



ORIGINAL

Aplicación del Simplified Psoriasis Index en la práctica clínica habitual: estudio piloto

A. Vidal Ruiz*, Á. Sánchez Leiro, N. Eirís Salvado, A.M. Carrizosa Esquivel y D. Moreno Ramírez

Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 1 de febrero de 2024; aceptado el 11 de marzo de 2024

Disponible en Internet el 29 de marzo de 2024

PALABRAS CLAVE

Psoriasis;
Psoriasis Area and Severity Index;
Simplified Psoriasis Index;
Dermatology Life Quality Index;
Herramientas de medición;
Escalas;
Puntuación

Resumen

Antecedentes y objetivo: El Simplified Psoriasis Index (SPI) es una herramienta recientemente validada al español, que mide la gravedad de la psoriasis integrando 3 esferas: gravedad clínica (SPI-s), impacto psicosocial (SPI-p) e historia natural (SPI-i). Nuestro objetivo fue estudiar la validez y equivalencia de esta nueva escala con las escalas que usamos de forma habitual (Psoriasis Area and Severity Index o PASI, y Dermatology Life Quality Index o DLQI).

Material y método: Estudio observacional de corte transversal, con 45 pacientes de edades comprendidas entre los 18 y 74 años. Se recogieron sus datos demográficos y los relativos a la gravedad de la psoriasis y a la calidad de vida de los pacientes, utilizando simultáneamente estas escalas (PASI, DLQI y SPI). Se estudió la correlación de las escalas de referencia (PASI y DLQI) con el SPI. Se estudió el grado de concordancia entre las 2 versiones del SPI: versión cumplimentada por el médico (proSPI) y versión autocumplimentada por el paciente (saSPI).

Resultados: La edad media fue de 51 años, con un tiempo de evolución media de la psoriasis de 14,05 años. Se obtuvo una buena correlación entre PASI y proSPI-s ($r = 0,89$) y entre DLQI y SPI-p ($r = 0,89$), y una correlación moderada entre PASI y saSPI-s ($r = 0,52$). El grado de concordancia entre proSPI-s y saSPI-s fue moderado.

Conclusiones: Estos datos suponen los primeros resultados de uso en la práctica clínica real del SPI en su versión en español validada, y hacen que el uso de esta escala sea prometedor en la práctica clínica habitual.

© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alba.vidalhuv@gmail.com (A. Vidal Ruiz).

KEYWORDS

Psoriasis;
Psoriasis Area and Severity Index;
Simplified Psoriasis Index;
Dermatology Life Quality Index;
Measurement tools;
Scale;
Score

Application of the Simplified Psoriasis Index in the Routine Clinical Practice: A Pilot Study

Abstract

Background and objective: The Simplified Psoriasis Index (SPI) is a recently validated tool in Spanish that measures psoriasis severity by integrating 3 different spheres: clinical severity (SPI-s), psychosocial impact (SPI-p), and natural history (SPI-i). Our objective was to study the validity and equivalence of this new scale compared to routinely used scales such as the Psoriasis Area and Severity Index, PASI, and the Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Materials and methods: This was a cross-sectional and observational study that included 45 patients aged 18 to 74 years. Demographic data and information associated with psoriasis severity and the patients' quality of life were collected, using PASI, DLQI, and SPI simultaneously. The correlation of reference scales (PASI and DLQI) with SPI was examined. The degree of agreement between the 2 versions of SPI completed by the physician (proSPI-s) and self-administered by the patient (saSPI-s), was also studied.

Results: The mean age of the study population was 51 years, with a mean psoriasis history of 14.05 years. A strong correlation was found between PASI and proSPI-s ($r=0.89$), as well as between DLQI and SPI-p ($r=0.89$), with a moderate correlation being reported between PASI and saSPI-s ($r=0.52$). The degree of agreement between proSPI-s and saSPI-s was moderate.

Conclusions: These findings represent the initial results of real clinical practice using the validated Spanish version of SPI, making its use truly promising in the routine clinical practice.

© 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La psoriasis produce una amplia variedad de manifestaciones clínicas y un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes, por lo que es necesario disponer de herramientas que reflejen fielmente la gravedad de la enfermedad y sus implicaciones.

