

**ACUERDO INTERNIVELES DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UGC DE MEDICINA INTERNA.
ACTUALIZACION 2020 (corregido errores Mayo 2022)**

1

Todos los pacientes **mayores de 14 años** derivados desde Atención Primaria a las consultas externas de la UGC de Medicina Interna, integrada por las especialidades de Medicina Interna, Digestivo, Cardiología y Neumología, deberán aportar el documento de derivación normalizado, en el que deben incluirse todos los datos clínicos que ha motivado su derivación, así como las exploraciones complementarias adecuadas a su patología. **NO UTILIZAR EL CONCEPTO "POR PROTOCOLO". Especificar siempre criterio de derivación, y en la petición administrativa cargar el listado de "problemas de salud activos" y el listado de "prescripciones activas".**

Como norma básica el documento de derivación deberá incluir:

- Motivo de derivación / orientación diagnóstica. Anamnesis y exploración Física.
- Tratamiento habitual y modificaciones.
- Analítica general / según orientación diagnóstica. **Salvo que se especifique lo contrario todos los pacientes se derivan al menos con "perfil HTA / C. isquémica" + "Perfil hepático"**. Rx de Torax y ECG si procede. Ecografía y TAC si procede (su pueden solicitar directamente desde Atención Primaria), así como RMN (se pueden solicitar desde Atención Primaria, aunque necesita el visto bueno de Dirección Médica).

En caso de dudas, utilizar el sistema de INTERCONSULTA VIRTUAL.

Todos los pacientes aportarán a su Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria informe de la asistencia en nuestras consultas, con sospecha diagnóstica y tratamiento a seguir, así como fecha de revisión en caso de que precise. En caso de indicarse alta y seguimiento por AP se especificarán las recomendaciones de seguimiento a tomar (así como posibles criterios de nueva derivación si precisa).

Los criterios de derivación consensuados en este documento entre todas las UGC de Atención Primaria y la UGC de Medicina Interna y Especialidades son de obligado cumplimiento. En caso contrario, el criterio de derivación y sus normas de calidad (complementarios básicos específicos) deberán volver a ser reevaluadas por el medico solicitante para un mejor uso y priorización de los recursos disponibles.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"
Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00



PACIENTES NO INCLUIDOS ESPECIFICAMENTE EN NUESTRA CARTERA DE SERVICIOS:

- Los pacientes con patología definida **NEUROLÓGICA, ENDOCRINOLÓGICA o REUMATOLÓGICA** deberán ser remitidos directamente a estas especialidades al hospital de referencia.
- **INTERCONSULTORIA CON Neurología.** Teléfono corporativo (764.371) todos los Miercoles de 12:30 a 14:00.
- Alergias: Remitir directamente a consulta de **ALERGOLOGÍA** de Torrecárdenas (excepto sospecha de asma alérgica, que se remite a Neumología de nuestro Hospital) (Excepto manifestaciones cutáneas sospechosas de alergia, derivar a Dermatología).
- Los pacientes **VIH** se remiten directamente a Torrecárdenas: Llamar a Cita Previa del H. La Inmaculada (729049 / 729130) para generar la solicitud, indicando si es nuevo diagnóstico, o si procede de otra área sanitaria cuando tiene previsto revisión.
- Los pacientes que requiera **CONSEJO GENÉTICO**: Hacer informe en Diraya y llamar a "Traslados" al 729.069. Se genera una cita a Genética, quien posteriormente emitirá informe en Diraya (en principio sin cita presencial) y consultará posteriormente su Médico de Familia
- Los pacientes con patología **QUIRÚRGICA (Vascular, Colelilitiasis no complicada, etc)** no entran en nuestra cartera de servicios.: remitir a CCEE de Cirugía general.
- **UNIDAD DEL DOLOR**: Derivar previamente a Traumatología o Rehabilitación.
- Los pacientes en seguimiento por otras especialidades con **COMPLICACIONES PROPIAS** de la evolución de la enfermedad (p.ej.carcinoma de próstata con desarrollo de metástasis óseas) se remitirán a la especialidad en seguimiento.
- **CONTACTO CON CITA PREVIA**: A través de correo corporativo: citapreviainmaculada.hin.sspa@juntadeandalucia.es, o alternativamente por FAX (729.131).

