

Críteris de resolució de l'Atenció Primària i de derivació entre nivells.

- El servei d'Hematologia de SJD dona atenció a pacients sense patologia oncològica.
- Servim de derivació de 2n nivell pel territori (CAPIBE) i de 3r nivell per patologia hematològica greu.
- Totes les derivacions que arriben al servei son valorades de manera individual per establir el seu nivell de prioritat depenent de la informació inclosa a la derivació i a la història clínica compartida de Catalunya.

| Problema de salut | Resolució a APS | Derivació al 2n nivell | Derivació al 3r nivell | Comentaris |
|--|---|------------------------|------------------------------------|--|
| Alteracions analítiques sense especificar | | | | No es valoraran peticions amb informació inespecífica tipus "alteració analítica / hemograma alterat". |
| Adenopaties | | | | Derivació al servei de pediatria. |
| Bicitopènia / pancitopènia | Bicitopènia lleu transitòria associada a infecció intercurrent. | -Bicitopènia lleu | -Bicitopènia greu -Pancitopènia | Derivació a urgències si clínica. |

| Leucòcits | Resolució a APS | Derivació al 2n nivell | Derivació al 3r nivell | Comentaris |
|--------------------|--|---|---|--|
| Leucopènia | -Leucopènia lleu sense clínica infecciosa amb dosificació d'immunoglobulines normal. | | -Leucopènia amb neutropènia < 1.000/mmcc o amb clínica infecciosa rellevant. | Valorar derivació al servei d'immunologia si leucopènia greu amb limfopènia. |
| Neutropènia | -Neutropènia lleu (>1000/mmcc) post-infecciosa -Maneig inicial segons protocol específic. | -Moderada 500-1000/mmcc si clínica rellevant. -Moderada 500-1000/mmcc que persisteix en un 2n control analític.* | -Signes de alarma -Greu < 500/mmcc neutròfils que persisteix en control analític en estudi de primera línia normal | El grau d'urgència s'individualitza depenent de la clínica. Valorar xifra de neutròfils totals (no per %). |
| Eosinofília | -Lleu-moderada. Descartar paràsits i al·lèrgia. | -Greu (> 1.500/mmcc) que persisteix tot i haver descartat patologia secundària (paràsits/al·lèrgia). | -Greu > 1.500/mmcc que persisteix més de 6 mesos sense clínica (descartades causes secundàries). | No derivar sense haver descartat patologia secundària. |

*Veure protocol específic

| Sèrie vermella | Resolució a APS | Derivació al 2n nivell | Derivació al 3r nivell | Comentaris |
|--|---|---|---|---|
| Estat ferropènic | -Ferritina baixa sense anèmia. | | | El ferro lliure baix no és indicatiu de ferropènia i no cal tractar-lo. |
| Anèmia ferropènica | -Anèmia (Hb > 8-9 g/dL) amb ferropènia. -Anèmia (Hb 7-8 g/dL) en nen <4-5 anys de causa carencial per mal menjador | -Anèmia (7-8 g/dL) amb ferropènia sense causa clara. -Sospita malabsorció. -Anèmia lleu en noies adolescents amb sagnat menstrual abundant. -Anèmia ferropènica que no ha respòs a tractament a dosis correctes. | -Anèmia greu (Hb <7 g/dL). -Sagnat menstrual abundant en noies adolescents amb anèmia greu-moderada. | -Derivació a urgències NO MÉS si clínica rellevant [en pacient asimptomàtic iniciar tractament oral]*. -Valoració etiològica inicial i recomanacions dietètiques per part d'APS. -Valorar mala adherència al tractament abans d'enviar. -Assegurar correcta dosificació [4-6 mg/kg de ferro elemental].* |
| Anèmia no ferropènica | | -Anèmia normocítica lleu. -Hemòlisi sense anèmia. | -Anèmia amb paràmetres d'hemòlisi. -Anèmia normocítica moderada-greu. -Anèmia macrocítica amb vitamina B12 i fòlic normals. | |
| Microcitosi | -Descartar i tractar ferropènia. -Estudi d'hemoglobines si no hi ha ferropènia | -Microcitosi sense ferropènia (si no es pot fer est. Hb). | -Microcitosi sense ferropènia amb estudi d'hemoglobines normal. | |
| Portador hemoglobina S al diagnòstic prenatal | Informació i recomanacions des d'APS. | -No cal. | -No cal. | Més informació al webinar: "Els portadors de trets falciformes en el cribratge neonatal, gestió i circuits en atenció primària" https://youtu.be/7odsdWps3-g |
| Sospita hemoglobinopatia | | | -Estudi d'hemoglobines alterat excepte Hb S <50%. | Si Hb S < 50% veure apartat "Portador hemoglobina S al diagnòstic prenatal". |
| Poliglobúlia | -Associada a deshidratació. | -Poliglobúlia en adolescents asimptomàtics | -Hb > 13-14 g/dL en nens i nenes pre-adolescents -Presència de símptomes. | Símptomes: rubicundesa, cefalea persistent incapacitant, prurit aquagènic, digestions pesades. |

