



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

ACUERDO INTERNIVELES DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UGC DE MEDICINA INTERNA. ACTUALIZACION 2014

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.

Como norma básica el documento de derivación deberá incluir:

- Motivo de derivación / orientación diagnóstica. Anamnesis y exploración Física.
- Tratamiento habitual y modificaciones.
- Análítica general / según orientación diagnóstica. Rx de Torax y ECG si procede.

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 seguimiento por AP se especificarán las recomendaciones de seguimiento a tomar (así como posibles criterios de nueva derivación si precisa).

Los pacientes con patología definida Neurológica, Endocrinológica o Reumatológica deberán ser remitidos directamente a estas especialidades al hospital de referencia. Los pacientes VIH se remiten directamente a Torrecárdenas. Los pacientes con patología quirúrgica (Vascular, etc) no entran en nuestra cartera de servicios.

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.**

Procedimiento: interconsulta gestionada a través de cita previa /Diraya desde AP (para Diagnostico Rápido, petición de detección de Helicobacter pilori y consulta externa de Cuidados Paliativos mediante aplicación específica común. Gastroscopias desde Atención Primaria mediante fax (pendiente implementar aplicación específica común con las anteriores)).

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" & 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
MEDICINA INTERNA				
NO ENTRA EN CARTERA DE SERVICIOS	Pacientes con diagnóstico bien definido o sospecha de enfermedad no incluida en nuestra cartera de servicios: - 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. - Tumoraciones 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).			
SOSPECHA PATOLOGIA NEOPLASICA Consulta de Diagnóstico Rápido (Todos los jueves)	SOLICITUD A TRAVES DE APLICACIÓN ESPECÍFICA (INTRANET): Sospecha de neoplasia, cuadro constitucional, fiebre de origen desconocido, adenopatías persistentes, masas abdominales o visceromegalias, y cefalea sugerente de organicidad.	Analítica, 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)	Atención máxima en 7 días desde solicitud, revisión con resultados (endoscopias, TAC, etc) en un máximo de 7 días.
HIPOTIROIDISMO C. Medicina Interna Diaria	Diagnóstico inicial confirmado. Hipotiroidismo subclínico con TSH >10 o Ac antitiroideos (+). Dificultad en el ajuste de dosis. Embarazo.	TSH, FT4 (x2, confirmatoria). Ac antitiroideos (anti tpo y anti-tiroglobulina).	TSH normalizada en 1 determinación.	Seguimiento por AP y control de TSH cada 6-12 meses con ajuste de dosis
HIPERTIROIDISMO	Diagnostico inicial de hipertiroidismo primario	TSH , T4, T 3 alterados	Normalizacion tras	En caso de gestantes o



<p>C. Medicina Interna Diaria</p>	<p>confirmado.</p>	<p>confirmados x2. Ac antitiroideos (anti tpo, antitiroglobulina y antiTSI). Ecografía tiroidea.</p>	<p>tratamiento (1 año).</p>	<p>deseo del paciente / valoración de su médico, los pacientes serán remitidos a Endocrinología</p>
<p>NODULO TIROIDEO C. Medicina Interna Diaria</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>-TSH, FT4. -Ac antitiroideos (antiTPO, anti-tiroglobulina, anti TSI). -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>: derivación a Cirugía desde consulta de M. Interna.</p>	<p>En caso de gestantes o deseo del paciente / valoración de su médico, los pacientes serán remitidos a Endocrinología.</p>
<p>DIABETES C. Medicina Interna Diaria</p>	<p>-DM2 con mal control metabólico <u>a pesar de plan terapeutico correcto.</u></p>	<p>- Hª clínica con tratamientos (actual/previo), complicaciones, conocimientos adquiridos, autoncotroles - Perfil de Diabetes con LDL, HbA1c y Orina de 24 horas con microalbuminuria.. ECG.</p>	<p>- Estabilización clínico - metabólica, ajuste HbA1c según edad / esperanza de vida.</p>	<p>ENDOCRINOLOGÍA: - DM 1. DM2 en gestante, obesidad mórbida con mal control metabólico, alergia a Insulina, Bomba de Insulina sc OTROS: Daño de órgano que precise valoración por especialista (renal, sospecha cardiopatía isquemica</p>



