

**Criterios de derivación y alta de patologías endocrinológicas y nutricionales**

**Actualización 2023**

PATOLOGÍA	CRITERIOS DE DERIVACIÓN	CRITERIOS DE ALTA	PLAN DE TRATAMIENTO Y/O SEGUIMIENTO EN AP	GUÍAS	
Hipotiroidismo primario	-TSH>10 y/o T4L baja a pesar de tratamiento. -Dificultad para el ajuste de dosis. Derivar por teleconsulta preferentemente.  -Bocio asociado. Derivación normal.  No derivar hipotiroidismo subclínico o controlado con tratamiento, ni positividad de anticuerpos aislada.	Tras ajuste de tratamiento, si no requiere ampliar estudio del bocio	TSH cada 3-6 meses hasta valor estable (2 dentro de valor de referencia) y después anual.  No repetir Ac TPO.	NICE 2019 <a href="http://www.nice.org.uk/guidance/ng145">www.nice.org.uk/guidance/ng145</a>	
Hipertiroidismo primario	- T4L y/o T3L elevada. Derivación preferente.  - TSH<0,1 con T4L/T3L normal. Derivación normal.  -No derivar TSH 0,1-0,4 mcU/mL sin confirmar >=3 meses, salvo evidencia de enfermedad tiroidea (bocio, nodularidad y/o Ac anti receptor de TSH+).	Normalidad analítica tras interrumpir el tratamiento con antitiroideos o tras el tratamiento con radioyodo.  Tras ajuste de dosis de tiroxina si cirugía.	Medición de TSH anualmente si asintomático; con la frecuencia precisa en función de reaparición de síntomas	NICE 2019 <a href="http://www.nice.org.uk/guidance/ng145">www.nice.org.uk/guidance/ng145</a>	
Nódulo tiroideo	-Derivación preferente: nodulación tiroidea palpable, de reciente aparición o no estudiada, especialmente si aparición rápida; cambios clínicos claros en nódulo/s ya estudiado/s (disfagia, disfonía, disnea, expectoración hemoptoica, crecimiento objetivo); adenopatías asociadas a nuevo nódulo tiroideo o a nodulación ya conocida.  -Derivación normal: bocio; nódulo detectado en estudio ecográfico que requiere PAAF (TI-RADS 3 > 2,5 cm, TI-RADS 4 > 1,5 cm) o seguimiento (TI-RADS 3 > 1,5 cm, TI-RADS 4 > 1 cm).	Tras estudio, si no se va a realizar ninguna intervención adicional ni requiere seguimiento.	TSH anual  Vigilancia de clínica compresiva. Si disfonía derivar también a ORL	EU-TIRADS. Eur Thyroid J. 2017. DOI: 10.1159/000478927	Si dudas en 3º supuesto se ofrece TC

