



**PROYECTO CREA:**  
*Evaluación de la situación actual y  
estrategias de mejora en el  
abordaje integral del paciente con  
EspA axial y Artritis Psoriásica.*

**Cuestionario DELPHI**

## 1. ÍNDICES DE CALIDAD DE VIDA / IMPACTO DE LA ENFERMEDAD (PRO)

**1.1.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones **GENERALES** en relación valoración de **índices de calidad de vida** tanto en pacientes con **EspAax** como en pacientes con **APs** (*siendo 1 nada de acuerdo y 9 totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Recomendaciones GENERALES en relación al seguimiento de los pacientes con EspAax y APs:</b>									
a. Es <b>ALTAMENTE ACONSEJABLE</b> evaluar al menos un índice de calidad de vida, <b>al menos una vez al año</b> .	<input type="checkbox"/>								
b. Es <b>ACONSEJABLE</b> evaluar al menos un índice de calidad de vida <b>en cada visita</b> .	<input type="checkbox"/>								
c. Sería <b>NECESARIO</b> disponer de enfermería que <b>ayude al paciente a cumplimentar los cuestionarios antes de la visita</b>	<input type="checkbox"/>								

**1.2.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la valoración de **índices de calidad de vida** en paciente con **EspAax** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar la siguiente valoración durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
d. Patient Global Assessment (PtGA) en cada visita	<input type="checkbox"/>								
<b>Es ACONSEJABLE, realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
e. Índice de Salud ASASHI	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
f. Índice de calidad de vida ASQoL	<input type="checkbox"/>								

**1.3.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la valoración de **índices de calidad de vida** en paciente con **APs** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									
a. Patient Global Assessment (PtGA) en cada visita.	<input type="checkbox"/>								
b. PsAID-12 (Psoriatic Arthritis Impacto f Disease)	<input type="checkbox"/>								
c. PsAQOL (Psoriatic Arthritis Quality of Life)	<input type="checkbox"/>								
<b>Es ACONSEJABLE realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									

d. PsAID-12 (Psoriatic Arthritis Quality of Life) al menos una vez al año.	<input type="checkbox"/>									
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con APs:										
e. Cuestionario SF-12/36	<input type="checkbox"/>									
f. PsAQOL (Psoriatic Arthritis Quality of Life)	<input type="checkbox"/>									
g. EQ-5D (European Quality of Life)	<input type="checkbox"/>									
h. VITACORA-19	<input type="checkbox"/>									

## 2. EXPLORACIÓN FÍSICA Y METROLOGÍA

**2.1.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones **GENERALES** en relación **exploración física y metrología** tanto en pacientes con **EspAax** como en pacientes con **APs** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Recomendaciones GENERALES en relación al seguimiento de los pacientes con EspAax y APs:</b>									
g. La <b>metrología</b> debería realizarse <b>mínimo una vez al año</b>	<input type="checkbox"/>								
h. La <b>exploración física</b> debería realizarse en <b>cada visita</b>	<input type="checkbox"/>								
i. Importante tener presente la posibilidad de afectación periférica en pacientes con EspAax.	<input type="checkbox"/>								

**2.2.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la **exploración física y metrología** del paciente con **EspAax** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar las siguientes valoraciones en el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
<b>METROLOGÍA</b>	a. Exploración de caderas, en cada visita	<input type="checkbox"/>							
	b. Valorar la movilidad cervical, realizando <b>al menos un trago-pared o un occipucio-pared, una vez al año.</b>	<input type="checkbox"/>							
	c. Rotación cervical, una vez al año	<input type="checkbox"/>							

