

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO Y PATOLOGÍA SOMÁTICA (TOPYPS)

Nombre: _____
Fecha: _____

Edad: _____
Sexo: _____

Instrucciones:

La escala TOPYPS está diseñada para establecer un índice de gravedad de enfermedad somática y detectar las patologías funcionales más frecuentes siguiendo los criterios diagnósticos estandarizados. En cada uno de los 6 apartados de sistemas, se debe asignar un Índice Particular Acumulativo de Enfermedad (IPAE) que va de 0 a 3 puntos. La suma de estos índices nos permitirá obtener el Índice Global Acumulativo de Enfermedad (IGAE).

Los IPAE se asignarán en función de los siguientes criterios*:

Puntos	Interferencia en actividad	Tratamiento	Pronóstico	Algunos ejemplos
0	No	No	Bueno o leve	Ausencia de patología
1	Leve	No necesario	Leve o moderado	Lesiones dérmicas, hemorroides, hernias
2	Moderada	Necesario	Moderado	Algunos casos de diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, trastorno de ansiedad
3	Grave	Imprescindible (riesgo vital)	Grave	Algunos casos de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, AVC, esquizofrenia

*Puntuar el IPAE según el criterio más grave

SISTEMA RESPIRATORIO, OJOS, OÍDO, PIEL Y ANEXOS

IPAE= _____

Alergia

	Nariz/laringe	Ojos	Piel	Bronquios	
Fármacos/sustancias químicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Sospecha de alergia <input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aeroalérgenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Idiopático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Proseguir con **una** casilla marcada

SISTEMA NERVIOSO Y ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

IPAE= _____

Migraña (Al menos 5 episodios que duren entre 4 y 72 horas)

Fotofobia y/o fonofobia	<input type="checkbox"/>	→ Sospecha de migraña <input type="checkbox"/>
Náuseas y/o vómitos	<input type="checkbox"/>	
Localización unilateral	<input type="checkbox"/>	
Dolor pulsátil	<input type="checkbox"/>	
Dolor moderado a severo	<input type="checkbox"/>	
Empeora con actividad física habitual	<input type="checkbox"/>	

Proseguir con **dos** o más casillas marcadas

Cefalea tensional (Al menos 10 episodios/año que duren de 30 minutos a 7 días)

Localización bilateral	<input type="checkbox"/>	→ Sospecha de cefalea tensional <input type="checkbox"/>
Dolor opresivo (no pulsátil)	<input type="checkbox"/>	
Dolor leve a moderado	<input type="checkbox"/>	
No empeora con actividad física habitual	<input type="checkbox"/>	

Proseguir con **dos** o más casillas marcadas

SISTEMA GENITOURINARIO

IPAE= _____

Cistitis intersticial (Al menos 3 meses de evolución)

Dolor/malestar suprapúbico/pélvico	<input type="checkbox"/>	→ Sospecha de cistitis intersticial <input type="checkbox"/>
Polaquiuria (frec. miccional >8 veces/día)	<input type="checkbox"/>	
Nicturia	<input type="checkbox"/>	
Espasmos vesicales o urgencia miccional	<input type="checkbox"/>	

Proseguir con **tres** casillas marcadas

Disfunción sexual (Al menos 3 meses de evolución)

Disfunción eréctil	<input type="checkbox"/>	Disminución del deseo sexual	<input type="checkbox"/>	→ Sospecha de disfunción <input type="checkbox"/>
Problemas en la eyaculación	<input type="checkbox"/>	Dispareunia	<input type="checkbox"/>	
Ausencia de orgasmo	<input type="checkbox"/>	Vaginismo	<input type="checkbox"/>	

Proseguir con **una** casilla marcada

SISTEMA CARDIOVASCULAR IPAE=

SISTEMAS DIGESTIVO Y ENDOCRINO-METABÓLICO IPAE=

Dispepsia funcional (Al menos 3 meses de evolución)

Dolor epigástrico	<input type="checkbox"/>	Distensión en abdomen superior	<input type="checkbox"/>
Saciedad precoz	<input type="checkbox"/>	Náuseas postprandiales	<input type="checkbox"/>
Plenitud postprandial	<input type="checkbox"/>	Ardor epigástrico	<input type="checkbox"/>

Sospecha de dispepsia

Proseguir con **dos** o más casillas marcadas

Síndrome del intestino irritable (Dolor o molestia abdominal recurrente durante al menos 3 meses)

Cambio ritmo deposicional	<input type="checkbox"/>
Cambio consistencia heces	<input type="checkbox"/>
Mejoría con la defecación	<input type="checkbox"/>

Sospecha de S. del intestino irritable

Proseguir con **dos** o más casillas marcadas

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO IPAE=

Fibromialgia (Dolor en 3 o más áreas corporales* durante al menos 3 meses)

Fatiga	<input type="checkbox"/>
Sueño no reparador	<input type="checkbox"/>
Trastornos cognitivos	<input type="checkbox"/>

Sospecha de fibromialgia

***Áreas corporales:** Cintura escapular izq/dcha, brazo sup/inf izq/dcho, nalga izq/dcha, pierna sup/inf izq/dcha, mandíbula izq/dcha, tórax, abdomen, cuello y espalda sup/inf.

Proseguir con **dos** o más casillas marcadas

Síndrome de fatiga crónica (Fatiga severa física y mental durante al menos 6 meses)

Artralgias	<input type="checkbox"/>	Recuperación postesfuerzo >24h	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	Trastornos cognitivos	<input type="checkbox"/>
Cefalea severa	<input type="checkbox"/>	Sueño no reparador	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta/odinofagia	<input type="checkbox"/>	Adenopatías	<input type="checkbox"/>

Sospecha de SFC

Proseguir con **cuatro** o más casillas marcadas

Disfunción temporomandibular

Dolor/dificultad al abrir la boca o masticar	<input type="checkbox"/>
Sonidos articulares	<input type="checkbox"/>
Rigidez/cansancio mandibular	<input type="checkbox"/>
Dolor en oídos/sienes/mejillas	<input type="checkbox"/>
Limitación/subluxación mandibular	<input type="checkbox"/>

Sospecha de disfunción TM

Proseguir con **dos** o más casillas marcadas

VALORACIÓN GLOBAL

Puntuación IGAE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Puntuación de IPAE más grave	0	1			2			3											
Valoración global*	AUSENTE	LEVE			MODERADO			GRAVE											

*Valorar según la puntuación más grave de ambos aspectos