Los siguientes criterios de derivación, de las patologías más prevalentes atendidas en nuestra unidad, deben ajustarse a las particularidades clínicas de cada paciente, **remitiéndose a Urgencias en caso necesario.**

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00



SISTEMA DE INTERCONSULTA NO PRESENCIAL CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES (Resolución de dudas).

3

ESPECIALIDAD	REFERENTES	TELEFONO DE CONTACTO	INTERCONSULTA VIRTUAL	REUNION MENSUAL PRESENCIAL
MEDICINA INTERNA	UGC ALBOX: Dra Guillermina Lara.	760.341	SI	SI
	UGC CUEVAS: Dra. Soledad Fernandez.	751.398	SI	SI
	UGC GARRUCHA: Juan Pedro Rodriguez.	692.514	SI	SI
	UGC HUERCAL OVERA: Dra. Belén Martín.	760.340	SI	SI
	UGC HUERCAL- PEDANIAS: Dra. Marta Fdez.	764727	SI	SI
	UGC MARMOL: Dr. Pedro L. Carrillo Alascio.	764.668	SI	SI
	UGC PULPI: Dr. Ginés Parra.	692.515	SI	SI
	UGC VELEZ: Dr Joaquin Fernandez.	751.399	SI	SI
	UGC VERA: Dra. M ^o José Perez Sóla.	760.342	SI	SI
	Dra. Vanessa García, Dra Ninoska Delgado.			
NEUMOLOGÍA	Dra. M ^a Carmen Contreras.	Planta: 764.683 CCEE: 729.278	SI	NO
CARDIOLOGIA	Dr. Daniel Bravo. Dr. Sergio Dorado. Dr. Eduardo Lopez. Dra. Isabel Gallardo.	Planta: 764.719 CCEE: 729.205	SI	NO
DIGESTIVO	Dra. M ^a Carmen García. Dra. Yolanda Gonzalez. Dr. Javier Gonzalez. Dr. Pablo Jervez. Dra. Herminia Sanchez.	Planta: 764.713 CCEE: 729.134	SI	SI

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





PATOLOGÍA Consulta destino	CRITERIOS DE DERIVACION	COMPLEMENTARIOS BASICOS ESPECIFICOS	CRITERIOS DE ALTA	OBSERVACIONES
4 MEDICINA INTERNA	EN CASO DE DUDA REALIZAR INTERCONSULTA VIRTUAL			
NO ENTRA EN CARTERA DE SERVICIOS	<p>Pacientes con diagnóstico bien definido o sospecha de enfermedad no incluida en nuestra cartera de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patología vascular periférica (varices, insuficiencia venosa, claudicación intermitente,...) - Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes durante gestación. - Enfermedades reumatológicas propiamente dichas ya diagnosticadas (AR, EA, Fibromialgia...). - VIH-SIDA - Seguimiento de enfermedades neurológicas como Parkinson, Epilepsia, ... no incluida en cartera de servicios. - Cervicalgia, Lumbalgia y Lumbociatalgia mecánica, Artrosis, Tunel carpiano (Derivar a Traumatología / Rehabilitación) -Tumorações distintas a estudio de adenopatías, eritema nodoso o cualquiera que no sea secundaria a proceso sistémico (lipomas, quistes sebáceos, ...) - Enfermedades hematológicas distintas a estudio inicial de anemias. - Interpretaciones radiográficas - Suplementos nutricionales (en pacientes pluripatológicos seguir el procedimiento específico), visados de renovación demencia: realizar a través formularios específico. - Pacientes con patología de otras especialidades con más demora en listas de espera. 			
HOSPITAL DE DIA MEDICO	<p>-Pacientes que requieran tratamiento intravenoso (hierro, corticoide.....) sin respuesta previa a tratamiento oral.</p> <p>-Realización de técnicas terapéuticas paliativas (paracentesis)</p>	PREVIO CONTACTO CON SU INTERNISTA DE REFERENCIA	Según procedimiento o tratamiento.	Más información en página web de Medicina Interna.
SOSPECHA	SOLICITUD A TRAVES DE APLICACIÓN	Analítica (perfil HTA+hepático)	Se descarta patología	Atencion en unos 7 días