EXPLORACIÓN FÍSICA	d. <b>Test de Schöber modificado</b> , una vez al año	<input type="checkbox"/>									
	e. Expansión torácica, una vez al año	<input type="checkbox"/>									
	f. Distancia dedo-suelo, una vez al año	<input type="checkbox"/>									
	g. Distancia intermaleolar	<input type="checkbox"/>									
	h. Preguntar sobre antecedentes de ojo rojo en cada visita	<input type="checkbox"/>									
	i. Tener en cuenta la piel a través de la anamnesis en cada visita	<input type="checkbox"/>									
	j. Realizar un recuento de las <b>entesitis sintomáticas</b> en <b>cada visita</b> .	<input type="checkbox"/>									
	k. Realizar un recuento de las <b>articulaciones tumefactas / dolorosas</b> que sean <b>sintomáticas</b> en <b>cada visita</b>	<input type="checkbox"/>									
	l. Realizar el <b>recuento específico de dactilitis, en cada visita</b> , y registrarla por separado del recuento articular.	<input type="checkbox"/>									
	m. En algunas regiones se consensuó que es <b>ALTAMENTE ACONSEJABLE preguntar por la clínica intestinal. Si no hay sintomatología, con una frecuencia anual</b> . Por favor, indique su grado de acuerdo con esta recomendación.	<input type="checkbox"/>									
<b>Es ACONSEJABLE realizar las siguientes exploraciones durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>											
	n. Flexión lateral de tronco, una vez al año	<input type="checkbox"/>									
	o. <u>En caso de clínica</u> , una exploración de <b>todas las entesitis</b> , al menos, una vez al año.	<input type="checkbox"/>									
	p. En caso de clínica, explorar <b>únicamente las entesitis sintomáticas</b> .	<input type="checkbox"/>									
	q. En caso de <b>afectación periférica</b> , realizar un <b>recuento de</b>	<input type="checkbox"/>									

	<b>articulaciones tumefactas/dolorosas (66/68) al menos una vez al año.</b>										
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> realizar las siguientes valoraciones en el seguimiento del paciente con EspAax:											
	r. Distancia intermaleolar	<input type="checkbox"/>									
	s. Test de Schöber	<input type="checkbox"/>									
	t.										
	u. Recuento articular tumefactas/dolorosas (28/28)	<input type="checkbox"/>									
	v.										

**2.3.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la **exploración física y metrología** del paciente con APs (*siendo 1 nada de acuerdo y 9 totalmente de acuerdo*):

		1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE</b> realizar las siguientes valoraciones en el <b>seguimiento</b> del paciente con APs:										
	a. Exploración de caderas, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
	b. Exploración de caderas, al menos una vez al año	<input type="checkbox"/>								
	c. Preguntar sobre antecedentes de ojo rojo, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
	d. Valoración cutánea y ungueal, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
	e. Realizar un recuento de las <b>entesitis sintomáticas</b> en <b>cada visita</b> .	<input type="checkbox"/>								
	f. Realizar un recuento de las <b>articulaciones tumefactas / dolorosas (66/68)</b> en cada visita	<input type="checkbox"/>								

	g. Realizar el <b>recuento específico de dactilitis, en cada visita</b> , y registrarla por separado del recuento articular.	<input type="checkbox"/>										
En el caso un <b>paciente con APs</b> que presente <b>CLÍNICA AXIAL</b> , es <b>ACONSEJABLE</b> realizar las siguientes valoraciones durante su <b>seguimiento</b> :												
METROLOGÍA	h. Valorar la movilidad cervical, realizando <b>al menos</b> un <b>trago-pared</b> o un <b>occipucio-pared</b> , <b>una vez al año</b> .	<input type="checkbox"/>										
	i. Rotación cervical, una vez al año	<input type="checkbox"/>										
	j. <b>Test de Schöber modificado</b> , una vez al año	<input type="checkbox"/>										
	k. Expansión torácica, una vez al año	<input type="checkbox"/>										
	l. Distancia dedo-suelo, una vez al año	<input type="checkbox"/>										
	m. Flexión lateral de tronco, una vez al año	<input type="checkbox"/>										
Es <b>ACONSEJABLE</b> , realizar las siguientes exploraciones en la visita de seguimiento del paciente con <b>APs</b> :												
	n. Realizar una exploración de <b>todas las entesitis</b> , al menos, una vez al año.	<input type="checkbox"/>										
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> realizar las siguientes valoraciones en la visita de seguimiento del paciente con <b>APs</b> :												
METROLOGÍA	o. Distancia intermaleolar	<input type="checkbox"/>										
	p. Test de Schöber	<input type="checkbox"/>										
EXPL. FÍSICA	q. Recuento articular tumefactas/dolorosas (28/28)	<input type="checkbox"/>										
	r. Realizar una exploración únicamente de las articulaciones sintomáticas.	<input type="checkbox"/>										

