

	PROCEDIMIENTO GENERAL	PG/ÁREA/V01/00 Página 1 de 6 Rev.: 1 Fecha de Edición: 06/05/2021
	GESTIÓN COORDINADA DE PROCESO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUMOLOGÍA	

GESTIÓN COORDINADA DE PROCESO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUMOLOGÍA

Redactado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Batalla Rebollo, Noa Márquez Pérez, Francisca Lourdes	Coordinación de Calidad: Peinado Clemens, Rosario Torres Fernández, Carlota	Comisión de Dirección
Fecha: 06/05/2021	Fecha: 12/05/2021	Fecha: 06/07/2021

NORMAS GENERALES PARA DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA (PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES)

1. INTRODUCCIÓN

Todas las derivaciones a Neumología deberán hacerse a través de una orden clínica.

TODA ORDEN CLÍNICA DEBE INCLUIR:

- 1- Motivo de consulta, claro y preciso,
- 2- Resumen de los antecedentes personales más relevantes, si no aparecen en la historia en jara
- 3- Anamnesis y hallazgos en la exploración física
- 4- Tratamientos prescritos.

Todos los pacientes remitidos a la consulta de Neumología deben tener realizada una **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX RECIENTE** valorada por el facultativo solicitante.

2. ASMA

Los criterios de derivación de los pacientes con Asma son:

PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO

- a) Cuando no se dispone o **no es posible realizar una espirometría con test de broncodilatación** con los estándares necesarios.
- b) **No se ha podido confirmar el diagnóstico de asma con la espirometría o con la variabilidad del FEM**
- c) Cuando es necesario objetivar la presencia de hiperrespuesta bronquial mediante pruebas de broncoconstricción o de inflamación bronquial, medida por FENO, **si no se ha podido llegar al diagnóstico con las pruebas previas.**

ESTUDIO DE LAS COMORBILIDADES CUANDO NO PUEDA COMPLETARSE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Las principales comorbilidades que requieren atención son:

- Rinosinusitis/poliposis nasal
- Reflujo gastroesofágico
- Obesidad
- Trastornos psicológicos
- Cualquier otra comorbilidad que el médico considere que puede influir en el control del asma cuando el estudio no pueda completarse desde AP.

ASMA GRAVE Y ASMA NO CONTROLADA

Deberían ser derivado a Neumología todo paciente con asma en los escalones terapéuticos 5-6 de GEMA o 5 de GINA.

Se considera asma no controlada:

- a) En ausencia de exacerbaciones o de asma grave, paciente con mal control sintomático (ACT < 20 o ACQ > 1,5 puntos) *, en 2 visitas seguidas.
- b) 2 o más exacerbaciones/año (precisando corticoide sistémico más de 3 días en cada una)
- c) 1 exacerbación grave/año (ha precisado hospitalización)
- d) FEV₁/CVF < 0,7 o FEV₁ post-broncodilatación < 80% del valor predicho.
- e) Empeora al descender las dosis altas de corticoide inhalado o sistémico
- f) Presenta AGNC (asma grave no controlado) o sospecha de fenotipo de asma grave: alérgico, eosinofílica y neutrofílica.

*ACT (test de control del asma)

*ACQ (Cuestionarios de control del asma)

SITUACIONES ESPECIALES

Se derivarán a Neumología aquellos pacientes con:

- a) Sospecha de **asma relacionada con el trabajo**
- b) Enfermedad respiratoria **inducida por ácido acetil salicílico u otros AINEs (EREA)**
- c) En algunos casos de **asma inducida por el ejercicio**
- d) Mujeres **embarazadas con asma**

Informe de Neumología a AP tras la primera derivación:

- Resultados de pruebas de confirmación de asma.
- Clasificación de gravedad y control.
- Fenotipo.
- Comorbilidades confirmadas, descartadas o sospecha.
- Tratamiento recomendado.

3. EPOC

Siguiendo las indicaciones de GESEPOC, los *criterios para derivación a Neumología* serán:

- a) Dudas en el diagnóstico (patrones mixtos y restrictivos en la espirometría) o en la determinación del fenotipo.
- b) Si no se dispone de espirómetro, hay que remitir siempre al paciente al segundo nivel asistencial para confirmar el diagnóstico.
- c) Pacientes con frecuentes exacerbaciones (2 o más al año).
- d) Presencia de cor pulmonale.

- e) Tras un ingreso hospitalario a causa de la EPOC (en caso de que no haya sido atendido por un neumólogo)
- f) Pacientes con Bodex igual o mayor de 5.
- g) Los clasificados como EPOC grave o muy grave
- h) Indicación de oxigenoterapia continua domiciliaria.
- i) Enfermedad en sujetos jóvenes o con sospecha de déficit de alfa-1- antitripsina o con concentraciones plasmáticas bajas de la enzima.
- j) Valoración de posibles tratamientos quirúrgicos (bullectomía, reducción de volumen, trasplante) o de ventilación mecánica no invasiva.
- k) Disnea desproporcionada en pacientes con obstrucción de grado moderado (FEV1 >50%).
- l) Rápido deterioro clínico o de la función pulmonar (Perdida anual de FEV1 > 50 ml).
- m) Si no es posible realizar la prueba de la marcha y es necesario calcular el índice BODE

4. TABAQUISMO

Los criterios de derivación a la Unidad de Tabaquismo son los siguientes:

- a) Fumador en fase de preparación o acción, es decir, encontrarse altamente motivado para hacer un serio intento de abandono.
- b) Fumadores que, después de haber realizado dos o tres intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar.
- c) Fumadores con enfermedades psiquiátricas controladas y que deseen realizar un serio intento de cesación.
- d) Fumadores con cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución.
- e) Fumadores con hipertensión arterial descompensada.
- f) Fumadores con arritmias cardíacas graves no controladas.
- g) Fumadores con enfermedad vascular no controlada.
- h) Fumadores que han padecido otras drogodependencias siempre que en el momento de ser remitidos a la UT lleven más de 2 años sin recaída.
- i) Fumadoras embarazadas que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda especializada.