				silente, disfunción eréctil, ...).
HIPERTENSION ARTERIAL C. Medicina Interna Diaria	-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-C.isquemica, TSH, microalbuminuria y filtrado glomerular, 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 C. Medicina Interna Diaria	Sospecha de hipercolesterolemia familiar. Mal control pese a tratamiento óptimo.	-Anamnesis con especial mención de FRCV y tratamientos realizados. -Perfil HTA-C. isquemica, TSH. -Rx de tórax. ECG.	Control adecuado del perfil lipídico.	
DETERIORO COGNITIVO C. Medicina Interna Diaria	Perdida global de las funciones intelectuales respecto a estado previo normal, provocando limitación funcional suficiente para interferir en sus actividades diarias sociales laborales o familiares, confirmado por familiar o cuidador.	- Anamnesis, Exploración neurológica, Mini Mental test Folstein 30 puntos (< 26) - Perfil Demencia con TSH, B12, Folico, Calcio, Lues, (VIH si sospecha). - RX, ECG. - TAC craneal.	Pacientes "estables" (remitir de nuevo si cambios) y GDS-FAST 7 (muy avanzada, sin evidencia de utilidad fármacos).	Cada 6 meses renovación 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, los pacientes serán remitidos a Neurología .
CEFALEA C. Medicina Interna Diaria	Cefalea primaria, que no han respondido al tratamiento sintomático y preventivo adecuado (como mínimo > 3 meses).	- Historia clínica con exploración física y neurológica. Pautas, duración de tratamiento tanto en crisis como el preventivo.	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



		- Perfil HTA-C isquemica, VSG. - TAC craneal.		remitidos a Neurología .
POLIARTRALGIAS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA C. Medicina Interna Diaria	Poliartralgias/raquialgias de carácter puramente INFLAMATORIO, es decir que mejoren con el ejercicio y empeoren con el reposo.	-Hª clínica detallada -Perfil HTA-C isquemica con VSG, PCR, FR, transaminasas, Fosfatasa Alcalina, calcio, urico, ANA. -RX ambas manos y áreas dolorosas	-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). C. Medicina Interna Diaria	Sospecha de LES, Sd Antifosfolipidico, Sjogren, Miopatía Inflamatoria, Esclerosis Sistematica, Sarcoidosis, Behçet, Polimialgia Reumatica, Vasculitis sistémicas. Fenomeno de Raynaud,	VSG, PCR, FR, ANA, Complemento, ANCA (si sospecha vasculitis), ECA (si sospechas sarcoidosis). RX manos y torax. ECG.	Se descarta EAS. EAS estable sin precisar tratamiento inmunosupresor.	Los pacientes con EAS se remitirán a consulta monográfica desde la consulta de Medicina Interna General.
MAREO CON SOSPECHA ORIGEN NEUROLOGICO/CERE BROVASCULAR C. Medicina Interna Diaria	Sospecha de mareo, vértigo o inestabilidad de origen central, descartando vértigos periféricos, presincopes o síncope vasovagales, síncope cardiogénicos, S.cervical etc.	Anamnesis que incluya FRCV, antecedentes, medicamentos, cronología. Exploración neurológica básica Perfil HTA-C isquemica, Rx Torax y ECG	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.	Se remitirán a C. Externa de CP, todos los pacientes con EA Oncológica Terminal 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.



Lunes tarde y miércoles mañana alternos.	* Los pacientes con EA No Oncológica deberán de aportar Sine qua non informe del especialista correspondiente que indique la situación de TERMINAL.			
<u>PACIENTE ONCOLOGICO / NO ONCOLOGICO EN SITUACION PALIATIVA</u> 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.	- 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.



