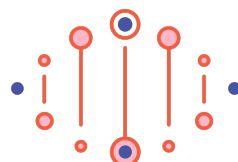

**Análisis integrado mediante tecnologías ómicas e
inteligencia artificial para la identificación e
implementación de herramientas de medicina
personalizada en las espondiloartritis.**



PreMedSpa
(COHORTE R5)
Visita basal

ANEXO I

Cuaderno de Recogida de Datos (investigador)

Centro

/ _ / _ / _ /

/ / / /
 Apellido

 / / / /
 Nombre

 / / / /
 Centro

 / / / /
 Paciente

Criterios de Inclusión

	si	no
CI1: <5 años desde el inicio de los síntomas/signos (DLI, artritis, entesitis, dactilitis)	☐	☐
CI2: NO haber recibido en ningún momento tratamiento biológico	☐	☐
CI3: Capaz de comprender las preguntas y completar los cuestionarios	☐	☐
CI4: Se ha obtenido el consentimiento informado escrito	☐	☐
CI5: Extraída muestra de sangre	☐	☐

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

Fecha firma de consentimiento informado

/ / / / 20 / / /

/ / / /
Apellido/ / / /
Nombre/ / / /
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 ☐

/ / / /
Apellido/ / / /
Nombre/ / / /
Centro/ / / /
Paciente

Manifestaciones articulares en algún momento previo a la visita

ART: Manifestaciones axiales y articulares

¿Con qué manifestación musculoesquelética debutó el paciente?. Añadir mes y año del síntoma de debut:

- ☐ Dolor axial (lumbar/dorsal/glúteo/cuello) inflamatorio: / / / / / / / / / / (fecha)
- ☐ Artritis periférica: / / / / / / / / / / (fecha)
- ☐ Artritis de cadera: / / / / / / / / / / (fecha)
- ☐ Entesitis: / / / / / / / / / / (fecha)
- ☐ Dactilitis: / / / / / / / / / / (fecha)

Si el paciente ha presentado alguna manifestación extra-musculoesquelética, ¿cuándo comenzó?

- ☐ Psoriasis: / / / / / / / / / / (fecha)
- ☐ EII: / / / / / / / / / / (fecha)
- ☐ Uveítis: / / / / / / / / / / (fecha)

Fecha diagnóstico de la enfermedad: / / / / / / / / / /
Mes Año

¿el paciente tuvo infección por COVID-19 previamente al inicio de los síntomas? si ☐ no ☐

¿el paciente está correctamente vacunado de COVID? si ☐ no ☐

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?

- Tendón de Aquiles
- Fascia plantar

si no

☐ ☐
☐ ☐

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

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

CAN. Enfermedades malignas

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

En caso afirmativo, anote el tipo de enfermedad maligna y la fecha.

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

/ / / /
Apellido/ / / /
Nombre/ / / /
Centro/ / / /
Paciente

Por favor, en la radiografía AP de sacroilíacas (de menos de 1 año de antigüedad*), marque el grado de sacroilítis en cada una de las articulaciones:

	Sacroilíaca derecha					Sacroilíaca izquierda				
Grado	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

*En caso de >1 año de antigüedad, solicite una nueva radiografía.

Fecha de la radiografía / / / / / /

HIP. Daño estructural a nivel de caderas

Por favor, en la radiografía AP de caderas (de menos de 1 año de antigüedad*), marque el grado de afectación en cada una de las articulaciones:

*En caso de >1 año de antigüedad, solicite una nueva radiografía.

	Cadera derecha	Cadera izquierda
0 = Normal		
1 = Sospechoso. Posible estrechamiento focal del espacio articular.		
2 = Mínimo. Estrechamiento definido, dejando un espacio articular circunferencial mayor de 2 mm.		
3 = Moderado. Estrechamiento pero con un espacio articular circunferencial MENOR de 2 mm o inclusión de un hueso sobre otro <2cm		
4 = Afectación severa. Deformidad ósea o inclusión de un hueso sobre otro >2cm o prótesis total de cadera		

Fecha de la radiografía / / / / / /

RMN. Inflamación a nivel de las articulaciones sacroilíacas en RMN

si no

¿Tiene RM reciente (<6 meses*)?: ☐ ☐

*Si RM >6 meses, por favor, solicite una RM nueva solamente si usted lo considera indicado para su paciente en la actual situación (por ejemplo, persistencia de lumbalgia inflamatoria, PCR elevada, etc.).