5. NEOPLASIA DE PULMÓN

Todo paciente con sospecha de neoplasia de pulmón basada en datos clínicos y hallazgos en pruebas de imagen **debe ser remitido con carácter PREFERENTE** a las consultas de Neumología. Estos pacientes se valorarán de forma preferente en una consulta específica de alta resolución.

6. SINDROME DE APNEAS HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO (SAHS)

Se debe tener sospecha clínica de SAHS en las consultas de AP ante un cuadro clínico caracterizado por los 3 síntomas clave: excesiva somnolencia diurna (ESD), ronquidos y pausas de apnea objetivadas por el compañero/a de dormitorio. Existen otros síntomas que pueden aparecer añadidos a estos como ronquidos, apneas, episodios asfícticos nocturnos, despertares frecuentes, sueño inquieto, nicturia, excesiva somnolencia diurna, cefaleas matutinas, sueño poco reparador, cansancio matutino...

Es recomendable realizar una búsqueda activa entre pacientes con comorbilidades:

- Hipertensión arterial
- Obesidad (IMC>30)
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad cerebrovascular
- Trastornos de la esfera ORL o maxilofacial

Los pacientes con sospecha clínica de SAHS serán remitidos a Neumología con los siguientes datos en la e-consulta:

- Historia clínica específica de sueño, especificando al menos profesión, y reseñando los síntomas que presenta el paciente.
- Peso, la talla o IMC y el perímetro del cuello.

Los criterios de derivación serán los siguientes

- a) Derivación preferente en aquellos pacientes con sospecha clínica de SAHS que presenten somnolencia diurna incapacitante, profesión de riesgo (conductor, manejo de maquinaria pesada...) o comorbilidad grave (HTA no controlada, cardiopatía inestable, insuficiencia respiratoria).
- b) Derivación con carácter ordinario en pacientes con ronquido+ apneas + al menos otros 2 síntomas sugestivos de SAHS y somnolencia no explicable por otras causas.
- c) No se remitirán aquellos pacientes roncadores que no cumplan ninguno de los criterios anteriores.

7. TOS

- Tos de más de 6 semanas de evolución sin causa aparente.
- Tos no filiada con asociación de cuadro constitucional, hemoptisis, sudoración nocturna, fiebre prolongada, inmunosupresión.

8. DISNEA

- Pacientes con disnea, excluida causa extrapulmonar de la misma (anemia, cardiopatía, endocrinopatía)
- Pacientes con enfermedad respiratoria crónica que no responden de forma adecuada al tratamiento correcto.

9. HEMOPTISIS

- Se derivarán a Neumología con carácter **preferente** a los pacientes con hemoptisis leves y hallazgos patológicos en la radiografía de tórax.
- Los pacientes con hemoptisis leve, radiografía de tórax normal y buen estado general se tratarán en AP, aunque se derivarán con carácter preferente en las siguientes situaciones, habiéndose descartado previamente el origen gingival, ORL o digestivo (hematemesis):
 - La hemoptisis que se prolonga más allá de una o dos semanas.
 - El paciente con hemoptisis leves recurrentes.
 - Volumen de hemoptisis que supera los 20 ml/día.
 - Paciente fumador y mayor de 40 años (por la elevada probabilidad de desarrollar una neoplasia pulmonar)
 - Sospecha de la existencia de bronquiectasias.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. V. Plaza Moral. Médico de familia y neumólogo: ¿coordinación o confrontación? Propuesta de un esquema de relación entre atención primaria y neumología. Arch Bronconeumol 2004;40(Supl 3):15-7
2. Marina Blanco Aparicio, Julio Delgado Romero, Jesús Molina París, José Tomás Gómez, Fernando Gómez Ruiz, Francisco Javier Álvarez Gutiérrez et al. Criterios de derivación en asma: Documento de consenso. Med Gen Fam. 2019; 8(1): 32-40
3. Marc Miravittles, Juan José Soler-Cataluña, Myriam Calle, Jesús Molina, Pere Almagro, José Antonio Quintano et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Arch Bronconeumol. 2017;53(6):324–335
4. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, Alonso JA, De la Cruz E, Abengózar R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol 2003; 39:35-41.
5. Consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) Papel de la atención primaria en el diagnóstico y control del SAHS. Criterios de derivación a las unidades de sueño y/o al especialista. Arch Bronconeumol. 2005;41 Supl 4:43-44
7. Juliá G, Rodríguez, F. Protocolo diagnóstico de la hemoptisis. Medicine 2002; 8; 4212-4216.