

# 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)

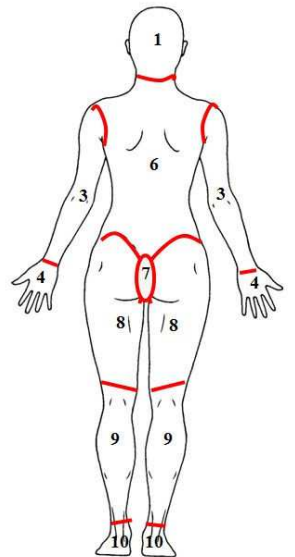
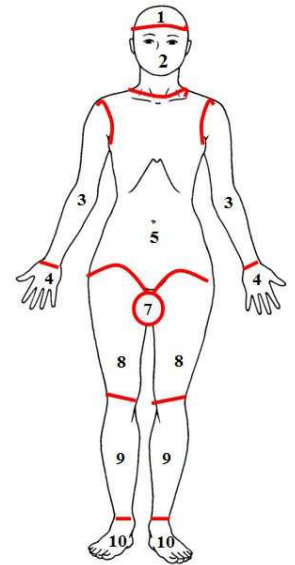
		0	½	1
1	Cuero cabelludo y línea de implantación del pelo	0	±	+
2	Cara, cuello y orejas	0	±	+
3	Brazos y axilas	0	±	+
4	Manos, dedos y uñas de las manos*	0	±	+
5	Pecho y abdomen	0	±	+
6	Espalda y hombros	0	±	+
7	Área genital y/o alrededor del ano	0	±	+
8	Glúteos y muslos	0	±	+
9	Rodillas, parte inferior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

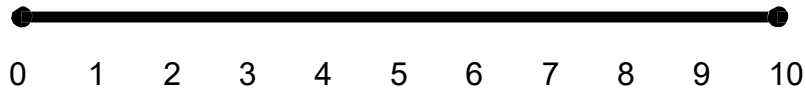
Puntuación de severidad promedio: máximo 5 puntos **1B**

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

SPI-p

saSPI-i

SEVERIDAD (0-50)

PSICOSOCIAL (0-10)

INTERVENCIÓN (0-10)

#