

Criterios de derivación a consultas de Hematología desde Primaria

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

ÍNDICE:

1. CONSULTAS DE DERIVACIONES DISPONIBLES 3

2. TABLAS DE DERIVACIONES:

- 2.1. Anemias: 3
- 2.2. Poliglobulias 4
- 2.3. Leucocitosis con neutrofilia..... 4
- 2.4. Linfocitosis 4
- 2.5. Eosinofilia y monocitosis..... 5
- 2.6. Gammopatías monoclonales 5
- 2.7. Leucopenia 5
- 2.8. Adenopatías 6
- 2.9. Esplenomegalia 6
- 2.10. LDH elevada, confirmada 6
- 2.11. Trombocitosis 7
- 2.12. Trombopenia 7
- 2.13. Alteraciones de la Hemostasia..... 7
- Tabla 1: Criterios de derivación pacientes candidatos para el estudio de trombofilia..... 8
- Tabla 2: Criterios de derivación de pacientes en tratamiento con AVK 8

3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN COMO SOSPECHA DE MALIGNIDAD Y COMO VALORACIÓN POR ESPECIALISTA/PREFERENTE 9

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

1. Consultas de hematología disponibles y criterios de derivación

HEMOSTASIA: Se derivarán a esta consulta las consultas relacionadas con:

- Alteraciones de las pruebas de coagulación,
- Estudios de trombofilia
- Estudios de diátesis hemorrágica
- Complicaciones relacionadas con tratamientos antitrombóticos
- Trombopenias aisladas.

HEMATOLOGÍA CLÍNICA: Se derivarán a estas consultas el resto de patologías hematológicas incluyendo las trombopenias asociadas a otras citopenias.

2. Tabla de derivaciones	.1. Anemias		AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA	OTRAS	
		Ferropénica no complicada	×				
		Ferropénica con sospecha de sangrado digestivo			×		×
		Ferropénica refractaria o con intolerancia a hierro oral			×	×	
		Déficit de B12 o fólico	×	×	×		
		Asociada a otras citopenias o con alteraciones en frotis que sugieran hemopatía			×	×	×
		Anemia asociada a proceso inflamatorio			×		
		Anemia de la insuficiencia renal crónica					×
		Anemia multifactorial del anciano			×		×
		Anemia macrocítica	×	×		×	
Anemia hemolítica autoinmune				×			
Hemoglobinopatías				×			

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

2.2. Poliglobulias

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA	OTRAS
Varón Hto <52%, Hb <18,5 Mujer Hto <47%, Hb <16	×			
Sospecha de poliglobulia secundaria		×		×
Sospecha de poliglobulia primaria (ausencia de causa, aumento de leucocitos y/o plaquetas)			×	(Neumología o Cardiología)

2.3. Leucocitosis con neutrofilia

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA
Leucocitosis con neutrofilia >20.000 sin causa justificante			×
Afectación de otras series hematológicas			×
Células inmaduras en frotis (mielocitos, metamielocitos, promielocitos o blastos)			×
Asociación con adenopatías y/o esplenomegalia			×

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

Resto de casos	×	×	
----------------	---	---	--

2.4 Linfocitosis

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA
Linfocitos >5000 x 10 ⁶ /L, mantenida sin causa evidente			×
Frotis con linfocitos de aspecto inmaduro			×
Asociación con citopenias, adenopatías o megalias			×
Linfocitosis leves, sospecha de proceso infeccioso, autoinmune, etc.	×	×	

2.5. Eosinofilia y monocitosis

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA
Eosinofilia >1500/mm ³ sin causa evidente			×
Asociada a otras alteraciones de hemograma o frotis, adenopatías o megalias			×
Sospecha de parasitosis, alergia, enf. autoinmune, etc, o cifras más leves		×	
Monocitosis >1000/mm ³ sin causa evidente, o asociación con otras alteraciones del hemograma, adenopatías y/o megalias			×
Monocitosis más leves o sospecha de proceso reactivo	×	×	

2.6. Gammopatías monoclonales

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA
Pico monoclonal IgG, IgA <1 g/L, sin datos de afectación orgánica en >80 años	×	×	

