



Distrito Córdoba y Guadalquivir
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN

MEDICINA INTERNA – ATENCIÓN PRIMARIA

V03 (Mayo 2022)

**HOSPITAL REINA SOFIA -
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA-GUADALQUIVIR**

Con el objeto de mejorar la comunicación entre la UGC de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía y las distintas UGCs del Distrito Córdoba y Guadalquivir, se ha establecido un grupo de trabajo con profesionales de los dos ámbitos asistenciales, que además de dar respuesta a las incidencias que se generan en la práctica diaria, garantice la mejora en la calidad asistencial en los pacientes.

Para ello, se establecen unos criterios de derivación por parte de Atención Primaria que permitan la actuación en acto único por parte de Atención Hospitalaria, y a su vez mejoren la comunicación y resolución de incidencias entre ambos niveles asistenciales, evitando que se generen consultas innecesarias y repetición de trámites administrativos ajenos a su práctica asistencial.

Para ello, se establecen los siguientes grupos de patología por motivos de consulta.

1.- PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Serán candidatos para la derivación a Medicina Interna todos los pacientes que cumplan con los criterios de Paciente Crónico Complejo con edad > 75 años.

Consideramos que un paciente puede ser considerado como crónico complejo si cumple criterios para ser incluido en alguna de estas situaciones:

A.- **Enfermedad Crónica Avanzada:** Pertenecen a este grupo los que padecen alguna de éstas enfermedades, excluyendo la enfermedad neoplásica:

ENFERMEDAD	CLÍNICA Y EXPLORACIÓN
Insuficiencia Cardíaca Crónica	Disnea basal \geq clase III NYHA
Enfermedad Respiratoria Crónica	Disnea basal \geq clase III MRC Saturación O ₂ < 90% O ₂ domiciliario
Enfermedad Renal Crónica	Estadio 4-5 (FG < 30%)
Enfermedad Hepática Crónica	Child-Pugh > 7
Enfermedades Neurológicas Crónicas	Pfeiffer \geq 7 errores MEC \leq 18

En este tipo de pacientes podemos calcular el riesgo de muerte en los siguientes 6 meses mediante el **Índice PALIAR**, que en función de la puntuación establece:

- 0 a 2 puntos: 21 – 21.5% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.
- 3 a 6 puntos: 30.5 – 32% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.
- 7 a 10 puntos: 43 – 46% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.
- Más de 11 puntos: 61 – 62% de probabilidad de mortalidad a los 6 meses.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y FUNCIONALES	Ptos
Edad > 85 años.	3
Anorexia	3.5
Disnea clase III o IV (NYHA o MRC)	3.5
Úlceras por presión	3
Albúmina < 2.5 g/dl	4
Necesidad de estar encamado > 50% del tiempo y DAVD	4
	21

B.- **Paciente pluripatológico:** Consideramos a un paciente pluripatológico cuando presenta dos o más enfermedades crónicas incluidas en el siguiente conjunto de categorías clínicas:

CATEGORÍA A
<input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA ¹ (síntomas con actividad física habitual) <input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica
CATEGORÍA B
<input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas <input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 ml/m o proteinuria ² , mantenidos durante tres meses
CATEGORÍA C
<input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC ³ (disnea a paso habitual en llano), FEV ₁ < 65 %, o Sat O ₂ ≤ 90 %
CATEGORÍA D
<input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal <input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ⁴ o hipertensión portal ⁵
CATEGORÍA E
<input type="checkbox"/> E.1. Ataque cerebrovascular <input type="checkbox"/> E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60) <input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores)
CATEGORÍA F
<input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática <input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
CATEGORÍA G
<input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses <input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
CATEGORÍA H
<input type="checkbox"/> H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)

- ¹ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
- ² Índice albúmina/creatinina >300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina, o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas o >200 µg/min.
- ³ Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
- ⁴ INR >1,7, albúmina <3,5g/dl, y bilirrubina >2 mg/dl.
- ⁵ Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Y al igual que con la Enfermedad Crónica Avanzada, en los pacientes pluripatológicos podemos calcular el riesgo de muerte en los siguientes 12 meses mediante el **Índice PROFUND**, que en función de la puntuación establece:

- 0 a 2 puntos: 12.1 – 14.6% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.
- 3 a 6 puntos: 21.5 – 31.5% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.
- 7 a 10 puntos: 45 – 50% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.
- Más de 11 puntos: 61.3 – 68% de probabilidad de mortalidad a los 12 meses.