El Psoriasis Area and Severity Index (PASI), definido por Fredriksson y Pettersson en 1978¹, se ha convertido en el método de referencia para la medición de la gravedad de la psoriasis. Permite tomar decisiones terapéuticas estandarizadas en psoriasis tributarias de tratamiento sistémico y valorar la respuesta al tratamiento. No obstante, esta escala no ha sido nunca adecuadamente validada² y presenta limitaciones como: falta de inclusión de los síntomas que produce la enfermedad, ausencia de utilidad en formas como la psoriasis pustulosa, complejidad aritmética, la necesidad de estimar la superficie corporal (con gran variabilidad intra- e interobservador), falta de estandarización de los valores de corte para la psoriasis leve, moderada y grave, la necesidad de recurrir a otras escalas para conocer su impacto psicosocial (Dermatology Life Quality Index, DLQI), así como la escasa importancia que otorga a la distribución de las lesiones en zonas con mayor carga psicosocial o funcional.

Todo esto hace evidente la necesidad de una nueva herramienta que permita valorar de una manera más objetiva, sencilla e integral al paciente con psoriasis. El Simplified Psoriasis Index (SPI), desarrollado en Reino Unido², ha sido traducido y validado para varios idiomas³⁻⁶, con resultados prometedores que invitan a utilizarlo en nuestra práctica clínica diaria tanto en adultos como en niños⁷.

Esta escala no obliga a calcular numéricamente la superficie corporal afectada, incluye la valoración de la esfera

psicosocial del paciente y es fácilmente reproducible. Además, permite una mejor valoración de las «localizaciones especiales»; aunque el paciente tenga poca superficie afectada, será clasificado en el grupo de psoriasis moderada o grave cuando las lesiones afecten a zonas visibles, molestas o de difícil tratamiento (cara, zona palmoplantar, pliegues axilares e inguinales o zona genital).

Por todo ello, este estudio plantea valorar la aplicabilidad clínica del SPI a través del estudio de los resultados obtenidos al emplearlo en su versión traducida al español en nuestra práctica clínica real.

Material y métodos

Diseño del estudio

Realizamos un estudio observacional de corte transversal de pacientes que acudieron a la Unidad de Psoriasis del Hospital Universitario Virgen Macarena durante un periodo de 2 semanas durante el mes de noviembre. Tras la entrevista clínica y la exploración física del paciente, se recogieron las variables demográficas y se cumplimentaron los cuestionarios PASI, DLQI y SPI en su versión del médico (proSPI) y en su versión autocumplimentada por el paciente (saSPI) para su posterior análisis estadístico.

Instrumentos: Simplified Psoriasis Index

El SPI consta de 3 dominios:

Componente de gravedad (SPI-severity, SPI-s). Su rango de valores puede ir del 0 al 50. Se divide en 2 partes (1A y 1B). En la primera parte (1A) se valora la extensión de las lesiones otorgando una puntuación (0; 0,5 o 1) a cada una

A Índice de psoriasis simplificado

ETIQUETA o ID: _____ Sexo: _____
 Nombre: _____
 Apellidos: _____

Fecha: _____
 Versión profesional (proSPI)

PARTE 1A Marque con un círculo la opción que mejor describa la extensión actual de psoriasis en cada zona corporal.

0 ± +

0 Ausente/mínima con no más de pocas placas delgadas dispersas (0)
 ± Obvia pero aún con abundante piel normal (0.5)
 + Ampliamente distribuida e involucrando gran parte del área afectada (1.0)

§ Tener en consideración que este enunciado no es lo mismo que el porcentaje de compromiso del área de superficie corporal: el puntaje de extensión toma en consideración la distribución de las placas.

	0	½	1
1 Cuello, 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 anogenital	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	±	+
			TOTAL

* Severidad de distrofia con ≥ 2 uñas (0.5) o ≥ 6 uñas (1.0)
 Puntuación de extensión total: máximo 10 puntos

PARTE 1B Seleccione la opción que mejor describa la severidad promedio actual de psoriasis. Debe tener en consideración todas las áreas afectadas anteriormente señaladas, no sólo las más comprometidas. Consultar clave fotográfica de severidad si está disponible.

0 Casi ausente: con eritema leve o pigmentación residual aislada
 1 Leve: eritema y/o escamosidad con leve engrosamiento focal palpable
 2 Leve-a-moderado: eritema y/o escamosidad con mayoría de piel afectada con engrosamiento palpable
 3 Moderado: eritema y/o escamosidad y/o engrosamiento cutáneo
 4 Marcada: eritema y/o descamación y/o engrosamiento cutáneo
 5 Inflamación cutánea intensa: con o sin pustulación

Puntuación de severidad promedio: máximo 5 puntos

Puntaje de extensión x severidad (evaluación profesional: proSPI-s) = 1A x 1B (máximo 50)

B

PARTE 2 (SPI-p) Pedir al paciente que marque la línea inferior con relación a la pregunta:

“¿Qué tanto le afecta la psoriasis en su vida diaria (actualmente)?”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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 representa un resumen de la historia de la psoriasis del paciente e intervenciones recibidas.