### 3. EVALUACIÓN DE COMORBILIDADES Y MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES

**3.1.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones **GENERALES** en relación **evaluación de comorbilidades y manifestaciones extraarticulares**, tanto en pacientes con **EspAax** como en pacientes con **APs** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Recomendaciones GENERALES en relación al seguimiento de los pacientes con EspAax y APs:</b>									
j. Es ALTAMENTE ACONSEJABLE evaluar factores de riesgo cardiovascular, independientemente de si la valoración la hace el servicio de reumatología, enfermería o viene hecha de atención primaria.	<input type="checkbox"/>								
k. Es ALTAMENTE ACONSEJABLE <b>revisar la historia clínica</b> del paciente en cada visita, para valorar las comorbilidades, aunque no se le pregunten directamente al paciente en consulta.	<input type="checkbox"/>								
l. Sería ALTAMENTE ACONSEJABLE <b>disponer de enfermería que realice la valoración de los factores de riesgo cardiovascular</b> (Peso, talla, IMC, tensión arterial)	<input type="checkbox"/>								

**3.2.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la **evaluación de comorbilidades y manifestaciones extraarticulares** en paciente con **EspAax** (siendo 1 nada de acuerdo y 9 totalmente de acuerdo):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE evaluar las siguientes comorbilidades y manifestaciones extraarticulares durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
<b>AL MENOS, UNA VEZ AL AÑO:</b>									
a. Peso/Talla/IMC	<input type="checkbox"/>								
b. Tensión arterial	<input type="checkbox"/>								
c. Preguntarle al paciente si tiene psoriasis al inicio y después anualmente.	<input type="checkbox"/>								
<b>EN CADA VISITA, a través de la anamnesis y/o historia clínica:</b>									
d. Tabaco	<input type="checkbox"/>								
e. Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>								
f. Dislipemia	<input type="checkbox"/>								
g. Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>								
h. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>								
i. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>								
j. Obesidad/ Sobre peso	<input type="checkbox"/>								
k. Enfermedad intestinal inflamatoria (CU y CROHN)	<input type="checkbox"/>								
l. Uveítis (confirmada por un oftalmólogo)	<input type="checkbox"/>								
m. Sedentarismo, cantidad y tipo de ejercicio	<input type="checkbox"/>								
n. Alcohol	<input type="checkbox"/>								
o. Síndrome metabólico	<input type="checkbox"/>								

p. Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>									
q. Osteoporosis, <u>en caso de presentar factores de riesgo.</u>	<input type="checkbox"/>									
<b>Es ACONSEJABLE evaluar las siguientes comorbilidades y manifestaciones extraarticulares durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>										
r. Perímetro abdominal, al menos una vez al año	<input type="checkbox"/>									
s. Gota, a través de la anamnesis, en cada visita	<input type="checkbox"/>									
t. Gota, a través de la anamnesis, de forma anual	<input type="checkbox"/>									
u. Depresión/Ansiedad, en cada visita	<input type="checkbox"/>									
v. Hígado graso no alcohólico, a través de la analítica, en cada visita	<input type="checkbox"/>									
w. Hígado graso no alcohólico, a través de la analítica, de forma anual	<input type="checkbox"/>									
x. Valorar infecciones. Por favor, indique su grado de acuerdo con esta recomendación.	<input type="checkbox"/>									
y. Valorar vacunación.	<input type="checkbox"/>									
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE explorar las comorbilidades y manifestaciones extraarticulares durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>										
z. Puntos de fibromialgia	<input type="checkbox"/>									
aa. Valorar la presencia de Gota.	<input type="checkbox"/>									

**3.3.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la **evaluación de comorbilidades y manifestaciones extraarticulares** en paciente con **APs** (siendo 1 nada de acuerdo y 9 totalmente de acuerdo):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE evaluar las siguientes comorbilidades y manifestaciones extraarticulares durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									
<b><u>AL MENOS, UNA VEZ AL AÑO:</u></b>									
a. Peso/Talla/IMC	<input type="checkbox"/>								
b. Tensión arterial	<input type="checkbox"/>								
c. Perímetro abdominal	<input type="checkbox"/>								
d. Hígado graso no alcohólico	<input type="checkbox"/>								
<b><u>EN CADA VISITA, a través de la anamnesis y/o historia clínica:</u></b>									
e. Tabaco	<input type="checkbox"/>								
f. Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>								
g. Dislipemia	<input type="checkbox"/>								
h. Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>								
i. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>								
j. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>								
k. Obesidad/ Sobre peso	<input type="checkbox"/>								
l. Enfermedad intestinal inflamatoria (CU y CROHN)	<input type="checkbox"/>								
m. Uveítis (confirmada por un oftalmólogo)	<input type="checkbox"/>								
n. Sedentarismo, cantidad y tipo de ejercicio	<input type="checkbox"/>								
o. Alcohol	<input type="checkbox"/>								
p. Síndrome metabólico	<input type="checkbox"/>								

q. Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/>								
r. Hígado graso no alcohólico	<input type="checkbox"/>								
s. Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>								
t. Osteoporosis, en caso de presentar factores de riesgo	<input type="checkbox"/>								
<b>Es ACONSEJABLE evaluar las siguientes comorbilidades y manifestaciones extraarticulares durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									
u. Perímetro abdominal, al menos una vez al año	<input type="checkbox"/>								
v. Gota, a través de la anamnesis, <b>en cada visita</b>	<input type="checkbox"/>								
w. Gota, a través de la anamnesis, <b>de forma anual.</b>	<input type="checkbox"/>								
x. Depresión/Ansiedad, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
y. Hígado graso no alcohólico, a través de la analítica, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
z. Hígado graso no alcohólico, a través de la analítica, de forma anual	<input type="checkbox"/>								
aa. Valorar infecciones.	<input type="checkbox"/>								
bb. Valorar vacunación.	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> explorar las comorbilidades y manifestaciones extraarticulares durante el seguimiento del paciente con APs:									
cc. Puntos de fibromialgia	<input type="checkbox"/>								

## 4. ÍNDICES DE ACTIVIDAD Y FUNCIÓN

**4.1.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones **GENERALES** en relación valoración de los **índices de actividad y función** tanto en pacientes con **EspAax** como en pacientes con **APs** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerd o	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Recomendaciones GENERALES:</b>									
a. Sería ALTAMENTE ACONSEJABLE impulsar el papel de enfermería especializada en reumatología para aumentar el uso de los índices de actividad y función	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los índices deberían hacerse antes de entrar en consulta y ser explicados por enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.2.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la valoración de los **índices de actividad y función** del paciente con **EspAax** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerd o	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
a. EVA dolor (0-1), en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. EVA global paciente, en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. EVA global medico (0-1), en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. ASDAS y/o BASDAI: Es ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar al menos uno de los dos, en cada visita.	<input type="checkbox"/>								
e. ASDAS, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
f. BASFI, <b>mínimo una vez al año</b>	<input type="checkbox"/>								
g. BASFI debería realizarse <b>en cada visita.</b>	<input type="checkbox"/>								
h. BASFI <b>en cada visita, sólo en formas precoces.</b>	<input type="checkbox"/>								
i. En <b>caso de afectación periférica, DAPSA en cada visita.</b>	<input type="checkbox"/>								
<b>Es ACONSEJABLE, realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
j. Índice de actividad HAQ	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con EspAax:									
k. Índice de actividad HAQ	<input type="checkbox"/>								
l. DAS28, aunque el paciente presente afectación periférica	<input type="checkbox"/>								
m. <b>BASMI</b> , a pesar de presentar afectación periférica	<input type="checkbox"/>								
n. <b>BSA</b> , a pesar de presentar afectación periférica	<input type="checkbox"/>								
o. <b>MDA</b> , a pesar de presentar afectación periférica	<input type="checkbox"/>								
p. <b>PASI</b> , a pesar de presentar afectación periférica	<input type="checkbox"/>								
q. <b>DAPSA</b> , aunque presente afectación periférica	<input type="checkbox"/>								

**4.3.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación valoración de los **índices de actividad y función** del paciente con **APs** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerd o	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es <u>ALTAMENTE ACONSEJABLE</u> realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									
a. EVA dolor (0-1), en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. EVA global paciente, en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. EVA global medico (0-1), en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. DAPSA, en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>En cuanto a la <u>valoración cutánea</u> del paciente con APs:</b>									
e. Es <u>ALTAMENTE ACONSEJABLE</u> realizar una valoración cutánea en cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Es <u>ALTAMENTE ACONSEJABLE</u> realizar una valoración cutánea <b>conjuntamente con el dermatólogo, en casos de afectación cutánea moderada o grave.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Si el dermatólogo ya evalúa la afectación cutánea, realizar un BSA es <u>ACONSEJABLE</u> . Si no lo evalúa dermatología, la realización del BSA es <u>ALTAMENTE ACONSEJABLE</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. <u>SE PODRÍA PRESCINDIR</u> <u>DE</u> realizar un PASI si ya se realiza el BSA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. La valoración del PASI tendría que venir hecha de dermatología, <b>en casos de</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>afectación cutánea moderada o grave.</b>									
j. Si BSA no está disponible, y no existe valoración cutánea por parte de dermatología, la valoración del PASI es ALTAMENTE ACONSEJABLE.	<input type="checkbox"/>								
<b>Es ACONSEJABLE realizar las siguientes valoraciones durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									
k. Índice de actividad HAQ al menos una vez al año	<input type="checkbox"/>								
l. MDA, <b>una vez al año</b>	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> realizar las siguientes valoraciones en la visita de seguimiento del paciente con APs:									
m. DAS28	<input type="checkbox"/>								
n. BASMI	<input type="checkbox"/>								
<b>En caso de un paciente con APs y afectación axial, es ALTAMENTE ACONSEJABLE</b> realizar una valoración de...:									
o. BASFI	<input type="checkbox"/>								
p. ASDAS y/o BASDAL: Es ALTAMENTE ACONSEJABLE <b>realizar al menos uno de los dos</b> , en cada visita.	<input type="checkbox"/>								