Características	ODDS RATIO (IC 95%)/p	Índice PROFUND
Demográficas ≥85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clinicas Neoplasia activa	3,36 (1,9-5,8)/<0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/<0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina <10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel <60	2,6 (1,38-3,4)/<0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

C.- **Enfermedad Crónica de Alto Riesgo:** Englobando en este grupo a pacientes con enfermedades crónicas que por sus características sociosanitarias requieren cuidados y seguimiento especial (**Gestor de Casos**).

Se trataría de pacientes con alta carga de patología y numerosas consultas tanto en el ámbito de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, con ingresos repetidos por el mismo motivo de consulta, pocos recursos de apoyo social o familiar...

La derivación de este tipo de pacientes mediante teleconsulta a Medicina Interna debe ir encaminada a optimizar la atención que se le presta a estos pacientes con el objetivo de evitar ingresos innecesarios y visitas recurrentes a los servicios de urgencias, así como para el manejo de recursos hospitalarios de pruebas diagnósticas o ajustes de tratamientos que puedan evitar futuras descompensaciones de su patología de base evitando así ingresos hospitalarios.

Serán Criterios de Derivación:

Pacientes que cumplan criterios de Enfermedad Crónica Avanzada, Pluripatológico o Enfermedad Crónica de Alto Riesgo **mayores de 75 años y/o:**

- Alteraciones analíticas que pueden ser el resultado o causantes de descompensaciones de su patología de base.
- Empeoramiento sintomático con rápida progresión sin mejoría tras los cambios de tratamiento iniciales realizados por su Médico de Familia.

Todos los pacientes derivados a Medicina Interna mediante teleconsulta como Paciente Crónico Complejo deberán tener realizado:

- Anamnesis dónde indique las patologías y grado en las que se encuentra el paciente.
- Exploración física completa y relacionada con las enfermedades de base.
- PAP, con registro mínimo de escala funcional (Barthel) y cognitiva (Pfeiffer o MEC).
- Resultado del cálculo de probabilidad de mortalidad (Índice PALIAR o PROFUND) según el caso.
- **Analítica con perfil de PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO** incluido en los perfiles de Atención Primaria.
- Estudios de imagen según motivo de consulta y posibilidades de desplazamiento del paciente.

2.- PACIENTE POLIMEDICADO FRÁGIL

Se entiende por **polimedicación** en términos cualitativos el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite de 5 fármacos empleados de forma crónica, y dónde podemos distinguir varias situaciones:

- **Polimedición adecuada**, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos tienen indicación clínica. En este caso el objetivo no es reducir la polimedición, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- **Polimedición inadecuada**, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. En este caso, el objetivo es reducir al máximo el número de fármacos inapropiados.
- **Pseudopolimedición**, que sería cuando un paciente tiene registrados en su historia más fármacos de los que realmente toma, en cuyo caso el objetivo es actualizar los registros y coordinar las actuaciones entre los distintos niveles asistenciales.

Consideramos **paciente polimedicado frágil**, al que cumpliendo los criterios cualitativos, le faltan recursos físicos, psíquicos y/o sociales para evitar riesgos moderados o graves consecuencia de la polimedición.

Por su parte, el **SSPA** ha establecido un circuito asistencial para la revisión de la medicación del paciente polimedicado a través del portal de farmacia, que se actualiza mensualmente cuando un paciente tiene más de 15 medicamentos activos durante más de 180 días.

En este sentido, **corresponde a Atención Primaria la revisión de pacientes polimedcados para una correcta adecuación terapéutica**, que tenga en cuenta:

- Las metas y objetivos de la atención prestada y del tratamiento pautado.
- La esperanza y expectativa de vida del paciente
- El tiempo de tratamiento estimado hasta que exista un beneficio clínico significativo

Serán Criterios de Derivación:

- Pacientes con polimedición adecuada desde el punto de vista clínico, que a criterio del médico de familia no se ajustan a una correcta adecuación terapéutica.
- Pacientes con polimedición inadecuada que por las características de algunos de los fármacos implicados y de sus posibles interacciones con fármacos de uso hospitalario y manejo preferente por Atención Hospitalaria, hace difícil y compleja su adecuación por parte de Atención Primaria.
- Pacientes dentro del circuito asistencial para la revisión de la medicación en el paciente polimedicado en las que a criterio de su médico de familia la adecuación terapéutica implica ajustes que afectan a varias de las patologías de más prevalencia en Atención Primaria (HTA, DM, EPOC, IRC y Deterioro cognitivo)
- Paciente polimedicado frágil en los que se precisa una optimización de los tratamientos a emplear para una adecuada adecuación terapéutica y esta afecta a medicamentos de uso preferente por Atención Hospitalaria.

