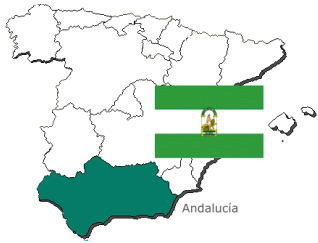




**PROCESO ASISTENCIAL
INTEGRADO
TRASTORNO DE LA
CONDUCTA
ALIMENTARIA**



**Teresa Guijarro Granados
UGC H. Reina Sofía Córdoba**



Descentralización sanitaria hacia Andalucía

- 1981: Estatuto Autonomía. Competencias en materia de sanidad e higiene, anteriormente dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo
- 1984: Gestión de la red sanitaria de la Seguridad Social, anteriormente gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)
- 1985: Competencias de centros Sanitarios dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo y gestionados por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA)
- 2004: Traspaso de las funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria del Instituto Social de la Marina

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) fue creado por la Ley 6/1986

En el proceso de integración de redes asistenciales destaca incorporación al SAS de los ocho Hospitales Generales dependientes de las respectivas Diputaciones provinciales de Andalucía; las competencias y recursos asistenciales de Salud Mental y antiguos Hospitales psiquiátricos dependientes de las respectivas Diputaciones provinciales; Hospitales Municipales, dependientes de las respectivas Corporaciones Locales; y los Hospitales de la Cruz Roja de Almería, Algeciras, y Málaga.

Plan de Calidad

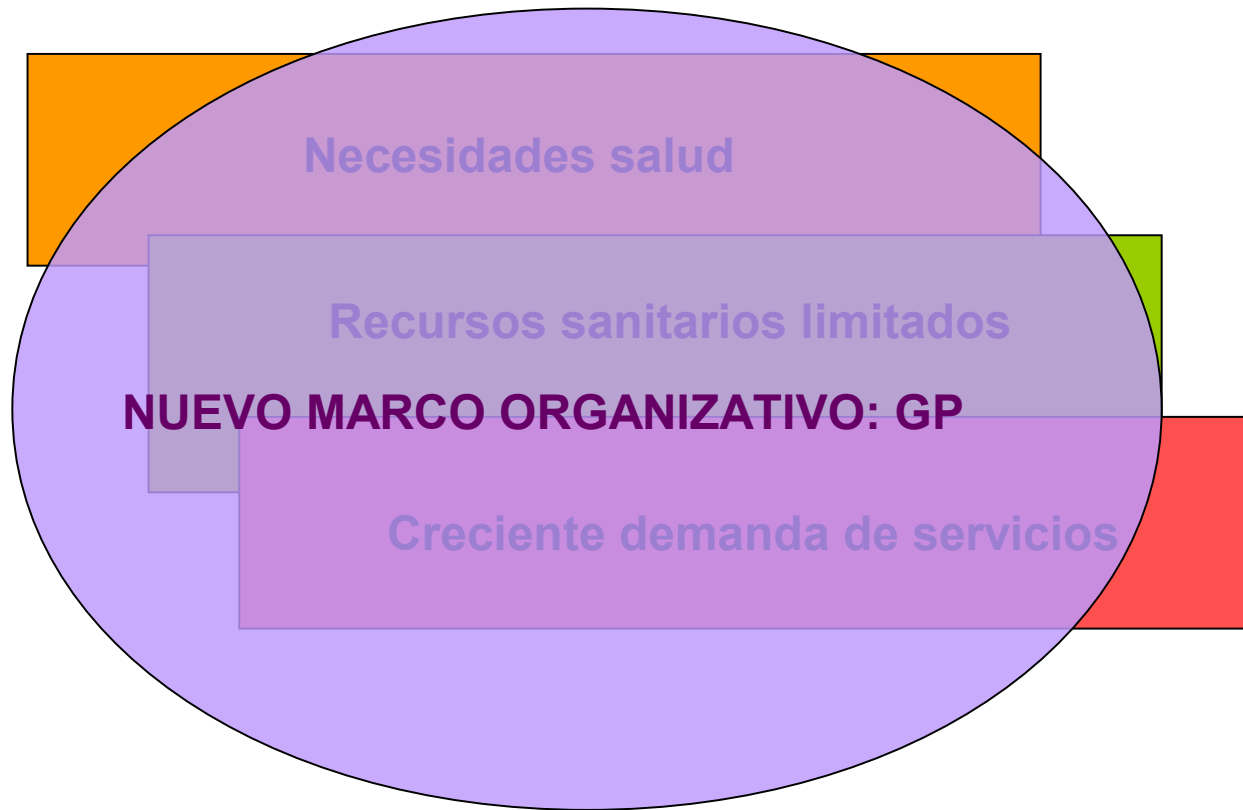
Sistema sanitario público de Andalucía



I: 2000-2004
II: 2005-2009

III: 2010-2014

Elementos que determinan el presente y futuro en las formas de prestación de servicios de salud



↳ *Gestión de procesos*



CONJUNTO DE ACTIVIDADES DESTINADAS A GENERAR VALOR AÑADIDO SOBRE LAS ENTRADAS PARA CONSEGUIR UN RESULTADO QUE SATISFAGA PLENAMENTE LOS REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE Y FACILITE LAS TAREAS A LOS PROFESIONALES

¿QUÉ ES UN PROCESO?

**SUCESIÓN DE ACTIVIDADES EN EL TIEMPO
CON UN FIN DEFINIDO.**



**ORGANIZACIÓN LÓGICA DE PERSONAS, MATERIALES,
ENERGÍA, EQUIPOS Y PROCEDIMIENTOS
EN ACTIVIDADES DE TRABAJO DISEÑADOS PARA
GENERAR UN RESULTADO ESPECÍFICO.**

E.F.Q.M.

↳ *Gestión de procesos*

HERRAMIENTA ENCAMINADA A CONSEGUIR LOS OBJETIVOS DE CALIDAD TOTAL

PROCURA ASEGURAR DE FORMA RÁPIDA, ÁGIL Y SENCILLA EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DESDE UNA VISIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE, EN LAS PERSONAS QUE PRESTAN LOS SERVICIOS, Y EN EL PROCESO ASISTENCIAL EN SÍ MISMO

**GUÍA DE MEJORA PROCESOS ASISTENCIALES. JUNTA ANDALUCÍA
2002**



principios básicos en GP

- **Centrar actuaciones en el usuario.**
- **Implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio.**
- **Garantizar una práctica clínica adecuada: MBE**
- **Asegurar la continuidad asistencial**
- **Desarrollo de sistemas de información integrados**

...para los usuarios?

- Una atención y respuesta única del sistema sanitario enfocada a ofertar **satisfacción** a los usuarios y no sólo calidad científico-técnica
- Necesidades y expectativas de los destinatarios
 - ✓ Grupos focales
 - ✓ Encuestas de satisfacción

...para los profesionales

- Ser el motor del cambio:
 - ✓ los impulsores de la mejora permanente en la atención a los usuarios

- Una **Práctica clínica de calidad** (gestión clínica), disponiendo de herramientas de trabajo útiles:
 - ✓ Guías de Procesos
 - ✓ Guías de la Práctica Clínica...

tipo de procesos

PROCESOS ESTRATEGICOS O DE GESTIÓN	PROCESOS OPERATIVOS O CLAVE	PROCESOS DE APOYO O SOPORTE
NECESARIOS PARA EL MANTENIMIENTO Y PROGRESO DE LA ORGANIZACIÓN	GUARDAN RELACIÓN DIRECTA CON LOS CLIENTES. TIENEN IMPACTO SOBRE LA SATISFACCIÓN	APOYAN LOS PROCESOS OPERATIVOS PARA QUE SE CUMPLAN
Plan Estratégico Encuestas de satisfacción Planes de Calidad Plan Investigación Autoevaluación..	Proceso clínico-asistencial.	Gestión pacientes Almacén. Hostelería, Mantenimiento. Farmacia..

Estructura de un proceso

- Definición global
- Destinatarios y objetivos
- Componentes del proceso
- Representación Gráfica
- Indicadores

representación

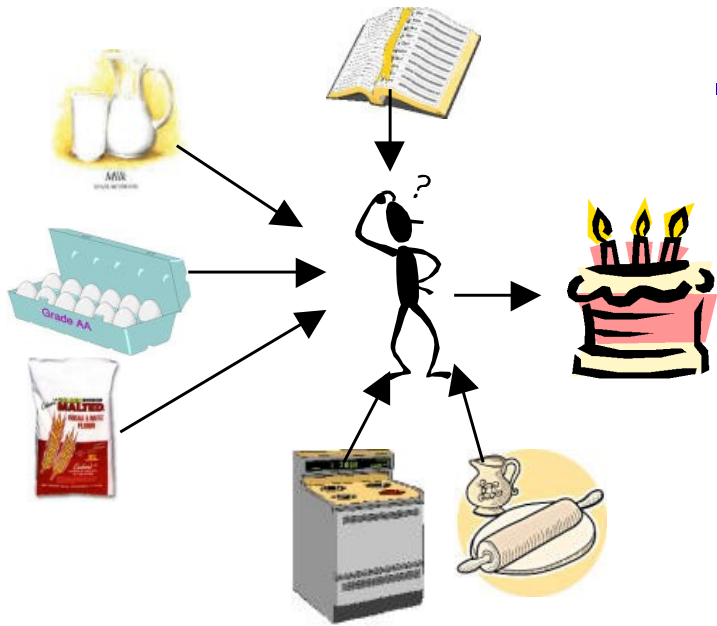
- Se han establecido 5 niveles de representación gráfica
 - 0: visión global proceso (común para todos)
 - 1: Representación del proceso en cuestión
 - 2,3: Representación mas detallada.
 - 3: Desglose actividades. Usa diagrama de flujos
 - 4: Tareas específicas a realizar en un proceso en concreto
 - Para los niveles 0,1 y 2 se ha seguido, de forma simplificada la estructura de representación gráfica por niveles de IDEF