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

Pico monoclonal IgG, IgA <1,5 g/L, sin datos de afectación orgánica en paciente mas jóvenes		×	
Pico monoclonal >1,5 g/L, picos IgM, sospecha de daño orgánico (Anemia, I. Renal, dolores óseos), sospecha de amiloidosis, adenopatías y/o megalias			× (Sospecha de Mieloma múltiple sintomático o linfoproliferativo: derivar como sospecha de malignidad)

2.7. Leucopenia

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA
PMN <1000/mm ³ , afectación de otras series, alteraciones en frotis, adenopatías y/o esplenomegalia			×
Resto de casos, y sospecha de causa infecciosa o conectivopatía	×	×	

2.8. Adenopatias

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA	OTRAS
Afectación voluminosa/extensa con repercusión en estado general				× (Urgencias)
Sospecha de síndrome linfoproliferativo		× (consulta de diagnóstico rápido ^o)	× (como sospecha de malignidad)	
Sospecha de proceso infeccioso o autoinmune o sin causa evidente	×	× (diagnóstico rápido ^o)		
Sospecha de metástasis de tumor sólido				× (cirugía o oncología si proceso oncológico conocido)

^o Esta consulta no se puede citar directamente. Se citará telefónicamente en la secretaría de la consulta (91-4265032), o derivando al paciente con PIC a la secretaria de dicha consulta para citación directa

2.9. Esplenomegalia

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA/OTROS	HEMATOLOGÍA
Pacientes con diagnóstico conocido, estables	×		
Sospecha de hepatopatía		× (digestivo)	

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

Sospecha de proceso infeccioso/autoinmune		×	
Sospecha de proceso hematológico por alteración de hemograma, frotis, adenopatías o sin causa clara.			×

2.10. LDH elevada, confirmada

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA/OTROS	HEMATOLOGÍA
Elevación leve, sin clínica asociada, ni alteraciones en estudio básico.	×		
Sospecha de hepatopatía		× (digestivo)	
Sospecha de anemia hemolítica, linfoproliferativo o mieloproliferativo			×
Resto de casos incluyendo sospecha de asociación a válvula protésica, sospecha de neoplasia sólida, o sin causa obvia		× (Cardiología si sospecha de disfunción potésica)	

2.11. Trombocitosis

	AT. PRIMARIA	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA
>450 x 10 ⁹ /L, confirmada, sin causa evidente, reactantes de fase y ferritina normales, antecedente de trombosis, alteración de otras series hematológicas y/o esplenomegalia			×
>450 x 10 ⁹ /L, confirmada, con sospecha de trombocitosis reactiva		×	
<450 x 10 ⁹ /L, asintomático y sin alteraciones en estudio básico	×		

2.12. Trombopenia

	AT. PRIMARIA	HEMOSTASIA	HEMATOLOGÍA	MEDICINA INTERNA
Aislada menor de 70 x 10 ⁹ /L y sin causa evidente		×		
Acompañada de otras citopenias			×	
Aislada y >70 x 10 ⁹ /L, o sospecha de asociación con enfermedad sistémica no hematológica	× (>100 x 10 ⁹ /L sin alteraciones relevantes en estudio básico)			×

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

Sospecha de hepatopatía			× (medicina interna o digestivo)
-------------------------	--	--	-------------------------------------

2.13. Alteraciones de la hemostasia

	AT. PRIMARIA	HEMOSTASIA
INR	<1,4	>1,4
T cefalina	Ratio <1,3	Ratio >1,3
Fibrinógeno		≤120 El fibrinógeno es un reactante de fase aguda por lo que sus elevaciones no son objeto de estudio en hemostasia
Deficit proteína C, proteína S, antitrombina		×
Tratamiento anticoagulante y antitrombótico		× (según indicaciones ya consensuadas)
Estudio de trombofilia		Según criterios de derivación de tabla 1

Otras:

-Elevación de ferritina: Medicina interna.

-Pancitopenia: salvo casos con causa no hematológica muy evidente (como hepatopatía con hiperesplenismo), derivar a hematología.

