

## ANEXO III

### **NOTA INFORMATIVA A LOS CENTROS DE SALUD SOBRE RECOMENDACIONES DE INTERCONSULTAS**

#### **1. Atención Primaria:**

Todo paciente deberá ser remitido con información de su proceso, así como con los estudios practicados que se consideren necesarios. A modo de ejemplo:

Cardiología : Adjuntar siempre que sea posible ECG reciente.

Digestivo : Adjuntar Hemograma y Bíoquímica reciente.

Neumología : Rx Tórax reciente y/o antiguas.

En caso de falta de cumplimentación de la información clínica adecuada, la solicitud de interconsulta será remitida al coordinador /a del E.A.P correspondiente, para que sea completada por el facultativo.

(\*) En el encabezamiento del volante deberá constar el Centro de Salud a que esta asignado el médico solicitante.

## **2. Asistencia Especializada:**

El especialista se hará cargo de la primera prescripción farmacéutica, así como de realizar las interconsultas que precise con otras especialidades hasta completar el estudio.

Una vez finalizado el estudio del paciente, el especialista, emitirá información clínica, así como la necesidad o no de permanecer de baja laboral.

## **3. Consultas preferentes.**

Se asigna un número de consultas preferentes por semana para cada especialidad, pudiendo ser utilizada siempre que sea necesario.

En caso de necesidad se podrán remitir consultas que así lo requieran, fuera de día y/o superando el número semanal acordado, siempre que **previamente sea valorado por el coordinador/a del C. de Salud correspondiente.**

## ANEXO VII

# PROTOSCOLOS DE DERIVACIÓN.

## CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

### 1. REMITIR A URGENCIAS DEL HOSPITAL.

- Cetoacidosis.
- Hipoglucemia por antidiabéticos orales.
- Insuficiencia suprarrenal aguda.
- Hipercalcemia aguda sintomática.
- Taquiarritmia por hipotiroidismo.

### 2. REMITIR DE MANERA PREFERENTE A CONSULTA EXTERNA.

- Debut de una Diabetes Mellitus.
- Descubrimiento de Hipotiroidismo no subclínico.
- Sospecha de insuficiencia suprarrenal.

### 3. PACIENTES A VALORAR EN TIEMPO INFERIOR A 15 DIAS.

- Nódulo tiroideo a estudio.
- Hipotiroidismo sintomático.

- Diabetes Mellitus tipo II con descompensación hipergluémica importante ( $>$  de 250mg/dl.)
- Sospecha de tumor hipofisario.
- Diabetes Mellitus tipo I con mal control metabólico sin cetosis.
- Hipertrigliceridemia ( $>$  a 1000 mg/dl.)

#### **4. PACIENTES OBESOS A REMITIR A CONSULTA EXTERNA.**

- Obesidad mórbida (IMC  $>$  40).
- Obesidad grado II-III (IMC  $>$  30), si se asocia a alguna complicación metabólica: Diabetes, Hiperglicemia, sospecha de Cushing, sospecha de hipotiroidismo.



## **CONSULTA DE NEUMOLOGÍA**

### **1. REMITIR A URGENCIAS DEL HOSPITAL.**

- Cuadros de disnea de presentación brusca que se acompañen de afectación del estado general, florida semiología cardiorrespiratoria, cianosis, alteraciones de la conciencia, etc.
- Hemoptisis de cuantía importante.
- Dolores torácicos de presentación brusca donde no es posible, sospechar clínicamente una patología concreta (pleuropulmonar o cardíaca).
- Sospecha de neumonías adquiridas en la comunidad en pacientes de alto riesgo.

### **2. SITUACIONES A REMITIR AL CENTRO DE ESPECIALIDADES PARA SER VALORADAS EN 24 HORAS.**

- Hemoptisis de cuantía moderada sin afectación del estado general.
- Asma y EPOC descompensados.

\*Remitir antes de las 11 horas de la mañana

### **3. SITUACIONES PARA SER ATENDIDAS CON CARÁCTER PREFERENTE.**

- Pacientes con patología pulmonar, sin grave afectación de estado general:
  - Sospecha radiológica de masa pulmonar, patología intersticial o tuberculosis
  - Pacientes con evolución tórpida de una patología conocida, pero inusual, y con tratamiento. Ejemplo: alveolitis alérgica extrínseca.
  - Pacientes con clínica respiratoria y radiología no concluyente de un trastorno determinado, que impide tomar una actitud terapéutica.