<p>PATOLOGIA NEOPLASICA Consulta de Diagnóstico Rápido (Todos los jueves)</p>	<p>ESPECÍFICA (INTRANET): Sospecha de neoplasia, cuadro constitucional, adenopatías persistentes, masas abdominales o visceromegalias, y cefalea sugerente de organicidad. NO EN CASO DE NEOPLASIAS YA DIAGNOSTICADAS O DE LA CARTERA DE SERVICIO DE OTRAS ESPECIALIDADES (Urología, ...)</p>	<p>con VSG, radiología obligatorias y aquellas que motiven criterio de solicitud (tras comprobar resultados).</p>	<p>oncológica (Atención Primaria o Consulta de especialidad) o se confirma neoplasia (Oncología, Cirugía o Paliativos)</p>	<p>desde solicitud, revisión con resultados (endoscopias, TAC, etc) en unos 7 días.</p>
<p>HIPOTIROIDISMO</p>	<p>Diagnóstico inicial confirmado. Hipotiroidismo subclínico con TSH >10 o Ac antitiroideos (+). Dificultad en el ajuste de dosis. Embarazo.</p>	<p>Perfil HTA+hepático .TSH, FT4 (x2, confirmatoria). Ac antitiroideos (anti tpo y anti-tiroglobulina).</p>	<p>TSH normalizada en 1 determinación.</p>	<p>Seguimiento por AP y control de TSH cada 6-12 meses con ajuste de dosis</p>
<p>HIPERTIROIDISMO</p>	<p>Diagnóstico inicial de hipertiroidismo primario confirmado (2 determinaciones).</p>	<p>Perfil HTA+hepático .TSH , T4, T3 alterados confirmados x2. Ac antitiroideos (anti tpo, antitiroglobulina).</p>	<p>Normalización tras tratamiento (1 año).</p>	<p>En caso de gestantes o deseo del paciente / valoración de su médico, los pacientes serán remitidos a Endocrinología.</p>
<p>NODULO TIROIDEO</p>	<p>-Diagnóstico de bocio difuso, multinodular o nódulo tiroideo confirmado. -Crecimiento rápido o doloroso de nódulo tiroideo conocido. -Aparición de adenopatías cervicales o compresión local.</p>	<p>- Perfil HTA+hepático .TSH, FT4. -Ac antitiroideos (antiTPO, anti-tiroglobulina). -Ecografía tiroidea.</p>	<p>-<u>Nódulos tiroideos < 1 cm</u>: alta si no hay crecimiento tras seguimiento ecográfico anual durante 3 años. -<u>Nódulos tiroideos 1-4 cm</u>: alta si no hay crecimiento tras seguimiento ecográfico anual durante 3 años, previa PAAF (benigna). -<u>Nódulos tiroideos > 4 cm</u>:</p>	<p>En caso de gestantes o deseo del paciente / valoración de su médico, los pacientes serán remitidos a Endocrinología.</p>

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





			derivación a Cirugía desde consulta de M. Interna.	
DIABETES	- <u>DM2 con mal control metabólico a pesar de plan terapéutico correcto (al menos 2-3 fármacos).</u> - Aún cuando se realice seguimiento por Medicina Interna, el paciente precisa de educación diabetológica en el Centro de Salud y ajustes de tratamiento por su Médico de Familia periódicos según complejidad.	- Hª clínica con tratamientos (actual/previo), complicaciones, conocimientos adquiridos, autoncotroles - Perfil HTA + Hepático, HbA1c. Cociente albumina/creatinina en orina aislada. ECG. - Cribado de las complicaciones actualizado (retinografía, monofilamento, ...).	- Estabilización clínico - metabólica, ajuste HbA1c según edad / esperanza de vida.	ENDOCRINOLOGÍA: DM 1. DM2 en gestante, obesidad mórbida con mal control metabólico, alergia a Insulina, Bomba de Insulina sc OTROS: Daño de órgano : valoración por especialista (renal, sospecha cardiopatía isquémica silente, disfunción eréctil..
HIPERTENSION ARTERIAL	-Sospecha de HTA secundaria. -HTA refractaria o resistente a tratamiento (al menos con tres fármacos a dosis plenas que incluya un diurético) una vez descartado efecto bata blanca.	-Anamnesis con especial mención de FRCV y tratamientos realizados. -Perfil HTA+hepático, TSH, Cociente albumina/creatinina en orina aislada., sedimento urinario. -Rx de tórax. ECG.	Una vez realizado diagnóstico etiológico, indicado el tratamiento y comprobada la efectividad.	-HTA con insuficiencia renal crónica (FG <60 ml/min) u otras anomalías de la función renal, remitir a Nefrología.
HIPERCOLESTEROLEMIA - DISLIPEMIA	Sospecha de hipercolesterolemia familiar. Mal control pese a tratamiento óptimo (estatina a dosis máxima tolerada + ezetimibe). Hipertrigliceridemias moderadas - severas pese a tratamiento óptimo.	-Anamnesis con especial mención de FRCV y tratamientos realizados. -Perfil HTA+hepático, TSH. CPK. -Rx de tórax. ECG.	Control adecuado del perfil lipídico.	Una vez alcanzado el control adecuado al perfil de riesgo del paciente debe mantenerse el mismo tratamiento, especialmente en pacientes con eventos vasculares.
DETERIORO	Perdida global de las funciones intelectuales	- Anamnesis, Exploración	Pacientes "estables" (remitir	Cada 12 meses renovación