- Representación esquemática de un proceso: metodología IDEF

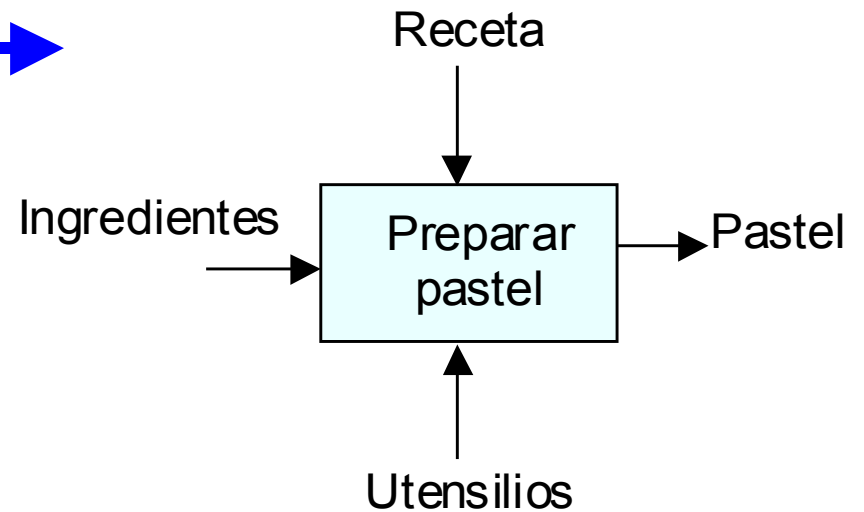


Representación de una actividad

Actividad: Preparar un pastel



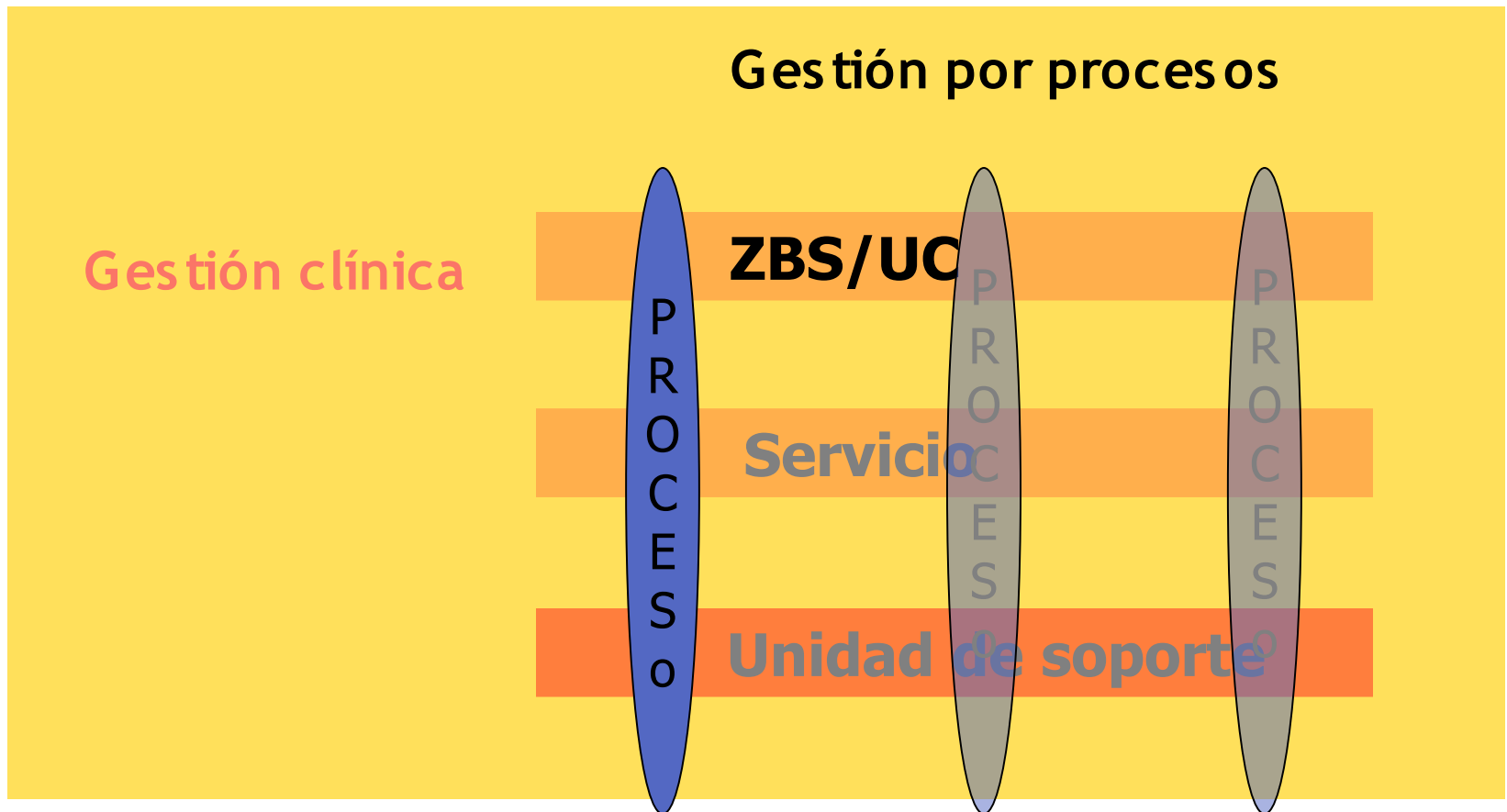
Representación en IDEF0



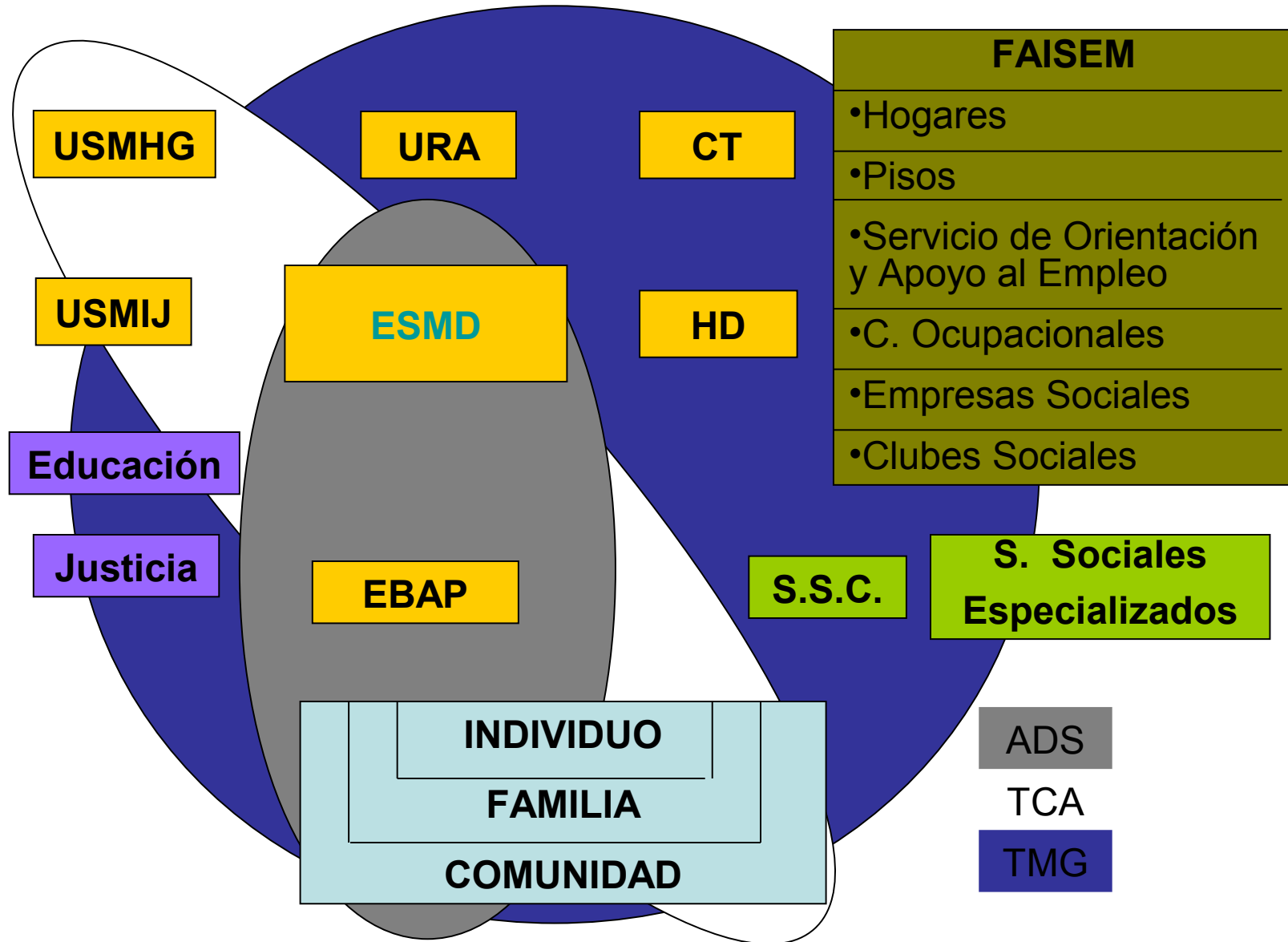


niveles que intervien

- Atención especializada
- Atención primaria
- DCCU, SCCU y 061
- Unidades de soporte...