\*Advertir que no es procedente remitir a pacientes que presenten patología donde se sospecha un proceso alérgico de base y no exista evidencia clínica de patología broncopulmonar en el contexto de la enfermedad.

## **CONSULTA DE DIGESTIVO.**

### **1. REMITIR A URGENCIAS DEL HOSPITAL.**

- H.D.A.: Hematemesis y/o melenas.
- H.D. baja con cifras de Hb. y Hto. bajos o rectorragia masiva.
- Dolor abdominal agudo con signos de obstrucción, perforación o fiebre.
- Diarrea aguda con signos de desnutrición /deshidratación.
- Disfagia aguda por impactación de cuerpo extraño.
- Ingesta de cáusticos.
- Pacientes con ascitis a tensión.
- Agudización de encefalopatías hepáticas.

### **2. VALORACION PREFERENTE.**

- Pacientes con ictericia sin fiebre.
- Ascitis como síntoma debutante.
- Hepatitis aguda con coagulación normal.
- Disfagia orgánica.
- Agudización sintomática de enfermedades inflamatorias crónicas.
- Estreñimiento agudo (descartada la obstrucción intestinal).

### **3. VALORACION EN MENOS DE 15 DIAS.**

- Dolor torácico de probable etiología esofágica.
- Epigastralgia ulcerosa.
- Dolor abdominal de características orgánicas.
- Rectorragias de características colonicas
- Masas abdominales palpables.
- Anemias ferropénicas crónicas.
- Síndrome constitucional y clínica digestiva.

### **4. VALORACIÓN EN MENOS DE 30 DIAS.**

- Clínica de trastornos motores esofágicos.
- Clínica de reflujo G.E.
- Dispepsia funcional.
- Estreñimiento crónico.
- Rectorragia de características anales.
- Diarreas crónicas sin afectación del estado general.
- Estudio de probables hepatopatias crónicas.
- Estudio de hipertransaminasas.
- Estudio de alteración leve de bioquímica.
- Marcadores de virus de hepatitis positivos

## **CONSULTA DE NEUROLOGÍA.**

### **1. VALORACIÓN PREFERENTE.**

- Parálisis facial periférica.
- Neuralgia del trigémino y neuralgia postherpética (incapacitantes).
- Diplopia de instauración subaguda (la diplopia aguda requiere valoración urgente en hospital).
- Paraparesia o hemiparesia de instauración subaguda.
- Primera crisis epiléptica.

### **2. VALORACIÓN EN UN MES.**

- Sospecha de Enfermedad de Parkinson.
- Cefalea de reciente comienzo o cefalea crónica que ha cambiado de características.
- Epilepsia de reciente comienzo.
- Demencia de reciente comienzo (menos de un año de evolución).
- Cualquier otra focalidad neurológica de instauración subaguda (neuropatías, miopatías, etc.)
- Cefalea y síntomas neurológicos tras traumatismo craneal (siempre que no existan datos de organicidad o focalidad, en cuyo caso se remitirán a urgencias).

### **3. VALORACIÓN ORDINARIA.**

- Temblor postural.
- Cefalea crónica.
- Demencia de larga evolución.
- Mareos y vértigos sin focalidad neurológica.



## ANEXO VI.

## Hoja de cita por especialidad

## CARDIOLOGÍA

CENTRO DE SALUD DE:

Fecha:

Primeras Visitas					
Nº	Nombre y Apellidos	Nº S.S,	Clave Médico	Teléfono	Hora
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
Preferentes					
1					
2					
3					

## ANEXO VIII

### EJEMPLO DE PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PATOLOGÍAS DE ALTA PREVALENCIA.

#### EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

##### ANAMNESIS

Edad de comienzo.  
Antecedentes familiares  
Evolución temporal.  
Frecuencia de la cefalea.  
Intensidad de la cefalea.  
Duración del episodio.

Modo de instauración.  
Características y localización del dolor.  
Moduladores del dolor.  
Síntomas asociados.  
Sintomatología neurológica.