## 5. PRUEBAS DE LABORATORIO

**5.1.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la **examenación de pruebas de laboratorio** en un paciente con **EspAax** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE examinar las siguientes pruebas de laboratorio durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
a. Proteína C reactiva, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
b. Hemograma, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
c. Bioquímica general con perfil hepático, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
d. Perfil lipídico, cada 6 - 12 meses, en función del perfil de riesgo	<input type="checkbox"/>								
e. Velocidad de sedimentación globular (VSG), en cada visita	<input type="checkbox"/>								
f. Aclaramiento de la creatinina/Filtrado (MMDR-4), en cada visita	<input type="checkbox"/>								
g. s. orina (sistemático de orina), mínimo una vez al año	<input type="checkbox"/>								
<b>Es ACONSEJABLE examinar las siguientes pruebas de laboratorio durante el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
h. Ácido úrico, cada 6 - 12 meses, en función del perfil de riesgo	<input type="checkbox"/>								
i. Si hay factores de riesgo, la 25-OH-vitamina D, una vez al año	<input type="checkbox"/>								
j. Si hay factores de riesgo (riesgo CV, alteraciones renales...), la	<input type="checkbox"/>								

microalbuminuria/ orina, una vez al año									
k. Si hay factores de riesgo (diabetes), la Hb glicosilada, una vez al año	<input type="checkbox"/>								
I. La valoración de Microalbuminuria, Hb glicosilada y HOMMA son ACONSEJABLES en caso de factores de riesgo, y se debería fomentar su seguimiento por AP o reumatología, en función de las condiciones de cada centro.	<input type="checkbox"/>								
m. El sistemático de orina cada 1-2 años.	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> examinar las siguientes pruebas de laboratorio durante el seguimiento del paciente con <b>EspAax</b> :									
n. HOMMA (índice resistencia insulina)	<input type="checkbox"/>								
o. VSG, si ya se dispone de PCR.	<input type="checkbox"/>								

**5.2.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la **examinación de pruebas de laboratorio** en un paciente con **APs** (*siendo 1 nada de acuerdo y 9 totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerdo	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE</b> examinar las siguientes pruebas de laboratorio durante el seguimiento del paciente con <b>APs</b> :									
a. Proteína C reactiva, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
b. Hemograma, en cada visita	<input type="checkbox"/>								
c. Bioquímica general con perfil hepático, en cada visita	<input type="checkbox"/>								

d. Perfil lipídico, cada 6 - 12 meses, en función del perfil de riesgo	<input type="checkbox"/>								
e. Velocidad de sedimentación globular (VSG), en cada visita	<input type="checkbox"/>								
f. Ácido úrico cada 6-12 meses	<input type="checkbox"/>								
g. Aclaramiento de la creatinina/Filtrado (MMDR-4), en cada visita	<input type="checkbox"/>								
h. s. orina (sistemático de orina), mínimo una vez al año	<input type="checkbox"/>								
<b>Es ACONSEJABLE examinar las siguientes pruebas de laboratorio durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									
i. Si hay factores de riesgo, la 25-OH-vitamina D, una vez al año	<input type="checkbox"/>								
j. Si hay factores de riesgo (riesgo CV, alteraciones renales...), la microalbuminuria/ orina, una vez al año	<input type="checkbox"/>								
k. Si hay factores de riesgo (diabetes), la Hb glicosilada, una vez al año	<input type="checkbox"/>								
l. La valoración de Microalbuminuria, Hb glicosilada y HOMMA son ACONSEJABLES en caso de factores de riesgo, y se debería fomentar su seguimiento por AP o reumatología, en función de las condiciones de cada centro.	<input type="checkbox"/>								
m. El sistemático de orina cada 1-2 años.	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE examinar las siguientes pruebas de laboratorio durante el seguimiento del paciente con APs:</b>									
n. HOMMA (índice resistencia insulina)	<input type="checkbox"/>								

