



PROYECTO EISER.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS.

VISITA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Versión 3.1

Marzo 2021

Código paciente _____

4 dígitos. Los dos primeros son los correspondientes al centro. Los 2 siguientes al paciente (por orden de inclusión en el estudio).

Año de nacimiento _____ (aaaa)

Sexo _____

Fecha de la visita de estudio _____ (dd/mm/aaaa)

Firma consentimiento informado No Sí

Edad a la entrada del estudio _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Edad ≥ 18 años No Sí

(En el caso de los mayores de 50 años, se incluirán aquellos que no tengan una colonoscopia en los últimos 3 años o en caso de haberse realizado, que cumpla los criterios recogidos en el protocolo/manual del investigador)

Diagnosticado de EsP según los criterios CASPAR para APs y ASAS para EsPAx (radiográfica y no radiográfica), independientemente de la fecha de diagnóstico

No Sí

Capaz de entender y firmar el consentimiento informado y de comunicarse eficazmente con el personal que realiza el estudio No Sí

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Diagnóstico previo de EII u otra patología intestinal crónica en seguimiento activo, al menos en el servicio de Digestivo No Sí

Tratamiento con esteroides sistémicos (en dosis ≥ 10 mg de prednisona o equivalente) en los 30 días previos No Sí

Tratamiento con biológicos en los 30 días previos No Sí

Participación en algún ensayo clínico o proyecto de investigación relacionado con éste o algún otro problema de salud y que dificulte una adecuada participación en el estudio No Sí

Cualquier otro problema de salud que a juicio del investigador impida una adecuada participación en el estudio No Sí

HÁBITOS DE VIDA

Hábito tabáquico

Tipo de fumador

- no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual
- no fuma actualmente, pero ha fumado antes
- fuma, pero no a diario
- fuma a diario

Número de cigarrillos diarios (*Por término medio. Solo en caso de fumadores diarios y exfumadores*) _____

Edad a la que empezó a fumar (*solo en caso de fumadores diarios y exfumadores*) _____

Edad a la que dejó de fumar (*solo en caso de exfumadores*) _____

Consumo de alcohol

Cantidad y frecuencia de consumo (*Número de copas/vasos cada día de una semana habitual, dentro de los últimos 12 meses*)

Bebidas fermentadas (cerveza con alcohol, vino, sidra) No Sí

L – Mi (de media, un día) ___ J ___ V ___ S ___ D ___

Otras bebidas alcohólicas No Sí

L – Mi (de media, un día) ___ J ___ V ___ S ___ D ___

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA: entregar EuroQol-5D-5L al paciente

TRATAMIENTO CON IBP EN LA ACTUALIDAD

No

Sí

Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)
(si no se conoce el día, recoger como día 15)

Omeprazol Dosis diaria _____

Pantoprazol Dosis diaria _____

Lansoprazol Dosis diaria _____

Esomeprazol Dosis diaria _____

Rabeprazol Dosis diaria _____

ESPONDILOARTRITIS

Fecha de diagnóstico _____ (dd/mm/aaaa)
(si no se conoce el día, recoger como día 15)

Tipo de Espondiloartritis

- Artritis psoriásica axial
- Artritis psoriásica periférica
- Artritis psoriásica mixta
- Espondiloartritis axial radiográfica
- Espondiloartritis axial no radiográfica

Firma Consentimiento Informado para subestudio de proteoma y microbioma (Solo ofrecer en el caso de pacientes con Artritis Psoriásica)

No

Sí

No aplica

Actividad de la Espondiloartritis

Valoración global por el paciente (entregar cuestionario al paciente)

Analítica más reciente: Fecha _____ (dd/mm/aaaa)

Proteína C reactiva _____ mg/l o _____ mg/dl

VSG (mm/h) _____

(Recoger al menos uno de los 2 valores)

NAD68 _____

NAT66 _____

Si existe afectación axial: BASDAI (entregar cuestionario al paciente)

En caso de APs con afectación periférica: Nivel general de dolor articular durante la última semana descrito por el paciente (de 0-ninguno- a 10-muy fuerte) _____

En caso de APs: Área de superficie corporal afectada por la psoriasis (BSA) _____%

Tratamiento actual de la Espondiloartritis

AINE No Sí

Tipo

Indometacina

Etoricoxib

Celecoxib

Otro: _____

Dosis en las últimas 2 semanas

Pautados: _____ mg/día

A demanda

En las 2 últimas semanas, ¿no ha consumido AINE como tratamiento de su EspA, pero sí por otra patología? No Sí

FAME sintéticos No Sí

(en la fecha de inicio, si no se conoce el día, recoger como día 15)

Tipo

Metotrexato Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) _____

Leflunomida Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) _____

Ciclosporina Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) _____

Sulfasalazina Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) _____

Apremilast Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) _____

Las 3 siguientes preguntas hacen referencia a las preferencias del paciente, independientemente del tratamiento que esté tomando en la actualidad:

¿Qué vía de administración del tratamiento prefiere el paciente? (explicar al paciente las implicaciones de cada una)

- Oral Subcutánea Intravenosa

¿Qué frecuencia de administración del tratamiento prefiere el paciente?

- Varias veces al día 1 vez al día Varias veces a la semana
 1 vez a la semana Varias veces al mes 1 vez al mes
 Menos de 1 vez al mes

¿Qué es más importante para el paciente, la vía de administración o la frecuencia?

- Mucho más importante la vía de administración
 Más importante la vía de administración, pero no mucho
 Mucho más importante la frecuencia de administración
 Más importante la frecuencia de administración, pero no mucho
 Las 2 por igual
 Ninguna de las 2

PATOLOGÍA DIGESTIVA

Patología digestiva en la actualidad No Sí

- Ulcerosa
 Reflujo gastroesofágico
 Cálculos biliares
 Patología hepática. ¿Cuál? _____
 Otra: _____

Rectorragia sin semiología hemorroidal evidente No Sí

Diarrea crónica (más de 4 semanas de evolución) de características orgánicas (diarrea acuosa, o que despierta al paciente por la noche, o con síntomas acompañantes (pérdida de peso, fiebre, o signos de malabsorción), o que se acompaña de manifestaciones extraintestinales de EII) No Sí

Enfermedad perianal (fisuras, fístulas, abscesos, pliegues cutáneos o maceración (e incluso ulceración) perianal) No Sí

Manifestaciones extraintestinales de EII (eritema nodoso, pioderma gangrenoso, estomatitis aftosa, colangitis) No Sí

Dolor abdominal crónico (más de 4 semanas de evolución; persistente o recidivante) No Sí

Anemia ferropénica o ferropenia No Sí

Fiebre o febrícula, sin focalidad aparente y de más de una semana de duración No Sí

Pérdida de peso no explicable No Sí

Antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal No Sí

A rellenar en caso de que el digestólogo remita para valoración de la interrupción del tratamiento con AINE durante 2 semanas por tener cifras de calprotectina fecal entre 80 y 160 µg/g:

¿Ha acudido el paciente para valoración de la interrupción del AINE?

No Sí

¿Se ha interrumpido el tratamiento con AINE?

No Sí

Fecha de retirada del AINE _____ (dd/mm/aaaa)

TOMA DE MUESTRAS (información a recoger si el paciente tiene APs)

¿Se ha recogido muestra de sangre para análisis de proteoma? No Sí

Fecha de recogida _____ (dd/mm/aaaa)

¿Se ha recogido muestra de heces para análisis de microbioma? No Sí

Fecha de recogida _____ (dd/mm/aaaa)