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





U.G.C. MEDICINA INTERNA

7

COGNITIVO	respecto a estado previo normal, provocando limitación funcional suficiente para interferir en sus actividades diarias sociales laborales o familiares, confirmado por familiar o cuidador.	neurológica, Mini Mental test Folstein 30 puntos (< 26) - Perfil HTA+hepático con TSH, B12, Folico, Calcio, Lues, (VIH si sospecha). - RX, ECG. - TAC craneal.	de nuevo si cambios) y GDS-FAST 7 (muy avanzada, sin evidencia de utilidad fármacos).	de visados con informe de MF y ECE en formulario específico (GDS-FAST) si no precisa valoración en nuestra consulta. En caso de deseo del paciente / valoración de su médico, < 70 años los pacientes serán remitidos a Neurología.
CEFALEA	Cefalea primaria, que no han respondido al tratamiento sintomático y preventivo adecuado (como mínimo > 3 meses). Las cefaleas ya valoradas previamente por Medicina Interna, remitir a Neurología.	- Historia clínica con exploración física y neurológica. Pautas, duración de tratamiento tanto en crisis como el preventivo. - Perfil HTA+hepático, VSG. - TAC craneal.	Pacientes con cefalea primaria, una vez evaluados, establecido el diagnóstico y con dolor controlado.	En caso de deseo del paciente / valoración de su médico, los pacientes serán remitidos a Neurología.
POLIARTRALGIAS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA	Poliartralgias/raquialgias de carácter puramente INFLAMATORIO, es decir que mejoren con el ejercicio y empeoren con el reposo.	-Hª clínica detallada -Perfil HTA+hepático con VSG, PCR, FR, transaminasas, Fosfatasa Alcalina, calcio, urico, ANA. -RX ambas manos y áreas dolorosas. - ASLO no útil, no pedir.	-Descartada enfermedad inflamatoria. -Derivacion a Reumatología de patologías Reumatologicas definidas (AR, EA, ..)	Los pacientes con clara orientación de Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosantes, osteoartropatía hipertrófica, Fibromialgia se remitirán a Reumatología.
ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTEMICA (EAS).	Sospecha de LES, Sd Antifosfolipidico, Sjogren, Miopatía Inflamatoria, Esclerosis Sistémica, Sarcoidosis, Behçet, Polimialgia	Perfil HTA+hepático. VSG, PCR, FR, ANA, ENA, Complemento, ANCA (si sospecha vasculitis),	Se descarta EAS. EAS estable sin precisar tratamiento inmunosupresor.	Los pacientes con EAS se remitirán a consulta monográfica desde la

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”
 Avda. Dra. Ana Parra, s/n
 04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
 Teléfono: 950 02 90 00





