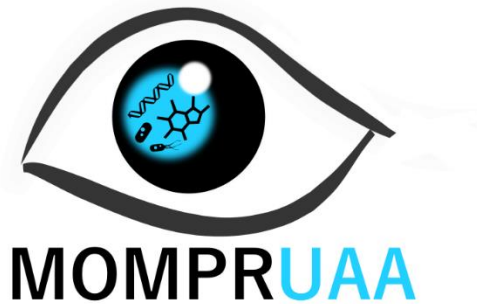


ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

**Análisis integrado de datos multi-ómicos para establecer perfiles clínicos
y moleculares predictivos del desarrollo de uveítis recidivante en
pacientes con Espondilitis Anquilosante**



Cuaderno de recogida de Datos (Investigador)

CENTRO _____

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

Identificación

Identificador de paciente

Número de historia clínica

Criterios

Consentimiento informado* obtenido el día / /

**Reflejar en la historia clínica que "se explica estudio, el paciente firma el consentimiento informado a fecha ____/____/____ y se asigna número de paciente de estudio _____. El paciente cumple todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión".*

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años.
2. Pacientes con EA HLA-B27 positivo con sacroilitis radiológica según los criterios modificados de Nueva York,
3. Pacientes de raza caucásica.
4. Pacientes con uveítis anterior aguda definido como: a) uveítis incidente (un único episodio de uveítis en un plazo inferior a un mes desde el momento de recogida de muestras) o b) uveítis anterior aguda recidivante (presentar un episodio agudo de uveítis en un período inferior a 1 mes tras la recogida de muestras y haber presentado previamente 1 o más episodios).

Criterios de exclusión de los sujetos.

1. Pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
3. Pacientes con otras enfermedades crónicas que puedan afectar al resultado del estudio, tales como enfermedades inflamatorias inmunomediadas y/o enfermedades autoinmunes, obesidad (IMC >30), historia de enfermedad neoproliferativa, enfermedad renal crónica severa, enfermedad mental severa y/o deterioro cognitivo.
4. Pacientes que han recibido tratamientos o intervenciones que pueden modificar el microbioma: tratamiento antibiótico o con probióticos en el mes previo, haberse sometido a una colostomía, haber recibido preparación para colonoscopia los seis meses previos y haberse sometido a cirugías extensas el mes previo.

Antibiótico en el último mes: Sí No

Colonoscopia o cirugías extensas en los últimos 6 meses: Sí No

Cumple criterios de inclusión: Sí No

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

Información Baseline

Caso/control: Caso Control

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: H M

Altura a fecha de visita: ____ cm Peso a fecha de visita: ____ kg

Muestras biológicas:

ID muestra heces: _____ Fecha muestra heces: ____ / ____ / ____

ID muestra sangre: _____ Fecha muestra sangre: ____ / ____ / ____

Información de la Espondiloartritis

HLA-B27: Positivo Negativo

PCR: _____ MG/L
 MG/dL

ASDAS: _____ (cálculo en redcap)

Fecha del diagnóstico de la enfermedad: ____ / ____ / ____

Fecha de inicio de los síntomas de la enfermedad: ____ / ____ / ____

Antecedentes familiares de Espondiloartritis: Sí No

Historia previa de artritis: Sí No

Historia previa de coxitis: Sí No

Historia previa de entesitis: Sí No

Historia previa de dactilitis: Sí No

Historia previa o actual de psoriasis: Sí No

Baja laboral debido a la EA: Sí No

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
 Fecha visita: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

Radiografías

Lesiones estructurales a nivel de la columna

Radiografías cervical y lumbar (proyección lateral) en los 6 meses previos/posteriores a la visita:

Sí No Solicitada

Fecha de la radiografía cervical y lumbar: ____ / ____ / ____

Según la radiografía lateral de la columna cervical y lumbar (de menos de 6 meses de antigüedad), marcar la puntuación para cada una de las zonas vertebrales:

	0	1	2	3
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0	1	2	3
T12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5 sup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5 inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lesiones estructurales a nivel de sacroilíacas

Radiografía de sacroilíacas en los 6 meses previos/posteriores a la visita:

Sí No Solicitada

Fecha de la radiografía de sacroilíacas: ____ / ____ / ____

Según la radiografía de sacroilíacas (de menos de 6 meses de antigüedad), marca el grado de sacroiliitis en cada una de las articulaciones:

	0	1	2	3	4
Sacroilíaca derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacroilíaca izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
 Fecha visita: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

Tratamiento de la EA

Tratamientos actuales y previos de la EA:

AINEs

Nombre del tratamiento	Promedio de dosis (mg/unidad)	Días que toma el tratamiento*	Fecha inicio	Continúa el tratamiento en la actualidad	Fecha fin

*Días que toma el tratamiento:

- ≤ 1 día/semana
- de 2 a 3 días/semana
- de 4 a 5 días/semana
- 6 días/semana
- cada día

FAMES

Nombre del tratamiento	Promedio de dosis (mg/unidad)	Unidad de medida mg/día o mg/semana	Fecha inicio	Continúa el tratamiento en la actualidad	Fecha fin

Biológicos

Nombre del tratamiento	Promedio de dosis (mg/unidad)	Frecuencia del tratamiento biológico**	Fecha inicio	Continúa el tratamiento en la actualidad	Fecha fin

**Frecuencia del tratamiento biológico

- 1 vez por semana
- cada 2 semanas
- cada 4 semanas
- Otro

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

Exploración física actual

Artritis: Sí No

Recuento de articulaciones dolorosas (44): _____

Recuento de articulaciones tumefactas (44): _____

Entesitis: Sí No

Recuento de entesitis clínica: _____

Recuento SPARCC: _____ (opcional)

Dactilitis: Sí No

Recuento de dactilitis: _____

EVA Médico

ESCALA DE PUNTUACIÓN NÚMERICA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR EL MÉDICO
(EGM): _____ (0-10)

Uveítis

Episodio de Uveítis anterior aguda actual

1er episodio de uveítis anterior aguda: Sí No

Fecha uveítis anterior aguda actual: ____/____/____

Tipo de uveítis anterior aguda:

- Anterior unilateral
 Anterior bilateral

Tratamiento uveítis actual:

- Gotas de AINES
 Gotas de corticosteroides
 Inyección subconjuntival de corticosteroides
 Corticosteroides orales
 FAMES
Tipo de tratamiento: Salazopyrina etotrexato os _____
 Biológicos
Tipo de tratamiento: _____
 Otros _____

ID Paciente: _____ - _____
Centro Paciente #
 Fecha visita: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Historia de Uveítis anterior aguda

Fecha del último episodio previo de uveítis anterior aguda: _____

Número de episodios totales: _____

Número de episodios/año: _____

Fecha aproximada 1era uveítis: _____

Tratamiento específico uveítis previas:

- Inyección subconjuntival de corticosteroides
- Corticosteroides orales
- FAMES
- Tipo de tratamiento: Salazopyrina Metotrexato Otros _____
- Biológicos
- Tipo de tratamiento: _____
- Otros _____

Secuelas de la Uveítis anterior aguda: _____

Visitas médicas debidas a la uveítis anterior aguda: Sí No

Cirugías a consecuencia de la uveítis anterior aguda: Sí No

Baja laboral debido a uveítis anterior aguda: Sí No

Tratamientos concomitantes

Nombre tratamiento	Indicación (patología tratada)	Durante > 3 meses (Sí/No)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

Medicina alternativa

Ha recibido tratamiento de medicinas alternativas Sí No

En caso afirmativo, tipo de tratamiento de Medicina alternativa:

- Acupuntura
- Suplementos de cartílagos y/o colágenos
- Suplementos vitamínicos
- Cúrcuma
- Factores de protección cardiovascular (derivados de Omega 3)
- Relajantes
- Otros: _____

Hábitos tóxicos

Tabaquismo:

- No-fumador
- Fumador activo
- Exfumador

Consumo de alcohol:

- No bebedor
- Ocasional: Uno o dos días/semana
- Diario (menos 40 gr./día)
- Diario (más de 40 gr./día)

Epidemiología

Viajes al extranjero

Viajes al extranjero recientes (> 4 semanas en los últimos 12 meses):

Sí No

En caso afirmativo

Especificar lugar de viaje: _____

Especificar fecha de viaje: ____ / ____ / ____

ID Paciente: _____ - _____

Centro Paciente #

Fecha visita: ____ / ____ / ____

Día Mes Año

No-nativos

¿Ha nacido fuera de España? Sí No

Tiempo de residencia en España para los no-nativos: meses

años

Presencia de infecciones recientes, especialmente gastrointestinales, las últimas 4 semanas:

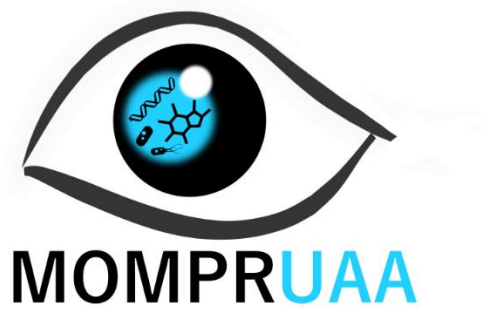
Sí Infección no gastrointestinal

Infección gastrointestinal

No

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

**Análisis integrado de datos multi-ómicos para establecer perfiles clínicos
y moleculares predictivos del desarrollo de uveítis recidivante en
pacientes con Espondilitis Anquilosante**




Cuaderno de recogida de Datos (Paciente)

CENTRO _____

ID Paciente: _____ - _____
Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

BASDAI

Por favor, marque con una X el recuadro que representa su respuesta (ejemplo )
Todas las preguntas se refieren a **la última semana**.

1. ¿Cómo describiría el grado global de fatiga / cansancio que ha experimentado?

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

ausente muy intensa

2. ¿Cómo describiría el grado global de dolor en **cuello, espalda o caderas** debido a su enfermedad?

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

ausente muy intenso

3. ¿Cómo describiría el grado global de dolor-hinchazón en **otras articulaciones fuera de** cuello, espalda o caderas?

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

ausente muy intenso

4. ¿Cómo describiría el grado global de malestar que ha tenido en zonas dolorosas al tacto o a la presión?

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

ausente muy intenso

5. ¿Cómo describiría el grado global de rigidez matutina que ha tenido al despertar?

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

ausente muy intensa

6. ¿Cuánto tiempo dura su rigidez matutina tras despertarse?

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

0 horas 1 hora 2 horas o más

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

Dolor Diurno

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

ausente muy intenso

Dolor Nocturno

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

ausente muy intenso

Valoración de la enfermedad (EVA paciente)

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

ausente muy intenso

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

BASFI

A continuación se le indican una serie de actividades. Por favor, marque el número que mejor describa su situación **EN LA ÚLTIMA SEMANA**.

1) Ponerse los calcetines o medias sin la ayuda.

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

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

Fácil 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.

Fácil 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.

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

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

Fácil 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.

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

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

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

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

Fácil 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.

Fácil 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).

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

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

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.
 Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
6. Estoy menos motivado 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 procede, no quiero responder
8. Tengo dificultad para manejar los pedales en mi coche.
 Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
 No procede

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
Fecha visita: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

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
11. Me resulta difícil concentrarme.
- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
12. Estoy limitado para viajar debido a mi movilidad.
- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
13. A menudo me siento frustrado.
- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
14. Me resulta difícil lavarme el pelo.
- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
15. He tenido cambios económicos debido a mi enfermedad reumática.
- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
16. Duermo mal por la noche.
- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo
17. No puedo superar mis dificultades.
- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo

ID Paciente: _____ - _____
 Centro Paciente #
 Fecha visita: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

	Pregunta	Respuestas
1	¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	<input type="checkbox"/> 2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) <input type="checkbox"/> No
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)? 1 ración= 200 g	<input type="checkbox"/> 2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) <input type="checkbox"/> No
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	<input type="checkbox"/> 3 o más al día <input type="checkbox"/> No
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr)?	<input type="checkbox"/> menos de 1 al día <input type="checkbox"/> No
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?	<input type="checkbox"/> menos de 1 al día <input type="checkbox"/> No
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	<input type="checkbox"/> menos de 1 al día <input type="checkbox"/> No
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	<input type="checkbox"/> 7 o más vasos a la semana <input type="checkbox"/> No
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	<input type="checkbox"/> 3 o más a la semana <input type="checkbox"/> No
10	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	<input type="checkbox"/> 3 o más a la semana <input type="checkbox"/> No
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	<input type="checkbox"/> menos de 2 a la semana <input type="checkbox"/> No
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	<input type="checkbox"/> 3 o más a la semana <input type="checkbox"/> No
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 gr)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	<input type="checkbox"/> 2 o más a la semana <input type="checkbox"/> No