Por favor, en la RNM de sacroilíacas, indique si el paciente cumple la definición ASAS de RMN positiva: al menos una lesión inflamatoria en STIR en dos cortes, o bien al menos dos lesiones inflamatorias en STIR en un corte.

si no

Definición ASAS para RMN-SI positiva: ☐ ☐

Fecha de la RMN-SI / / / / / /

Exploración física

Articulaciones inflamadas hoy*

Izquierda

☐						☐	Temporo-mandibular	☐					
☐						☐	Esternoclavicular	☐					
☐						☐	Acromio-clavicular	☐					
☐						☐	Hombro	☐					
☐						☐	Codo	☐					
☐						☐	Muñeca	☐					
☐	☐	☐	☐	☐	☐		MCF	☐	☐	☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V	
☐	☐	☐	☐	☐	☐		IFP	☐	☐	☐	☐	☐	
V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V	
☐	☐	☐	☐	☐	☐		IFD	☐	☐	☐	☐	☐	
V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V	
☐						☐	Cadera	☐					
☐						☐	Rodilla	☐					
☐						☐	Tobillo	☐					
☐						☐	Mediotarsiana	☐					
☐	☐	☐	☐	☐	☐		MTF	☐	☐	☐	☐	☐	
V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V	
☐	☐	☐	☐	☐	☐		IFP o IFD	☐	☐	☐	☐	☐	
V	IV	III	II	I				I	II	III	IV	V	

Articulaciones dolorosas hoy*

Izquierda

	☐	Temporo-mandibular	☐
	☐	Esternoclavicular	☐
	☐	Acromio-clavicular	☐
	☐	Hombro	☐
	☐	Codo	☐
	☐	Muñeca	☐
☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II
☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II
☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II
☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II
	☐	Cadera	☐
	☐	Rodilla	☐
	☐	Tobillo	☐
	☐	Mediotarsiana	☐
☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II
☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II

- Cadera derecha: ☐ ☐
- Cadera izquierda : ☐ ☐
- Hombro derecho : ☐ ☐
- Hombro izquierdo: ☐ ☐

10

_____/_____/_____/_____/_____
Apellido

_____/_____/_____/_____/_____
Centro

_____/_____/_____/_____/_____
Nombre

_____/_____/_____/_____/_____
Paciente

Por favor, complete cada casilla tras presionar en un área específica

1/ presión = use su pulgar dominante hasta el blanqueo de la uña

2/ marque los puntos dolorosos a la presión:

- Paciente en posición supina:

Derecha	Izquierda
☐ Condrocostal 1º	☐
☐ Condrocostal 7º	☐
☐ tuberosidad mayor del húmero	☐
☐ cóndilo medial del húmero	☐
☐ cóndilo lateral del húmero	☐
☐ crestas ilíacas	☐
☐ espinas ilíacas antero-superiores	☐
☐ trocanter mayor del fémur	☐
☐ cóndilo medial del fémur	☐
☐ tubérculo tibial	☐
☐ inserción del cuádriceps en el borde superior de la rótula	☐
☐ inserción del tendón de Aquiles	☐
☐ fascia plantar en el calcáneo	☐

- Paciente en posición de pie:

Derecha	Izquierda
apófisis espinosas lumbares	☐
☐ espinas ilíacas postero-superiores	☐

3. Dactilitis hoy

Por favor, complete cada casilla según la presencia o no de dactilitis.