PATOLOGÍA Consulta destino	CRITERIOS DE DERIVACION	COMPLEMENTARIOS BASICOS ESPECIFICOS	CRITERIOS DE ALTA	OBSERVACIONES
DIGESTIVO				
NO ENTRA EN CARTERA DE SERVICIOS	Colelitiasis / Cólico biliar ya diagnosticado (Se deriva a consulta de Cirugía)			
SOSPECHA PATOLOGIA NEOPLASICA Consulta de Diagnóstico Rápido (Todos los jueves)	SOLICITUD A TRAVES DE APLICACIÓN ESPECÍFICA (INTRANET): Sospecha de neoplasia, síndrome icterico, hipertransaminasemia, ascitis, disfagia, rectorragia en > 40 años.	Analítica, radiología obligatorias y aquellas que motiven criterio de solicitud	Se descarta patologia oncológica (Atencion Primaria o Consulta de especialidad) o se confirma neoplasia (Oncología, Cirugía o Paliativos)	Atencion máxima en 7 días desde solicitud, revisión con resultados (endoscopias, TAC, etc) en un máximo de 7 días.
DISPEPSIA C. Digestivo. Diaria.	- Dispepsia estudiada (analítica, ecografía abdominal, gastroscopia, test del aliento) que no responden a tratamiento durante más de 4 semanas.	Adjuntar pruebas complementarias realizadas desde primaria.	Tras descartar organicidad.	
ERGE C. Digestivo. Diaria.	- Reflujo crónico estudiado (analítica, gastroscopia), con mal control de síntomas, esófago de Barret o indicacion quirurgica	Adjuntar pruebas complementarias realizadas desde primaria.	- Esofagitis leves y moderadas (alta con pautas de tratamiento y consejos antirreflujo) - Hernia hiatal no complicada y sin criterios de cirugía	Las esofagitis graves, el esófago de Barret y la patologia neoplásica esofágica, son competencia de atención especializada Digestivo.
HIPERTRANSAMINA SEMIA C. Digestivo. Diaria.	- Hipertransaminasemia por encima del doble de lo normal confirmada en una 2ª analítica, sin mejoría tras retirar alcohol y fármaco hepatotóxicos.	- Perfil de digestivo, coagulación, serologia VHB-VHC-VIH, TSH, metabolismo del hierro.	- Se descarta patologia - Esteatosis hepática.	

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

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

Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00





		- Ecografía abdominal.		
DIARREA C. Digestivo. Diaria.	- Diarrea > 3 semanas de evolución que no responde a tratamiento adecuado. - Diarrea y rectorragia.	- Tacto rectal. - Perfil digestivo, TSH, coprocultivo, parásitos y sangre oculta en heces (x3).	- Se descarta organicidad. - Síndrome de intestino irritable.	Los pacientes con EII se remitirán a consulta monográfica desde la consulta de Digestivo.
ESTREÑIMIENTO C. Digestivo. Diaria.	- Definición: Menos de 3 deposiciones a la semana, durante 12 semanas. - Presentación reciente y progresiva en pacientes mayores de 50 años.	- Tacto rectal. - Analítica con perfil digestivo, calcemia, TSH y sangre oculta heces (x3).	- Una vez realizado estudio de colon, alta si no organicidad.	- Seguimiento por MAP - Dieta rica en fibras, ingesta de líquidos y realizar actividad física.
RECTORRAGIA C. Digestivo. Diaria.	Rectorragia en mayores de 40 años. Rectorragia y diarrea.	- Tacto rectal. - Perfil digestivo.	Se descarta patología.	
SCREENING CA. COLO RECTAL C. Ca. Colon. Miércoles 1º y 3º de cada mes.	- "Screening": Familiar de primer grado afecto, edad mayor de 45 años,	- Tacto rectal. - Perfil digestivo. CEA. Sangre oculta en heces (x3)	Se descarta patología organica.	
HEPATITIS VIRALES C. Hepatitis Martes 2º y 4º de cada mes.	- Marcadores VHB (sólo si AgHBs +) o VHC positivos. No importa nivel de transaminasas.	- Analítica general con GOT y GPT. Marcadores VHB-VHC-VIH - ECO Abdominal	Negativización del Ag HBs o del ARN-VHC	
ENDOSCOPIA ALTA Endoscopia Primaria Según agenda (generalmente último miércoles de cada mes)	SOLICITUD MEDIANTE FORMULARIO ESPECIFICO (INTRANET) REMITIDO POR FAX A CITA PREVIA: Dispepsia crónica, disfagia, RGE que no mejora tras 8 sem de tto con IBP.	Hoja de solicitud cumplimentada (especial atención antiagregantes / anticoagulantes). Consentimiento informado firmado por el médico	Se proporciona un informe al paciente para entregarlo a su MAP.	Sólo se asumirá la patología tumoral.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