	-No precisan derivación quistes/nódulos tiroideos incidentales que no requieren seguimiento (TI-RADS 1-2; TI-RADS 3 < 1,5 cm). Tampoco tiroides heterogéneos y/o pseudonodulares asociados a hipotiroidismo autoinmune o Ac TPO (+).					
Cáncer de tiroides		Ca. papilar de bajo riesgo, con ablación con radioyodo, respuesta bioquímica y estructural completa al menos 5 años, con levotiroxina a dosis no suprafisiológicas.  Se derivaría de nuevo si TG detectable, cambios clínicos (aparición de nueva nodularidad o adenopatías).	Control TSH, objetivo 0,5-2 mcU/mL; Tiroglobulina (TG) y Ac antiTG	Eur J Endocrinol 2020; DOI: 10.1530/EJE-19-0960.	Si dudas o para cargar analítica (TG y Ac TG) se ofrece TC.	
Hipoparatiroidismo posquirúrgico		Dosis estable de calcitriol y calcio	Calcemia corregida por albúmina, fósforo, función renal y calciuria de 24h: anuales o en función de síntomas. Mantenimiento de tratamiento (renovación por AP adscrita al visado previo antes del año)		TC para incidencias o renovación de prescripción caducada.	
Diabetes mellitus tipo 2	Derivación normal: -deficiente control metabólico entendido como mal control crónico (HbA1c >9% a pesar de insulinización) o hipoglucemias frecuentes, inadvertidas o graves, tras refuerzo educativo <sup>*ver proceso</sup> En personas <70 años aceptaríamos derivaciones con HbA1c > 8,5% en casos especiales. -planificación de embarazo.  Derivación preferente: -HbA1c >10% -sintomatología cardinal (pérdida de peso, poliuria, polidipsia) -hipoglucemias graves, frecuentes o inadvertidas -gestación -pie diabético de evolución tórpida (sin criterio de ingreso, que se derivaría a urgencias).  -No derivar para instalación de MFG, salvo hipoglucemias graves o gestación. -No derivar presencial para continuidad de visado de recetas de arGLP1, acogerse al visado previo; en caso de vencimiento, puede realizarse valoración por teleconsulta. -No derivar a unidad de pie diabético pie de riesgo sin úlceras.		Tras optimización terapéutica, con HbA1c <8% (o el mejor control posible tras la intervención de endocrinología).	HbA1c cada 3-6 meses según intervenciones realizadas, función renal y albuminuria/proteinuria, control FRCV, retinografía cada 1-2 años	<a href="#">Recomendaciones usm diabetesmellitus2_18_07_2022.pdf</a> <a href="http://www.sspa.junta.deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/22-atencion-problemas-cronicos/221-diabetes-mellitus/2211-proceso-asistencial-integrado-para-la-diabetes-mellitus">http://www.sspa.junta.deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/22-atencion-problemas-cronicos/221-diabetes-mellitus/2211-proceso-asistencial-integrado-para-la-diabetes-mellitus</a>	TC en casos en que el paciente no deba/pueda desplazarse, o para dudas.

Diabetes tipo 1	<p>Derivación preferente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-debut de diabetes tipo 1 (según situación del paciente incluso urgente a hospital de día previo contacto, 674137, 670942137)</li> <li>-embarazo</li> <li>-hipoglucemia grave o descompensación hiperglucémica reciente</li> <li>-hipoglucemias frecuentes o inadvertidas</li> <li>-HbA1c&gt;9%</li> </ul> <p>Derivación normal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pérdida de seguimiento</li> <li>- paciente nuevo en área sanitaria</li> </ul>	No alta: seguimiento hospitalario con continuidad asistencial en AP	HbA1c cada 3-6 meses según intervenciones realizadas, función renal y albuminuria/proteinuria, control FRCV, retinografía cada 1-2 años	<a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/22-atencion-problemas-cronicos/2211-diabetes-mellitus/2211-proceso-asistencial-integrado-para-la-diabetes-mellitus">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/22-atencion-problemas-cronicos/2211-diabetes-mellitus/2211-proceso-asistencial-integrado-para-la-diabetes-mellitus</a>	TC para dudas	
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-IMC&gt;40 kg/m<sup>2</sup></li> <li>-IMC&gt;35 kg/m<sup>2</sup> con comorbilidades significativas no controladas (DM, HTA, cardiorrespiratorias, etc.).</li> <li>-No derivar para tratamiento con ArGLP1 si no cumple los criterios anteriores (indicación no financiada)</li> <li>-No derivar con IMC&lt;35 kg/m<sup>2</sup></li> </ul> <p>NO SE ACEPTARÁN DERIVACIONES SIN IMC</p>	<p>Tras programa de intervención estructurada por dietistas, haya o no logrado la pérdida de peso.</p> <p>Si falta a dos visitas sucesivas de dietistas, será alta. No se aceptará nueva derivación hasta pasado al menos 1 año.</p> <p>Tras inclusión en LEQ de cirugía de la obesidad, los pacientes sin obesidad extrema ni comorbilidades severas también serán dados de alta y se reevaluarán próximo a la misma.</p>				
Dislipemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hiperlipemias sugerentes de familiares (familiar heterocigota: col total &gt;300 y/o LDL &gt; 190 mg/dl y/o antecedentes familiares de primer grado con ECV precoz )</li> <li>-Triglicéridos&gt; 500 mg/dL tras tratamiento correcto; pancreatitis lipémica.</li> <li>- Prevención secundaria si posible candidato a IPCSK9.</li> </ul>	En objetivos según guías con tratamiento farmacológico apropiado.				
Hiperprolactinemia	Sintomática y confirmada con 2 determinaciones con condiciones preanalíticas correctas*; incluir función renal; TSH; estradiol y progesterona para asegurar la extracción en fecha correcta.	Sin prolactinoma, con o sin tratamiento.	Según recomendaciones específicas para el caso, hechas en informe de alta.		Si incidencias en seguimiento o tras alta se ofrece TC.	
*extracción sin ACHO, en fase folicular precoz (<1 semana del 1º día de regla), 2h de vigilia, sin ejercicio previo ni coito, idealmente sin fármacos que la afecten.						