/ / / /
Apellido/ / / /
Nombre/ / / /
Centro/ / / /
Paciente

	Derecha					Izquierda				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Dedo de la mano	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dedo del pie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Dolor lumbar hoy:

- En el momento de la visita, ¿el paciente presenta dolor lumbar crónico? (>3 meses de duración) **si** ☐ **no** ☐
- En caso afirmativo, ¿este dolor lumbar es de características inflamatorias?
si ☐ **no** ☐

5. Psoriasis hoy:

% área cutánea con psoriasis*

/ / / /

(*1% = palma de la mano - si no hay psoriasis, anotar
/ 0 / 0 / 0 /**MED: Evaluación del médico**

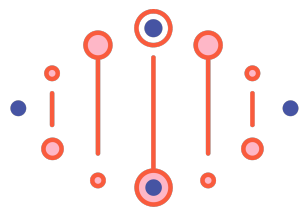
Muy bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy mal
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

/ / / /
Apellido/ / / /
Nombre/ / / /
Centro/ / / /
Paciente

Enfermedad hoy

¿cuál es la enfermedad que mejor describe a su paciente?

- Espondiloartritis axial radiográfica (espondilitis anquilosante) ☐
- Espondiloartritis axial no radiográfica ☐
- Espondiloartritis periférica ☐
- Artritis psoriásica ☐
- Artritis psoriásica axial ☐
- Artritis reactiva ☐
- Artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal ☐
- Espondiloartritis juvenil ☐



PreMedSpa

(COHORTE R5)

Visita basal

ANEXO I

PROs (paciente)

Centro

/ _ / _ / _ /

_____/_____/_____/_____/_____
Apellido

_____/_____/_____/_____/_____
Nombre

_____/_____/_____/_____/_____
Centro

_____/_____/_____/_____/_____
Paciente

PAT1: Evaluación global del bienestar del paciente

Teniendo en cuenta todas las formas en que su espondiloartritis lo ha afectado durante la última semana, marque con un círculo el número que mejor describa cómo se siente:

Muy bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy mal
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

PAT2: Dolor vertebral nocturno debido a la Espondiloartritis

¿Cuánto dolor ha tenido en la espalda por la noche durante la última semana?

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peor dolor imaginable
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

PAT3: Actividad de la enfermedad

¿Cómo de activa ha estado su enfermedad reumática en la última semana?

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peor dolor imaginable
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

_____/_____/_____/_____
Apellido

_____/_____/_____/_____
Nombre

_____/_____/_____/_____
Centro

_____/_____/_____/_____
Paciente

PAT4: Actividad de la Enfermedad

Índice de Actividad en Espondilitis Anquilosante (BASDAI)

Por favor, marque con una cruz (X) la respuesta a cada pregunta de acuerdo a como se sintió usted durante la última semana.

1. ¿Cuánta fatiga o cansancio ha tenido usted?

Ninguno ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Muchísimo

2. ¿Cuánto dolor ha tenido usted en cuello, espalda o caderas debido a la espondilitis anquilosante?

Ninguno ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Muchísimo

3. ¿Cuánto dolor o inflamación ha tenido usted en las otras articulaciones (sin contar cuello, espalda o caderas)?

Ninguno ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Muchísimo

4. ¿Cuánto malestar ha tenido usted en las partes de su cuerpo que le duelen al tocarlas o presionarlas?

Ninguno ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Muchísimo

5. ¿Cuánta rigidez matutina ha tenido usted al despertarse?

Ninguno ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Muchísimo

6. ¿Cuánto tiempo le dura la rigidez matutina desde que se levanta?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

0 horas

1 hora

2 horas o más

PAT5: Capacidad funcional

Índice de Capacidad Funcional en Espondilitis Anquilosante (BASFI)

Por favor, marque con una cruz (x) su capacidad durante la última semana para realizar las actividades que se detallan a continuación:

1. Ponerse los calcetines (o medias) sin ayuda.

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

2. Recoger un bolígrafo del suelo sin ayuda, inclinándose hacia delante (doblando la cintura).

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

3. Coger de una estantería un objeto situado por encima de su cabeza sin ayuda.

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

4. Levantarse de una silla sin apoyar las manos ni utilizar ninguna otra ayuda.

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

5. Estando acostado sobre la espalda y levantarse del suelo sin ayuda.

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

6. Estar a pie firme, sin apoyarse en nada durante 10 minutos y no tener molestias.

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

7. Subir 12 o 15 escalones sin agarrarse al pasamanos ni usar bastón o muletas (poniendo un pie en cada escalón).

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

8. Mirarse un hombro girando sólo el cuello (sin girar el cuerpo).

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

9. Realizar actividades que supongan un esfuerzo físico como ejercicios de rehabilitación, trabajos de jardinería o deportes.

