

PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES
PROGRAMA DE COLABORACIÓN ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCIÓN
PRIMARIA
UNIDAD CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL
HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

INDICE DE CARTERA DE SERVICIOS

- 1. SÍNDROME ANÉMICO**
- 2. SÍNDROME CONSTITUCIONAL**
- 3. SÍNDROME FEBRIL**
- 4. DOLOR ABDOMINAL**
- 5. DOLOR TORÁCICO**
- 6. DISNEA**
- 7. DIARREA CRÓNICA**
- 8. ICTERICIA Y HEPATOPATÍA**
- 9. ALTERACIONES ANALÍTICAS**
- 10. ANOMALÍAS RADIOLÓGICAS**
- 11. DETERIORO COGNITIVO**
- 12. ESTADOS HIPERTENSIVOS**
- 13. ENFERMEDAD VASCULAR Y RIESGO VASCULAR**
- 14. SÍNDROMES-SÍNTOMAS DE DIFÍCIL ADSCRIPCIÓN**
- 15. SOPORTE PALIATIVO ONCOLÓGICO Y NO ONCOLÓGICO**
- 16. PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**
- 17. GESTIÓN DE PRUEBAS DE DIFÍCIL ACCESO DESDE PRIMARIA**

1. SÍNDROME ANÉMICO

Cartera:

Fase diagnóstica: cualquier síndrome anémico que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna, ya sea de perfil ferropénico, ó por déficit de otros factores madurativos, hemolítico, inflamatorio, ó central.

Fase terapéutica: cualquier síndrome anémico de difícil manejo ambulatorio por su complejidad terapéutica ó frecuentes necesidades de transfusión.

Límites marginales: anemias con causa previamente aclarada en otras instancias. Anemias por pérdidas ginecológica funcionales.

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico: hemograma, VSG, coagulación, reticulocitos, met férrico, folico y B12, perfiles completos incluyendo proteinograma, Ig, tiroideas, PCR, y si la anemia es de perfil ferropénico Sangre oculta en heces, y marcadores tumorales.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

2. SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Cartera: El paciente debe adecuarse a la definición estándar de este síndrome.

Todo síndrome constitucional en el que la sospecha del clínico es de origen orgánico, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Límites marginales: perfil psicoorgánico del cuadro, y especificidad del cuadro constitucional en una localización que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas (p.ej sdme constitucional y masa pulmonar). Síndromes constitucionales menores (que no reúnen la definición).

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, VSG, coagulación, perfiles completos incluyendo proteinograma, Ig, tiroideas, PCR, marcadores tumorales, Radiografía PA y L de tórax y simple de abdomen.

Si además tiene factores de riesgo para adquisición de VIH es conveniente realizar serología frente a VIH, VHB, VHC y LUES.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

3. SÍNDROME FEBRIL

Cartera:

*NOTA: En principio la vía de derivación de los síndromes febriles es al Servicio de Enfermedades Infecciosas, a través de su programa de colaboración específico.

Síndromes febriles de corta duración: sólo aquéllos con focalidad clínica de afectación localizada en la que el M. Atención Primaria estime necesario el soporte clínico del internista (neumonías con sospecha de neoplasia subyacente...). Los síndromes febriles de corta duración sin focalidad clínica son subsidiarios de vigilancia y tratamiento en A. Primaria.

Síndrome febril de duración intermedia: en principio son subsidiarios de derivación al Servicio de Enfermedades Infecciosas, salvo alta sospecha de etiología no infecciosa.

Síndrome febril de larga duración // FOD: en principio son subsidiarios de derivación al Servicio de Enfermedades Infecciosas, salvo alta sospecha de etiología no infecciosa.

Límites marginales: Infección VIH crónica, trasplantados, y neutropenias febriles. Febrícula prolongada sin clara causa orgánica, ó sdme de fatiga crónica.

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, VSG, coagulación, perfiles completos incluyendo proteinograma, Ig, tiroideas, PCR, Radiografía PA y L de tórax y simple de abdomen, sedimento de orina, hemocultivos y urocultivos y rosa de Bengala

Si además tiene factores de riesgo para adquisición de VIH es conveniente realizar serología frente a VIH, VHB, VHC y LUES.

Demora: la consensuada entre el M. Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

4. DOLOR ABDOMINAL

Cartera:

Todo dolor abdominal con sospecha de patología orgánica subyacente que no reúna criterios de derivación al CARE de Digestivo, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Límites marginales: perfil psicoorgánico del cuadro, presencia de H.D.Alta activa, datos de abdomen agudo y especificidad del cuadro que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas (CARE de Digestivo).

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, VSG, coagulación, perfiles completos incluyendo amilaseemia, PCR, marcadores tumorales, Radiografía PA y L de tórax y simple de abdomen.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

5. DOLOR TORÁCICO

Cartera:

Todo dolor torácico con sospecha de patología orgánica subyacente que no reúna criterios de derivación a la U.D.T de Cardiología, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Límites marginales: perfil psicoorgánico del cuadro, angina inestable, sospecha de TEP y/o disección aórtica, sospecha de neumotórax espontáneo. Especificidad del cuadro que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas (Cardiología, Respiratorio).