Todos los pacientes derivados a Medicina Interna mediante teleconsulta **deberán hacerse con:**

- Anamnesis detallada de las enfermedades de base y de sus grados clínicos de afectación, detallando las metas y objetivos propuestos por el médico de familia para conseguir una correcta adecuación terapéutica.
- Tratamiento actualizado y activo, incluyendo las modificaciones realizadas por su médico de familia en los dos últimos meses.
- Cambios clínicos o analíticos producidos tras una primera adecuación terapéutica realizada por su médico de familia.
- Analítica reciente con parámetros básicos de hemograma, glucosa, iones y función hepática y renal.

3.- SOSPECHA DE COVID PERSISTENTE

Son pacientes susceptibles de ser **padecer COVID persistente y ser derivados a Medicina Interna** aquellos que:

- Han presentado **COVID moderado/grave** y que **hayan precisado ingreso hospitalario** en la **planta de Medicina Interna**
- Han presentado **COVID leve manejado desde Atención Primaria** y que **desarrollan sintomatología sistémica**.

Por lo que estos pacientes podrán ser derivados a Medicina Interna mediante Teleconsulta cuando cumplan **Criterios de Inclusión:**

- Paciente con diagnóstico de COVID confirmado con pruebas de laboratorio.
- El síntoma/síntomas han persistido en el tiempo más allá de **12 semanas** desde el inicio del primer síntoma/síntomas atribuible a la infección aguda por SARS-CoV2.
- El síntoma/síntomas persistente formaron parte de la presentación clínica de la infección aguda por SARS-CoV2

Y no tengan **Criterios de Exclusión:**

- El síntoma/síntomas ya existía antes de la infección aguda por SARS-CoV2.
- El síntoma/síntomas no forman parte de la presentación clínica de la infección aguda por SARS-CoV2, pero aparecen en la fase post-viral una vez resuelta la infección aguda (Síndrome post-COVID)

- El síntoma/síntomas no forman parte de la presentación clínica de la infección aguda por SARS-CoV2, pero aparece como consecuencia del daño orgánico específico por una COVID-19 grave.

Todos los pacientes derivados a Medicina Interna mediante teleconsulta como COVID Persistente deberán:

- Definir de forma clara el **motivo de la derivación**, dónde se indiquen los signos o síntomas de sospecha de COVID persistente.
- Indicar la **fecha del diagnóstico**, indicando la **prueba de PDIA** con la que se hizo el diagnóstico así como si preciso **ingreso hospitalario** (COVID moderado/grave) **o no** (COVID leve)
- **Tratamiento** indicado en la fase aguda (en COVID leve) así como los iniciados como sospecha de COVID Persistente.
- **Exploración física** centrada en el síntoma/síntomas de sospecha de COVID persistente, incluyendo en todos los casos auscultación cardiopulmonar, Frecuencia cardíaca, Tensión arterial y Saturación de Oxígeno.
- **Analítica con perfil de COVID PERSISTENTE** incluido en los perfiles de Atención Primaria.
- **Otras pruebas complementarias:** EKG, Radiografía de tórax en dos proyecciones y espirometría (solo será necesaria en los casos de Covid que hubieran presentado ingreso hospitalario en planta de Medicina Interna y persistan síntomas respiratorios)

4.- ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (PROFUNDA Y SUPERFICIAL)

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es el conjunto de acontecimientos que conducen a la formación de un trombo en el interior del sistema venoso profundo, así como a su propagación y posible fragmentación, con la consiguiente migración a través del torrente sanguíneo hasta su enclavamiento en el lecho arterial pulmonar. Bajo este término se engloban dos entidades íntimamente relacionadas: la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboembolia pulmonar (TEP), por ser dos manifestaciones de una misma entidad etiopatogénica

Por su parte, la trombosis venosa superficial (TVS) de MMII es la inflamación y coagulación en una vena superficial, y que hasta ahora se venía considerando como una patología benigna con un curso clínico autolimitado, sin embargo, hoy se sabe de sus potenciales complicaciones de gravedad (TVP y TEP)

Son candidatos a derivación a Medicina Interna por Teleconsulta:

➤ **Pacientes con diagnóstico reciente de ETV sin tratamiento o con tratamiento pero sin seguimiento por especialidad médica hospitalaria.**

En condiciones normales, el diagnóstico de ETV (TVP /TEP) se hace en el ámbito hospitalario, requiere tratamiento a largo plazo y seguimiento en atención hospitalaria, que en caso de no producirse, se procedería a la derivación a Medicina Interna por Teleconsulta, incluyendo la siguiente información en todos los casos:

- Motivo de la derivación
- Tipo de ETV (TVP o TEP), fecha del diagnóstico y tratamiento previo y actual (si realiza).
- Antecedentes familiares de ETV o personales de ETV previa.
- Causa de la ETV, si se conoce.

