



**/ JORNADAS BUENAS PRÁCTICAS en
SALUD MENTAL
Subdirección General Salud Mental**



Título del proyecto: Buena Práctica Clínica en el Tratamiento y coordinación Infanto- juvenil en Área V

Murcia, 4 de diciembre de 2014



Dispositivo



- ▶ **CSM Jumilla/Yecla**
- ▶ **Dispositivos correspondientes de Atención Infanto-juvenil sanitarios y educativos dentro del área V de salud**





Responsables



- ▶ **Ana M^a García Herrero. Psiquiatra y coordinadora CSM Jumilla/Yecla.**
- ▶ **Dulce Nombre de María López Sánchez. Psicóloga clínica. CSM Jumilla.**
- ▶ **María Infante Sánchez de Lugarnuevo. Psicóloga clínica. CSM Yecla.**
- ▶ **Blanca Pérez Molina. Psiquiatra. CSM Yecla.**
- ▶ **Irene Valdés Campillo. Trabajadora social CSM Jumilla/Yecla.**
- ▶ **Enfermería CSM Jumilla/Yecla.**

Líneas de actuación

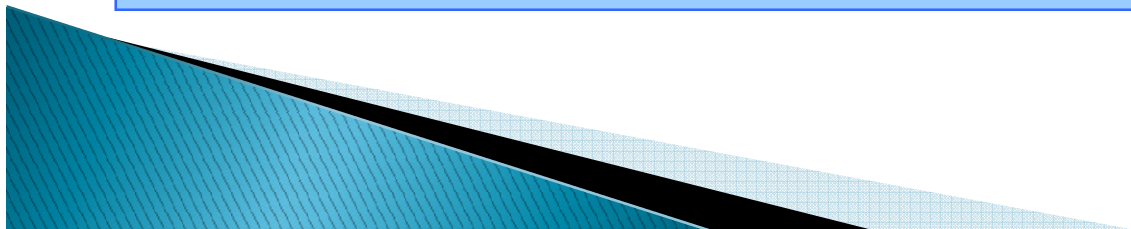
- ▶ **Intervención directa con pacientes individual y/o grupal**
- ▶ **Intervención familiar**
- ▶ **Abordaje multidisciplinar**
- ▶ **Coordinación interinstitucional**
- ▶ **Coordinación intrainstitucional**

Periodo de desarrollo

2012-2014



Descripción de la experiencia



Acogida del paciente I-J

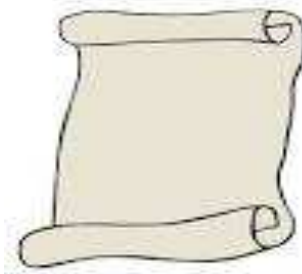
- ▶ **Acogida del paciente I-J enviado por Pediatría mediante derivación que se manda por fax y se incluye en selene por administración en un único hueco diario, con posibilidad de incluir un paciente extra diario como urgencia/preferente.**
- ▶ **El paciente es evaluado por Psicología clínica, excepto en los casos con clara implicación psiquiátrica.**

Acogida del paciente I-J

- ▶ **Derivación de los casos** para valoración conjunta entre Psicología/psiquiatría y como cumplimiento de los **protocolos TADH, TEA, TCA**.
- ▶ Diagnóstico conjunto, coordinación intraequipo, discursión casos en sesiones conjuntas.
- ▶ Emisión de informe, revisiones.
- ▶ Consulta con TS si procede para gestionar ayudas y apoyos.
- ▶ Consentimientos informados. Información sobre asociaciones. Psicoeducación.

Consentimientos informados

- ▶ **De traspaso de información**
- ▶ **De padres separados**
- ▶ **De fármacos**
- ▶ **De autorización de información (MO)**



CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES SEPARADOS

D/D^a _____, mayor de edad, de nacionalidad _____ con DNI/NIE, número _____ y domicilio en _____ calle _____ en su calidad de madre/padre/tutor o representante legal del menor _____

EXPONE: Que habiendo sido derivado por su pediatra/médico de Atención Primaria a este servicio para la evaluación y posible tratamiento de su hijo/a _____, ha sido informado/a por el profesional que le ha atendido de la necesidad legal y clínica de comunicar al padre/madre del menor que el niño/a está acudiendo a este servicio, y, por tanto, se comprometen a hacerlo en el mínimo plazo de tiempo. Y para que así conste a los efectos oportunos.

Jumilla, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.: D/D^a _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DEL MENOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA.

D./Dña. _____
con D.N.I. _____ padre/madre/tutor legal del niño/a

de _____ años de edad.

AUTORIZO a que mi hijo/a reciba tratamiento psiquiátrico y/o psicológico
en el Centro de Salud Mental de Yecla.

Jumilla, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COORDINACIÓN DE LOS ORGANISMOS EN RELACIÓN AL MENOR EN TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA.

D./Dña _____ con D.N.I. _____
padre/madre/tutor del niño/a _____ de _____ años de edad.

AUTORIZO a los Facultativos especialistas (Psiquiatra/Psicólogo) responsables del tratamiento que está recibiendo mi hijo en el Centro de Salud Mental de Yecla, a **intercambiar información y coordinarse, bien sea escrita o telefónica**, con los siguientes organismos:

- ☐ COLEGIO
- ☐ INSTITUTO
- ☐ EOEPS (Equipos Generales/Específicos de Educación)
- ☐ SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES
- ☐ Otros: _____

Jumilla, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES INFANTO JUVENILES.

D/Dña _____, como padre
/madre del paciente _____,
habiendo recibido la información necesaria sobre
indicaciones, posología, posibles interacciones,
contraindicaciones y posibles efectos secundarios del
fármaco/s _____
que va a recibir mi hijo para el tratamiento de su
diagnóstico _____

_____,
consiento en el uso de dicho tratamiento y la asumo la
responsabilidad sobre el mismo.

Fecha y firma

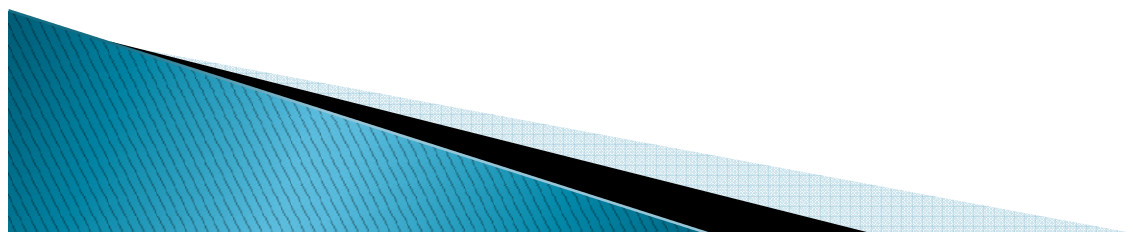




Informes



- ▶ **Pediatra**
- ▶ **Colegio**





SOLICITUD DE INFORME

En Murcia, a fecha

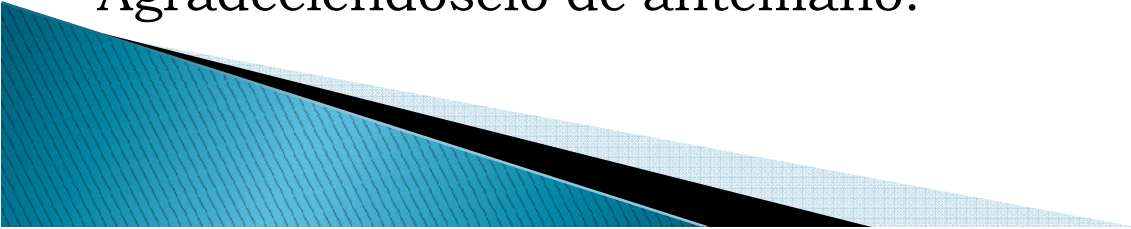
Estimado Sr/Sra.:

Desearía me enviara un informe del alumno/a:

que aportara los siguientes datos:

- Como se relaciona con los compañeros y adultos del centro.
- Que rendimiento escolar tiene.
- Si tiene dificultades específicas en el aprendizaje
- Y cualquier otro dato que ud nos desee aportar para facilitar un mejor estudio.