Si la información de la evaluación previa es conocida y no ha sufrido cambios desde entonces, simplemente ingrese el puntaje SPI-i anterior en el cuadro SPI-i abajo.

Acerca de la psoriasis del paciente *máximo 4 puntos*

El paciente ha tenido psoriasis por al menos 10 años

La psoriasis del paciente comenzó antes de los 10 años de edad o ha estado presente por más de 20 años

El paciente ha tenido psoriasis pustular generalizada o eritrodermica

Un reumatólogo ha confirmado el diagnóstico de artritis psoriásica

Acerca el tratamiento del paciente *máximo 6 puntos*

¿Cuántos tratamientos para psoriasis diferentes (no tópicos) ha recibido el paciente?

Fototerapia Ultravioleta (UVB y/o UVA con psoralenos) *máximo 1 punto*

Tratamientos sistémicos (1 punto por cada agente activo diverso) *máximo 5 puntos*

Resumen de tratamientos sistémicos recibidos (opcional) *
 Introduzca todos los agentes sistémicos recibidos a la fecha. Si el tratamiento no se encuentra en la lista, añádirlo en los espacios en blanco. La lista de agentes puede ser modificada de acuerdo a la disponibilidad local o introducción de nuevos tratamientos.

SEVERIDAD (0-50) PSICOSOCIAL (0-10) INTERVENCIÓN (0-10)

proSPI-s (1A x 1B)

proSPI-p (1A x 2)

proSPI-i (1A x 3)

(c) The University of Manchester, all rights reserved. proSPI v. 2. 2019 : 22.12.2020

Figura 1 Versión del SPI para el profesional (proSPI). Consta de los 3 dominios mencionados anteriormente. A) Partes 1A y 1B: componente de gravedad (proSPI-s). B) Parte 2: componente psicossocial (SPI-p). Parte 3: historia natural e intervenciones (SPI-i).

de las 10 localizaciones del cuestionario, según la superficie afectada en cada una. En la segunda parte (1B) se valora la gravedad clínica promedio de las lesiones según las características que presenten.

Componente psicossocial (SPI-p): se valora mediante una escala analógica de 10 cm que permite transformar la respuesta del paciente en una puntuación del 0 al 10.

Historia natural e intervenciones (SPI-i). Su rango de valores va del 0 al 10. Se van añadiendo puntos según los años de evolución de la enfermedad, la presencia de formas clínicas graves (eritrodermia o pustulosis), la sintomatología articular y la modalidad y el número de tratamientos utilizados.

Además, hay disponibles 2 versiones (saSPI y proSPI) que se diferencian en cuanto a la ausencia de lenguaje técnico en la versión del paciente (figs. 1 y 2).

Criterios evaluados

Con este instrumento se evalúan la validez de criterio y la concordancia. La validez de criterio es el grado en que un determinado instrumento refleja adecuadamente la escala de referencia. Para ello comparamos el grado de correlación del dominio del SPI que valora la gravedad clínica (proSPI-s y saSPI-s) con el PASI e, igualmente, el grado de correlación

del dominio psicossocial del SPI (SPI-p) con el DLQI. En cuanto a la concordancia, permite cuantificar el grado de fiabilidad entre evaluadores. Para ello se midió la correlación entre la valoración del profesional y la autoevaluación del paciente: proSPI-s y saSPI-s, de forma generalizada y desglosada por áreas corporales.

Análisis estadístico

Los datos recogidos se analizaron mediante la plataforma de programa IBM® SPSS® versión 21. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre las distintas herramientas de medición de la gravedad física y psicossocial de la psoriasis (proSPI, saSPI, PASI, SPI-p, DLQI) y el coeficiente de correlación intraclase para cada una de las áreas corporales presentadas en el SPI-s, utilizando los valores obtenidos con las escalas proSPI-s y saSPI-s.

Resultados

El estudio incluyó a un total de 45 pacientes, con una edad media de 51 años (IC 95%: 46,11-55,90) y un tiempo de evolución media de la psoriasis de 14,05 años (IC 95%: 9,07-19,03). El 26,6% asociaba además artritis psoriásica. Con respecto a

A Índice de psoriasis simplificado

Fecha :

Versión de autoevaluación (saSPI)

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.

