
- Escoliosis
- Artralgias mecánicas
- Artrosis
- Artritis microcristalina
- Artritis Reumatoide
- Otras (especificar): .....