Agradeciéndoselo de antemano.



INFORME CLÍNICO PARA **PEDIATRÍA – MÉDICO DE FAMILIA**

Motivo de Consulta:

Exploración psicopatológica:

Otras Exploraciones:

Diagnóstico: F90 - TRASTORNOS HIPERCINETICOS

Evolución:

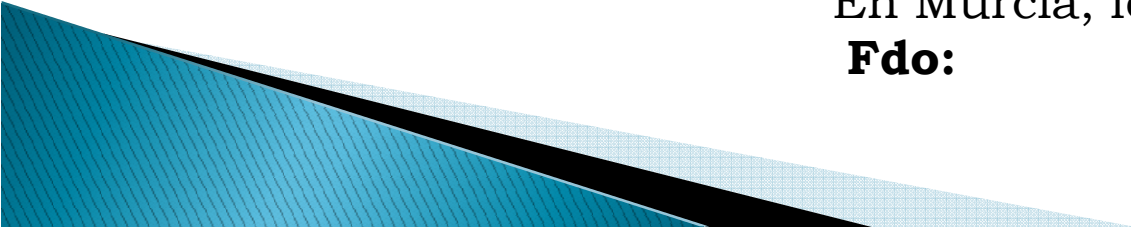
Tratamiento:

- Psicofarmacológico
- Intervención Psicoterapéutica Individual
- Orientación Psicoterapéutica a los padres
- Otros

Recomendaciones:

En Murcia, fecha

Fdo:



INFORME CLÍNICO PARA EL EOEP – ORIENTADOR

Centro escolar al que asiste:

Diagnóstico:

Tratamiento:

Recomendaciones:

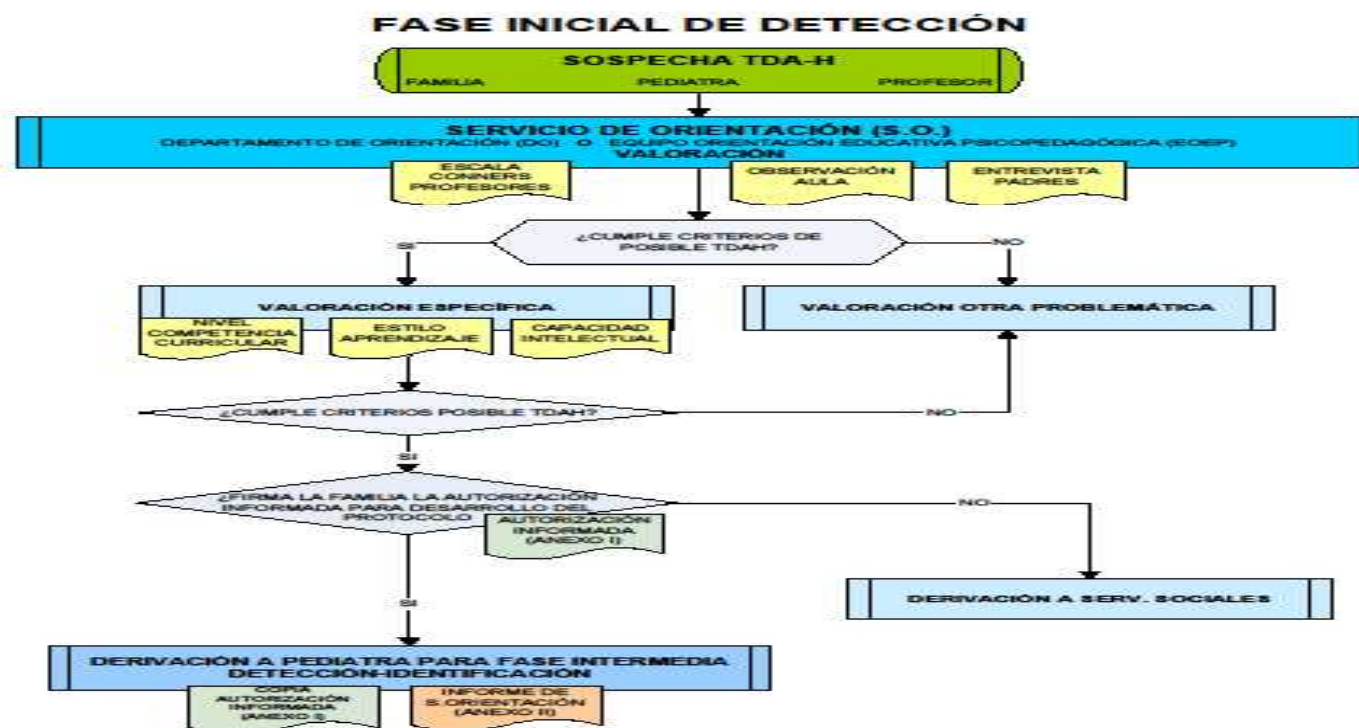
Salud Mental a fecha

Fdo: Dr/Dra.