Incidentaloma adrenal	<p>No estudiados, &gt; 1 cm</p> <p>Ya estudiados, tras cambios clínicos significativos (mal control de PA y/o de DM, aparición de signos cushingoides).</p>		Estudiado, sugerente de adenoma, < 4 cm y afuncional	Según recomendaciones específicas para el caso, hechas en informe de alta	Endocrinol Diabetes Nutr 2020 <a href="https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.002">https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.002</a> 2530-0164	Si dudas TC	
Desnutrición relacionada con la enfermedad	Patologías incluidas en los supuestos financiables con cargo al SNS <sup>*ver protocolo</sup>	Tras estudio e intervención	Según recomendaciones específicas para el caso, hechas en informe de alta	<p>Protocolo nutrición enteral y productos dietoterápicos v2 <a href="https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/k_protocolo3_valoracion_nutricional.pdf">https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/k_protocolo3_valoracion_nutricional.pdf</a></p>		Si incidencias en seguimiento o tras alta, se ofrece TC.	
Embarazo	<p>Derivación preferente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-hipertiroidismo franco (T4L y/o T3L elevadas)</li> <li>-Hipotiroidismo franco (TSH&gt;10 y/o T4L baja)</li> <li>-diabetes gestacional confirmada con SOG 100g (Se recuerda que existe alerta de laboratorio en cribado 1ºT por la cual citamos directamente a estos 3 perfiles de pacientes)</li> <li>-gestación no planificada en diabetes pregestacional</li> </ul> <p>Derivación normal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-hipotiroidismo previo: dificultades para el ajuste de dosis; tratamiento de fertilidad; congénitos; tiroidectomía previa (preferentemente estos casos por teleconsulta)</li> <li>-Hipertiroidismo gestacional subclínico, otros hipertiroidismos subclínicos; antecedente de Graves Basedow, bocio o nodularidad.</li> <li>-tiroiditis posparto vs reactivación hipertiroidismo en los primeros 6 meses tras parto.</li> <li>-planificación de embarazo en diabetes pregestacional</li> <li>-cualquier patología endocrina previa que requiera seguimiento en el embarazo (prolactinoma, hiperplasia adrenal, patología hipofisaria, etc.)</li> </ul>			<p>-Hipotiroidismo: en 2º trimestre tras ajuste de tratamiento, con recomendaciones de manejo para 2º-3º trimestres o posparto</p> <p>-Hipertiroidismo: en 2º trimestre si gestacional; tras revisión posparto si autoinmune</p> <p>-Diabetes gestacional: última visita semana 33-35.</p> <p>-Diabetes pregestacional: tras revisión posparto, tipo 2 vuelve a atención primaria.</p>		<p>Documento de consenso SEEN SEGO 2022. <a href="https://www.seen.es/ModulGEX/works/pace/publico/modulos/web/docs/apartados/3356/100322_120046_35744284_81.pdf">https://www.seen.es/ModulGEX/works/pace/publico/modulos/web/docs/apartados/3356/100322_120046_35744284_81.pdf</a></p>	Se ofrece TC.