	Reumatica, Vasculitis sistémicas. Fenomeno de Raynaud,	ECA (si sospechas sarcoidosis). Orina. RX manos y torax. ECG.		consulta de Medicina Interna General.
8 MAREO CON SOSPECHA ORIGEN NEUROLOGICO/CERE BROVASCULAR	Una vez descartada en Urgencias Hospitalaria patología neurológica aguda: Sospecha de mareo, vértigo o inestabilidad de origen central, descartando vértigos periféricos, presincoptes o síncoptes vasovagales, síncoptes cardiogénicos, S.cervical etc.	Anamnesis que incluya FRCV, antecedentes, medicamentos, cronología. Exploración neurológica básica Perfil HTA+hepático, Rx Torax y ECG. -TAC craneal.	Se descarta origen neurológico/cerebrovascular Patología neurológica susceptible de seguimiento en Neurología o Neurocirugía	
PACIENTE <u>ONCOLOGICO</u> EN SITUACION PALIATIVA Equipo Soporte Mixto en CP- HOSPITAL. C. Paliativos. (1-2 tardes al mes)	Se remitirán a C. Externa de CP, los pacientes con EA Oncológica Terminal (así confirmada por especialista correspondiente) que presenten sintomatología no controlada y cambiante , así como para valoración de tratamientos específicos (RT, Bifosfonatos IV) con fines paliativos que mejoren su calidad de vida.	Aportar los informes de su proceso así como analítica y pruebas de imagen recientes.	Seguimiento en AP/ESDCP. Exitus.	Pacientes independientes / dependencia no severa sin problemas para acudir al Hospital.
PACIENTE <u>ONCOLOGICO / NO ONCOLOGICO</u> EN SITUACION PALIATIVA Equipo Soporte Mixto en CP- DOMICILIO	Enfermedad <u>terminal oncológica</u> documentada por Servicios Hospitalarios Enfermedad <u>terminal no oncológica</u> , Insuf Cardíaca, Insuf Renal, Insuf Respiratoria, Enfermedades neurológicas (que cumplan Criterios de McNamara).	- Informes de Oncología y diferentes servicios que así lo documenten - Informes de los diferentes servicios hospitalarios que aporten pruebas diagnósticas y recomendación de no beneficio de tratamientos hospitalarios		Pacientes dependientes con limitación para acudir al Hospital.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00



PATOLOGÍA Consulta destino	CRITERIOS DE DERIVACION	COMPLEMENTARIOS BASICOS ESPECIFICOS	CRITERIOS DE ALTA	OBSERVACIONES
DIGESTIVO	EN CASO DE DUDA REALIZAR INTERCONSULTA VIRTUAL			
NO ENTRA EN CARTERA DE SERVICIOS	Colelitiasis / Cólico biliar ya diagnosticado , patología anal (fisura, fistula y hemorroides), remitir a Cirugía.			
SOSPECHA PATOLOGIA NEOPLASICA Consulta de Diagnóstico Rápido (Todos los jueves)	SOLICITUD A TRAVES DE APLICACIÓN ESPECÍFICA (INTRANET): Sospecha de neoplasia, síndrome icterico, disfagia progresiva, rectorragia en > 40 años con síntomas de alarma. Valorar situación biológica funcional del paciente y opciones terapéuticas a la hora del derivar.	Analítica (Perfil HTA+hepático), radiología obligatorias y aquellas que motiven criterio de solicitud.	Se descarta patología oncológica (Atención Primaria o Consulta de especialidad) o se confirma neoplasia (Oncología, Cirugía o Paliativos). Remisión a consulta general si ausencia de criterios de alarma.	Atención en unos 7 días desde solicitud, revisión con resultados (endoscopias, TAC, etc) en unos 7 días.
DISPEPSIA	- Dispepsia estudiada (analítica, ecografía abdominal, gastroscopia, antígeno Helicobacter en heces) y que no responden a tratamiento (y tras 8 semanas con tratamiento erradicador con nueva terapia, según nuestra web)	Adjuntar pruebas complementarias realizadas desde primaria.	Tras descartar organicidad.	
ERGE	- Reflujo crónico estudiado (analítica, gastroscopia), con mal control de síntomas pese a IBP potente / doble dosis (8 semanas de tratamiento), esófago de Barrett o indicación quirúrgica	Adjuntar pruebas complementarias realizadas desde primaria.	- Esofagitis leves y moderadas (alta con tto y consejos antirreflujo) - Hernia hiatal no complicada y sin criterios de cirugía	Mantener IBP prescrito por Digestivo si estaba controlado.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