ETIQUETA o ID: Sexo :

Nombre:

Apellidos:

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

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.

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

B

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.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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) * TOTAL

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

Acitretina Etanercept Ustekinumab

Ciclosporina Adalimumab Risankizumab

Metotrexato Dimetil fumarato

Infliximab Secukinumab

Puntuación saSPI

saSPI-s Número entero más cercano

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

saSPI-i

SEVERIDAD (0-50) PSICOSOCIAL (0-10) INTERVENCIÓN (0-10)

(c) The University of Manchester, all rights reserved. saSPI v. 2 2019 : 28.12.2020

Figura 2 Versión del SPI para autoevaluación por el paciente (saSPI). Consta de los 3 dominios mencionados anteriormente. A) Partes 1A y 1B: componente de gravedad (saSPI-s). B) Parte 2: componente psicosocial (SPI-p). Parte 3: historia natural e intervenciones (SPI-i).

la gravedad clínica, presentaron un valor medio de PASI de 4,51 (IC 95%: 2,72-6,30) y puntuaciones medias de proSPI-s y saSPI-s de 3,78 (IC 95%: 2,36-5,21) y 5,12 (IC 95%: 3,11-7,13), respectivamente. El valor medio del DLQI fue de 6,62 (IC 95%: 4,21-9,03) y el de SPI-p fue de 2,95 (IC 95%: 2,23-3,68).

Para evaluar la validez de criterio, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre el *gold standard* y las distintas modalidades del SPI: se observó una buena correlación entre el PASI y el proSPI-s ($r=0,89$) y entre el DLQI y el SPI-p ($r=0,89$). Sin embargo, el nivel de correlación entre PASI y saSPI-s ($r=0,52$) fue solo moderado en la muestra obtenida (tabla 1).

Para evaluar la concordancia de las 2 modalidades de la escala SPI se calculó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) entre los valores de proSPI-s y saSPI-s de cada una de las localizaciones estudiadas y se obtuvieron unos valores inferiores a 0,75 (fiabilidad moderada) en: la cara, el cuello y las orejas (0,72); brazos y axilas (0,63); pecho y abdomen (0,74); área anogenital (0,68); glúteos y muslos (0,72); rodillas, parte inferior de las piernas y tobillos (0,74).

Discusión

El uso en la práctica clínica habitual de la versión en español validada de la escala SPI permite *a priori* realizar una valoración integral de la psoriasis simplificando el cálculo de la superficie afecta en cada localización al darle un peso equitativo a cada una. Además, incluye una valoración de la afectación psicosocial en forma de escala visual analógica, sencilla y rápida. En el desarrollo inicial de Chularojanamontri et al., se observó una buena correlación del proSPI (validez de criterio) con el criterio de referencia, PASI, y una buena correlación entre SPI-p y el DLQI, de la misma forma que los resultados observados en este estudio. No obstante, la correlación observada entre el saSPI-s y PASI ha resultado inferior, incluso en comparación con el estudio de validación de la escala en portugués (tabla 2).

Para intentar comprender estos resultados, nos planteamos la posibilidad de que algunas localizaciones estuvieran siendo infravaloradas sistemáticamente por el profesional. La escala SPI desglosa en 10 áreas corporales, lo que permite que las localizaciones especiales tengan un mayor peso

Tabla 1 Correlaciones

Correlación (rho de Spearman)	proSPI-s	saSPI-s	PASI	SPI-p	DLQI
proSPI-s			0,89		
saSPI-s			0,52	0,66	0,71
PASI	0,89	0,52			0,40
SPI-p		0,66			0,89
DLQI	0,40	0,71		0,89	

Los valores que se resaltan corresponden a los valores más importantes discutidos en el texto.

DLQI: Dermatology Life Quality Index; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; proSPI-s: componente de gravedad del Simplified Psoriasis Index realizado por el profesional; saSPI-s: componente de gravedad del Simplified Psoriasis Index autocumplimentado; SPI-p: impacto psicosocial del Simplified Psoriasis Index.