Dispositivos





GUÍA de diseño y mejora continua de procesos asistenciales : calidad por sistema.
— [Sevilla] : Consejería de Salud, [2001]
181 p. ; 27 cm
ISBN 84-8486-024-8



GUÍA de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados /[coordinadores, Dotor Gracia, Marisa, Fernández García, Enrique ; autores, Álvarez Benito, Marina ... et al.]. -- 2ª ed. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, 2009
118 p. ; 29 cm + 1 CDROM





Amigdalectomía/Adenoidectomía

Anemias

Angina estable (dolor torácico)

Ansiedad, depresión, somatizaciones (2ª edición, 2011)

Arritmias

Artroplastia de cadera

Artrosis de rodilla y cadera

Asma

Ataque cerebrovascular

Atención a la caries dental y a las inclusiones dentarias

Atención a las personas fumadoras

Atención a pacientes pluripatológicos

Atención al trauma grave

Atención temprana. Seguimiento recién nacido de riesgo

Atención temprana. Trastornos del desarrollo con discapacidad intelectual

Atención temprana. Trastornos del desarrollo con discapacidad motora

Atención temprana. Trastornos del espectro autista

Atención temprana. Trastornos sensoriales

Cáncer colorrectal (2ª edición, 2011)

Cáncer de cabeza y cuello

Cáncer de cérvix

Cáncer de mama (3ª edición, 2011)

Cáncer de piel

Cáncer de pulmón

Catarata

Cefaleas

Células y tejidos humanos

Colelitiasis/Colecistitis

Cuidados paliativos

Demencia

Diabetes mellitus (1ª edición, marzo 2011)

Disfonía

Disfunción tiroidea

Dispepsia

Dolor abdominal

Dolor crónico no oncológico

Dolor torácico genérico (no filiado)

Embarazo, parto y puerperio

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Fibromialgia

Fiebre de duración intermedia

Fiebre en la infancia

Fractura de cadera en el anciano

Hemorragias uterinas anormales

Hepatitis víricas

Hernias de pared abdominal

Hipertrofia benigna de próstata. Cáncer de próstata

IAM con elevación del ST (dolor torácico)

Insuficiencia cardíaca

Insuficiencia venosa crónica

Otitis media

Red de bancos de tumores de Andalucía

Riesgo vascular (2ª edición, octubre 2010)

Sepsis grave

Síndrome aórtico agudo (dolor torácico)

Síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST): Angina inestable

Trasplante cardíaco

Trasplante de páncreas

Trasplante hepático

Trasplante pulmonar

Trastorno mental grave

Trastornos de la conducta alimentaria

Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante

Tromboembolismo pulmonar (dolor torácico)

Urolitiasis

VIH/SIDA

ÚLTIMAS NOVEDADES:

Proceso Asistencial Integrado Cáncer Colorrectal (2ª edición, 2011)

Proceso Asistencial Integrado Asma (1ª edición, 2012)

Proceso Asistencial Integrado Hipertrofia Benigna de Próstata. Cáncer de Próstata (3ª edición, 2011)

Proceso Asistencial Integrado Urolitiasis (1ª edición, 2012)

Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, depresión, somatizaciones (2ª edición, 2011)

Proceso Asistencial Integrado Cáncer de cabeza y cuello (1ª edición, 2011)

Proceso Asistencial Integrado Trasplante hepático (2ª edición, 2011)

Proceso Asistencial Integrado Cáncer de mama (3ª edición, 2011)

Proceso Asistencial Integrado Diabetes mellitus (1ª edición, marzo 2011)

Proceso Asistencial Integrado Sepsis Grave (1ª edición, agosto 2010)

Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix (2ª edición, 2010)

Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular (2ª edición, octubre 2010)

Instrumentos de ayuda para la toma de decisiones. Versión web. Cáncer de mama y próstata

Fases en la Implantación de PAIs

- 1) Designación de Responsable
- 2) Constitución del Grupo de Implantación
- 3) Análisis de situación
- 4) Elaboración de Arquitectura 4
- 5) Elaboración de Plan de Comunicación
- 6) Plan de Formación
- 7) Evaluación de resultados
- 8) Constitución de Grupo de Mejora con Usuarios
- 9) Aprobado en Comisión Mixta

DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS. SITUACIÓN AL 31/12/2011

Nº	PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO	AÑO COMIENZO	ANEXO II	ARQUITECTURA	COMUNICACIÓN	FORMACIÓN	EVALUACIÓN		MEJORA	COMUNICACIÓN	RESPONSABLE
							10	11			
1	Anemias	06	X	X	X	X	X	X			Joaquín Sánchez García
2	Ansiedad, Depresión, Somatizaciones	02	X	X	X	X		X	X	X	Susana Gil Flores
3	Artrosis de Rodilla y Cadera	07	X								En fase de sustitución
4	Asma del Adulto	07	X	X	X	X	X	X			Antonio Pablo Arenas Vacas
5	Asma en la Edad Pediátrica – O	05	X	X	X	X	X	X		X	Mª Luisa Serrano Gómez
6	Ataque Cerebrovascular	02	X	X		X	X	X		X	Juan José Ochoa Sepúlveda
7	Atención al Enfermo Pluripatológico	02	X	X			X	X	X		Juan Antonio Ortiz Minuesa
8	Atención al Trauma Grave	06	X	X			X	X	X		Juan Antonio Vega Reyes
9	Bloque Quirúrgico Intra y Postoperatorio	08	X	X	X	X					Mercedes Lluch Fernández
10	Bloque Quirúrgico Preoperatorio	07	X	X	X	X					Mercedes Lluch Fernández
11	Cáncer de Cérvix/Utero –O	02	X	X	X	X	X	X			José Angel Monserrat Jordán

Nº	PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO	AÑO COMIENZO	ANEXO II	ARGUMENTOS	COMUNICACIÓN	FORMACIÓN	EVALUACIÓN		GRUPO MEJOR	COMUNICACIÓN	RESPONSABLE
							10	11			
22	Diabetes Mellitus I y II – O	02	X	X	X	X	X	X	X	X	Juan Antonio Paniagua González
23	Disfonía – O	04	X	X	X	X		X		X	Enrique Cantillo Baños
24	Disfunción Tiroidea	10									Mª Angeles Gálvez Moreno
25	Dolor Torácico - O	02	X	X			X	X			J. Manuel Calderón de la Barca
26	Embarazo, Parto y Puerperio - O	02	X	X	X	X	X	X	X	X	Antonio de la Torre González
27	Enfermedad Pulmonar Obstructiva-O	02	X	X	X	X	X	X		X	Luis Muñoz Cabrera
28	Fibromialgia	07	X	X	X	X					Antonio Pintor Alvarez
29	Fiebre de Duración Intermedia	05	X	X	X	X	X	X	X		Julián de la Torre Cisneros
30	Fractura de Cadera en el Anciano	02	X	X			X				Rafael Quevedo Reinoso
31	Hepatitis Vírica	04/11									Inmaculada Olaya Caro
32	Insuficiencia Cardíaca – O	02	X	X	X	X	X	X			José Mª Arizón del Prado
33	Insuficiencia Renal Crónica Distrito Cuadrante IV	06	X	X				X			Alberto Rodríguez Benot

(O): Obligatorios. (X): Realizado.

(*) El PAI Riesgo Vascular se ha Comunicado en 2011 en el

Procesos Asistenciales Integrados HU Reina Sofía (Situación 31/12/11)

- **PAIs en distintas fases de implantación: 40**
- PAIs en fase I (Anexo II y mapa de actividades): 37
- PAIs en fase II (Anexo II, mapa de actividades y evaluación): 29
- **Nº de PAIs que han realizado la evaluación de indicadores en 2011: 29**
- Nº de profesionales incluidos en PAIs de Atención Primaria: 172
- Nº de profesionales incluidos en PAIs de Atención Hospitalaria: 363
- Nº total de profesionales que pertenecen a PAIs: 535

Durante el año 2011 se ha reactivado y está en fase de implantación el PAI Hepatitis Vírica. Así mismo se puesto en marcha el Proceso de Soporte Laboratorios Clínicos



TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-XXXXX-2004

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Coande, S. L.

EQUIPO DE TRABAJO

M^a José Graván Morales (Coordinadora); Antonio Alejandro Cordero Gómez; Berta Stiefel García Junco; M^a Félix Noa Hortal; María Dolores Osuna Cabeza; Juan Manuel Pascual Paño; Mercedes Prieto Cuéllar; Pedro Schwartz Calero; Alfonso Manuel Soto Moreno; Fernando Villamil Fernández.