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

10. Realizar actividades que requieran dedicación plena durante todo el día, en casa o en el trabajo.

Fácilmente ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 Imposible

/ / / /
 Apellido

 / / / /
 Nombre

 / / / /
 Centro

 / / / /
 Paciente

PAT6: Cuestionario FiRST

- | | si | no |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Tengo dolores por todo el cuerpo. | ☐ | ☐ |
| ▪ Los dolores vienen acompañados de una fatiga general permanente. | ☐ | ☐ |
| ▪ Los dolores son como quemaduras, descargas eléctricas o calambres | ☐ | ☐ |
| ▪ Los dolores vienen acompañados de otras sensaciones anormales
como pinchazos, entumecimiento, adormecimiento u hormigueos por todo el cuerpo. | ☐ | ☐ |
| ▪ Los dolores vienen acompañados de otros problemas de salud, como
problemas digestivos, urinarios, dolor de cabeza o piernas inquietas. | ☐ | ☐ |
| ▪ Esos dolores tienen una repercusión importante en su vida diaria,
especialmente en el sueño, en la capacidad de concentración o en la
sensación de realizar actividades con lentitud. | ☐ | ☐ |

/ / / /
 Apellido

 / / / /
 Nombre

 / / / /
 Centro

 / / / /
 Paciente

PAT 7: ASAS-Health Index (ASAS-HI)

Por favor, seleccione la casilla que considere más oportuna en este momento teniendo en cuenta su enfermedad reumática (el término "enfermedad reumática" se refiere a todas las formas de espondiloartritis, incluida la espondilitis anquilosante).

1. El dolor a veces trastorna mis actividades normales.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

2. Me resulta difícil estar de pie mucho tiempo.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

3. Tengo problemas para correr.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

4. Tengo problemas para usar el váter.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

5. A menudo estoy agotado/a.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

6. Estoy menos motivado/a para realizar actividades que requieran esfuerzo físico.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

7. He perdido el interés por el sexo.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo
☐ No aplicable, no quiero responder

8. Tengo dificultad para manejar los pedales en mi coche.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo
☐ No aplicable, no puedo/no conduzco

9. Me resulta difícil establecer comunicación con la gente.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

10. Soy incapaz de caminar fuera de casa por un terreno llano.

- ☐ Estoy de acuerdo
☐ No estoy de acuerdo

/ / / /
Apellido/ / / /
Nombre/ / / /
Centro/ / / /
Paciente

11. Me resulta difícil concentrarme.

- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ No estoy de acuerdo

12. Estoy limitado/a para viajar a causa de mi movilidad.

- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ No estoy de acuerdo

13. A menudo me siento frustrado/a.

- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ No estoy de acuerdo

14. Me resulta difícil lavarme el pelo.

- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ No estoy de acuerdo

15. He experimentado cambios económicos debido a mi enfermedad reumática.

- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ No estoy de acuerdo

16. Duermo mal de noche.

- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ No estoy de acuerdo

17. No puedo superar mis dificultades.

- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ No estoy de acuerdo

PAT8: PsAID12: Cuestionario EULAR sobre el impacto de la Artritis Psoriásica

(CUESTIONARIO SOLO PARA PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA)

Queremos que nos indique qué impacto tiene la artritis psoriásica sobre su salud. Por favor, díganos cómo se ha sentido usted durante la última semana:

1. Dolor

Rodee con un círculo el número que mejor describa el dolor que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor insuperable
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

2. Fatiga/cansancio

Rodee con un círculo el número que mejor describa la sensación de fatiga o cansancio que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Nada fatigado/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente agotado
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------

3. Problemas de piel

Rodee con un círculo el número que mejor describa los problemas de la piel, incluyendo picor, que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Sin problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Problemas insuperables
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

4. Trabajo y/o actividades de ocio

Rodee con un círculo el número que mejor describa las dificultades que ha tenido para desarrollar completamente su trabajo y/o participar en actividades de ocio debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Sin dificultad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dificultad insuperable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