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: ECG completo de 12 derivaciones, hemograma, coagulación, perfiles con CPK y TnT, Radiografía PA y L de tórax.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

6. DISNEA

Cartera:

Toda disnea con sospecha de patología orgánica subyacente que no reúna criterios de derivación a Cardiología/Neumología, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Límites marginales: perfil psicoorgánico del cuadro, angina inestable, sospecha de TEP y/o disección aórtica, sospecha de neumotórax espontáneo. Especificidad del cuadro que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas (Cardiología, Respiratorio).

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: ECG completo de 12 derivaciones, hemograma, coagulación, perfiles con CPK y TnT, tiroideas, Radiografía PA y L de tórax, peak-flow (si disponible).

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

7. DIARREA CRÓNICA

Cartera: el paciente debe cumplir los criterios estándar de diarrea crónica

Toda diarrea crónica con sospecha de patología orgánica subyacente, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Límites marginales: perfil psicoorgánico del cuadro, diarrea aguda. Especificidad del cuadro que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas (Digestivo).

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, coagulación, metabolismo férrico, fólico y B12, VSG, perfiles completos con hormonas tiroideas, PCR, coprocultivos (dos), baciloscopia y parásitos en heces. Radiografía PA y L de tórax y simple de abdomen.

Si además presenta factores de riesgo añadir serología frente al VIH.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

8. ICTERICIA Y HEPATOPATÍA

Cartera:

Ictericia: Toda ictericia de más de 3mg/dL a expensas de cualquiera de las fracciones, sin diagnóstico previo, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Hepatopatía aguda: todas las hepatitis agudas (criterios clínico-biológicos) que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Hepatopatía crónica: filiación de la causa y estratificación de todas las hepatopatías crónicas que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

Límites marginales: Pacientes con diagnóstico ya establecido y seguimiento por otras instancias. Fallo hepático fulminante y colangitis aguda (salvo para programar directamente ingreso). Hipertransaminasemias crónicas asintomáticas sin rango analítico de hepatitis. Especificidad del cuadro que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas (Digestivo).

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, coagulación, metabolismo férrico, fólico y B12, VSG, perfiles completos con hormonas tiroideas, PCR, proteinograma, y serologías frente a VHB y VHC. Radiografía PA y L de tórax y simple de abdomen.

En las hepatitis agudas añadir: serología VHA, CMV y VEB.

En las ictericias añadir: LDH, haptoglobina, reticulocitos.

Si además presenta factores de riesgo añadir serología frente al VIH y LUES.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

9. ALTERACIONES ANALÍTICAS

Se comentarán en la sesión presencial con el Internista de Referencia siempre que exista estabilidad clínica del paciente. En caso contrario, se registrará la derivación por el síntoma-síndrome guía.

10. ANOMALÍAS RADIOLOGÍCAS

Se comentarán en la sesión presencial con el Internista de Referencia siempre que exista estabilidad clínica del paciente. En caso contrario, se registrará la derivación por el síntoma-síndrome guía.

11. DETERIORO COGNITIVO

Cartera:

Todo deterioro cognitivo subagudo ó crónico con sospecha de patología orgánica subyacente que no reúna criterios de derivación a Neurología*, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

*En este síndrome la cartera de Servicio de UCAMI actuará como armonizador de la demanda y en función de la demora para estudio por Neurología (ante síndromes de evolución rápida en la que establecer posibles causas tratables precozmente resulte prioritario, y no se pueda agilizar la cita en Neurología).

Límites marginales: perfil psicoorgánico del cuadro, deterioro cognitivo compatible con demencia tipo Alzheimer y/o vascular cuyo diagnóstico y tto pueda establecerse en Atención Primaria con cierta seguridad, síndromes confusionales agudos. Especificidad del cuadro que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas (Neurología, Psiquiatría).

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, coagulación, VSG, perfiles completos con, tiroideas, fólico y B12, Radiografía PA y L de tórax.

Si además presenta factores de riesgo añadir a complementarias: serología VIH y LUES.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

12. ESTADOS HIPERTENSIVOS

Cartera:

Toda HTA con sospecha de ser secundaria (vasculorrenal, ó endocrinológica), aquélla refractaria (definida por cifras no controladas a pesar del uso de 3 fármacos antihipertensivos a dosis máximas), y los estados hipertensivos gestacionales.

*En este síndrome la referencia en primera instancia será el internista de referencia de cada Centro de Salud, que se encargará de derivar ulteriormente si procediera para seguimiento específico a la Unidad de HTA de UCAMI aquéllos casos de especial complejidad. Como excepción los estados hipertensivos de la gestación se derivarán directamente a la Unidad de HTA de la UCAMI.

Límites marginales: I.Renal.Crónica Terminal en Hemodiálisis periódica ó en programa de diálisis peritoneal ó prediálisis. Terminalidad definida a corto plazo.