IMPLANTACION PROCESO TCA EN HU REINA SOFIA CORDOBA

- Primera reunión grupo: 25 de Enero de 2007
- **Comunicación a implantadores locales:** 26 de Febrero de 2008



DEFINICION DEL PAI-TCA

- 1. actividades de detección, atención y tratamiento**
- 2. problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos**
- 3. en torno a la alimentación y la imagen corporal,**
- 4. que cumplan criterios de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) (CIE-10)**
- 5. sin límites de edad**

DESTINATARIOS

- Población de Córdoba y Provincia



OBJETIVOS GENERALES

Modelo de atención para los TCA que garantice:

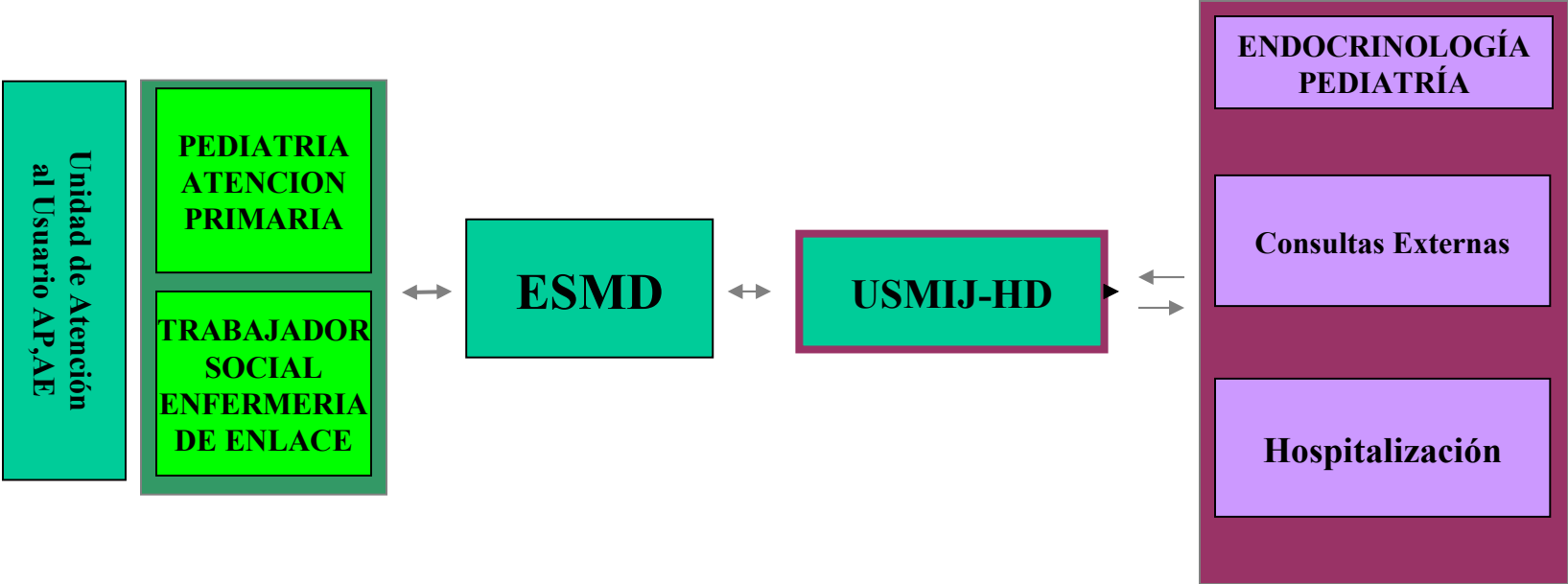
- la coordinación entre los diferentes dispositivos y servicios así como la continuidad asistencial.
- la citación rápida, la accesibilidad desde cualquier punto y/o entrada al sistema, la implicación del Endocrinólogo y del Médico de Familia/Pediatra.
- la confidencialidad, la competencia de los profesionales, la detección precoz y la conexión con la familia, la escuela y los jóvenes.
- ...las actuaciones conjuntas (intersectoriales) de promoción y prevención sobre los factores de riesgo e identificación de síntomas y signos de sospecha de TCA.
-las acciones de promoción y prevención con información veraz (“creíble”, sin mensajes contradictorios) que potencian la salud y el desarrollo personal frente a la preponderancia de “lo estético”.

DISPOSITIVOS

- Servicios de Atención Primaria (AP)
- Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y Hospital de Día (USMIJ-HD)
- Unidad de Rehabilitación de Área y Hospital de Día (URA-HD)
- Unidad de Salud Mental hospitalaria (USMHG)
- Servicio de endocrinología del Hospital reina Sofía
- Servicio de Medicina Interna del Hospital de Pozoblanco
- Servicio de Nutrición del Hospital Infanta Margarita (Cabra)

ARQUITECTURA DE SUBPROCESO TCA < 18 años. PROCESO NIVEL 1

PROCESOS ESTRATEGICOS

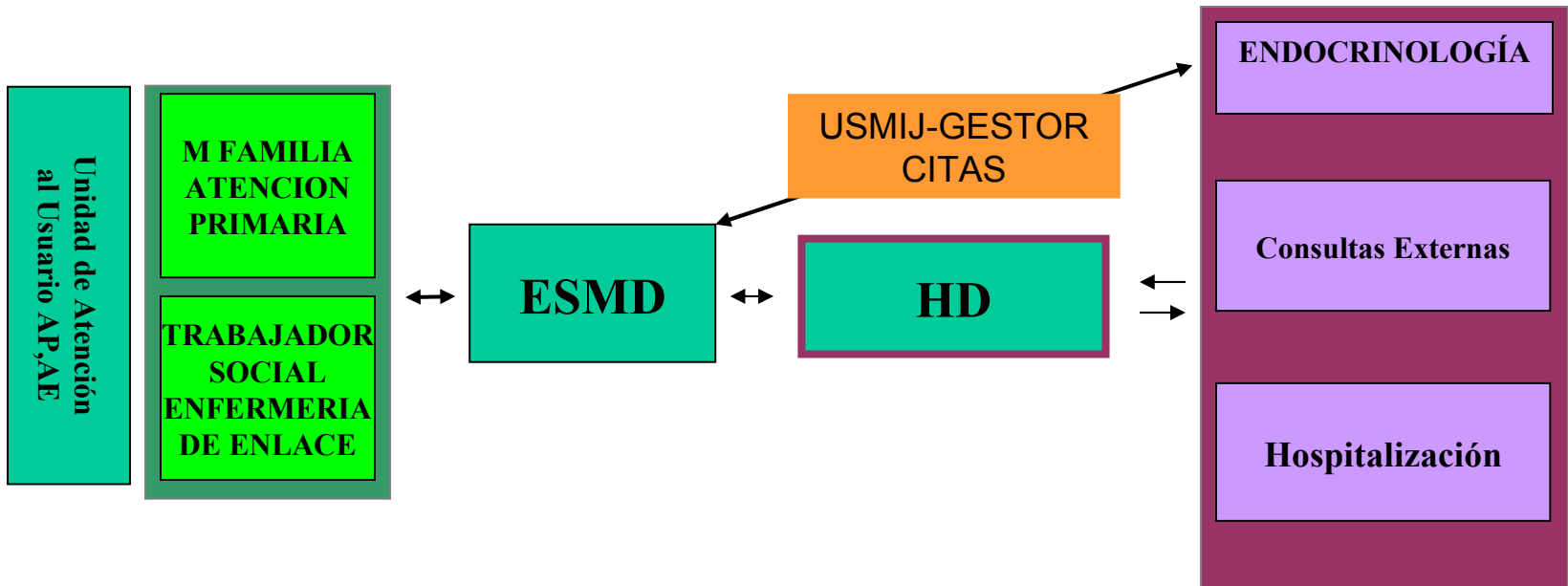


PROCESOS DE SOPORTE



ARQUITECTURA DE SUBPROCESO TCA > 18 años. PROCESO NIVEL 1

PROCESOS ESTRATEGICOS



PROCESOS DE SOPORTE



Proceso TCA: Arquitectura 4: A.P.

Unidad Atención Usuarios de A.P.	Médico (1ª visita A.P.)	Unidad Atención Usuarios de A.P.	Enfermería A. P.	Médico (2ª visita AP)	Unidad Atención Usuarios A.P.	Médico (consultas sucesivas A.P)
Gestión Primera cita	<ul style="list-style-type: none"> -Historia clínica (1) -Exploración (2) -Entrega autorregistros (3) -Solicitud analítica (4) 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestión de Citas de pruebas complementarias -Instrucciones para analítica -Gestión 2ª cita con Médico de A.P. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pesar y tallar (5) -Extracción de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> -Valoración resultados: 1) Diagnostico TCA: Derivación AE (6) 2)No diagnóstico TCA: Seguimiento AP o alta 	Gestión de cita con AE	<ul style="list-style-type: none"> -Control de peso y talla -Hábitos dietético (7) -Actuar sobre factores de riesgo (8) -Si diagnóstico TCA derivar AE
Consideración demora Cero			Consideración demora inferior 3 días desde primera petición de cita	Entrada en proceso	No más de 20 días hábiles	

A.P.: Atención Primaria

Proceso TCA: Arquitectura 4: AP

1. Valorar alteración peso, hábitos alimentarios actuales y pasados, conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico), sintomatología psiquiátrica asociada. (Se puede utilizar Anexo 2 y 3 Proceso TCA Consejería Salud)
2. Exploración física, tensión arterial, peso y talla, IMC
3. Autorregistros de conducta alimentaria que se entregan al paciente quien lo cumplimentará y devolverá en siguiente entrevista. (Anexo 1)
4. La analítica debe incluir Perfil electrolítico completo (potasio, magnesio, calcio y fosfatos), glucosa, hemograma y velocidad de sedimentación, proteínas totales y albúmina, función hepática, función renal, pruebas de función tiroides, hierro. En pacientes desnutridas se debe solicitar además Ácido fólico y B12. y en las que tengan amenorrea LH-FSH y estrógenos.
5. Si el/la paciente continúa tratamiento en AP, enfermería realizará plan de cuidados y seguimiento del mismo en el que además del control de peso y talla deberá recogerse historia dietética así como informe al alta.
6. La derivación se realizará a ESMD correspondiente mediante informe de derivación donde se haga constar proceso de TCA.
7. En las consultas sucesivas se realizará control de peso, talla y hábitos dietéticos.

