

# Ficha recolección de datos 1era visita:

## Registro ESPALDA



### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

INICIALES DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

CENTRO PARTICIPANTE:

MEDICO PARTICIPANTE:

CIUDAD DE RESIDENCIA

NACIONALIDAD

TELEFONOS DE CONTACTO

E-MAIL

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

EDAD:

SEXO:

TIPO DE RESIDENCIA:  URBANA  RURAL

ETNIA:  BLANCO  INDIGENA  NEGRO  NEGRO/BLANCO  NEGRO/INDIGENA  BLANCO/INDIGENA

AMARILLO  BLANCO/AMARILLO  OTRO

### DIAGNOSTICO

A) ¿CUAL FUE EL PRIMER SINTOMA DEL PACIENTE DE SU ESPONDILOARTRITIS?

DOLOR LUMBAR  DOLOR ARTICULAR PERIFERICO  ENTESITIS

UVEITIS  PSORIASIS  EII  OTRO. CUAL OTRO.....

B) ¿A QUIEN CONSULTO ANTE SU PRIMER SINTOMA?

CLINICO/INTERNISTA  GUARDIA/URGENCIA  TRAUMATOLOGO  REUMATOLOGO

OFTALMOLOGO  DERMATOLOGO  GASTROENTEROLOGO  OTRO. CUAL?.....

C) ¿CUANTOS MEDICOS VISITO ANTES DE QUE LE PUEDAN HACER EL DIAGNOSTICO?.....

D) TIEMPO DE EVOLUCION DESDE INICIO DE LOS SINTOMAS (meses).....

E) FECHA INICIO DE SINTOMAS

F) FECHA DE DIAGNOSTICO

G) DIAGNOSTICO

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE  ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLOGICA

H) SU ESPONDILOARTITIS ESTA ASOCIADA A:

PSORIASIS  ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA  ARTRITIS REACTIVA  NINGUNA

# Ficha recolección de datos 1era visita: Registro ESPALDA



## ANTECEDENTES FAMILIARES

A-TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES Si NO ( en caso afirmativo contestar cual y preguntas B y C)

ESPONDILIOARTRITIS

ESPONDILIOARTITIS  ARTRITIS PSORIATICA  PSORIASIS  UVEITIS

ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA  ARTRITIS REACTIVA  OTRO. ¿CUAL?.....

B) EL ANTECEDENTE FAMILIAR ES DE:

1ER GRADO (padre, madre, hijo)  2DO GRADO (tio, abuelo, sobrino)  OTRO. ¿CUAL?.....

C) ALGUIEN EN LA FAMILIA TIENE HLA B27 POSITIVO

1ER GRADO (padre, madre, hijo)  2DO GRADO (tio, abuelo, sobrino)  OTRO. ¿CUAL?.....

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

¿CUMPLE CRITERIOS ASAS AXIAL 2009?  SI  NO (en caso afirmativo contestar a y b)

A) CUMPLE RAMA IMAGEN  SI  NO

B) CUMPLE RAMA HLA B27  SI  NO

¿CUMPLE CRITERIOS NEW YORK 1984 PARA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?  SI  NO

## TRATAMIENTO ANTERIOR

AINEs  SI  NO Cual?

DOSIS MAXIMA  SI  NO / TRATAMIENTO CONTINUO  SI  NO/ FRECUENCIA DE TOMA.....

FECHA DE INICIO..... FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION..... EVENTO ADVERSO.....

AINEs 2  SI  NO Cual?

DOSIS MAXIMA  SI  NO / TRATAMIENTO CONTINUO  SI  NO/ FRECUENCIA DE TOMA.....

FECHA DE INICIO..... FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION..... EVENTO ADVERSO.....

# Ficha recolección de datos 1era visita: Registro ESPALDA



UTILIZO MAS DE DOS AINES?.  SI  NO

CUANTOS UTILIZO?

**DMARDs**  SI  NO

NOMBRE DMARD.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

**DMARDs 2**  SI  NO

NOMBRE DMARD.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

UTILIZO MAS DE DOS DMARDS?.  SI  NO

CUANTOS UTILIZO?

**BIOLOGICO**  SI  NO

1era LINEA DE BIOLOGICO  2da LINEA  3era LINEA

¿ES BIOSIMILAR?  SI  NO

CUANTO TIEMPO PASO ENTRE EL INICIO DE SINTOMAS Y EL INICIO DE PRIMER BIOLOGICO(MESES),,,,,,,,,,

NOMBRE BIOLOGICO.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

**BIOLOGICO 2**  SI  NO

1era LINEA DE BIOLOGICO  2da LINEA  3era LINEA

¿ES BIOSIMILAR?  SI  NO

CUANTO TIEMPO PASO ENTRE EL INICIO DE SINTOMAS Y EL INICIO DE PRIMER BIOLOGICO(MESES),,,,,,,,,,

NOMBRE BIOLOGICO.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

UTILIZO MAS DE DOS BIOLOGICOS?.  SI  NO

# Ficha recoleccion de datos 1era visita:

## Registro ESPALDA



CUANTOS UTILIZO?