10

HIPERTRANSAMINA SEMIA	- Hipertransaminasemia por encima del doble de lo normal confirmada en una 2ª analítica , en 4 semanas, sin mejoría tras retirar alcohol y fármaco hepatotóxicos.	- Perfil HTA+hepático, serología VHB-VHC-VIH, TSH, metabolismo del hierro. - Ecografía abdominal.	- Se descarta patología - Esteatosis hepática.	
DIARREA	- Diarrea > 3 semanas de evolución que no responde a tratamiento adecuado (dieta astrigente, probióticos) y eliminar factores yatrogenicos (metformina, laxantes, ...). - Diarrea y rectorragia.	- Tacto rectal. - Perfil HTA+hepático, TSH, Ac anticeliaquia. - Calprotectina fecal, coprocultivo, parasitos y sangre oculta en heces (x3).	- Se descarta organicidad. - Síndrome de intestino irritable.	
ESTREÑIMIENTO	- Definición: Menos de 3 deposiciones a la semana, durante más de 12 semanas, sin respuesta a tratamiento básico. - Presentación reciente y progresiva en pacientes mayores de 50 años.	- Tacto rectal. - Analítica con Perfil HTA+hepático, TSH y sangre oculta heces (x3).	- Una vez realizado estudio de colon, alta si no organicidad.	- Seguimiento por MAP - TRATAMIENTO BASICO: Dieta rica en fibras, ingesta de líquidos y realizar actividad física. Laxantes.
SANGRE OCULTA EN HECES	SOLICITAR EXCLUSIVAMENTE SI: Anemia ferropénica, estreñimiento, cambio del ritmo intestinal, signos de alarma de neoplasia. NO SOLICITAR: EN CASO DE RECTORRAGIA YA QUE NO ES NECESARIO. Valorar situación biológica funcional del paciente y opciones terapéuticas a la hora de derivar.	- Tacto rectal. - Perfil HTA+hepático, coagulación.	Se descarta patología.	



RECTORRAGIA	Rectorragia en mayores de 40 años. Rectorragia y diarrea.	- Tacto rectal. - Perfil digestivo.	Se descarta patología.	
SCREENING A FAMILIARES DE 1º GRADO CA. COLON	Ver endoscopia baja.			
SCREENING POBLACIONAL CA. COLO RECTAL	Pacientes incluidos en programa autonómico de DP_CCR según criterios del programa. NO REMITIR A CONSULTA GENERAL.			
HEPATITIS VIRALES	- Marcadores VHB (sólo si AgHBs +) o VHC positivos. No importa nivel de transaminasas.	- Perfil HTA+hepático. Marcadores VHB-VHC-VIH - ECO Abdominal	Negativización del Ag HBs o del ARN-VHC	
TEST H. PYLORI	- CRITERIOS: Familiares primer grado Ca. Gástrico. Control tras tto erradicador (si no precisa endoscopia). Pacientes <40 años sin signos de alarma con dispepsia crónica. - DE ELECCION POR COMODIDAD PARA EL PACIENTE: DEPECCION DE AG EN HECES DE HELICOBACTER en programa de laboratorio.	- Retirar 4 semanas antes IBP y antibióticos.	Ver resultados en laboratorio (antígeno en heces) o aplicación específica (test del aliento, datos históricos).	
ENDOSCOPIA ALTA Endoscopia Primaria	SOLICITUD MEDIANTE FORMULARIO ESPECIFICO EN LANZADERA (precisa cargar solicitud administrativa) INDICACIONES: Dispepsia crónica, disfagia, RGE que no mejora tras 8 sem de tto con IBP. Control de ulcus gástrico detectado en petición previa por At Primaria, control gastrocópico indicado por Digestivo en E. Barret.	Formulario de solicitud cumplimentada (especial atención antiagregantes / anticoagulantes). CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO por el médico solicitante y el paciente.	Se proporciona un informe al paciente para entregarlo a su MAP.	REVISAR SIEMPRE PRUEBAS ENDOSCOPICAS PREVIAS EN "BOTON ROJO". Solo se asume patología neoplásica.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





12
ENDOSCOPIA BAJA
Endoscopia Primaria.

SOLICITUD MEDIANTE FORMULARIO ESPECIFICO EN LANZADERA (**precisa cargar solicitud administrativa**)
INDICACIONES: **Colonoscopia de vigilancia de pólipos** (siempre que previamente haya sido indicado por Digestivo: ver historia antigua del paciente). **"Screening" de cáncer de colon a familiar de primer grado** afecto (padres, hijos, hermanos), se remitirán sólo los familiares entre 40 y 75 años.

Formulario de solicitud cumplimentada (especial atención antiagregantes / anticoagulantes).
CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO por el médico solicitante y el paciente.

Se proporciona un informe al paciente para entregarlo a su MAP.