##### EXPLORACIÓN GENERAL

###### **Inspección:**

Estado general del paciente  
Color de piel y mucosas  
Lesiones cutáneas/pigmentaciones

###### **Exploración cardiovascular:**

Tensión arterial  
Auscultación cardíaca  
Palpación de pulsos arteriales  
Soplos craneales

###### **Exploración neurológica:**

Nivel de conciencia y comportamiento  
Fondo de ojo.  
Déficit neurológicos

###### **Exploración general:**

Masas abdominales  
Adenopatías  
Desviación de raquis

###### **Exploración ORL/Oftalmología:**

Descartar sinusitis y glaucoma.

##### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ◆ Hemograma
- ◆ Rx de cráneos y senos
- ◆ Rx cervical

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS CEFALÉAS MÁS FRECUENTES.

### Cefalea Tensional

- ◆ La más frecuente de todas
- ◆ Episodios de duración variable (de 30 min. a 7 días)
- ◆ Dolor opresivo de intensidad leve-moderada
- ◆ Bilateral
- ◆ No interrumpe la actividad
- ◆ No cursa con náuseas/ vómitos ni con fotofobia/ fonofobia
- ◆ Suele aparecer antes de los 40 años

### Migraña

- ◆ Afecta al 10-20% de la población
- ◆ 70% existen antecedentes familiares
- ◆ Doble de frecuente en la mujer
- ◆ Cefalea unilateral
- ◆ Pulsátil
- ◆ Intensidad moderada a severa
- ◆ Interrumpe la actividad física
- ◆ Se acompaña de náuseas/ vómitos y fotofobia/ fonofobia.

## TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS MÁS FRECUENTES.

### CEFALEA TENSIONAL.

- ◆ Tratamiento sintomático:  
De entrada: ANALGÉSICOS SIMPLES: Aspirina o Paracetamol, a dosis habituales. Si no dan resultado: AINES: Diclofenaco, Naproxen, Ibuprofeno, Ketorolaco.
- ◆ Tratamiento Preventivo: Se instaura en función de la frecuencia, duración e intensidad de la crisis. Se utilizan:  
ANTIDEPRESIVOS: Amitriptilina, Imipramina y Nortriptilina.(10-75 mg/día)  
INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA: Fluoxetina (20-40 mg/día), Paroxetina (20-40 mg/día)

### MIGRAÑA.

#### En las crisis:

- ◆ Leves: AINES + ANTIEMÉTICOS
- ◆ Intensa: SUMATRIPTAN Y DERIVADOS Vía oral (50-100mg/día, máximo 300 mg/día) o Subcutánea (6mg/ día, máximo de 12 mg/día).

#### Profilaxis intercrisis:

Se tratan cuando las crisis son intensas e interfieren en la actividad diaria o cuando tengan un episodio importante a la semana.

- ◆ B-Bloqueantes ( Propanolol 40-160 mg/día, Atenolol 50-200mg/día), no utilizar si existe aura.
- ◆ Calcioantagonistas (Flunaricina 2,5-5 mg/día)
- ◆ Antidepresivos: Utilizar si existe un trastorno del sueño o componente tensional.

## **CEFALEA EN RACIMOS.**

### **Durante los ataques**

SUMATRIPTAN S.C. + OXIGENOTERAPIA en mascarilla al 100% durante 20 minutos.

### **Tratamiento profiláctico**

Comenzar desde la misma crisis y mantenerlo durante todo el racismo, suprimiéndolo gradualmente. Se utilizan: Corticoides (Prednisona) y Calcioantagonistas (Verapamilo 240-360 mg/día).

Además de los Fármacos mencionados también se utilizan, independientemente del tipo de cefalea, los siguientes:

- ◆ **ERGOTAMINA.** Se suelen asociar a generalmente a Cafeína. Son útiles especialmente en la cefalea menstrual. No utilizar más de 5 mg a la semana.

Los más utilizados son:

HEMICRANEAL y CAFERGOT: 1 mg de ergotamina + 100mg de cafeína.

TONOPAN : 0,5 mg de ergotamina + 40 mg de cafeína

CODEÍNA Y DERIVADOS: Son útiles cuando se utilizan de forma ocasional. Generalmente asociados a Aspirina y Paracetamol.



## ALGORITMO DE ABORDAJE DE LAS CEFALEAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.