Proceso TCA: Arquitectura 4: ESMD

Admisión A. especializada	Psiquiatra/Psicólogo (1ª visita AE)	Enfermería A. Especializada	Admisión A. especializada	Psiquiatra/Psicólogo (2º visita AE)	T. social A.E	Psiquiatra/psicologo (Visitas sucesivas AE)
Recepción de paciente Recogida datos HC	Realización HC (1) Exploración física (2) Exploración psiquiátrica (3) Solicitud de exploraciones complementarias pertinentes (4) Entrega de EDI-2 (5) Entrega autorregistros (6)	Valoración inicial enfermería (7)	Gestión 2ª cita A. especializada Gestión citas Exploraciones complementarias	Evaluación clínica Evaluación pruebas complementarias y cuestionarios Diagnóstico TCA y paciente menor de 18 años: derivar a USMIJ/HD (8) TCA y mayor de 18 años: establecer PIT(9) o derivar a URA/HD según criterios derivación (10) Interconsulta con endocrinología/M.interna para casos no derivados (11) No TCA pero síntomas alerta o patología psiquiátrica leve: seguimiento o derivación AP (12) No TCA ni patología psiquiátrica: Alta y salida del proceso	Valoración situación familiar y red social de apoyo Valoración problemas laborales, sociales, económicos Búsqueda de recursos (13)	Evaluación del PIT Evaluación clínica -Continuar ttº Derivar a URA/HD según criterios
				Demora inferior a 15 días hábiles desde 1ª cita		Demora inferior a 15 días hábiles desde 2ª cita

Proceso TCA: Arquitectura 4: ESMD

1. Valorar detalladamente hábitos alimentación actuales y pasados, alteraciones de peso, conductas compensatorias, frecuencia de las alteraciones alimentarias, autoconcepto esquema corporal, otros síntomas psiquiátricos. (Anexo 3 Proceso TCA Junta Andalucía)
2. Peso, talla, IMC. Valorar signos desnutrición como lanugo, uñas quebradizas, caída pelo, acrocianosis distal, frialdad o de vómitos reiterados como caries dental, signo de Rusell
3. Valorar si existe sintomatología psiquiátrica asociada como depresión, TOC, ansiedad, trastornos de personalidad
4. EKG si desnutrición severa o grave desequilibrio hidroelectrolítico
5. EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2): Aplicable a partir de 12 años. No se obtiene una puntuación total pero sí un perfil que puede ser contrastado con los obtenidos en población normal o patológica.
6. Puede usarse modelo autorregistro utilizado en USMIJ (Anexo 1). En todo caso se anotará diariamente la comida ingerida, las conductas de control de peso y los pensamientos y sentimientos relacionados con ambos.
7. Como mínimo constará de peso, talla, IMC, si es posible registro hábitos alimentarios actual. Si el/la paciente continuara tratamiento en ESMD se realizará Plan de cuidados y seguimiento del mismo así como informe al alta.
8. Derivar mediante informe en el que se haga constar proceso TCA. La petición cita se realizará telefónicamente por administración AE. En caso de cita precisar cita preferente, el facultativo que lo indique debe contactar con coordinador USMIJ
9. El Plan Individualizado de Tratamiento debe incluir:
 - Control dietético
 - Asesoramiento y apoyo individual y familiar
 - Tratamiento farmacológico
 - En AN según sintomatología psiquiátrica añadida.
 - En BN antiimpulsivos y/o ISRS, y/o otros psicofármacos según sintomatología acompañante
 - Terapia reglada individual y/o familiar
1. Criterios derivación URA/HD (Anexo 6): Refractoriedad a ttº en ESMD, tras alta hospitalaria; Necesidad de observación continuidad para diagnóstico, enfermedad somática mal controlada por TCA; grave trastorno psíquico; grave deterioro social-familiar)
2. Se realizará en el Hospital de referencia: Reina Sofía Córdoba: Servicio endocrinología; Infanta Margarita Cabra: Nutricionista, Pozoblanco: Internista
3. La derivación AP se realizará mediante informe en el que se haga constar proceso TCA así como causa de derivación y tratamiento realizado en ESMD
4. La valoración por parte Trabajador/a social se realizará si lo demanda el facultativo responsable del caso

PROCESO TCA. Arquitectura 4: USMIJ/HD

Admisión A.E.	Enfermería A.E.	Psiquiatra/psicolog A.E. (1ª visita)	Admisión A.E.	Psiquiatra/psicólogo A.E. (2ª visita)	Psicologo A.E.	Terapeuta ocupacional/maestro	Trabajador social AE	Enfermería AE Visitas sucesivas	Psiquiatra AE Visitas sucesivas
Recepción pacientes Recogida datos HC Etiquetas	Peso, talla, MC Valoración inicial de enfermería Diagnóstico de enfermería	HC (1) Exploración psiquiátrica y psicológica (2) Exploraciones complementarias (3)	Gestión citas exploraciones Gestión 2ª cita A. Especializada	Valoración expl. complementarias Diagnóstico (4) + No TCA: Alta o derivación a ESMD si otra patología psiquiátrica (5) + TCA: -Elaborar Plan individualizado de tratamiento PIT (6) -Informar a familia y paciente del diagnóstico y PIT -Solicitar informe escolar -Interconsulta endocrinología (7) -Otras pruebas complementarias (8)	Terapia reglada individual Terapia grupal Grupos de relajación Escuela de padres Supervisión durante ingesta en comedor terapéutico	Grupos expresión corporal Taller ocupacional Diseño técnicas estudio Facilitar incorporación gradual a ámbito escolar mediante contacto con S educativos	Informe escolar Valor. Situación familiar y red social apoyo Valor. Situación problemas económicos y/o sociales y/o Gestión prestaciones (9)	Seguimiento constantes vitales Plan cuidados Supervisión de ingesta en comedor terapéutico Gestión dietas y revisión de las mismas (10) Gestión y control suplementos dietéticos (11) Grupos relajación Taller ocupacional Informe de continuidad de cuidados al alta	Desarrollo PIT Reevaluar posibilidades terapéuticas según evolución Al cumplir 18 años +Derivación HD/URA Si persiste sintomatología TCA +Derivación ESMD: Si escasa sintomatología TCA u otra enfermedad psiquiátrica + Derivación AP si solo conductas de riesgo +Alta por mejoría: Si no hay síntomas psiquiátricos Alta por mejoría (12)
		Demora inferior a 20 días tras derivación		Demora inferior a 15 días tras 1ª consulta	Demora inferior a 15 días				Inicio: Frecuencia semanal o quincenal Después: según PIT

Proceso TCA: Arquitectura 4: USMIJ/HD

1. Historia Clínica: recoger detalladamente hábitos alimentación actuales y pasados, inicio enfermedad, cambios en el peso y métodos para conseguirlos, historia menstrual, otros síntomas psiquiátricos, relaciones intrafamiliares, relaciones con iguales y ámbito escolar. Valorar signos desnutrición como lanugo, uñas quebradizas, caída cabello, acrocianosis distal, frialdad o de vómitos reiterados como caries dental, signo de Rusell.
 2. Exploración psicológica: EDI-2; MACI; TAS-20; STAIC
 3. EKG si desnutrición grave o desequilibrio hidroelectrolítico
 4. Se diagnosticará según criterios CIE-10 entrando en este proceso los diagnósticos de Anorexia nerviosa típica (F50.0), anorexia nerviosa atípica (F50.1), Bulimia nerviosa (F50.2), Bulimia nerviosa atípica (F50.3)
 5. Se derivará a ESMD si no cumple criterios de TCA pero sí síntomas de alerta o riesgo de ésta o si existe otra patología mental
 6. El plan individualizado de tratamiento consta de:
 - Control dietético: mediante autorregistros y/o dieta
 - Terapia de apoyo individual y familiar
 - Tratamiento psicofarmacológico: si se precisa y según sintomatología añadida
 - Terapia grupal
 - Grupos de relajación
 - Comedor terapéutico
 - Hospitalización domiciliaria: Supervisada por enfermería USMIJ
 - Hospitalización completa: Según criterios (Anexo 4). Seguimiento psicológico/psiquiátrico: USMIJ. Contacto telefónico con J. Berlango 510318. Informe dirigido a S. Endocrinología en el que conste Proceso TCA Ingreso
 - +Pacientes menores de 14 años sin grave patología psiquiátrica añadida: Pediatría H. Reina Sofía
 - +Pacientes mayores de 14 años sin grave patología psiquiátrica añadida: Endocrinología H. Reina Sofía
 - +Pacientes con grave patología psiquiátrica añadida: Unidad Salud Mental Infantil. Complejo Hospitalario JaénCada paciente tendrá su PIT según criterios protocolo actuación TCA USMIJ (Anexo 6). En general en todas se realizará control dietético, terapia de apoyo individual y familiar, grupos educativos de padres y control de tratamiento farmacológico (si lo hubiese). Los trastornos de alimentación típicos tendrán, además, terapia individual, terapia grupal, grupos de relajación y esquema corporal. Si la evolución no es adecuada se procederá a Hospitalización domiciliaria de donde pasarán a HD o a ingreso completo.
- Todas las pacientes tendrán un facultativo de referencia durante todo el proceso que se encargará de reevaluar PIT

