

Índice de psoriasis simplificado

Fecha :

Versión de autoevaluación (saSPI)

ETIQUETA o ID:

Sexo :

Nombre:

Apellidos:

Gracias por completar este cuestionario, el cual nos ayudará a comprender más acerca de usted y su psoriasis. Si necesita ayuda para llenar el formulario, por favor pregunte. El cuestionario contiene tres partes y nos da información acerca de cómo está su psoriasis actualmente, cómo le afecta a nivel personal y cómo se ha comportado en el pasado.

PARTE 1A Para cada una de estas 10 áreas corporales marque con un círculo la opción que mejor describa su psoriasis al día de hoy

0	±	+
---	---	----------

- | | |
|---|---|
| 0 | Ausente o menor sin ser molesto para usted (0) |
| ± | Obvio pero aún con mucha piel normal (½) |
| + | Ampliamente distribuida e involucrando gran parte del área afectada (1) |

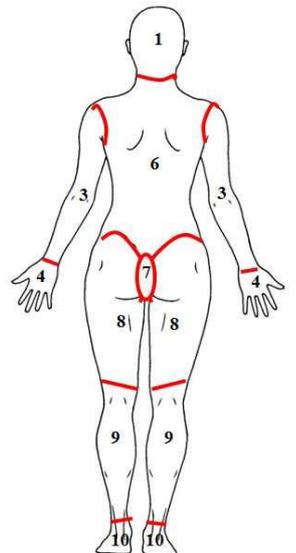
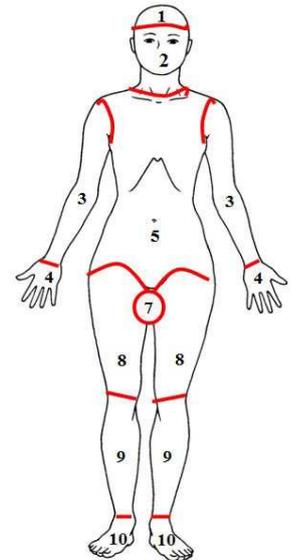
		0	½	1
1	Cuero cabelludo y línea de implantación del pelo	0	±	+
2	Cara, cuello y orejas	0	±	+
3	Brazos y axilas	0	±	+
4	Manos, dedos y uñas de las manos*	0	±	+
5	Pecho y abdomen	0	±	+
6	Espalda y hombros	0	±	+
7	Área genital y/o alrededor del ano	0	±	+
8	Glúteos y muslos	0	±	+
9	Rodillas, parte inferior de las piernas y tobillos	0	±	+
10	Pies, dedos y uñas de los pies*	0	±	+

* incluso si la piel de las manos o pies no está afectada puede puntuar ± para psoriasis severa de al menos 2 uñas o + para 6 o más uñas de manos o pies

Puntuación de extensión total: máximo 10 puntos

1A

SUM



PARTE 1B Por favor marque con un círculo la opción que mejor describa el estado general de su psoriasis al **día de hoy**. Su puntuación debe reflejar el **promedio** de **toda** su psoriasis, no sólo las áreas más afectadas.

- | | |
|---|--|
| 0 | Ausente o enrojecimiento ligero o pigmentación leve |
| 1 | Enrojecimiento o escamosidad leve con engrosamiento ligero |
| 2 | Enrojecimiento, escamosidad o engrosamiento definido |
| 3 | Enrojecimiento, escamosidad o engrosamiento de gravedad moderada |
| 4 | Muy rojo e inflamado, muy escamoso o muy engrosado |
| 5 | Inflamación de piel intensa con o sin pústulas (puntos de pus) |

Puntuación de severidad promedio: máximo 5 puntos **1B**

Se pueden proporcionar imágenes fotográficas para ayudarlo a puntuar su psoriasis.

saSPI-s
(1A X 1B)

Puntaje de extensión x severidad = **1A x 1B** (máximo 50)

PARTE 2 (SPI-p) Marque en la línea de abajo qué tanto su psoriasis le afecta en su vida diaria en el **día de hoy**.



Guía: 0 = mi psoriasis no me afecta en nada
 5 = mi psoriasis me afecta bastante
 10 = mi psoriasis me afecta muchísimo (No puedo imaginarme estar más afectado)

PARTE 3 (SPI-i) Esta parte incluye un historial de usted y su psoriasis.

Si la información de su evaluación anterior es conocida y no ha cambiado, simplemente ingrese el puntaje SPI-i anterior en el cuadro SPI-i (abajo a la derecha).

Acerca de su psoriasis Dar un punto por cada enunciado correcto *máximo 4 puntos*

He tenido psoriasis por al menos 10 años

Mi psoriasis comenzó antes de mis 10 años *y/o* ha estado presente por más de 20 años

He tenido psoriasis rojo brillante *o* muy inflamada (con o sin puntos de pus) cubriendo toda mi piel (psoriasis eritrodérmica o pustular generalizada)

Un reumatólogo (especialista en artritis) ha confirmado que tengo artritis psoriásica

Acerca del tratamiento de su psoriasis *máximo 6 puntos*

¿ Cuántos tratamientos para psoriasis diferentes (no incluye cremas etc.) ha tenido?

Tratamiento con luz ultravioleta (UVB *y/o* UVA con psoralenos) *máximo 1 punto*

Tabletas *o* inyecciones (1 punto por cada droga activa diferente) *máximo 5 puntos*

NÚMERO

Resumen de tratamientos recibidos (opcional) *

Seleccione cada tratamiento que alguna vez haya recibido. Si un tratamiento no está en la lista, añádalo. Favor consultar a su médico o enfermera si no está seguro.

TOTAL

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acitretina | <input type="checkbox"/> Etanercept | <input type="checkbox"/> Ustekinumab | <input type="checkbox"/> : | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporina | <input type="checkbox"/> Adalimumab | <input type="checkbox"/> Risankizumab | <input type="checkbox"/> : | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> Metotrexato | <input type="checkbox"/> Dimetilfumarato | <input type="checkbox"/> : | <input type="checkbox"/> : | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> Infliximab | <input type="checkbox"/> Secukinumab | <input type="checkbox"/> : | <input type="checkbox"/> : | <input type="checkbox"/> : |

Puntuación saSPI

Número entero más cercano

Si no existen cambios, utilizar puntuación de SPI-i previo

saSPI-s

SEVERIDAD (0-50)

SPI-p

PSICOSOCIAL (0-10)

saSPI-i

INTERVENCIÓN (0-10)

#