**CORTICOIDE**  SI  NO

NOMBRE CORTICOIDE..... DOSIS.....

ORAL – ENDOVENOSO – INTRAMUSCULAR - INTRAARTICULAR

FECHA DE INICIO..... FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION..... EVENTO ADVERSO.....

**PARACETAMOL**  SI  NO

**OPIOIDES**  SI  NO

**OTROS TRATAMIENTOS**  SI  NO.

**CUAL OTRO**.....

### LABORATORIO GENETICO

**HLA B27**  POSITIVO  NEGATIVO  NO REALIZADO

**OTRO HLA REALIZADO?** CUAL? RESULTADO?

### COMORBILIDADES

**¿TIENE ALGUNA COMORBILIDAD?**  SI  NO (EN CASO AFIRMATIVO MARCAR CUAL O CUALES TIENE)

**CARDIOVASCULAR** (HTA, IAM, INSUFICIENCIA CARDIACA, VALCULOPATIA,ETC)  SI  NO CUAL?.....

**RESPIRATORIA** (EPOC, ENFISEMA, ASMA, FIBROSIS PULMONAR)  SI  NO CUAL?.....

**GENITOURINARIA** (LITIASIS RENAL, NEFROPATIA, INSUFICIENCIA RENAL, NEFROPATIA IgA, URETRITIS,ETC)  SI  NO CUAL?.....

**GASTROINTESTINALES** (GASTRITIS, CELIAQUIA, COLON IRRITABLE, ETC)  SI  NO CUAL?.....

**HEPATOLOGICAS**  SI  NO CUAL?.....

**NEUROLOGICAS** (ACV, AIT, ETC)  SI  NO CUAL?.....

**DERMATOLOGICAS**  SI  NO CUAL?.....

**METABOLICAS** (DBT, HIPOTIROIDISMOS, ETC)  SI  NO CUAL?.....

**TRAUMATOLOGICAS** (FRACTURAS, ESPONDILODISCITIS, NOA, ETC)  SI  NO CUAL?.....

**PSIQUIATRICAS** (DEPRESION, ANSIEDAD, ETC)  SI  NO CUAL?.....

**NEOPLASICAS**  SI  NO CUAL?.....

# Ficha recoleccion de datos 1era visita:

## Registro ESPALDA



**INFECCIONES**  SI  NO CUAL?.....

**HEMATOLOGICAS**  SI  NO CUAL?.....

**CIRUGIAS**  SI  NO CUAL?.....

**OTRAS**  SI  NO CUAL?.....

### TABAQUISMO Y HABITOS TOXICOS

**TABAQUISMO**  SI  NO  ACTUAL  PASADO PAQUETES AÑO:.....

**ALCOHOL**  SI  NO

OCASIONAL  HABITUAL  ADICCION

**DROGAS**  SI  NO CUAL?

### MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES

**¿TIENE ALGUNA MANIFESTACION EXTRAARTICULAR?**  SI  NO CUAL?.....

**MANIFESTACIONES GENERALES:** FIEBRE  SI  NO / ASTENIA  SI  NO / PERDIDA DE PESO  SI  NO

**UVEITIS**  SI  NO fecha de inicio

**ENFERMEDAD DE CROHN**  SI  NO fecha de inicio / /

**COLITIS ULCEROSA**  SI  NO fecha de inicio / /

**PSORIASIS CUTANEA**  SI  NO fecha de inicio / / tipo de psoriasis

### TRATAMIENTO ACTUAL

**AINEs**  SI  NO

**DOSIS MAXIMA**  SI  NO / **TRATAMIENTO CONTINUO**  SI  NO / **FRECUENCIA DE TOMA**.....

**FECHA DE INICIO**.....

**DMARDs**  SI  NO

**NOMBRE DMARD**..... **DOSIS**.....

**FECHA DE INICIO**.....

**BIOLOGICO**  SI  NO  1era LINEA DE BIOLOGICO  2da LINEA  3era LINEA .....

**NOMBRE BIOLOGICO**..... **DOSIS**.....

**FECHA DE INICIO**.....

# Ficha recolección de datos 1era visita:

## Registro ESPALDA



A) ¿ES UN BIOSIMILAR?  SI  NO - ¿LO INDICO UD?  SI  NO – ¿LE MODIFICARON SU INDICACION ORIGINAL POR UN BIOSIMILAR?  SI  NO.

B) ¿REALIZO TAPERING DEL BIOLOGICO CON ESTE PACIENTE EN ALGUNA OPORTUNIDAD?  SI  NO  
¿SE MANTUVO CON BUENA REPUESTA DURANTE EL TAPERING?  SI  NO.

¿CUANTO TIEMPO (meses) ESTUVO EL PACIENTE EN REMISION ANTES DE REALIZAR EL TAPERING?