5. Capacidad funcional para desarrollar su actividad diaria

Rodee con un círculo el número que mejor describa la dificultad que ha tenido para hacer las actividades físicas cotidianas debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Sin dificultad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dificultad insuperable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

6. Sensación de incomodidad/irritación

Rodee con un círculo el número que mejor describa la sensación de incomodidad y/o irritación que ha sentido debido a su artritis psoriásica:

Ninguna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Insuperable
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

_____/_____/_____/_____
Apellido

_____/_____/_____/_____
Nombre

_____/_____/_____/_____
Centro

_____/_____/_____/_____
Paciente

7. Dificultad para dormir

Rodee con un círculo el número que mejor describa su dificultad para dormir (es decir, para descansar por la noche) debido a su artritis psoriásica durante la última semana.

Sin dificultad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dificultad insuperable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

8. Afrontamiento/conllevar

Teniendo en cuenta su artritis psoriásica, ¿qué tal ha conseguido afrontar, conllevar, sobrellevar o hacerse cargo de su enfermedad durante la última semana?

Muy bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy mal
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

9. Ansiedad, miedo e incertidumbre

Rodee con un círculo el número que mejor describa el nivel de ansiedad, miedo e incertidumbre (por ejemplo a: futuro incierto, tratamiento, miedo a la soledad) que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana.

Ninguna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Insuperable
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

10. Apuro y/o vergüenza

Teniendo en cuenta su artritis psoriásica en general, rodee con un círculo el número que mejor describa el nivel de apuro y/o vergüenza por su apariencia que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Ninguno	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Insuperable
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

11. Participación social

Rodee con un círculo el número que mejor describa las dificultades que ha tenido para participar de forma satisfactoria en actividades sociales (incluyendo las relaciones con la familia y/o gente muy cercana) debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Ninguna dificultad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Insuperable
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

12. Depresión

Rodee con un círculo el número que mejor describa su nivel de depresión (sentimiento de tristeza o estar depresivo) debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Ninguna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Insuperable
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

PAT9: HAQ (Health Assessment Questionnaire)**(CUESTIONARIO SOLO PARA PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA)**

	Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...?	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	☐	☐	☐	☐
	2) Enjabonarse la cabeza	☐	☐	☐	☐
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos	☐	☐	☐	☐
	4) Acostarse y levantarse de la cama	☐	☐	☐	☐
Comer	5) Cortar un filete de carne	☐	☐	☐	☐
	6) Abrir un cartón de leche nuevo	☐	☐	☐	☐
	7) Servirse la bebida	☐	☐	☐	☐
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano	☐	☐	☐	☐
	9) Subir cinco escalones	☐	☐	☐	☐
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo	☐	☐	☐	☐
	11) Sentarse y levantarse del retrete	☐	☐	☐	☐
	12) Ducharse	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1kg de una estantería colocada por encima de su cabeza	☐	☐	☐	☐
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo	☐	☐	☐	☐
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche	☐	☐	☐	☐
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos	☐	☐	☐	☐
	17) Abrir y cerrar grifos	☐	☐	☐	☐
Otras	18) Hacer los recados y compras	☐	☐	☐	☐
	19) Entrar y salir de un coche	☐	☐	☐	☐
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	☐	☐	☐	☐

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Vestirse, asearse | ☐ Caminar, pasear | ☐ Abrir y cerrar cosas (prensión) |
| ☐ Levantarse | ☐ Higiene personal | ☐ Recados y tareas de la casa |
| ☐ Comer | ☐ Alcanzar | |

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente

- | | |
|---|---|
| ☐ Cubiertos de mango ancho | ☐ Asiento alto para el retrete |
| ☐ Bastón, muletas, andador o silla de ruedas | ☐ Abridor para tarros previamente abiertos |
| ☐ Asiento o barra especial para el baño | |