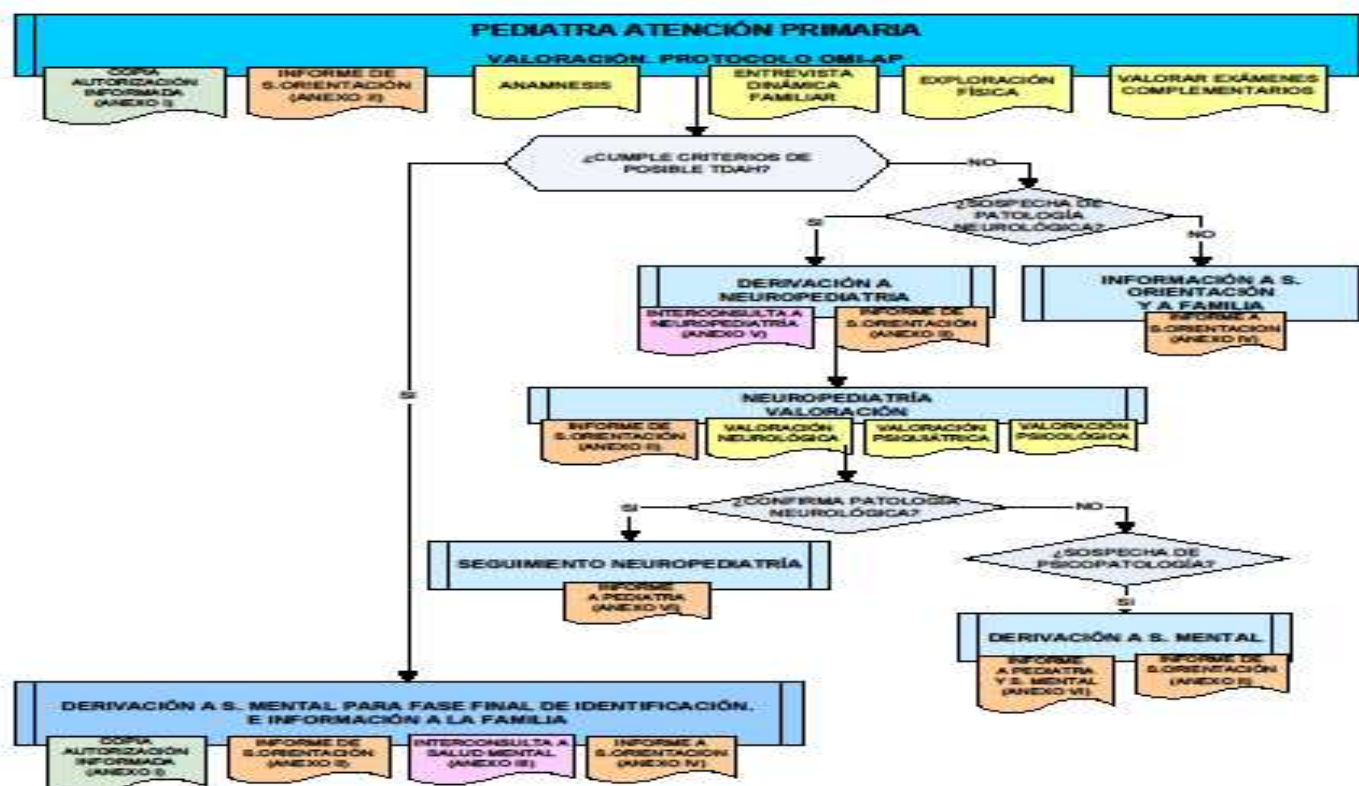
Protocolo TADH

FLUJOGRAMA DE DESARROLLO DEL PROTOCOLO



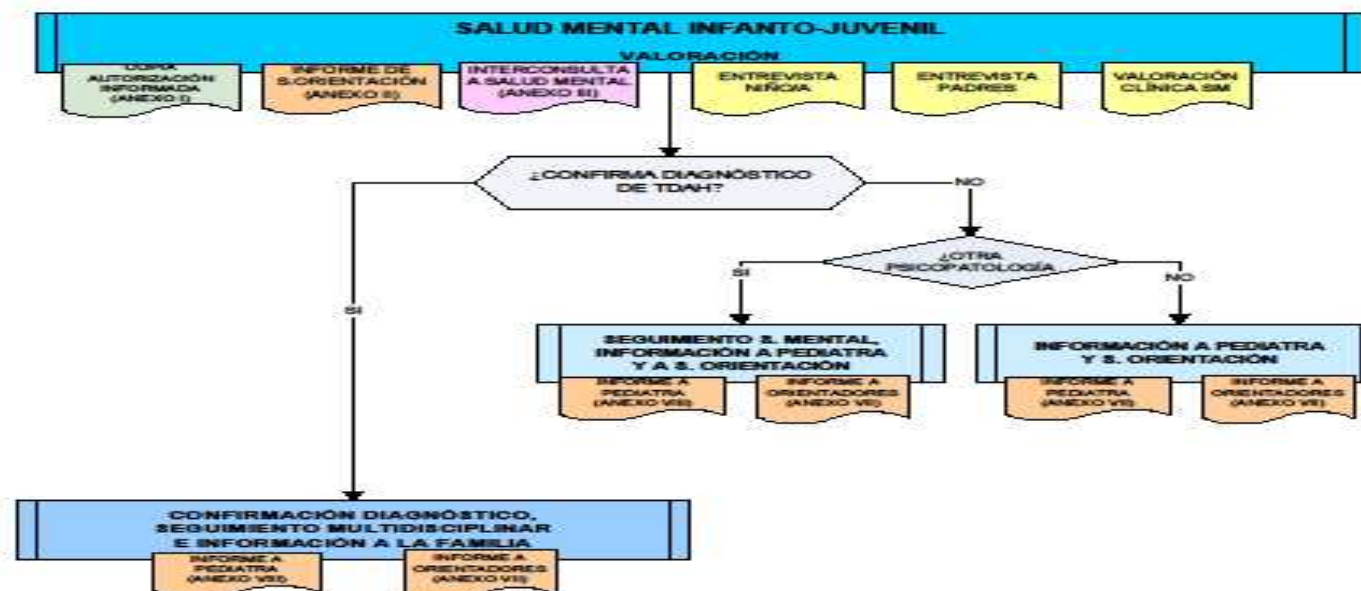


FASE INTERMEDIA DE DETECCIÓN-IDENTIFICACIÓN



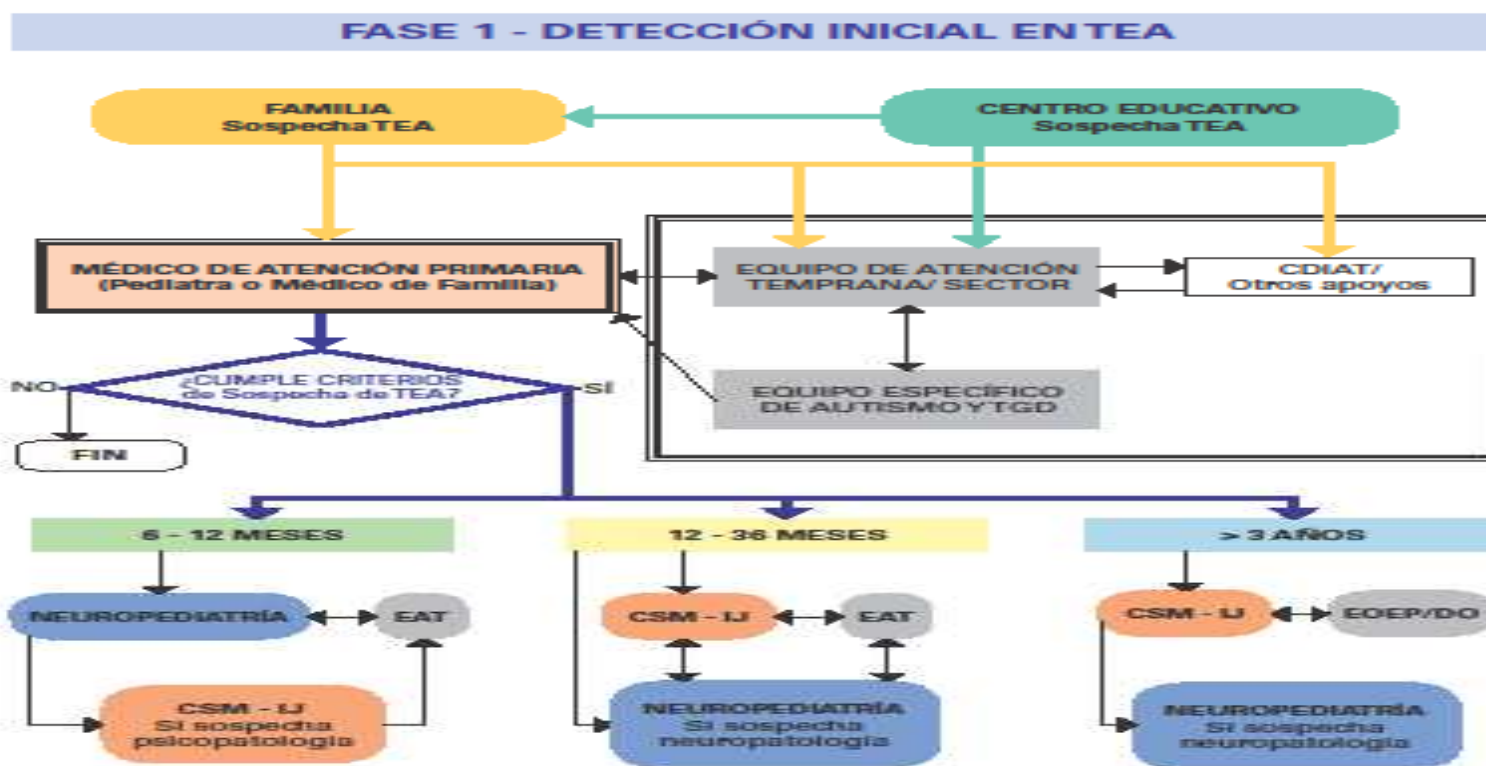


FASE FINAL DE DIAGNÓSTICO



Protocolo TEA

TEA

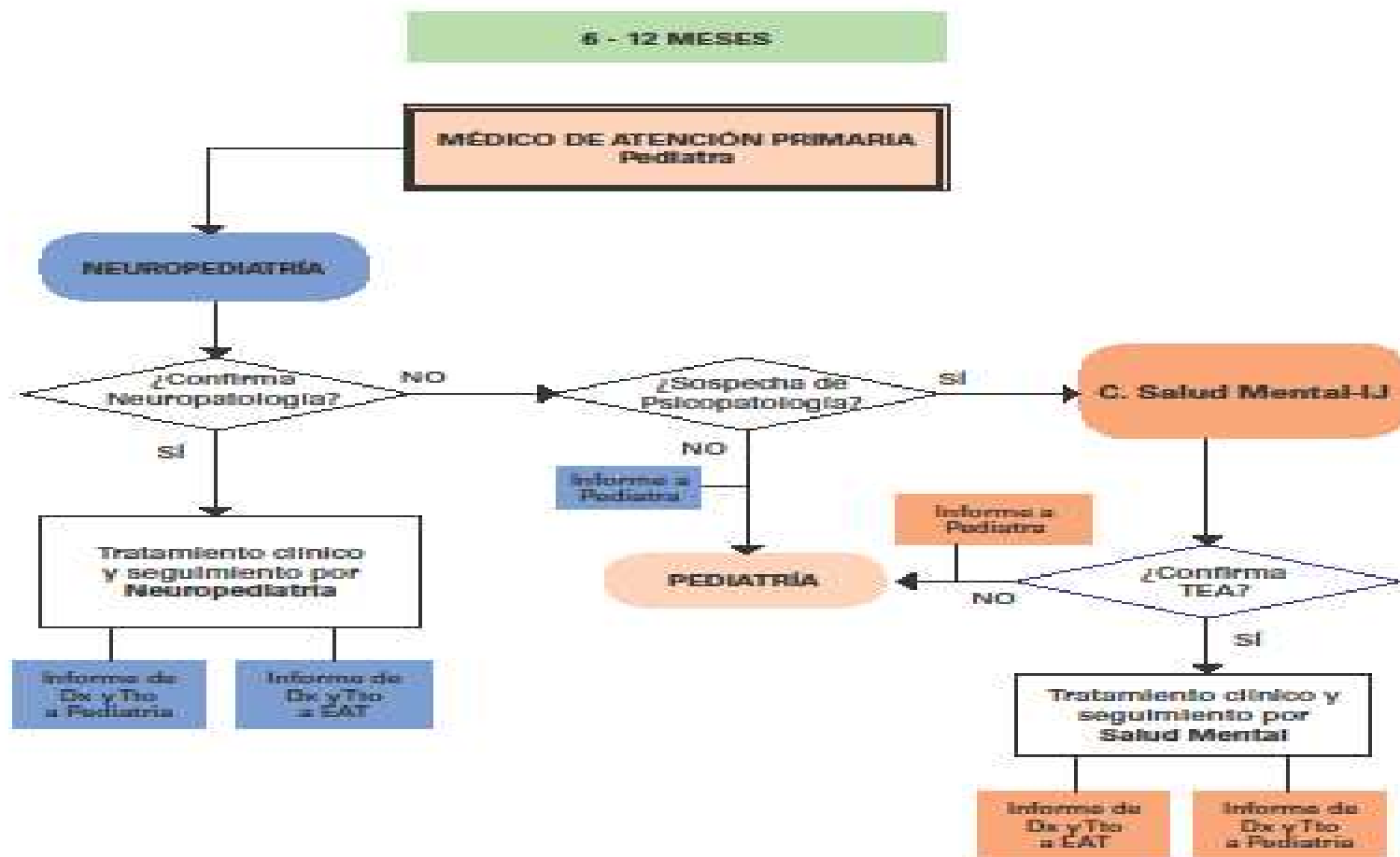


Diapositiva 21

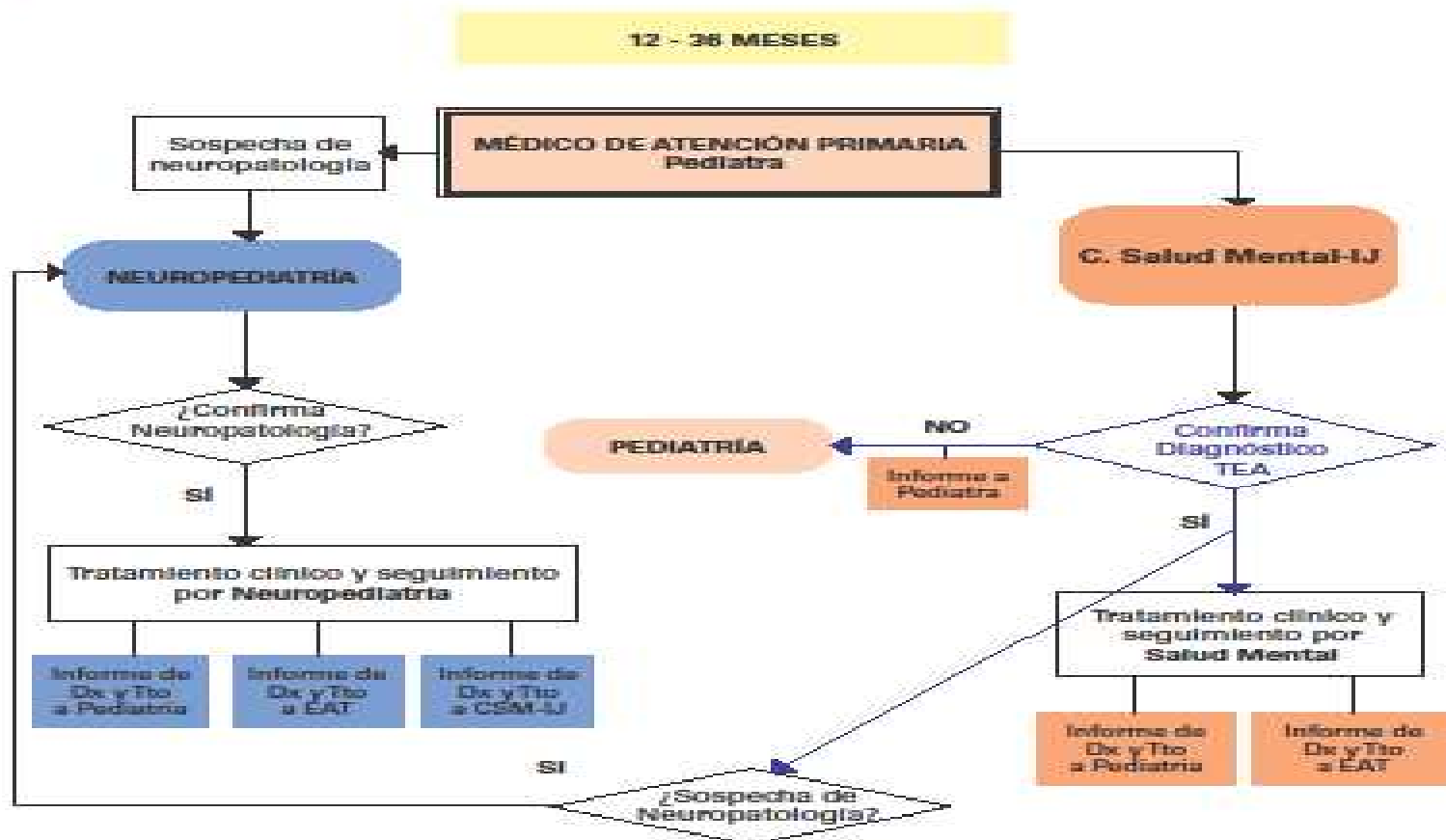
***1**

*; 30/11/2014

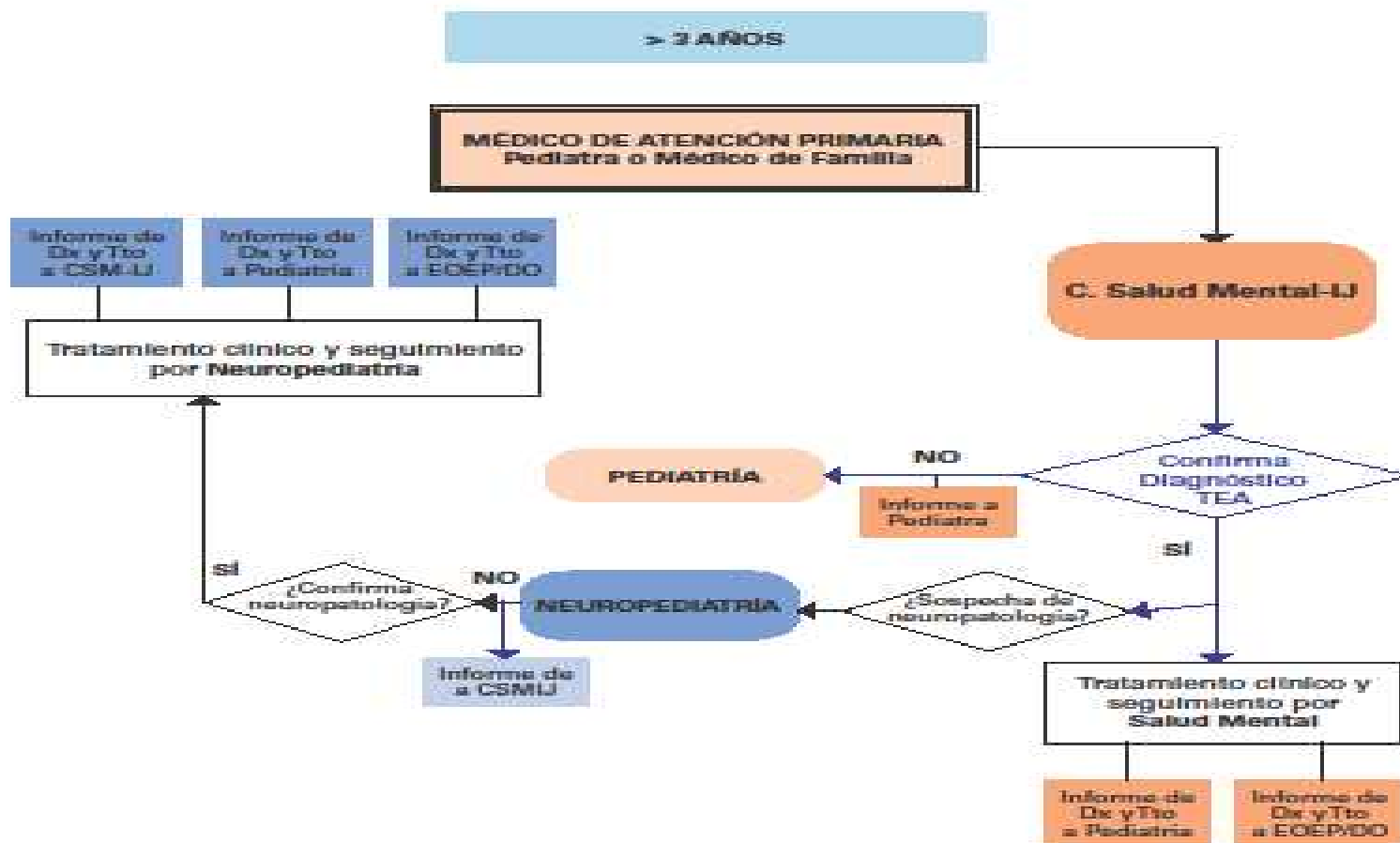
FASE 2 - DIAGNÓSTICO TEA



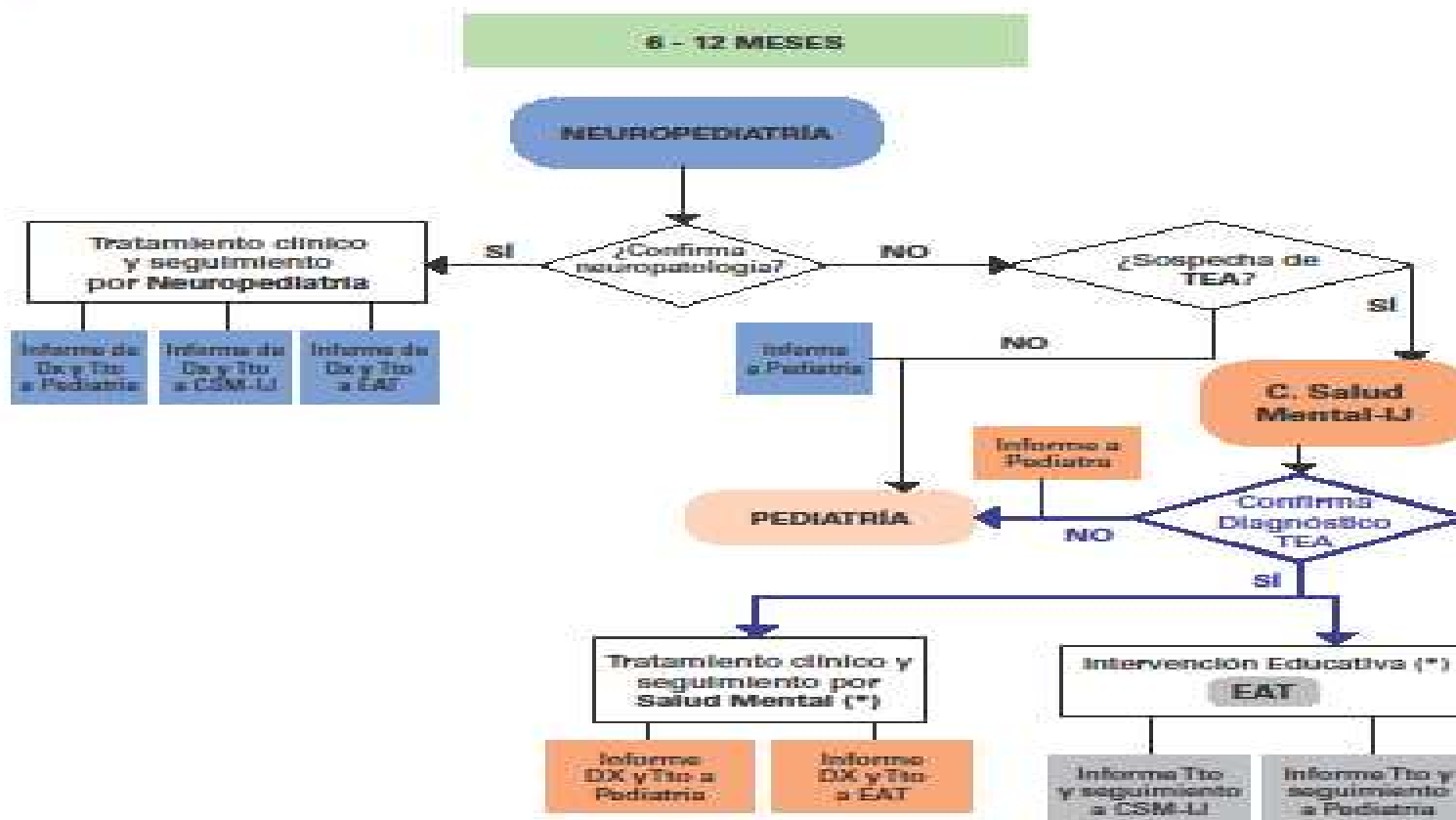
FASE 2 - DIAGNÓSTICO TEA