➤ **Mujeres con ETV previa relacionada con anticonceptivos orales o embarazo previo y nuevo deseo gestacional.**

Las mujeres con antecedentes de ETV previa y que deseen un nuevo embarazo deberán ser valoradas por Medicina Interna por Teleconsulta previo a la nueva gestación, incluyendo la siguiente información en todos los casos:

- Motivo de la derivación
- Tipo de ETV (TVP o TEP), fecha del diagnóstico y tratamiento previo y actual (si realiza).
- Antecedentes familiares de ETV o personales de ETV previa.
- Causa de la ETV, si se conoce.

➤ **Pacientes con sospecha o diagnóstico ecográfico de TVS espontáneas sobre venas sanas o TVS recurrentes sobre venas varicosas**

El diagnóstico de la trombosis venosa superficial es generalmente clínico y evoluciona sin complicaciones, por lo que son candidatos a derivar a Medicina Interna por Teleconsulta aquellas TVS con mayor probabilidad de sufrir complicaciones, como son:

- TVS sobre venas sanas o TVS recurrentes sobre venas varicosas.
- TVS de más de 5 cm de longitud
- TVS que afectan a varias venas o segmentos venosos.
- TVS cercanas a los cayados safeno-poplíteo y safeno-femoral (< 3 cm)
- TVS con afectación proximal de la vena safena mayor
- TVS en pacientes con factores de riesgo para ETV (Historia previa o familiar de ETV, trobofilia, neoplasias, cirugía o trauma reciente, severidad de los síntomas, terapia con estrógenos o embarazo)
- TVS con empeoramiento clínico o mala evolución tras tratamiento instaurado

En caso de derivación, se incluirá la siguiente información:

- Motivo de la derivación
- Fecha del diagnóstico y tratamiento instaurado
- Localización y extensión de la TVS

➤ **Síndrome postrombótico**

El síndrome postrombótico es la insuficiencia venosa crónica sintomática que aparece después de una TVP. Los síntomas más frecuentes son dolor, hinchazón y alteraciones cutáneas, desde fragilidad cutánea e hiperpigmentación hasta úlceras varicosas.

La derivación debe incluir información referente a la fecha y características del episodio de TVP así como el tratamiento utilizado.

➤ **Quedan excluidos de derivación a Medicina Interna:**

- Los pacientes en seguimiento por especialidad médica privada que están en tratamiento con ACODs y soliciten financiación, ya que estos fármacos están autorizados para el tratamiento de la ETV pero no financiados por el SNS, por lo que no procede derivación por este motivo.
- La Insuficiencia venosa crónica NO secundaria a ETV previa.

5.- HIPERLIPEMIAS

Entendemos por dislipemia la alteración del metabolismo lipídico que cursa con alteraciones cuantitativas o cualitativas de los lípidos plasmáticos, mientras que hablamos de hiperlipemia cuando nos referimos a la presencia de concentraciones plasmáticas de colesterol, TG o de ambos por encima de los valores determinados como normales para la población general.

TABLA 2. CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

Prevención primaria	Normocolesterolemia	CT < 200 mg/dl (5,18 mmol/l) cLDL < 130 mg/dl (3,37 mmol/l)
	Hipercolesterolemia límite	CT 200-249 mg/dl (5,87-6,45 mmol/l) cLDL 130-159 mg/dl (3,37-4,12 mmol/l)
	Hipercolesterolemia definida*	CT ≥ 250 mg/dl (6,48 mmol/l) cLDL ≥ 160 mg/dl (4,15 mmol/l)
Prevención secundaria	Hipercolesterolemia definida	CT ≥ 200 mg/dl (5,18 mmol/l) cLDL ≥ 70 mg/dl (1,8 mmol/l)

cLDL: colesterol LDL; CT: colesterol total.

* En pacientes con diabetes, valores de CT > 200 mg/dl (5,18 mmol/l) o de cLDL de > 70 mg/dl (1,81 mmol/l).