Tabla 2 Comparación de valores de correlación entre PASI/proSPI-s y saSPI-s y DLQI/SPI-p entre las diferentes series publicadas

Series	Correlación (rho de Spearman)
Chularojanamontri <i>et al.</i> (2013) ³ - escala original en inglés	PASI/proSPI-s: 0,91 PASI/saSPI-s: 0,70 DLQI/SPI-p: 0,89
Morais <i>et al.</i> (2018) ⁴ - validación en portugués	PASI/proSPI-s: 0,79 PASI/saSPI-s: 0,66
Vidal Ruiz <i>et al.</i> (2022)- validación en español	PASI/proSPI-s: 0,89 PASI/saSPI-s: 0,52 DLQI/SPI-p: 0,89

que en el PASI. Al calcular el CCI entre proSPI-s y saSPI-s de cada una de las localizaciones estudiadas, obtuvimos valores de fiabilidad moderada en ciertas localizaciones. Destacamos que el CCI fue menor, por un lado, en el área anogenital (0,68), región con frecuencia no explorada de forma exhaustiva en la práctica clínica habitual a pesar de su impacto en la gravedad de la enfermedad; y por otro, aunque de forma menos esperable por ser una localización mucho más accesible a la exploración, en brazos y axilas (0,63). Esta disparidad podría justificar, en parte, la menor correlación entre el saSPI-s y PASI, aunque la evidencia publicada hasta el momento no incluye dicha información, por lo que serían necesarios nuevos estudios con un mayor número de pacientes y con un análisis desglosado por localizaciones para corroborar esta hipótesis.

Como limitaciones, debemos destacar el reducido número de pacientes incluidos en la muestra de estudio y la ausencia de seguimiento prospectivo, que nos impide estudiar la escala a lo largo de la evolución clínica del paciente. Además, el buen control de la enfermedad que presentan, en general, los sujetos incluidos en el estudio, supone que tengan un PASI relativamente bajo. Esta circunstancia podría haber condicionado, en parte, los resultados obtenidos.

Conclusiones

Este estudio describe los primeros resultados de uso en práctica clínica real del SPI en su versión en español validada, que muestran una buena correlación entre el SPI-s realizado por el profesional y la escala PASI, así como entre la valo-

ración psicosocial y el DLQI. La simplicidad de su cálculo y su carácter integrativo junto con la valoración de la historia natural de la enfermedad hacen que el uso clínico de esta escala sea prometedor en la práctica habitual. El uso de la escala saSPI podría ser una herramienta útil en la monitorización remota del paciente con psoriasis, aunque su peor correlación con el PASI supone una limitación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis: Oral therapy with a new retinoid. *Dermatology*. 1978;157:238–44, <http://dx.doi.org/10.1159/000250839>.
2. Chularojanamontri L, Griffiths CE, Chalmers RJ. The Simplified Psoriasis Index (SPI): A practical tool for assessing psoriasis. *J Invest Dermatol*. 2013 Aug;133:1956–62, <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2013.138>. Epub 2013 Mar 20. PMID: 23807685.
3. Barquero-Orias DE, Armellini E, Anderson AJ, Armellini A, Ortega-Loayza AG, Helbling I, et al. Translation into Spanish and field-testing of a new score for evaluating psoriasis severity: The Simplified Psoriasis Index (SPI). *Actas Dermosifiliogr*. 2022 Apr;113:363–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2021.11.004>. English, Spanish. Epub 2021 Nov 19. PMID: 35623726.
4. Morais MR, Martins GA, Romiti R, Tonoli RE, Carvalho AV. Translation and validation of the Simplified Psoriasis Index (SPI) into Brazilian Portuguese. *An Bras Dermatol*. 2018;93:813–8, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20186477>. PMID: 30484524; PMCID: PMC6256203.
5. Meah N, Alsharqi A, Azurdia RM, Owens LC, Parslew R, Chularojanamontri L. Assessing the validity and response distribution of the simplified psoriasis index in patients receiving phototherapy. *Australas J Dermatol*. 2018;59:41–7, <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.12549>. Epub 2016 Oct 12. PMID: 27730628.
6. Chabchoub I, Litaïem N, Gara S, Jaber K, Dhaoui MA, Zeglaoui F. Assessing the validity and interpretability of the Simplified Psoriasis Index in Tunisian patients. *Tunis Med*. 2022;100:49–55. Janvier; PMID: 35822332; PMCID: PMC9002850.
7. Van Geel MJ, Otero ME, de Jong EM, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Validation of the Simplified Psoriasis Index in Dutch children and adolescents with plaque psoriasis. *Br J Dermatol*. 2017 Mar;176:771–6, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.15120>. Epub 2016 Dec 8. PMID: 27718521.