FASE 2 - DIAGNÓSTICO TEA



FASE 3 - INTERVENCIÓN DE TRATAMIENTO CLÍNICO, EDUCATIVO Y SEGUIMIENTO DE TEA

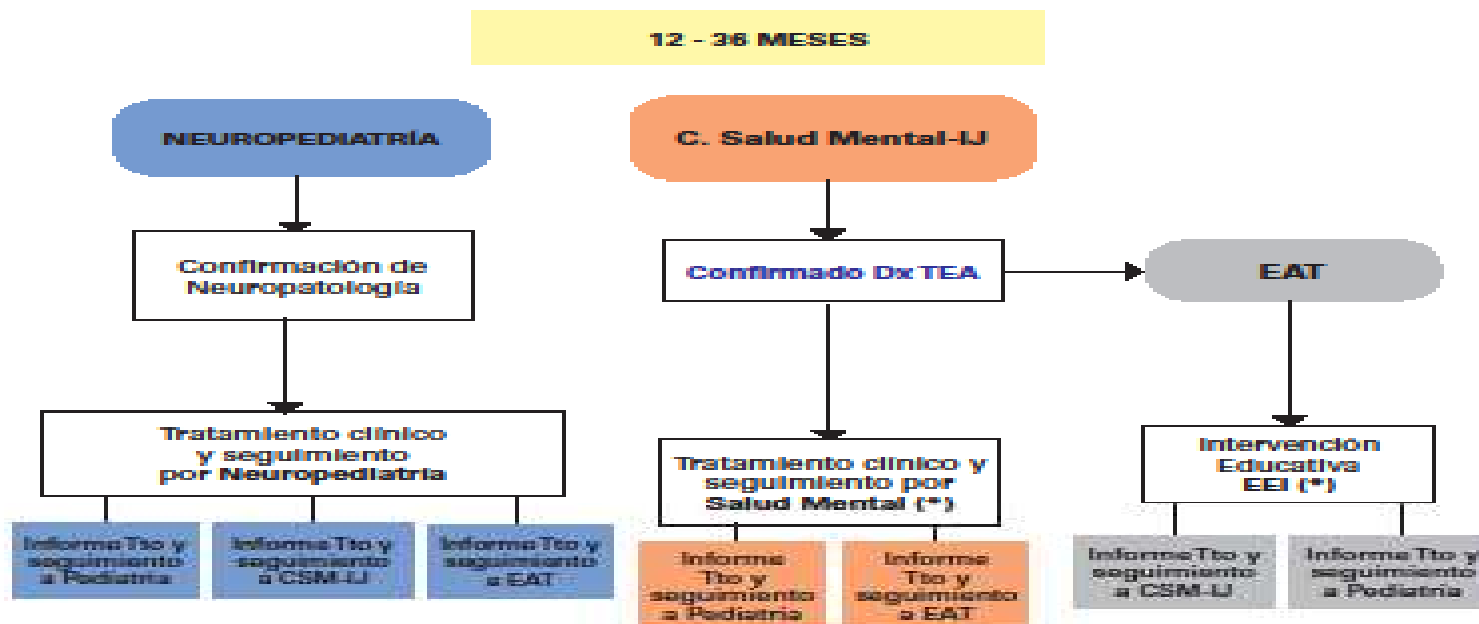


(*)

Tto Clínico Salud Mental: Tto farmacológico si precisa
Intervención psicoterapéutica con el menor
Orientación psicoterapéutica y entrenamiento a padres
Seguimiento del tratamiento clínico
Intervención Educativa: Orientación a familias y educadores
Derivaciones a C.A.T.
Adaptaciones del currículo

Los informes de confirmación diagnóstica o de seguimiento se entregarán a las familias para su remisión