REVISAR SIEMPRE PRUEBAS ENDOSCOPICAS PREVIAS EN "BOTON ROJO". Solo se asume patología neoplásica.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

13

PATOLOGÍA Consulta destino	CRITERIOS DE DERIVACION	COMPLEMENTARIOS BASICOS ESPECIFICOS	CRITERIOS DE ALTA	OBSERVACIONES
NEUMOLOGIA	EN CASO DE DUDA REALIZAR INTERCONSULTA VIRTUAL	REMITIR SIEMPRE CON RX DE TORAX		
NO ENTRA EN CARTERA DE SERVICIOS	Alergias alimentarias. Rinitis alérgicas. Tratamiento con inmunoterapia, Pruebas de alergia en general. Ca pulmon diagnosticado con tto oncologico o paliativo. <u>Deshabitación tabáquica.</u> Traumatismos torácicos. Mantoux positivo sin clínica respiratoria y Rx normal (estudios de otras especialidades para iniciar inmunosupresores).			
SOSPECHA PATOLOGIA NEOPLASICA O HEMOPTISIS/TBC Consulta de Diagnóstico Rápido (Todos los jueves)	SOLICITUD A TRAVES DE APLICACIÓN ESPECÍFICA (INTRANET): Sospecha de neoplasia, hemoptisis, nódulo o masa pulmonar, TBC pulmonar.	Analitica (Perfil HTA+hepático) con coagulación , radiología obligatorias y aquellas que motiven criterio de solicitud. -Mantoux y baciloscopias urgentes de esputo (x2 días consecutivos) si hemoptisis.	Se descarta patología oncologica (Atencion Primaria o Consulta de especialidad) o se confirma neoplasia (Oncologia, Cirugia o Paliativos)	Atencion en unos 7 días desde solicitud, revisión con resultados (endoscopias, TAC, etc) en unos 7 días. Una vez en seguimiento por Oncología, las reevaluaciones son por ese servicio.
ASMA	- Confirmar diagnostico de sospecha (disnea, sibilantes, tos, opresión toracica, de forma episodica, ...). - Seguimiento de pacientes asmáticos con: - Asma no controlada (síntomas diurnos > 2 veces a la semana, necesidad de medicación de rescate > 2 veces a la semana, ...). - Asma persistente grave (necesidad de corticoides inhalados a dosis elevadas, de	- Rx torax PA y lateral. - Perfil HTA+hepático e IgE total. - Espirometria, con test broncodilatador (con correcta calibración del espirómetro).	Asma controlado. Asma no grave.	NO REMITIR: Asma bien controlados no precisan revisiones de control ni seguimiento en Neumología.



14

	forma continua), aunque estén bien controlados.			
EPOC	<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de EPOC con criterios clínicos, tras espirometría. - Diagnóstico de enfisema en <45 años o sospecha de déficit α-1- antitripsina. - Presencia de Bullas. - Infecciones bronquiales recurrentes. - Valoración / seguimiento oxigenoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil HTA+hepático. - Espirometría (con correcta calibración del espirómetro). - ECG. - Rx Torax PA y L. - Cultivo de esputo si infecciones recurrentes. 	<p>Criterios que sugieran un buen control:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilización correcta de la medicación. - Mantener un Hto inferior al 55% - Disminución del número de ingresos. 	NO REMITIR: EPOC estable (sin ingreso último año, no visita a Urgencias recientes, no precise corticoides oral ni antibioterapia).
SOSPECHA DE SAHOS	<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha clínica: excesiva somnolencia diurna, ronquidos y pausas apnéicas observadas por el compañero/a de dormitorio (al menos dos criterios). - Realizar una búsqueda activa entre pacientes con comorbilidades (HTA, IMC>30, Cardiopatía isquémica, ACV). 	<ul style="list-style-type: none"> - Controles de TA. - Perfil HTA+hepático, TSH. - ECG y Rx torax PA y L. - Espirometría. 	<ul style="list-style-type: none"> - SAHS LEVE sin repercusión clínica - SAHS con intolerancia a CiPAP 	NO REMITIR: Ronquidos aislados. Control por su médico AP medidas higiénico dietéticas.