Proceso TCA: Arquitectura 4: USMIJ/HD

7. La interconsulta con pediatría (Dr. Francisco Sánchez) o endocrinología se realizará mediante informe detallando proceso TCA
8. Exploración de inteligencia (WISC-R) u otros cuestionarios ante sospecha de otras patologías psiquiátricas.
9. Ayudas a transporte en caso de precariedad económica y/o dificultad acceso a tratamiento por distancia y/o incompatibilidad horaria transporte público.
Gestión profesor apoyo domiciliario en caso de absentismo escolar. Otras prestaciones.
10. Las dietas se solicitarán a Hospital Reina Sofía, con el aporte nutricional determinado por endocrinólogo. Personalizadas según pacientes
11. Los suplementos dietéticos que cada paciente debe tomar serán los indicados por endocrinología.
12. En todos los casos de derivación o alta se entregará informe clínico y de enfermería con planes de cuidados. Desde USMIJ se gestionarán las citas con el servicio a que se derive.

PROCESO TCA. Arquitectura 4:URA-HD

(ver anexo 6 URA-HD)

Admisión/ Coordinador	Enfermería	Psiquiatra/ psicólogo-a (Primeras visitas)	Coordinación profesionales implicados	Admisión	Enfermería Visitas sucesivas	Terapeuta ocupacional	Trabajadora social	Psicólogo-a (Visitas sucesivas)	Psiquiatra (Visitas sucesivas)
<p>Recepción de informes de derivación y pacientes</p> <p>Recogida datos HC</p> <p>Etiquetas</p> <p>Ordenar demanda</p> <p>Asignar y comunicar citas y profesionales para valoración inicial</p>	<p>Acogida paciente e información</p> <p>Valoración inicial</p> <p>Valoración inicial enfermería</p>	<p>Entrevistas clínicas para valoración inicial</p> <p>Cumplimentar HC</p> <p>Registrar datos en SISMA</p> <p>Valorar entorno terapéutico:</p> <p>+ESMD</p> <p>+Endocrinología HT</p> <p>+USMHG</p> <p>+URA-HD</p> <p>Si queda en URA-HD</p> <p>*Valorar exploraciones complementarias</p> <p>*Diseñar estrategias terapéuticas</p> <p>*Determinar marco de tratamiento (ambulatorio intensivo u hospitalización parcial)</p> <p>*Iniciar intervenciones terapéuticas</p>	<p>Reuniones en URA-HD para elaborar PIT, evaluarlo y reelaborarlo</p> <p>Reuniones interniveles para continuidad asistencial</p> <p>Anotar coordinación en HC</p>	<p>Informar paciente sobre siguientes valoraciones, intervenciones, exploraciones, interconsultas</p> <p>Gestionar citas sucesivas para profesionales de URA-HD</p>	<p>Elaborar plan de cuidados</p> <p>Colaborar con psiquiatra en tratamiento farmacológico</p> <p>Control dietético</p> <p>Taller expresión corporal</p> <p>Comedor terapéutico</p> <p>Entrenamiento en relajación</p> <p>Registro de los cuidados de enfermería</p>	<p>Valoración ocupacional</p> <p>Intervenciones de terapia ocupacional</p> <p>Anotar en HC intervenciones realizadas</p>	<p>Informe social</p> <p>Plan personalizado de intervención psicosocial</p> <p>Registrar en HC intervenciones realizadas</p>	<p>Control dietético</p> <p>Psicoterapia</p> <p>Psicoeducación individual a pacientes y familiares</p> <p>Entrenamiento en relajación y manejo de estrés</p> <p>Grupos psicoeducativos de pacientes</p> <p>Grupos psicoeducativos de familiares</p> <p>Terapia conductual en comedor terapéutico</p> <p>Seguimiento evolución clínica paciente</p> <p>Registrar intervenciones en HC</p>	<p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Control dietético</p> <p>Psicoterapia</p> <p>Psicoeducación individual a pacientes / familiares</p> <p>Seguimiento evolución clínica paciente</p> <p>Registrar intervenciones en HC</p>
	<p>Demora inferior a 15 días tras derivación</p>		<p>- Realización del PIT en menos de 15 días desde 1ª consulta.</p> <p>-Coordinación interniveles al menos una vez cada 2 meses</p> <p>- Evaluación del PIT al menos cada 3 meses</p>					<p>Inicio: frecuencia semanal o quincenal.</p> <p>Después: según PIT.</p>	

URA/HD: Unidad de Rehabilitación de Área/Hospital de Día

PROCESO TCA. Arquitectura 4: HOSPITALIZACION ENDOCRINOLOGIA

Recepción Hospitalaria	Enfermería hospitalaria	Endocrinologo	Psiquiatra USMIJ/URA-HD (2)	Dietistas (TED)	Enfermera Nutrición (1)	Psicólogo clínico/ Psiquiatra (sucesivas)
<ul style="list-style-type: none"> -Recepción pacientes -Recogida datos HC -Etiquetas 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y acogida - Valoración inicial enfermería - Extracción de analítica - Realización ECG - Control de constantes vitales - Control de comidas y suplementos dietéticos - Plan de cuidados - Informe de continuidad de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración nutricional clínica y analítica - Valoración de comorbilidades - Diseño y prescripción de dieta apropiada - Indicación de nutrición artificial o suplementos nutricionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración psiquiátrica inicial - Instauración de tratamiento farmacológico si procede - Pactar con familia y paciente plan adaptativo de actuación general 	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de parámetros antropométricos - Encuesta dietética - Personalización de dieta - Valoración diaria de la ingesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración inicial de enfermería. - Asesoramiento nutricional - Enseñanza de la dieta prescrita - Acuerdo con el paciente - Planificación de cuidados - Informe de continuidad de cuidados en colaboración con enfermería hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Interconsulta - Valoración psicológica/psiquiátrica - Plan individualizado de tratamiento y plan de cuidados (Conjuntamente con endocrinólogo)) - Reevaluación PIT y plan cuidados (conjuntamente con endocrinólogo) - Terapia apoyo individual y familiar
		<ul style="list-style-type: none"> - Al ingreso - Tras su estabilización nutricional cada 48 horas 	Demora inferior a dos días tras ingreso	Frecuencia: Diaria	Al ingreso y cada 48 horas	Frecuencia: cada 48 horas

1.-Actualmente solo existe una enfermera nutricionista que se encarga preferentemente de consultas externas. Sería conveniente reorganización servicio y dotación de otra enfermera nutricionista para cubrir estos objetivos

2.-Teléfonos de contacto con Psiquiatría: USMIJ 512153 (V. Sánchez); URA-HD: 512060 (J. Castro)

PROCESO TCA. Arquitectura 4: CONSULTAS EXTERNAS ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

Citación	Endocrinólogo (primera visita)	Enfermera Nutrición	Dietistas (TED) (1)	Endocrinólogo (visitas de seguimiento)	Enfermera Nutrición (visitas de seguimiento)	Dietistas (TED) (seguimiento)
Recepción de pacientes Cita en consulta Médica(¿)	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración nutricional clínica y analítica - Valoración de comorbilidades - Indicación de dieta apropiada - Indicación de suplementos nutricionales si procede - Derivación a consulta de enfermería - Informe médico - Cita de revisión 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración inicial de enfermería. - Asesoramiento nutricional - Enseñanza de la dieta prescrita - Acuerdo con el paciente - Informe de continuidad de cuidados para AP 	<ul style="list-style-type: none"> - Calibración de encuesta dietética - Personalización de la dieta 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del estado nutricional - Evaluación del cumplimiento del tratamiento - Modificación del tratamiento si es preciso 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del cumplimiento - Evaluación del estado nutricional - Parámetros antropométricos 	<ul style="list-style-type: none"> - Calibración de encuesta dietética - Personalización de la dieta
	Demora inferior a un mes	Demora inferior a 15 días después de la visita médica	Demora inferior a 15 días después de la visita médica	Demora inferior a tres meses	Demora máxima tres meses de la última visita de enfermería	

1.- Actualmente la técnico dietista se encarga preferentemente de los pacientes de planta. Sería aconsejable reorganización del servicio y/o dotación personal para cumplir estos objetivos