al Pediatra, Salud Mental o Servicio de Orientación. En aquellos casos que se considere necesario, con el consentimiento de los padres o tutores legales, se remitirá directamente al Servicio correspondiente, garantizando en todo caso la confidencialidad de los datos del paciente.

FASE 3 - INTERVENCIÓN DE TRATAMIENTO CLÍNICO, EDUCATIVO Y SEGUIMIENTO DE TEA

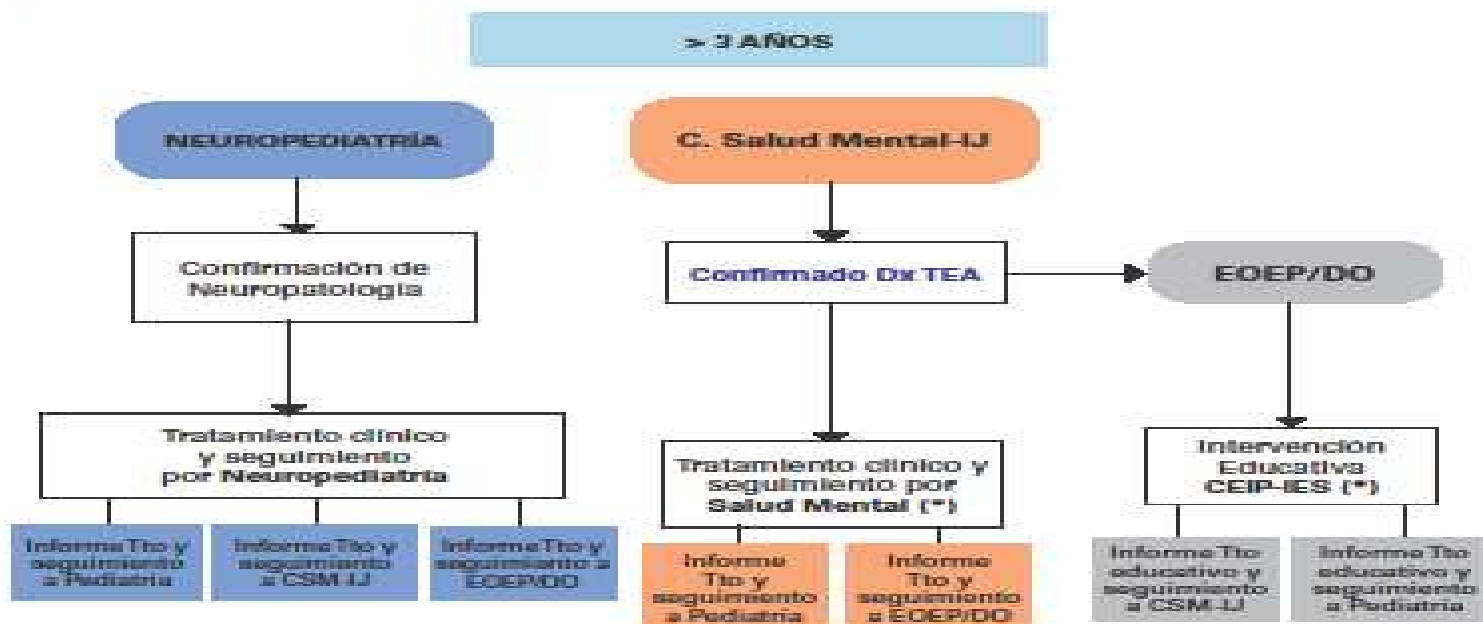


(*)

Tto Clínico Salud Mental: Tto farmacológico si precisa
Intervención psicoterapéutica con el menor
Orientación psicoterapéutica y entrenamiento a padres
Seguimiento del tratamiento clínico
Intervención Educativa: Orientación a familias y educadores
Derivaciones a C.A.T.
Adaptaciones del currículo

Los informes de confirmación diagnóstica o de seguimiento se entregarán a las familias para su remisión al Pediatra, Salud Mental o Servicio de Orientación. En aquellos casos que se considere necesario, con el consentimiento de los padres o tutores legales, se remitirá directamente al Servicio correspondiente, garantizando en todo caso la confidencialidad de los datos del paciente.