Tabla 1

CREITERIOS DE DERIVACIÓN PACIENTES CANDIDATOS PARA EL ESTUDIO DE TROMBOFILIA
<ul style="list-style-type: none"> 1º episodio de enfermedad tromboembólica en pacientes de < de 60 años. Localizaciones poco habituales del episodio trombótico (vasos cerebrales, mesentéricos, etc.) Enfermedad tromboembólica de repetición. Complicaciones obstétricas no filiadas: abortos de repetición (3 ó más abortos), muerte fetal intrauterino, crecimiento intrauterino retardado, preeclampsia. Familiares de pacientes con trombofilia primaria y/o antecedentes trombóticos relevantes Trombosis o púrpura fulminante neonatal

Tabla 2

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AVK

- Con carácter general, se puede aplicar el protocolo de manejo de Tratamiento AVK Área primaria-especializada.
- A criterio del área se pueden enviar los pacientes en tratamiento con AVK de muy alto riesgo trombótico y que precisen HBPM como terapia puente para la realización de exploraciones o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
- Pacientes con complicaciones hemorrágicas y en rango terapéutico.
- Pacientes con complicaciones no hemorrágicas del tratamiento con AVK.
 - Reacciones alérgicas
 - Necrosis por dicumarínicos
 - Síndrome dedo-púrpura

3. Criterios de derivación como sospecha de malignidad y como valoración por especialista/preferente

Es imposible hacer una lista detallada de todos los posibles supuestos de derivación de estas categorías, y ningún listado puede sustituir al criterio clínico valorando todos los datos en su conjunto, pero a modo orientativo incluimos los siguientes ejemplos.

Todos estos criterios son aplicables a enfermos sin diagnóstico conocido, y que cumplan los criterios de derivación a hematología (y no a otras especialidades) descritos previamente

CONSULTA HEMATOLOGÍA CLÍNICA:

Derivación como sospecha de malignidad:

- Frotis donde se informe la presencia de blastos o células de aspecto inmaduro
- Leucocitosis >50.000 sin causa justificante.
- Pancitopenia con citopenia severas sin causa evidente (plaquetas <50.000, PMN <1000, Hb <9): las citopenias muy severas aunque sean aisladas serán derivadas preferentemente a urgencias (plaquetas <15-20.000, Hb <7,5-8 g/dl, PMN <500 solo si fiebre o clínica infecciosa acompañante)
- Linfocitosis asociada a citopenias, adenopatías patológicas y/o esplenomegalia.
- Pico monoclonal con sospecha de Mieloma múltiple sintomático (anemia, insuficiencia renal, y/o dolores óseos intensos no explicables por otras causas)
- Sospecha de síndrome linfoproliferativo agresivo: adenopatías grandes, o rápidamente progresivas, con aumento de LDH, sintomatología general, etc. Si la sospecha es un síndrome linfoproliferativo crónico en base a linfocitosis moderada estable y/o pequeñas adenopatías poco progresivas derivar como valoración

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			

por especialista.

Derivación valoración por especialista/preferente:

- Anemia con Hb <8 gr/dl
- Sospecha de anemia hemolítica autoinmune
- Poliglobulia con hematocrito \geq 58%
- Linfocitosis con frotis con sospecha de síndrome linfoproliferativo crónico.
- Neutrófilos <800, asintomáticos. Si se acompañan de fiebre o clínica infecciosa derivar a urgencias.

CONSULTA DE HEMOSTASIA.

- Citación urgente (el paciente será valorado el mismo día en la consulta, 2º planta del pabellón de consulta con un volante de derivación): pacientes en tratamiento con sintrom e INR > de 9, sin sangrado.
- A valorar por el especialista: Gestantes con cualquier tratamiento antitrombótico, pacientes con tratamiento con HBPM a dosis terapéuticas, trombopenias de <50.000/ml, clínica hemorrágica (sin criterios de derivación a el servicio de Urgencias) en pacientes con tratamiento antitrombótico.
- Citación normal: el resto de los pacientes.

En todos estos casos si hay sintomatología importante con repercusión franca en estado general derivar a urgencias.

	FECHA	NOMBRE	FUNCIÓN
Revisado			
Aprobado / Entrada en vigor			