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

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

		solicitante y el paciente		
TEST H. PYLORI Carbono Primaria Según agenda (generalmente ultimo miercoles de cada mes).	SOLICITUD MEDIANTE FORMULARIO ESPECIFICO (INTRANET) : Familiares primer grado Ca. Gástrico. Control tras tto erradicador (si no precisa endoscopia). Pacientes <40 años sin signos de alarma con dispepsia crónica	- Retirar 15 días antes IBP y antibióticos - Acudir en ayunas y sin fumar.	Se entrega el resultado al paciente para entregarlo a su MAP.	

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Hospital "La Inmaculada" & 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
NEUMOLOGIA				
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.			
SOSPECHA PATOLOGIA NEOPLASICA Consulta de Diagnóstico Rápido (Todos los jueves)	SOLICITUD A TRAVES DE APLICACIÓN ESPECÍFICA (INTRANET): Sospecha de neoplasia, hemoptisis, nódulo o masa pulmonar, TBC pulmonar.	Analítica, radiología obligatorias y aquellas que motiven criterio de solicitud	Se descarta patologia oncologica (Atencion Primaria o Consulta de especialidad) o se confirma neoplasia (Oncologia, Cirugia o Paliativos)	Atencion máxima en 7 días desde solicitud, revisión con resultados (endoscopias, TAC, etc) en un máximo de 7 días.
ASMA C. Neumologia. Diaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar diagnostico de sospecha (disnea, sibilantes, tos, opresión toracica, de forma episodica, ...). - Seguimiento de pacientes asmáticos con: <ul style="list-style-type: none"> - 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 forma continua), aunque estén bien controlados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rx torax PA y lateral. - Perfil HTA-C isquemica e IgE total. - Espirometria, con test broncodilatador. 	<ul style="list-style-type: none"> Asma controlado. Asma no grave. 	
EPOC C. Neumologia. Diaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio de enfermedad moderada y grave, tras espirometría. - Diagnóstico de enfisema en <45 años o sospecha 	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil HTA- C isquemica. - Espirometria. - ECG y Rx Torax PA y L. 	<ul style="list-style-type: none"> Criterios que sugieran un buen control: - Utilización correcta de la 	