En este sentido, **son candidatos a derivación por Teleconsulta** aquellos pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones:

➤ **SOSPECHA CLÍNICA DE HIPERLIPEMIA FAMILIAR**

Según cumpla con los **criterios diagnósticos de HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**

TABLA 6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA (MEDPED)

Historia familiar	Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz	1 punto
	Familiar de primer grado con cLDL > 210 mg/dl, 5,44 mmol/l	1 punto
	Familiar de primer grado con xantomas y/o arco corneal	2 puntos
	Hijo menor de 18 años con cLDL > 150 mg/dl, 3,89 mmol/l	2 puntos
Historia personal	Cardiopatía coronaria precoz	2 puntos
	Enfermedad vascular periférica o cerebral precoz	1 punto
Examen físico	Xantomas	6 puntos
	Arco corneal < 45 años	4 puntos
Analítica en ayunas (con TG normales < 200 mg/dl, 2,3 mmol/l)	cLDL > 330 mg/dl, 8,5 mmol/l	8 puntos
	cLDL 250-329 mg/dl, 6,5-8,4 mmol/l	5 puntos
	cLDL 195-249 mg/dl, 5-6,4 mmol/l	3 puntos
	cLDL 155-194 mg/dl, 4-4,9 mmol/l	1 punto
Análisis genético	Mutación en el gen del receptor de LDL	8 puntos
Diagnóstico	Cierto	≥ 8 puntos
	Probable	6-7 puntos
	Posible	3-5 puntos

CLDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad; IM: infarto de miocardio; LDL: lipoproteínas de baja densidad; TG: triglicéridos.

Familiar de primer grado: padre, madre, hermanos o hijos.

Enfermedad coronaria precoz (IM, angina de pecho, revascularización coronaria) o vascular (claudicación intermitente, enfermedad carotídea sintomática, ictus, isquemia transitoria, aneurisma de aorta abdominal, cirugía de revascularización).

Precoz: cuando ocurre antes de los 55 años en hombres y antes de los 65 años en mujeres.

La presencia de xantomas tendinosos no incluye los xantelasma palpebrales.

La concentración de cLDL para el cálculo de la puntuación es sin tratamiento farmacológico y habiéndose descartado causas secundarias.

o **criterios diagnósticos de HIPERLIPEMIA FAMILIAR COMBINADA**

TABLA 7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA HIPERLIPEMIA FAMILIAR COMBINADA

<p>Familia afectada</p>	<p>Dos o más miembros de primer grado afectados de hiperlipemia mixta, o de combinaciones de fenotipos, entre hipercolesterolemia pura (IIa) hiperlipemia mixta (IIb) o hipertrigliceridemia (IV)</p> <p>Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presencia de xantomas tendinosos en la familia ➤ Concentraciones de cLDL > 300 mg/dl, 7,77 mmol/l en dos o más familiares de primer grado con fenotipo IIa
<p>Diagnóstico de miembro afecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En adultos, CT por encima de 240 mg/dl, 6,2 mmol/l, o cLDL > 160 mg/dl, 4,15 mmol/l, y/o TG por encima de 200 mg/dl, 2,27 mmol/l ➤ En menores de 20 años, CT > 200 mg/dl, 5,2 mmol/l, o cLDL > 130 mg/dl, 3,37 mmol/l, y/o TG > 120 mg/dl, 1,36 mmol/l ➤ Descartar causas secundarias <p>Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Índice de masa corporal (IMC) > 35 kg/m² ➤ HbA_{1c} > 10% (en sujetos con hiperlipemia mixta o hipertrigliceridemia) ➤ Hipotiroidismo no controlado ➤ Consumo de alcohol > 40 g/día

cLDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad; CT: colesterol total; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; TG: triglicéridos.
Fuente: Red Temática en Investigación ISCIII de Hiperlipemias Genéticas en España.