/ / /
 Apellido

 / / /
 Nombre

 / / /
 Centro

 / / /
 Paciente

TTO: Historia y tratamientos actuales

1. AINES

	Nombre	Promedio de dosis diaria	Días de consumo	Fecha inicio	Fecha finalización	Motivo interrupción
AINE 1		mg.	☐ Continuo ☐ A demanda	/ / / / / / / /	/ / / / / / / / Continúa en la actualidad ☐	<i>Ineficacia</i> ☐ Efecto adverso: -Gastrointestinal ☐ -Cardiovascular ☐ -Renal ☐ <i>Mejoría</i> ☐ <i>Otra causa</i> ☐
AINE 1		mg.	☐ Continuo ☐ A demanda	/ / / / / / / /	/ / / / / / / / Continúa en la actualidad ☐	<i>Ineficacia</i> ☐ Efecto adverso: -Gastrointestinal ☐ -Cardiovascular ☐ -Renal ☐ <i>Mejoría</i> ☐ <i>Otra causa</i> ☐
AINE 1		mg.	☐ Continuo ☐ A demanda	/ / / / / / / /	/ / / / / / / / Continúa en la actualidad ☐	<i>Ineficacia</i> ☐ Efecto adverso: -Gastrointestinal ☐ -Cardiovascular ☐ -Renal ☐ <i>Mejoría</i> ☐ <i>Otra causa</i> ☐

____/____/____
Apellido

____/____/____
Nombre

____/____/____
Centro

____/____/____
Paciente

2. FAMES SINTÉTICOS

	Nombre	Promedio de dosis	Fecha inicio	Fecha finalización	Motivo interrupción
csDMARD 1		mg/díamg/sem	____/____/____/____/____/____/____/____	____/____/____/____/____/____/____/____ Continúa en la actualidad ☐	Ineficacia ☐ Nuevo síntoma ☐ Efecto adverso ☐ Mejoría ☐ Intervención qx ☐ Otra causa ☐
csDMARD 2		mg/díamg/sem	____/____/____/____/____/____/____/____	____/____/____/____/____/____/____/____ Continúa en la actualidad ☐	Ineficacia ☐ Nuevo síntoma ☐ Efecto adverso ☐ Mejoría ☐ Intervención qx ☐ Otra causa ☐
csDMARD 3		mg/díamg/sem	____/____/____/____/____/____/____/____	____/____/____/____/____/____/____/____ Continúa en la actualidad ☐	Ineficacia ☐ Nuevo síntoma ☐ Efecto adverso ☐ Mejoría ☐ Intervención qx ☐ Otra causa ☐

3. CORTICOIDES ORALES

	Nombre	Promedio de dosis	Duración del tratamiento
Corticoide oral 1		mg/día	<3 meses ☐ >3 meses ☐
Corticoide oral 2		mg/día	<3 meses ☐ >3 meses ☐

/_/_/_/_/_/_____
 Apellido

 /_/_/_/_/_/_____
 Nombre

 /_/_/_/_/_/_____
 Centro

 /_/_/_/_/_/_____
 Paciente

4. ¿INICIA TERAPIA BIOLÓGICA o TERAPIA DIRIGIDA EN ESTA VISITA O VA A INICIARLA TRAS ESTA VISITA?

 si ☐ no ☐

En caso afirmativo:

	Nombre	Dosis	Biosimilar	Fecha inicio
bDMARD o tsDMARD			☐ Original ☐ Biosimilar	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Día Mes Año

5. Otras modalidades de tratamiento desde el inicio de la enfermedad

▪ Hipolipemiantes	/_/_/ *
▪ Fármacos antiarrítmicos	/_/_/ *
▪ Antiagregantes	/_/_/ *
▪ Anticoagulantes	/_/_/ *
▪ Antidiabéticos orales o insulina	/_/_/ *
▪ Antihipertensivos	/_/_/ *
▪ Corticoides locales	/_/_/ *
▪ Relajantes musculares	/_/_/ *
▪ Opioides	/_/_/ *
▪ Antidepresivos	/_/_/ *
▪ Ansiolíticos	/_/_/ *

*0 = nunca 1 = historia pasada 2 = actual

/ / /
Apellido/ / /
Nombre/ / /
Centro/ / /
Paciente

6. Efecto adverso

Anotar el efecto adverso de los FAMES y de los Fármacos biológicos. En el CRD electrónico aparecerá la lista de efectos adversos para que pueda señalar el que corresponda.

Nombre del medicamento	Efecto adverso