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

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

Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00





	<p>de déficit α-1- antitripsina.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de Bullas. - Infecciones bronquiales recurrentes - Valoración oxigenoterapia. 		<p>medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener un Hto inferior al 55% - Disminución del número de ingresos. 	
<p>NODULO - MASA PULMONAR C. Neumología. Diaria (valorar Consulta de Diagnostico Rápido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Imagen en Rx compatible con nódulo/masa. - Nódulo/masa pulmonar en paciente con clínica infecciosa, buen estado general, sin antecedentes tabáquicos, tras 2 semanas de tratamiento antibiótico con cobertura frente a anaerobios y ausencia de mejoría radiológica. - Clínica "sospechosa" en paciente fumador sin clara imagen radiologica: tos >3 semanas, hemoptisis, cuadro constitucional, disfonía, linfadenopatía cervical/supraclavicular,... 	<ul style="list-style-type: none"> - Rx tórax 2 PA y L. - Perfil de HTA - C isquemica y calcio. - Mantoux y baciloscopias de esputo (x3) si elevada sospecha de TBC 	<ul style="list-style-type: none"> - Se descarta el diagnóstico de sospecha o ausencia de anomalías radiológicas. - Proceso broncopulmonar diagnosticado y tras finalización de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de elevada sospecha diagnóstica de origen neoplásico el paciente debe ser citado antes de 2 semanas aportando lo referido. Si no es posible se contactará telefónicamente con el neumólogo de la consulta o será remitido a Urgencias.
<p>SOSPECHA DE SAHOS C. Neumología. Diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha clinica: excesiva somnolencia diurna, ronquidos y pausas apneicas observadas por el compañero/a de dormitorio - 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-C isquemica 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 	<p>Control por su médico AP medidas higienico dietéticas.</p>
<p>HEMOPTISIS C. Neumología. Diaria (Valorar Consulta Diagnostico Rapido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemoptisis paciente fumador > 40 años. - Hemoptisis leve con Rx de tórax patológica - Hemoptisis leve con Rx de tórax normal, prolongada más de 2-3 semanas o hemoptisis leves recurrentes . Descartar origen gingival, epixtasis o hematemesis. 	<ul style="list-style-type: none"> -Características y cuantificación de hemoptisis. - Hemograma y coagulación. -Mantoux y baciloscopias urgentes de esputo (x3) 	<ul style="list-style-type: none"> -Con proceso broncopulmonar diagnosticado y resolución tras tratamiento finalizado. -Se descarta causa neumológica 	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar siempre toma de medicación que favorezca el sangrado (anticoagulant / antiagregante) y establecer el grado de relación causa-efecto



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

	- Sospecha de Bronquiectasias.	días consecutivos). -Rx torax PA y L.	-Se descarta el diagnóstico de hemoptisis	-Hemoptisis no leves o sospecha de TEP remitir al paciente a Urgencias.

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





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

PATOLOGÍA Consulta destino	CRITERIOS DE DERIVACION	COMPLEMENTARIOS BASICOS ESPECIFICOS	CRITERIOS DE ALTA	OBSERVACIONES
CARDIOLOGIA				
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 C. Cardiología. Diaria.	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 - C isquemica con TSH y HbA1C.	Paciente con Exploracion Cardiopulmonar y Pruebas Complementarias cardiológicas normales.	
CARDIOPATIA ISQUEMICA C. Cardiología. Diaria.	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 - C isquemica con TSH y HbA1C.	Cardiopatía isquemica estable tras 1 año del SCA y suspendida doble antiagregación.	Control de Factores de riesgo cardiovascular por AP.
FIBRILACION AURICULAR O SOSPECHA DE ARRITMIA C. Cardiología. Diaria.	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 - C isquemica con TSH.	Fibrilación auricular u otra arritmia controlada y/o anticoagulada o antiagregada	Control de función renal anual por AP si Dabigatran y Rivaroxaban.
VALVULOPATÍA C. Cardiología. Diaria.	Soplo cardiaco de origen no filiado, descartado origen funcional (embarazo sin síntomas cardiacos y ECG normal, fiebre, anemia, etc).	ECG, Rx de tórax (PA y lateral), Perfil HTA - C isquemica	Rechazo de opción quirúrgica por Cirujano o paciente. Cirugía contraindicada.	
INSUFICIENCIA CARDIACA C. Cardiología.	Disnea de esfuerzo (descartada patología pulmonar), con soplo cardiaco o valvulopatía conocida, alteraciones en el ECG o Rx de Tórax,	ECG, Rx de tórax (PA y lateral), perfil HTA - C isquemica		

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

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

Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

Diaria.	dolor torácico, palpitaciones o síncope.			
MAREO Y SINCOPE SOSPECHA ORIGEN CARDIOLOGICO C. Cardiología. Diaria.	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 - C isquemica	Paciente con Exploracion Cardiopulmonar y Pruebas Complementarias cardiológicas normales.	

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