PATOLOGÍA Consulta destino	CRITERIOS DE DERIVACION	COMPLEMENTARIOS BASICOS ESPECIFICOS	CRITERIOS DE ALTA	OBSERVACIONES
CARDIOLOGIA	EN CASO DE DUDA REALIZAR INTERCONSULTA VIRTUAL	REMITIR SIEMPRE CON ECG		
NO ENTRA EN CARTERA DE SERVICIOS	Trasplantados de corazón. Soplos cardiacos inocentes ya diagnosticados (no precisan revisiones). Enfermedad arterial y venosa periférica. Palpitaciones en tratamiento ansiolítico SIN ECG patológico. Revisiones de marcapasos (UCI) y portadores de desfibriladores (lugar de implantación)			
DOLOR TORACICO	Dolor torácico con alguna característica anginosa ó FRCV, y/o alteraciones en el ECG, y/o palpitaciones, y/o síncope.	ECG con síntomas, Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA+hepático con TSH y HbA1C.	Paciente con Exploracion Cardiopulmonar y Pruebas Complementarias cardiológicas normales.	
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	Cambios en la clínica: Dolor torácico o disnea de reciente aparición, y/o alteraciones en el ECG nuevas, y/o palpitaciones, y/o síncope.	ECG con sintomas, Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA+hepático con TSH y HbA1C.	Cardiopatía isquemica estable tras 1 año del SCA y suspendida doble antiagregación.	Control de Factores de riesgo cardiovascular por AP.
SOSPECHA DE ARRITMIA	Palpitaciones de inicio y terminación brusca, con/sin ECG confirmatorio, de esfuerzo o reposo, con/sin otra sintomatología acompañante.	ECG con síntomas, Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA+hepático con TSH.	Fibrilación auricular u otra arritmia controlada y/o anticoagulada o antiagregada	Control de función renal anual por AP si nuevos anticoagulantes.
FIBRILACION AURICULAR DE DEBUTL. Consulta de Diagnóstico Rápido (miércoles).	La confirmación por ECG de una FA no previamente conocida se remitirá a Urgencias si no está estable, si está estable/asintomática se remitirá a Consulta de Diagnóstico Rápido de Cardiología (único criterio de derivación autorizado a esta consulta), se debe iniciar HBPM si no hay contraindicación, se puede iniciar betabloqueante si es necesario.	ECG , Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA+hepático con TSH.	Fibrilación auricular controlada y/o anticoagulada o antiagregada	Atención en unos 7 días desde solicitud, se realiza en consulta ecocardiografía.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





16

VALVULOPATÍA	Soplo cardiaco de origen no filiado, descartado origen funcional (embarazo sin síntomas cardiológicos y ECG normal, fiebre, anemia, etc).	ECG, Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA+hepático	Valvulopatía no significativa o exclusión de tratamiento específico.	
SOSPECHA INSUFICIENCIA CARDIACA	Disnea de esfuerzo (descartada patología pulmonar), con soplo cardiaco o valvulopatía conocida, alteraciones en el ECG o Rx de Tórax, dolor torácico, palpitaciones o síncope.	ECG, Rx de tórax (PA y lateral) Perfil HTA+hepático		
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA	Cambios en la clínica: Dolor torácico o disnea de reciente aparición, y/o alteraciones en el ECG nuevas, y/o palpitaciones, y/o síncope.	ECG, Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA+hepático.	Clinica estable con tratamiento optimizado.	
MAREO Y SINCOPE SOSPECHA ORIGEN CARDIOLOGICO	Mareo y/o síncope de esfuerzo con soplo cardiaco o valvulopatía conocida, alteraciones en el ECG o Rx de Tórax, dolor torácico, palpitaciones o síncope.	ECG, Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA+hepático.	Paciente con Exploracion Cardiopulmonar y Pruebas Complementarias cardiológicas normales.	No remitir pacientes ya evaluados y sin criterios de riesgo, salvo cambios clínicos.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00



FIRMAN EL PRESENTE ACUERDO, EN HUERCAL OVERA A 25 DE MAYO DE 2020:

17

Jose Miguel Medina Simón
Gerente AGSNA

Sergio R. Martínez Peláez
Director Médico AGSNA

Pedro L. Carrillo Alascio
Jefe Servicio Medicina Interna y Especialidades

Mª Salud Cano García
Directora UGC Albox

Ana Mª Cazorla Jimeéz
Directora UGC Marmol

Francisca Viudez Martínez
Coordinadora UGC Huercal Overa

Juan Francisco García Masegosa
Director UGC Velez

Marta Matilde Ruiz Serrano.
Directora UGC Pulpí

Rubén L. Vazquez Alarcón
Director UGC Vera

Mª Dolores Acosta Gonzalez
Directora UGC Cuevas

Mª Mar Esteban Lopez.
Directora UGC Garrucha

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”
Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00