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, coagulación, VSG, perfiles completos con, tiroideas, lipidograma, PCR, sedimento de orina y microalbuminuria, HbA1c (si diabetes concomitante), Radiografía PA y L de tórax, y ECG de 12 derivaciones.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

13. ENFERMEDAD VASCULAR Y RIESGO VASCULAR

Cartera:

Para este complejo patológico que incluye los pacientes con elevado riesgo vascular, así como aquéllos con enfermedad vascular arteriosclerótica establecida (coronaria, periférica, cerebrovascular y sus combinaciones), la cartera de Servicios de la UCAMI establece al internista de referencia como soporte de opinión, ó manejo transitorio para optimización del tratamiento, ó finalización de fase diagnóstica.

*En este síndrome la referencia en primera instancia será el internista de referencia de cada Centro de Salud, que se encargará de derivar ulteriormente si procediera para seguimiento específico a la Unidad de HTA de UCAMI aquéllos casos de especial complejidad.

Límites marginales: Manejo eficiente ya establecido en otras instancias (nefrología...).
Terminalidad definida a corto plazo.

Protocolo derivación: El paciente ha de realizarse previamente a ser posible el siguiente estudio analítico y radiológico: hemograma, coagulación, VSG, perfiles completos con, tiroideas, lipidograma, PCR, HbA1c, sedimento de orina y microalbuminuria, Radiografía PA y L de tórax, y ECG de 12 derivaciones.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

14. SÍNDROMES-SÍNTOMAS DE DIFÍCIL ADSCRIPCIÓN

Cartera:

Todo síndrome de difícil adscripción ó difícil derivación a otras instancias con sospecha de patología orgánica subyacente, y que el M.Familia considere subsidiario de estudio por parte de M.Interna.

*Al ser este plano de la cartera de Servicios muy abierto, se considera que el síndrome-síntoma debe tener la suficiente entidad clínica como para condicionar: deterioro significativo de la calidad de vida del paciente, “peregrinaje” por diferentes especialidades, y/ó bien necesidad de frecuentes atenciones urgentes no programadas.

Límites marginales: perfil psicoorgánico del cuadro; especificidad del cuadro que haga más eficiente el estudio a cargo de otras instancias especializadas; banalidad evidente.

Protocolo derivación: Se consensuará telefónicamente ó bien en la sesión presencial en el Centro de Salud el protocolo de estudios que el paciente tiene que realizarse, en función de las características específicas de cada caso.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables.

15. SOPORTE PALIATIVO ONCOLÓGICO Y NO ONCOLÓGICO

Cartera:

Todo paciente subsidiario de cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos, cuya dificultad técnica, ú operativa, ó bien su sofisticación terapéutica no puedan ser asumidas por atención primaria.

*En este apartado la cartera se divide en dos opciones:

- El paciente es subsidiario de manejo paliativo sofisticado a nivel del domicilio: Se contactará directamente con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (955012133), pues éste es el dispositivo de soporte que tiene la UCAMI para el manejo domiciliario de problemas médicos paliativos complejos.
- El paciente es subsidiario de ingreso hospitalario por imposibilidad de manejo de síntomas en el domicilio. Se contactará con el internista de Referencia para programar el ingreso.

Límites marginales: No clara definición de situación clínica de paliativismo (en cuyo caso deberá derivarse a la instancia oportuna para re-definición de la situación del paciente); manejo paliativo ya estructurado en otras instancias (Oncología UCPO) en cuyo caso se derivará a ellas.

Protocolo derivación: No se requiere en líneas generales protocolo de estudio previo salvo la definición inequívoca del caso como subsidiario de cuidados paliativos.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 2 días laborables.

16. PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Cartera:

Todo paciente pluripatológico con criterios de activación del PAC (Plan de Asistencia Continuada) es subsidiario de manejo médico compartido. Las diferentes modalidades de asistencia que componen el PAC están todas incluidas en la cartera de Servicios de UCAMI a Atención Primaria (Revisión en Unidad de Día, ingresos programados para descompensaciones, soporte de Hospitalización Domiciliaria...).

En principio, y de forma genérica, se desaconseja la derivación de los pacientes pluripatológicos a otras especialidades médicas, y se sugiere la derivación al internista de referencia como se propone en el Proceso.

Límites marginales: No se definen en esta población de pacientes.

Protocolo derivación: El paciente debe estar correctamente identificado como pluripatológico y ha de realizarse una valoración integral actualizada definiendo lo más precisamente posible la situación actual el motivo de la derivación. El protocolo de pruebas complementarias a realizar en atención primaria se consensuará con el internista de referencia.

Demora: la consensuada entre el M.Familia e Internista de referencia en base a las características clínicas específicas de cada paciente (gestión por pacientes). En general ésta debe situarse siempre por debajo de 7 días laborables para derivaciones a Unidad de Día y por debajo de 48 horas para ingresos programados.

17. GESTIÓN DE PRUEBAS DE DIFÍCIL ACCESO DESDE PRIMARIA

Se ofrece la posibilidad de que el Internista actúe como gestor de pruebas complementarias para casos específicos. Éstos se comentarán en la sesión presencial con el Internista de Referencia y se consensuará la actitud al respecto y la prueba diana.