➤ **PACIENTES CON INTOLERANCIA A LOS HIPOLIPEMIANTES**

La **intolerancia a estatinas** se define como la incapacidad para tolerar al menos 2 estatinas, **una** en la dosis inicial más baja (rosuvastatina 5 mg, atorvastatina 10 mg, simvastatina 10 mg, pravastatina 40 mg, fluvastatina 40 mg y pitavastatina 2 mg)) y **otra** en cualquier dosis, debido a síntomas musculoesqueléticos (dolor, opresión, debilidad o calambres) sin relación a esfuerzos o traumatismos, que empiezan o empeoran durante el tratamiento con estatinas y paran al interrumpir el tratamiento, o haya evidencia de miopatía y/o elevación sostenida de los niveles plasmáticos de CK (elevaciones 10 veces su valor normal)

➤ **PACIENTES CON FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO** en:

- Hipercolesterolemia Familiar no adecuadamente controlada con terapia hipolipemiante a dosis máximas toleradas y que puedan ser subsidiarios de tratamiento con inhibidores de PCSK9.
- Prevención secundaria de Enfermedad Cardiovascular no adecuadamente controlada con terapia hipolipemiante a dosis máximas toleradas y que puedan ser subsidiarios de tratamiento con inhibidores de PCSK9.
- Hipertrigliceridemias severas, con valores de TG > 500 mg/dl, pese a dieta y/o tratamiento con fibratos y/o omega-3.

6.- SÍNDROME CONSTITUCIONAL

El síndrome constitucional está integrado por:

- Astenia: Es la sensación de falta de energía que suele dejarse notar incluso en reposo.
- Anorexia: Es la pérdida de apetito y sus causas pueden ser múltiples (fármacos, tóxicos, enfermedades infecciosas, inflamatorias...)
- Pérdida de peso: Es el núcleo del síndrome constitucional. La pérdida de peso involuntaria se considera clínicamente significativa si:
 - Disminución >2% peso corporal en un mes
 - Disminución > 5% en tres meses.
 - Disminución > 10% en seis meses

Son candidatos a la derivación a Medicina Interna por Teleconsulta para completar estudio, los pacientes con Síndrome Constitucional confirmado, para ello, desde Atención primaria se realizará:

- **Anamnesis** detallada y completa, que indique el tiempo de evolución, la pérdida ponderal y cualquier otro dato de la historia que ayude a una orientación diagnóstica (trastorno depresivo, consumo de tóxicos...) **y exploración física.**
- **Analítica de sangre** que incluya hemograma, velocidad de sedimentación, hormona tiroidea, función hepática y renal, iones, calcio y proteínas totales, PCR, LDH, CK y amilasa. Para facilitar la determinación analítica, se creará el **perfil Síndrome Constitucional**
- **Sangre oculta en heces (SOH)**
- **Rx tórax**

EN RESUMEN:

El objetivo de estos acuerdos es facilitar la consulta en acto único por parte del servicio de Medicina Interna, mejorando su capacidad de resolución y accesibilidad a otros pacientes del SSPA.

Para ello, se establece que:

- 1.- Toda derivación a Medicina Interna deberá realizarse con unos mínimos criterios de calidad en los que de forma inexcusable se informe del tiempo de evolución y el tratamiento empleado cuando proceda. La no inclusión de esta información en la derivación podrá ser motivo de devolución por falta de información.
- 2.- Toda sospecha de patología subsidiaria de ser valorada por Medicina Interna o duda diagnóstica, será remitida para su valoración con los criterios antes mencionados. Tras la valoración, el servicio de Medicina Interna emitirá en todos los casos un informe a través de Diraya, donde de forma inequívoca conste si se procede al alta o si procede revisión, en cuyo caso, será gestionada directamente por el servicio.
- 3.- Para los pacientes que tras su valoración se indique un tratamiento o recomendaciones para el paciente, todas las prescripciones necesarias se realizarán a través de la aplicación de RXXI, y en caso de precisar revisión, con fecha de validez hasta la siguiente revisión.
- 4.- Los pacientes que ya han sido valorados por un motivo de consulta concreto con informe de alta por parte del servicio de Medicina Interna y en donde su médico de familia entienda que la evolución no es satisfactoria, se contactará con el internista de referencia por medios telemáticos, y en caso de consensuar una nueva valoración, esta se generará como revisión a través de la UAC.
- 5.- Si tras una consulta con Medicina Interna, el internista determina que procede otra consulta con cualquier otro servicio hospitalario, esta se hará a través de Interconsulta Hospitalaria y no a través de Atención Primaria.
- 6.- El servicio de Medicina Interna garantizará la comunicación telemática con los centros de atención primaria, nombrando referentes en cada uno de los centros y dando respuesta a las dudas y consultas solicitadas en el plazo establecido.
- 7.- El sistema de derivación por Teleconsulta cumple con todos los derechos de garantía en los tiempos de respuesta al paciente, por lo que su acceso desde Atención Primaria estará permanentemente operativo.
- 8.- El grupo de trabajo entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria mantendrá reuniones periódicas para valorar en cumplimiento de estos acuerdos.