FASE 3 - INTERVENCIÓN DE TRATAMIENTO CLÍNICO, EDUCATIVO Y SEGUIMIENTO DE TEA



(*)

Tto Clínico Salud Mental: Tto farmacológico si precisa
Intervención psicoterapéutica con el menor
Orientación psicoterapéutica y entrenamiento a padres
Seguimiento del tratamiento clínico
Intervención Educativa: Orientación a familias y educadores
Derivaciones a C.A.T.
Adaptaciones del currículo

Los informes de confirmación diagnóstica o de seguimiento se entregarán a las familias para su remisión al Pediatra, Salud Mental o Servicio de Orientación. En aquellos casos que se considere necesario, con el consentimiento de los padres o tutores legales, se remitirá directamente al Servicio correspondiente, garantizando en todo caso la confidencialidad de los datos del paciente.

Protocolo TCA

3

Recogida de información

3.1. Historia de acogida:

Se realizará la historia normalizada de acogida. El primer contacto será con el paciente y la familia en caso de que proceda, siendo obligado en el caso de menores edad.

Si el motivo de consulta es el trastorno de la conducta alimentaria o se detecta en la primera entrevista de acogida, se procederá a recoger la siguiente información básica:

- Peso
- Talla
- Índice de Masa Corporal
- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Alteraciones menstruales
- Hábitos alimenticios
- Hábito intestinal
- Hábitos compensatorios
- Detectar signos y síntomas de desnutrición
- Consumo de tóxicos

Se averiguará si existe analítica reciente y específica comunicándoselo, si falta, al facultativo que corresponda.

3.2. Exploración psiquiátrica/psicológica

3.2.1. Psiquiátrica

- Historia clínica/Diagnóstico
- Exploración somática
- Signos físicos
- Alteración de órganos
- Exámenes complementarios
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Analítica
- Perfil electrolítico:
 - β Potasio
 - β Magnesio
 - β Calcio
 - β Fósforo
 - β Glucosa
- Hemograma
- VSG
- Proteínas totales y albúmina
- Pruebas de función hepática
- Pruebas de función renal
- Pruebas tiroideas
- Opcional:
 - β Hormonas sexuales: si la amenorrea persiste tras la recuperación ponderal.
 - β Densitometría ósea: en desnutrición extrema y amenorrea de más de 1 año.

Confirmado el diagnóstico de anorexia o bulimia multi-impulsiva se recomienda una cita preferente con psicología.



3.2.2. Evaluación psicológica

- Historia clínica/diagnóstico
- o Historia específica del trastorno de la alimentación (anexo 10). Entrevista semi-estructurada. Opcionalmente la puede realizar enfermería.
- o Pruebas psicodiagnósticas:
 - β Específicas: EAT – 36 de aplicación común en todos los pacientes, siendo opcionales: EDI y BITE (específico para la bulimia),
 - β Otras pruebas psicodiagnósticas para valorar comorbilidad y trastornos de personalidad seleccionando las más indicadas en cada caso.

Plan de actuación

4

4.1. Diagnóstico

Una vez establecido el diagnóstico principal y el/los secundarios, se prestará especial atención a la co-morbilidad, registrándola en la historia clínica.

Si el caso requiere ingreso hospitalario, sería aconsejable que éste fuera voluntario y programado, en función de los siguientes criterios:

Criterios de ingreso hospitalario

En anorexia:

- β IMC < 16,5 (siendo menor de 14,5 ingreso involuntario).
- β Enfermedades físicas secundarias o no a la anorexia que requieran hospitalización.
- β Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- β Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario (posible utilización de otros recursos).
- β Fracaso continuado y reiterado del tratamiento ambulatorio.

En bulimia nerviosa:

- β Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- β Ciclos incoercibles de atracón vómito con alteraciones electrolíticas graves.
- β Ambiente familiar muy deteriorado (posible utilización de otros recursos).
- β Fracaso de otras alternativas terapéuticas.

4.2. Tratamiento

4.2.1. Objetivos generales del tratamiento:

- β Motivar para la adherencia al tratamiento y al cambio.
- β Normalización de los hábitos alimentarios.
- β Modificar conductas, creencias y sentimientos hacia la comida.



Anexo 2: Registro de peso

NOMBRE

TALLA:

N-HL:

[illegible]

P. Complementarias: marcar si se solicita alguna analítica con los siguientes símbolos:

= Hemograma; \$ = Bioquímica general; P = Proteinograma; O = Orina; H = Hormonas tiroideas; I = Inmunoglobulinas



Anexo 3: Registro alimentación

NOMBRE:

HORA/ DÍA	DÓNDE/ QUIÉN	COMIDA	AV IA/IV	SITUACIÓN

A = Atracción / V = Vómito / IA = Impulso Atracción / IV = Impulso Vómito

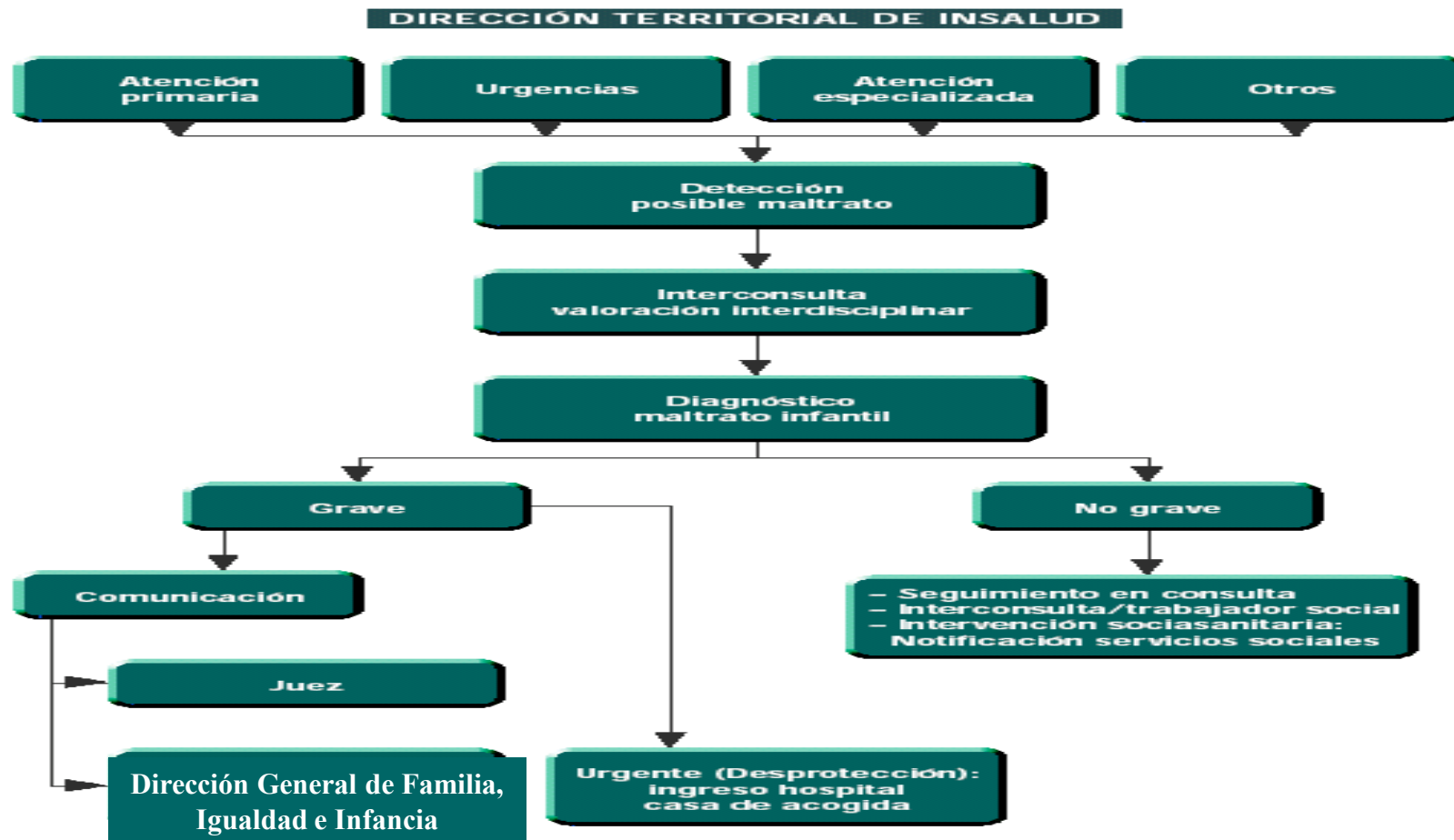


Anexo 4: Hoja de registro de alimentación semanal

NOMBRE		MES						
DÍA								
HORA DESAYUNO								
HORA ALMUERZO								
HORA COMIDA								
HORA MERIENDA								
HORA CENA								
OBSERVA- CIONES								

A = Atención / V = Vómito / IA = Impulso Atención / IV = Impulso Vómito

Maltrato/ problemática social





HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

L = Leve M = Moderado G = Grave
(Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso)

MALTRATO FÍSICO

L	M	G	Magulladuras o moratones 1
L	M	G	Quemaduras 2
L	M	G	Fracturas óseas 3
L	M	G	Heridas 4
L	M	G	Lesiones viscerales 5
L	M	G	Mordeduras humanas 6
L	M	G	Intoxicación forzada 7
L	M	G	Síndrome del niño zarandeado 8

NEGLIGENCIA

L	M	G	Escasa higiene 9
L	M	G	Falta de supervisión 10
L	M	G	Cansancio o apatía permanente
L	M	G	Problemas físicos o necesidades médicas 11
L	M	G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso 12
L	M	G	No va a la escuela
L	M	G	Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

L	M	G	Maltrato Emocional 13
L	M	G	Retraso Físico emocional y/o intelectual 14
L	M	G	Intento de suicidio
L	M	G	Cuidados excesivos / sobreprotección 15

ABUSO SEXUAL

SI	Sin contacto físico
SI	Con contacto físico y sin penetración 16
SI	Con contacto físico y con penetración
SI	Dificultad para andar y sentarse
SI	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
SI	Dolor o picor en la zona genital
SI	Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal
SI	Cervix o vulva hinchados o rojos
SI	Explotación sexual
SI	Semen en la boca, genitales o ropa
SI	Enfermedad venérea 17
SI	Apertura anal patológica 18
SI	Himen perforado

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Identificación del Niño

Apellidos _____ Nombre _____ Caso Fatal (fallecimiento) ☒ SI
Domicilio _____ Localidad _____ Teléfono _____
Sexo ☒ V ☐ M Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____
Acompañante: Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Policía ☐ Vecino ☐ Otro (especificar) _____

Identificación del notificador

Centro _____ Fecha de notificación (día/mes/año) _____
Nombre _____ Servicio/Consulta _____
Profesional: Médico ☐ Enfermera ☐ Trabajador Social ☐ Matrona ☐ Psicólogo ☐ Área Sanitaria _____
Nº Colegiado _____

Sospecha ☐
Maltrato ☐



Señale la localización de los síntomas

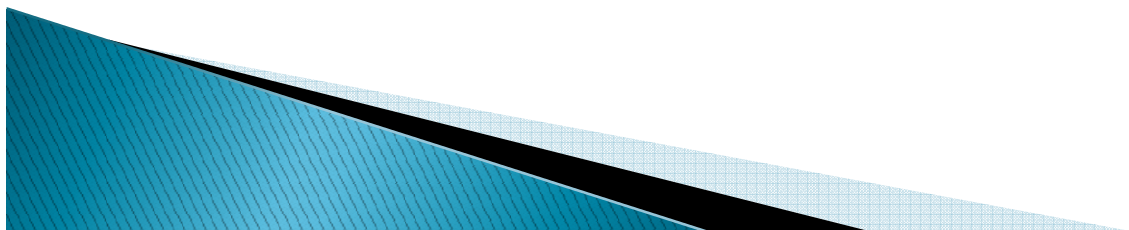
OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS:



Coordinación



- ▶ **Coordinación por escrito/telefónica, reuniones periódicas:**
 - **EOEPS**
 - **Maestros**
 - **Pediatras Atención Primaria y hospitalaria.**
 - **Neuropediatría Yecla y HUVA.**
 - **Atención Temprana (Aspajunide)**



Otras coordinaciones

► Reuniones SI PROCEDE:

- Asociaciones (ADAHI)
- Otros profesionales (psicopedagogos)

para coordinar, información y aunar actuaciones



Otras actuaciones

- ▶ **Ansiedad/sesiones relajación**
- ▶ **Derivación hospitalaria y coordinación casos.**

INGRESOS SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Hasta 14 años → Unidad Infantil Ciudad Sanitaria Virgen de La Arrixaca

- < 11 años → Neuropediatría
- 11-14 años → Pediatría

14-16 años → En caso de ingreso urgente. Hospital Psiquiátrico Román Alberca

→ En caso de ingreso programado. Hospital de Orihuela (Ver circuito)

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) Hospital Reina Sofía de Murcia → ≥ 11 años.



CIRCUITO DE DERIVACIÓN A HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL (14-16 años)

- Llamada desde **CSM de Yecla o Jumilla** a Unidad de **Hospitalización Infanto-Juvenil de Orihuela** para informar de la necesidad de ingreso y envío de informe clínico por fax. Se confirma existencia de camas disponibles.

Psiquiatras responsables: M^a José Rodado y Javier Sempere.

Teléfonos: 965 87 76 80 / 965 87 75 00 Fax: 965 87 76 81

- Llamada desde **CSM de Yecla o Jumilla** a **Admisión del Hospital Virgen del Castillo de Yecla**. Realización y entrega del **MODELO 1** junto a informe clínico en este servicio. La entrega se puede realizar por valija interna, personalmente o, en casos en los que sea imposible por las vías anteriores, por fax asegurándose de la recepción del mismo.

Teléfono HVC: 968 71 98 00 Ext.: Antonio (Jefe de Admisión): 987 524

Encarna (Administrativa): 987 439

- Desde **Admisión del Hospital Virgen del Castillo de Yecla**, se ponen en contacto con **Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud en Murcia**, para indicarles que se envía la documentación referente a la solicitud de ingreso en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil de Orihuela, para su autorización urgente. Responsable en Servicios Centrales Antonia Martínez Corbalán.

Teléfonos: 968 28 83 54 / 968 28 83 47

- **Servicios Centrales del SMS** envía por fax al **Hospital de Orihuela** la documentación que autoriza el ingreso.

Finalmente, desde **Servicios Centrales**, se llama a **Admisión del Hospital de Yecla** para la tramitación del ingreso.

Otras actividades

- ▶ **Comisión I-J región.**
- ▶ **Participación en los proyectos e iniciativas indicados Plan de gestión I-J 2014**
- ▶ **Realización de cursos, formación sesiones, etc. Formación continuada.**

[illegible]

Gracias