PROCESO TCA. Arquitectura 4: HOSPITALIZACION PEDIATRIA

Recepción Hospitalaria	Enfermería hospitalaria	Pediatra	Psiquiatra USMIJ/URA_HD	Dietistas (TED)	Enfermera Nutrición (1)	Psicólogo clínico/ Psiquiatra (sucesivas)
<ul style="list-style-type: none"> -Recepción pacientes -Recogida datos HC -Etiquetas 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y acogida - Valoración inicial enfermería - Extracción de analítica - Realización ECG - Control de constantes vitales - Control de comidas y suplementos dietéticos - Plan de cuidados - Informe de continuidad de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración nutricional clínica y analítica - Valoración de comorbilidades - Diseño de dieta apropiada - Indicación de nutrición artificial o suplementos nutricionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración psiquiátrica inicial - Instauración de tratamiento farmacológico si procede - Pactar con familia y paciente plan adaptativo de actuación general 	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de parámetros antropométricos - Encuesta dietética - Personalización de dieta - Valoración diaria de la ingesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración inicial de enfermería. - Asesoramiento nutricional - Enseñanza de la dieta prescrita - Acuerdo con el paciente - Planificación de cuidados - Informe de continuidad de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Interconsulta - Valoración psicológica/psiquiátrica - Plan individualizado de tratamiento y plan de cuidados (conjuntamente con pediatra) - Reevaluación PIT y plan cuidados (conjuntamente con pediatra) - Terapia apoyo individual y familiar
		<ul style="list-style-type: none"> - Al ingreso - Tras su estabilización nutricional cada 48 horas 	Demora inferior a dos días tras ingreso	Frecuencia: Diaria	Al ingreso y cada 48 horas	Frecuencia: cada 48 horas

1.-El Hospital Materno Infantil no cuenta con enfermeras nutricionistas. Actualmente solo existen dos enfermeras nutricionistas, una en el hospital Provincial y otra en el General que se encargan preferentemente de consultas externas de endocrinología. Sería conveniente reorganización servicio y dotación de otra enfermera nutricionista para cubrir estos objetivos.

PROCESO TCA. Arquitectura 4: HOSPITALIZACION USMHG

Recepción Hospitalaria	Comisión de Admisión	Psiquiatra/psicólogo	Enfermería hospitalaria	Endocrinología y Nutrición
Recepción pacientes Recogida datos HC Etiquetas	Valoración sobre la pertinencia del ingreso: Motivo Tipo o carácter legal Objetivos terapéuticos Asignación de facultativos	HC Exploración psiquiátrica y psicológica Exploración física Exploraciones complementarias Evaluación psicodiagnóstica Valoración del contexto familiar Realizar diagnóstico Redactar un plan de tratamiento (PIT) (1) relacionado con el motivo de ingreso y los objetivos de hospitalización planteados Acordar el alta hospitalaria integrando Endocrinología y Nutrición Enfermería Dispositivos de referencia de Salud Mental Paciente y familia Informe clínico de alta	Presentación y acogida de paciente y familia Valoración inicial de enfermería Diagnóstico de enfermería Plan de cuidados de enfermería Gestión dietas y revisión de las mismas Control ingesta en comedor Control vómitos tras ingesta Control actividad física Informe de continuidad de cuidados al alta	Interconsulta (2) Valoración endocrinológica y nutricional Exploraciones complementarias Realizar diagnóstico Implementación y seguimiento de un plan de tratamiento Valoración del plan de cuidados pactado Registro de intervenciones en HC
				Inicio de la intervención con una demora inferior a dos días tras ingreso. Seguimiento con una frecuencia: cada 48 horas.

PROCESO TCA. Arquitectura 4: USMHG

- (1) Iniciar y/o continuar estrategias de tratamiento indicadas tanto para a) la resolución de la crisis actual (comorbilidad) mediante tratamiento farmacológico, psicológico, relajación, manejo del estrés, técnicas ocupacionales etc. como b) el propio trastorno alimentario y las condiciones somáticas del paciente siendo esto orientado y seguido por endocrinología/dietética.
- (2) Durante el ingreso hospitalario en USMHG, el servicio de Endocrinología será el encargado del control de los aspectos nutricionales y de las complicaciones derivadas de estos (alteraciones hidroelectrolíticas, desnutrición..)

INDICADORES PAI TCA

CONTRATO PROGRAMA 2008

▪Indicador

Nº de pacientes que se les ha realizado la entrevista de acogida y valoración orgánica funcional en ESM-USMIJ Endocrinología antes de 15 días desde la solicitud de asistencia X 100 / Nº de pacientes con solicitud de asistencia para entrevista de acogida y valoración orgánica funcional

Evaluable en: Atención Hospitalaria

75% Valor óptimo

50% Valor mínimo

0,4 Valor unitario

▪Indicador

Nº de pacientes con confirmación diagnóstica de TCA, según criterios de CIE-10, antes de 1 mes desde la primera visita X 100 / Total de pacientes con confirmación diagnóstica de TCA, según criterios de CIE-10

Evaluable en: Atención Hospitalaria

75% Valor óptimo

50% Valor mínimo

0,4 Valor unitario

▪Indicador

Nº de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que tienen establecido el diagnóstico y plan terapéutico individual en un plazo inferior a 2 meses desde la primera consulta X 100 / Nº total de paciente con trastornos de la conducta alimentaria

Evaluable en: Atención Hospitalaria

90% Valor óptimo

75% Valor mínimo

0,66 Valor unitario

INDICADORES PAI TCA

OTROS

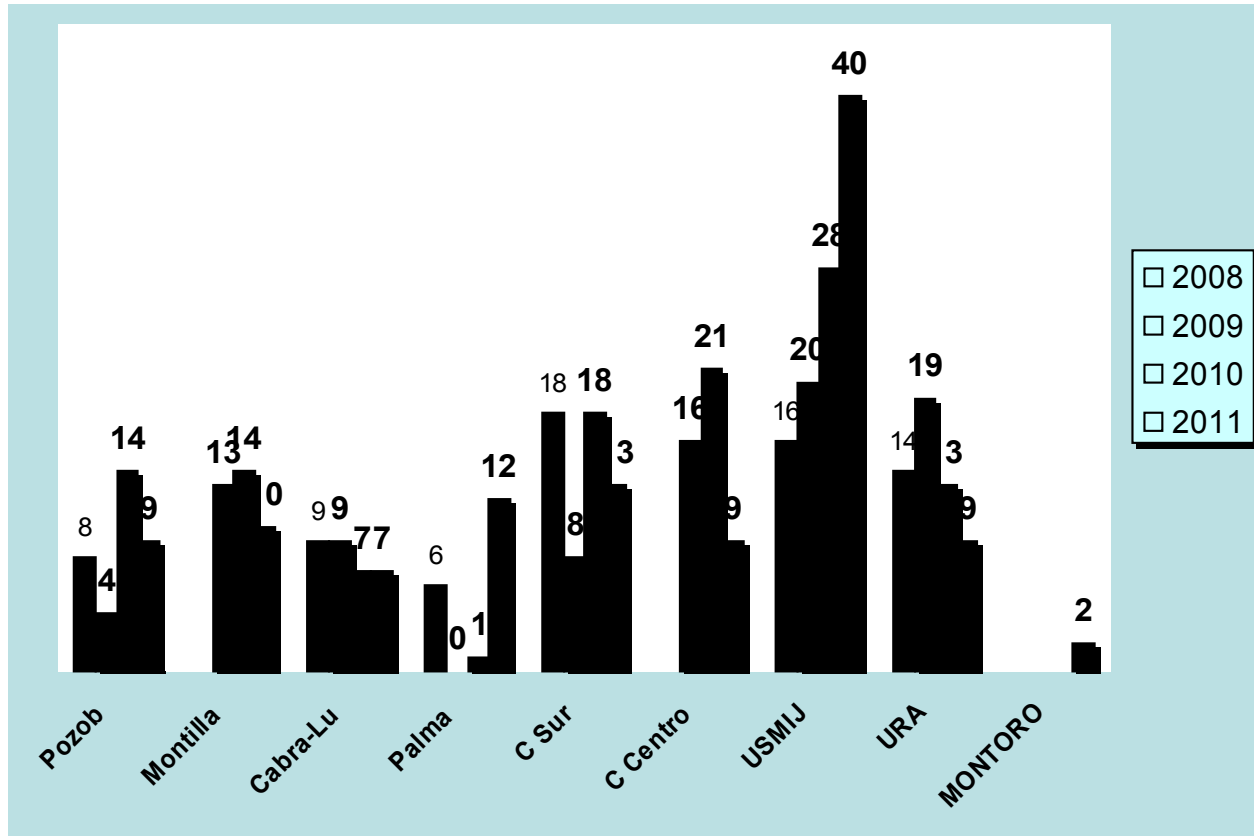
- N° de pacientes atendidos como nuevos en el dispositivo (ESMD/USMIJ/HD-URA)
- N° de pacientes en seguimiento en dispositivo
- N° de pacientes ingresados en Unidad Hospitalización de Salud Mental y n° de ingresos
- N° de pacientes ingresados en endocrinología y n° de ingresos
- N° de pacientes ingresados en otros dispositivos
- N° altas

INDICADORES PAI TCA

- Se recogen indicadores desde 2008
- Dificultades en recogida por cambios sistemas de soporte informático
- En general, los indicadores del contrato programa se cumplen sobradamente
- La incidencia de consultas nuevas ha aumentado en los últimos años

