

Estimados compañeros,

En relación con la derivación de pacientes, los criterios de derivación a nuestros programas son los siguientes:

Para el **Programa AMITEA** (Atención Médica Integral a pacientes con Trastornos del Espectro Autista), cuyo objetivo es la facilitación de la asistencia sanitaria en entorno hospitalario de los pacientes con TEA,

**1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA:**

- Diagnóstico CONFIRMADO de Trastorno del Espectro Autista
- Residir en la Comunidad de Madrid.
- Cualquier edad

**2. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN:**

2.1. Derivación del paciente realizada por **cualquier médico de los servicios públicos del SERMAS**, a través de los canales institucionales disponibles (correo corporativo, fax, etc), donde consten

- datos socio-sanitarios del paciente
- diagnóstico de TEA
- teléfonos actualizados de contacto con los familiares
- datos de contacto del derivante

2.2. Rogamos hacer llegar todos los informes disponibles relevantes (médicos y educativos) a ser posible antes de la primera cita.

**Contacto AMITEA:**

Cristina Vicente Lorenzo  
Coordinadora Sanitario Asistencial AMI-TEA  
H.G.U. Gregorio Marañón  
C/Ibiza 43, Madrid 28007  
(L-V de 9:00 a 14:00 h) 91.4269396 , 91.5868135 Fax: 91.5866749  
**[amitea.hgugm@salud.madrid.org](mailto:amitea.hgugm@salud.madrid.org)**  
**Web: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/>**

## 2. Programa de Diagnóstico Complejo de Autismo:

El objetivo de la Unidad de Diagnóstico Complejo de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), ubicada en el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, es la **evaluación** de niños, adolescentes y jóvenes **de 0 a 25 años**, donde **el diagnóstico TEA no se ha podido realizar tras la evaluación habitual de un especialista, debido a la complejidad del caso** (comorbilidades psiquiátricas u orgánicas, múltiples diagnósticos, discrepancias diagnósticas, etc.), y el paciente necesita una valoración más exhaustiva.

Se trata de una unidad de ámbito terciario que **únicamente** recibe derivaciones desde los **equipos de Salud Mental** (y por tanto, firmado por psiquiatra y psicólogo/a clínico/a de Centros de Salud Mental o de Servicios de Psiquiatría hospitalaria). También pueden ser derivados desde **Neurología o Neuropediatría hospitalaria** para pacientes de hasta 5 años.

En el caso de **pacientes mayores de 6 años**, el primer nivel asistencial a nivel de Salud Mental son los Centros de Salud Mental de distrito, donde deben ser derivados los pacientes en primera instancia desde Neuropediatría.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

**Dudas diagnósticas en niños, adolescentes y jóvenes (hasta 25 años) con sospecha de TEA tras evaluación a nivel de atención especializada**

Los casos con diagnóstico de TEA claro no precisan derivación a la Unidad de Diagnóstico Complejo. Las pruebas complementarias necesarias para completar el diagnóstico clínico se deberán solicitar en el hospital o centros

### PROCEDIMIENTO PARA LA DERIVACIÓN:

Enviar el **informe justificativo de derivación** (según anexo), especificando dudas diagnósticas y valoración del caso por parte del psiquiatra y psicólogo clínico en el caso de los CSM y por parte de Neurología o Neuropediatría hospitalaria en niños menores de 6 años.

La documentación debidamente cumplimentada deberá ser enviada por correo electrónico a: **[dxcomplejo.hgugm@salud.madrid.org](mailto:dxcomplejo.hgugm@salud.madrid.org)**, por el **clínico derivante**, a través de su correo corporativo.

En el caso de errores en la forma de derivación y/o de falta de datos necesarios, la derivación será remitida de nuevo al clínico de referencia, especificando los motivos de la devolución.

ANEXO

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

Nombre y cargo del profesional que deriva:

\_\_\_\_\_

**Datos de contacto del derivante (imprescindible):**

teléfonos: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital/CSM/recurso:

\_\_\_\_\_

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

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

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 y firma del derivante:**

**Sello del facultativo (CIPA)**

**Solicitud aceptada**

**Solicitud no aceptada**

Motivo no aceptación:

- Error en la forma de derivación
- Falta de datos del clínico derivante
- Falta de información clínica
- Falta de datos administrativos del paciente
- Paciente no cumple criterios
- Otros