¿EL PACIENTE DISMINUYO SOLO LA DOSIS O ESPACIO LA TOMA SIN QUE UD SE LO INDIQUE?

C) ¿EL PACIENTE RECIBE REGULARMENTE SU BIOLOGICO?  SI  NO ( EN CASO DE NO, ANOTAR CAUSA)

1. Falta de entrega de la medicación por el pagador
2. Decisión del paciente
3. Eventos adversos
4. Otros

**CORTICOIDE**  SI  NO

NOMBRE CORTICOIDE..... DOSIS.....

ORAL – ENDOVENOSO – INTRAMUSCULAR - INTRAARTICULAR

FECHA DE INICIO.....

**PARACETAMOL**  SI  NO

**OPIOIDES**  SI  NO

**OTROS TRATAMIENTOS**  SI  NO. **CUAL OTRO**.....

### TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- KINESIOLOGIA  SI  NO
- PSICOTERAPIA  SI  NO
- TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS  SI  NO
  1. Acupuntura
  2. Herboristeria
  3. Marihuana
  4. Algun tipo de dieta
  5. Ozonoterapia
  6. Otros ? Cual?.....

# Ficha recolección de datos 1era visita:

## Registro ESPALDA



- OTRO. Cual.....

### SOCIOECONOMICO

ESCOLARIDAD (AÑOS).....

OCUPACION ACTUAL .....

DESOCUPADO  SI  NO CAUSA DE DESOCUPACION.....

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD  SI  NO

TIENE ALGUN TIPO DE COBERTURA DE SALUD / ASEGURAMIENTO SALUD  SI  NO

### LABORATORIO GENERAL

FECHA DEL LABORATORIO(debe ser dentro del mes de la visita).....

VSG	PCR	GLUCEMIA		
COLESTEROL TOTAL		LDL	HDL	TRIGLICERIDOS

### EXAMEN FISICO

Peso (kg): Talla (cm): Perímetro Cintura (cm):

Maniobras de Sacro Iliacas Derecha:  positiva  negativa

Maniobra de Sacro Iliacas Izquierda:  positiva  negativa

Exp torácica (cm): Schober (cm): Dedos Piso (cm):

Trago Pared (cm): Occipucio Pared (cm): Flexión Lateral (cm):

Rot Cervical (grados): Dist Intermaleolar (cm): Clase Funcional:

Rigidez Matinal (min): EVA Dolor (cm): EVA Dolor Nocturno (cm):

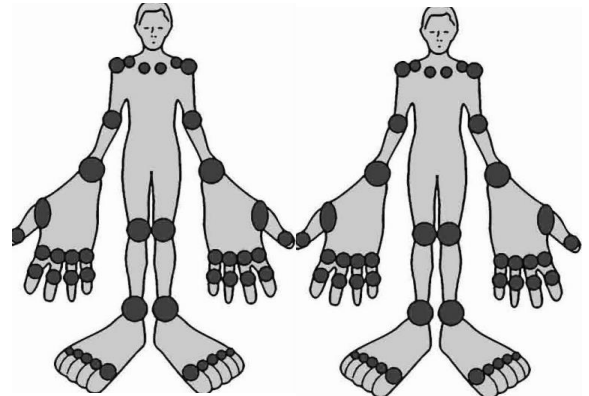
EVA activ (cm): EVA global médico (cm)

# Ficha recolección de datos 1era visita:

## Registro ESPALDA



Articulaciones dolorosas (cantidad y localización) :



Articulaciones inflamadas (cantidad y localización) :

MASES:

### IMÁGENES RADIOGRAFIA

SACROILICA IZQUIERDA				
Según clasificación de NEW YORK				
GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SACROILICA DERECHA				
Según clasificación de NEW YORK				
GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### RESONANCIA MAGNETICA

REALIZO RESONANCIA MAGNETICA  SI  NO (EN CASO AFIRMATIVO COMPLETAR)

SACROILICA IZQUIERDA				
EDEMA OSEO	INFILTRACION GRASA	EROSION	PUENTE	BACK FILL
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SACROILICA DERECHA			
EDEMA OSEO	INFILTRACION GRASA	EROSION	PUENTE
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



# Ficha recolección de datos 1era visita:

## Registro ESPALDA



COLUMNA CERVICAL			
CUADRATURA	ESQUINA BRILLANTE	EROSION	SINDESMOFITO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COLUMNA DORSAL			
EDEMA OSEO	INFILTRACION GRASA	EROSION	SINDESMOFITO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COLUMNA LUMBAR			
CUADRATURA	ESQUINA BRILLANTE	EROSION	SINDESMOFITO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### CUESTIONARIOS

BASDAI:

BASFI:

ASQol

ASDAS VSG:

ASDAS PCR

ASAS HI:

I-PAQ: Completar cuestionario cargar cada pregunta online

WPAI: Completar cuestionario y cargar cada pregunta online