

# **UNIDAD TEA-IPSM**

## **PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO**

# Programas

## Presentación

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón dispone de dos programas asistenciales para la atención a personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA).

### 1. Atención Médica Integral a Trastornos del Espectro del Autismo (AMITEA)

- Es un programa dirigido a pacientes de todas las edades con diagnóstico confirmado de TEA que tiene como objetivo la **facilitación y coordinación de la atención médica** especializada en el HGU Gregorio Marañón

### 2. Diagnóstico Complejo de los Trastornos del Espectro del Autismo (DxComplejo)

- Es un programa de **evaluación clínica** dirigido a pacientes de 0 a 25 años en quienes no ha sido posible confirmar el diagnóstico TEA tras la evaluación habitual de los especialistas de Neurología y/o Salud Mental comunitaria, debido a la complejidad del caso

Ambos programas son de ámbito regional (atienden a población de toda la Comunidad de Madrid) pero son independientes y tienen diferentes objetivos, actividades, criterios de inclusión y procedimientos de derivación.

# AMITEA

## Objetivos

- Facilitación y coordinación de la atención médica especializada a personas con TEA, en los diferentes servicios del HGU Gregorio Marañón
- Atención a las comorbilidades médicas y psiquiátricas complejas de los pacientes con TEA

## Actividades

- Recepción y evaluación de necesidades médicas de las personas con TEA.
- Coordinación de atención médica especializada hospitalaria.
- Seguimiento de situaciones de alta complejidad por comorbilidades médicas y psiquiátricas en pacientes con Trastornos del Espectro Autista.

*AMITEA **no es** un programa de diagnóstico, no se hacen valoraciones psicopedagógicas o educativas y no tiene recursos de atención temprana (estimulación, logopedia...) o tratamiento psicológico. Asimismo, el seguimiento psiquiátrico habitual corresponde a los Centros de Salud Mental que existen en todos los distritos de la Comunidad de Madrid y que pueden ser mucho más útiles para atender las necesidades de estos pacientes en el ámbito de la psiquiatría y la psicología clínica.*

## Criterios de inclusión

- Diagnóstico confirmado de TEA
- Residencia en la Comunidad de Madrid
- Cualquier edad

## Procedimiento de derivación:

- Derivación por cualquier médico de los servicios públicos del SERMAS, con el informe médico del diagnóstico de TEA, y aportando datos socio-sanitarios del paciente (INCLUYENDO FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL PACIENTE PARA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA), teléfonos de contacto con los familiares/paciente y datos de contacto del derivante, según el modelo de informe de derivación que se adjunta.
- La documentación debe remitirse al correo electrónico:  
[amitea.hgugm@salud.madrid.org](mailto:amitea.hgugm@salud.madrid.org)
- Modelo de informe de derivación (Anexo I).

# DxCOMPLEJO

## **Objetivos**

- Evaluación clínica de alta resolución de pacientes con sospecha de autismo, no resueltos a nivel de atención especializada: Neurología y/o Salud Mental comunitaria.

## **Actividades**

- Revisión de informes previos, evaluación médica, psiquiátrica y psicológica intensiva, con administración de instrumentos de evaluación específicos y especializados.
- Coordinación de evaluaciones internas y con evaluadores externos.
- Informe clínico completo, devolución diagnóstica y derivación al remitente u otro servicio asistencial para seguimiento posterior.

## **Criterios de inclusión:**

- Pacientes de 0 a 25 años, cuando no ha sido posible confirmar el diagnóstico TEA tras la evaluación habitual especializada (Neurología y/o Salud Mental comunitaria), debido a la complejidad del caso: comorbilidades psiquiátricas u orgánicas, múltiples diagnósticos, discrepancias diagnósticas, etc.
- Pacientes de 0-5 años: derivaciones desde Salud Mental o Neuropediatría hospitalaria.
- Pacientes a partir de 6 años: derivación desde los Centros de Salud Mental de distrito.

## **Procedimiento de derivación:**

- Derivación del profesional especialista (Neurología/Salud Mental) que realiza la demanda con informe en el que se argumente la necesidad de evaluación especializada y que incluya datos de contacto del profesional derivante y de la familia paciente (INCLUYENDO FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA DEL PACIENTE PARA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA), según el modelo de informe de derivación que se adjunta.
- La documentación debe remitirse al correo electrónico: [dxcomplejo.hgugm@salud.madrid.org](mailto:dxcomplejo.hgugm@salud.madrid.org)
- Modelo de informe de derivación (Anexo II)

## ANEXO I

### INFORME DE DERIVACIÓN A PROGRAMA AMITEA

#### (Atención Médica Integral a personas con Trastornos del Espectro del Autismo)

Nombre y cargo del profesional que deriva:

---

Nombre del CS/Hospital/CSM/recurso:

---

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CIPA:

Dirección:

Teléfonos de contacto de la familia: \_\_\_\_\_

---

En seguimiento por Salud Mental  NO: motivos:

SÍ: CSM.....

**En caso de que el paciente esté siendo atendido en Psiquiatría/Psicología, rogamos informar al facultativo correspondiente de la derivación al programa AMITEA.**

---

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:

OTROS DATOS DE INTERÉS:

**Fecha:**

**Nombre del profesional derivante:**

**CIAS del facultativo:**

**Teléfono de contacto del facultativo y/o profesional de referencia:**

## ANEXO II

### INFORME DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO COMPLEJO

Nombre y cargo del profesional que deriva:

\_\_\_\_\_

Nombre del Hospital/CSM/recurso:

\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CIPA:

Dirección:

Teléfonos de contacto de la familia: \_\_\_\_\_

---

*Si la derivación se produce desde Neuropediatría:*

Valorado por Salud Mental  NO

SI \* Especificar:

**\*En caso de que el paciente esté siendo atendido en Psiquiatría/Psicología, rogamos informar al facultativo correspondiente de la derivación a Dx Complejo**

*Si la derivación se produce desde Salud Mental:*

Valorado por Neuropediatría/neurología  NO

SI Especificar:

---

**Valorado por EAT/ EOEP**

NO

SI  Fecha:

Resultados:

## **INFORME MÍNIMO NECESARIO**

**Diagnósticos psiquiátricos previos:**

**Antecedentes personales somáticos (crisis epilépticas, alteraciones metabólicas, problemas auditivos, alteraciones genéticas, etc.) y tratamientos farmacológicos:**

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (DESCRIPCIÓN EVOLUTIVA Y SINTOMATOLÓGICA que incluya: desarrollo del lenguaje, comunicación socio-afectiva, comportamientos repetitivos, intereses inusuales, alteraciones en la percepción sensorial, etc.).**

**Pruebas complementarias:**

**Justificación de dudas diagnósticas:**



**Fecha:**

**Nombre del profesional derivante:**

**CIAS del facultativo:**

**Teléfono de contacto del facultativo y/o profesional de referencia:**