INDICADORES TCA 2008/11

PRIMERAS CONSULTAS

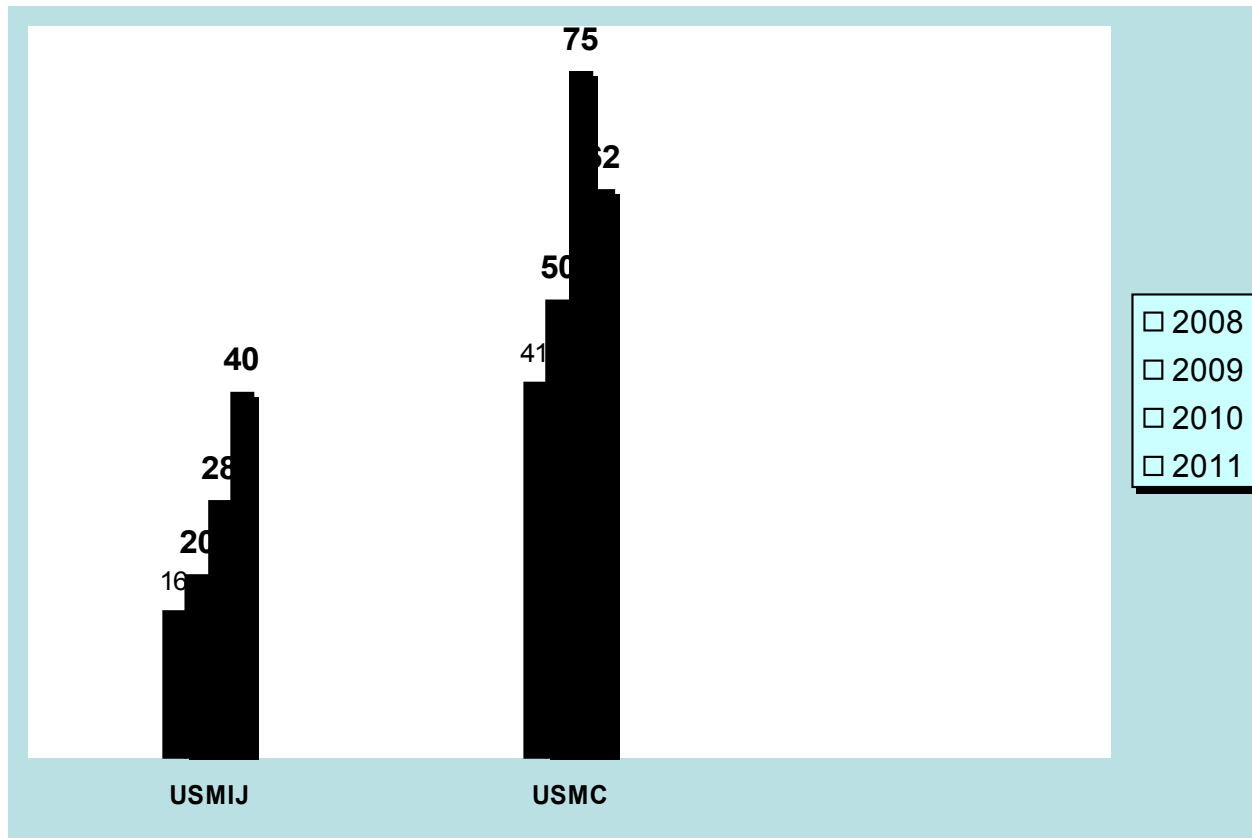


2008: Enero-Agosto

2009-11: Enero-Noviembre

INDICADORES TCA 2008/11

PRIMERAS CONSULTAS

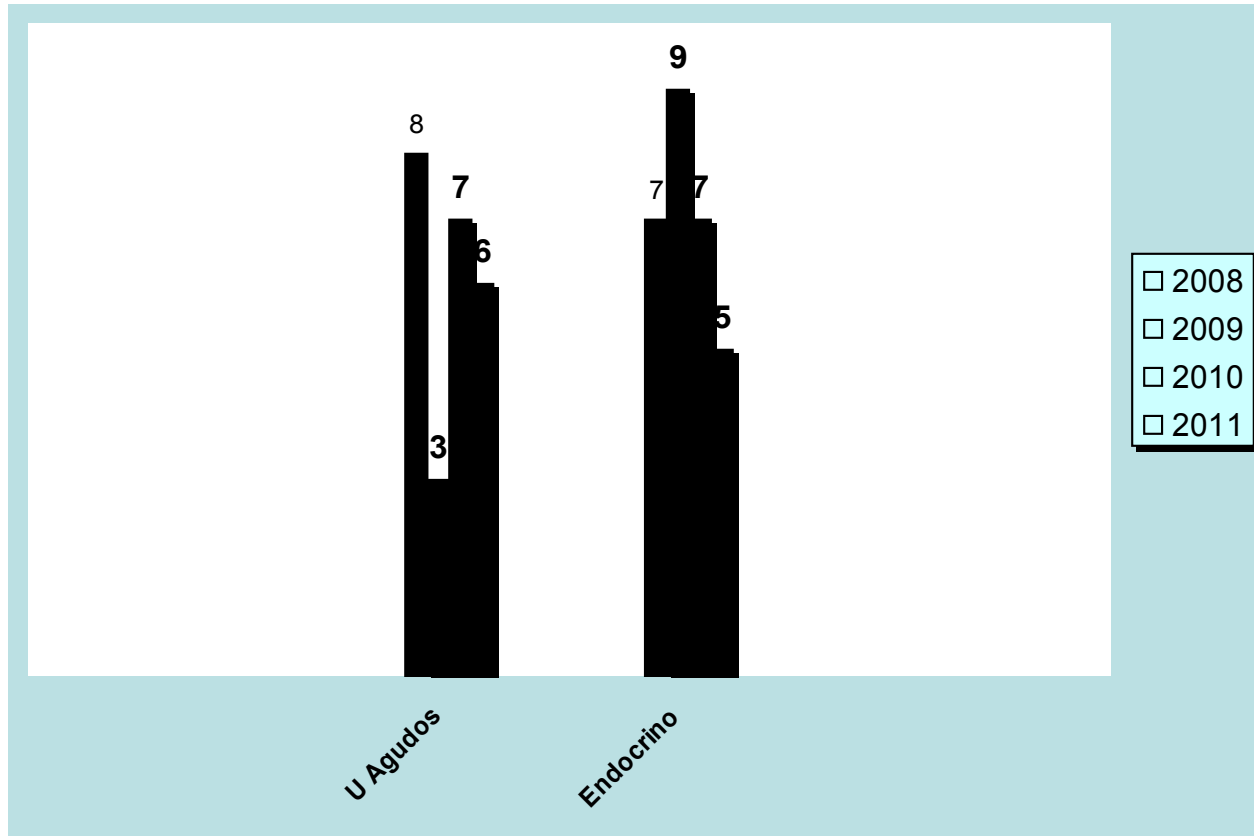


2008: Enero-Agosto

2009-11: Enero-Noviembre

INDICADORES TCA 2008/11

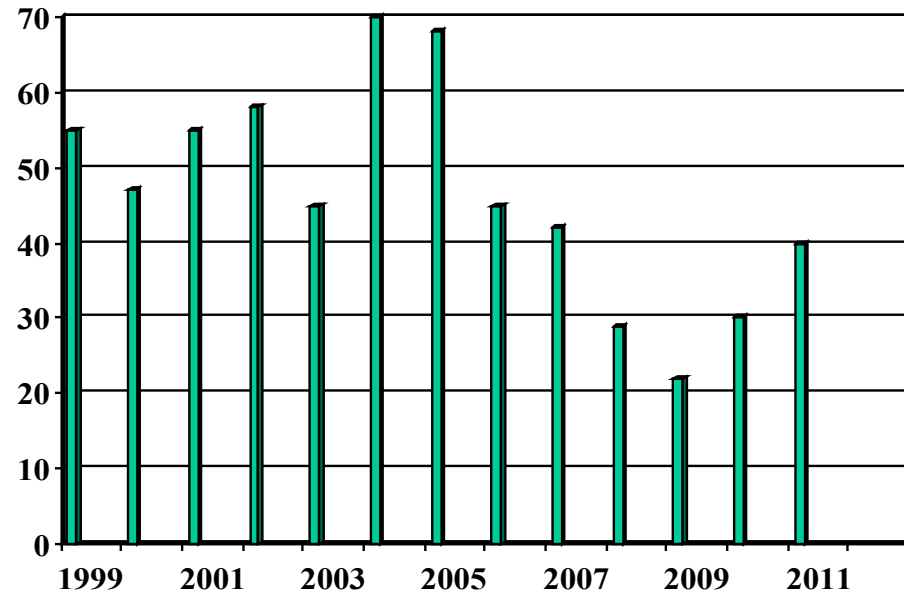
INGRESOS HOSPITALARIOS



2008: Enero-Agosto

2009-11: Enero-Noviembre

NUEVAS CONSULTAS USMIJ



NUEVAS CONSULTAS USMIJ



PROCESO TCA EN HU REINA SOFIA CORDOBA

- Primera reunión grupo: 25 de Enero de 2007
- **Comunicación a implantadores locales:** 26 de Febrero de 2008
- **Reuniones anuales de los componentes del proceso**
- **Reuniones extraordinarias con subcomisión TCA:** de febrero a Agosto 2010:
 - Componentes: Subdirector médico-Jefa área Salud Mental-jefe Servicio Endocrinología-Responsable proceso TCA- Responsables subprocesos TCA infantil y adultos
 - Resultados: Protocolo derivación a endocrinología=ajuste indicadores calidad
- **Recogida y análisis indicadores**