## 6. PRUEBAS DE IMAGEN

**6.1.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la realización de **pruebas de imagen** en el paciente con **EspAax** (siendo 1 *nada de acuerdo* y 9 *totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerd o	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar las siguientes pruebas de imagen en el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
a. Radiografía de la columna lateral cervical y/o dorsal y/o lumbar, con una frecuencia en función de los factores de progresión, mínimo cada 2-3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Radiografía simple de pelvis, con una frecuencia en función de los factores de progresión, mínimo cada 2-3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Radiografías periféricas manos y pies <b>en caso de clínica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Es ACONSEJABLE realizar las siguientes pruebas de imagen en el seguimiento del paciente con EspAax:</b>									
d. RMN de articulaciones sacroilíacas, <b>en caso de dudas médicas / según la clínica, para reconfirmar un diagnóstico o ver actividad de la enfermedad.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. RMN de articulaciones sacroilíacas, <b>para valorar respuesta al tratamiento</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. RMN de columna, en caso de <b>en caso de dudas médicas sobre la actividad de</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

la enfermedad o diagnóstico diferencial									
g. RMN de columna, en caso de <b>para valorar respuesta al tratamiento</b>	<input type="checkbox"/>								
h. Valoración ecográfica de la entesis periférica, en caso de clínica y/o dudas.	<input type="checkbox"/>								
i. Valoración ecográfica de articulaciones, en caso de clínica y/o dudas.	<input type="checkbox"/>								
j. Densitometría ósea, según factores de riesgo	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> realizar las siguientes pruebas de imagen en el seguimiento del paciente con <b>EspAax</b> :									
k. Resonancia de articulaciones periférica	<input type="checkbox"/>								
l. TAC de articulaciones sacroilíacas	<input type="checkbox"/>								

**6.2.** Indique su grado de acuerdo con las siguientes recomendaciones en relación a la realización de **pruebas de imagen** en el paciente con **APs** (*siendo 1 nada de acuerdo y 9 totalmente de acuerdo*):

	1 Nada de acuerd o	2	3	4	5	6	7	8	9 Totalmente de acuerdo
<b>Es ALTAMENTE ACONSEJABLE</b> realizar las siguientes pruebas de imagen en el seguimiento del paciente con <b>APs</b> :									
a. ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar al menos una radiografía de la columna lateral cervical y/o dorsal y/o lumbar <b>basal</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Radiografías periféricas manos y pies <b>en caso de clínica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Es ACONSEJABLE</b> , realizar las siguientes pruebas de imagen en el seguimiento del paciente con <b>EspAax</b> :									

c. Tener al menos, una radiografía simple de pelvis	<input type="checkbox"/>								
d. Radiografía simple de pelvis, sólo si hay clínica	<input type="checkbox"/>								
e. Valoración ecográfica de la entesis periférica, en caso de clínica y/o dudas diagnósticas.	<input type="checkbox"/>								
f. Valoración ecográfica de articulaciones, en caso de clínica y/o dudas.	<input type="checkbox"/>								
g. Densitometría ósea, según factores de riesgo	<input type="checkbox"/>								
<b>SE PODRÍA PRESCINDIR DE</b> realizar las siguientes pruebas de imagen en el seguimiento del paciente con APs:									
h. Resonancia de articulaciones periférica	<input type="checkbox"/>								
i. TAC de articulaciones sacroilíacas	<input type="checkbox"/>								
En caso de paciente con APs y AFECTACIÓN AXIAL...									
j. ALTAMENTE ACONSEJABLE realizar una radiografía de la columna lateral cervical y/o dorsal y/o lumbar	<input type="checkbox"/>								
k. RMN de articulaciones sacroilíacas, sólo <b>en caso de clínica y dudas diagnósticas</b>	<input type="checkbox"/>								
l. RMN de columna ACONSEJABLE sólo en caso de <b>en caso de clínica de columna y dudas diagnósticas</b>	<input type="checkbox"/>								