*Veure protocol específic

| Hemostàsia | Resolució a APS | Derivació al 2n nivell | Derivació al 3r nivell | Comentaris |
|------------------------------|---|---|--|--|
| Sospita coagulopatia | <ul style="list-style-type: none"> -Epistaxi lleu sense cap altra simptomatologia. -Epistaxi unilateral. -Epistaxi en nens i nenes amb rinitis. -Hematomes petits en zones acres. <p>(es probable que aquestes entitats no estiguin relacionades amb alteracions de la coagulació i que no precisin estudi analític).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si clínica no greu, realitzar estudi i seguir protocol específic | <ul style="list-style-type: none"> -Clínica hemorràgica** amb proves de coagulació normals. | <ul style="list-style-type: none"> -Clínica hemorràgica amb símptomes d'alarma.*** -Antecedents familiars de coagulopatia moderada/greu (sobre tot si hi ha clínica). -Davant sospita de maltractament derivació a unitat específica. | <p>**Clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Epistaxi <u>bilateral</u> sense traumatisme digital i més de 5-10 minuts de duració. -Hematomes exagerats en llocs poc habituals. -Sagnat menstrual abundant. -Sagnat post-cirurgies / extracció dentària / petites ferides. -Sagnat sense causa clara. <p>***Clínica d'especial interès (especialment en nens i nenes <1-2 anys):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gran hematoma o sagnat després de punció per analítica, prova taló, vacuna... -Hemartrosi. -Sagnat important post-circumcisió. |
| Alteració TP | <ul style="list-style-type: none"> -Lleu-moderada (TP rati 1,2-2) per dèficit lleu de factor VII. -Dèficit lleu factor VII (>30%)* | <ul style="list-style-type: none"> -TP rati > 2 que persisteix tot i administració de vitamina K.* -Dèficit moderat de factor VII o de via comú (<30%). | <ul style="list-style-type: none"> -TP rati > 3-4. -Dèficit greu factor VII (<20%). | <ul style="list-style-type: none"> -Derivació urgent si s'objectiva dèficit greu de factor. |
| Alteració TTPa | <p>TTPa allargat i:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presència d'anticoagulant lúpic. -Dèficit de factor XII | <ul style="list-style-type: none"> -TTPa rati >1,2-2 per a estudi. | <ul style="list-style-type: none"> -Qualsevol dèficit de factor VIII, IX, XI. | <ul style="list-style-type: none"> -Derivació urgent si s'objectiva dèficit greu de factor. |
| Alteració TP i TTPa | <p>Si alteració lleu administrar vitamina K i repetir estudi.*</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Alteració de TP i TTPa que persisteix tot i administració de vitamina K.* | <ul style="list-style-type: none"> -Alteració greu de TP i TTPa (ratis > 2). -Dèficit de factors de via comú (X, V, II). | <ul style="list-style-type: none"> -Derivació urgent si s'objectiva dèficit greu de factor. |
| Dèficit lleu factor | <ul style="list-style-type: none"> -Dèficit lleu de factor VII (> 30%).* | | | |
| Anticoagulant lúpic | <p>Informació i valoració des d'APS.</p> <p>Casos asimptomàtics.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Persistència > 6-12 mesos (només si hi ha símptomes compatibles amb lupus eritematós sistèmic) . | | <p>L'anticoagulant lúpic allarga el TTPa però no implica risc de sagnat. Habitualment es transitori a l'edat pediàtrica.*</p> |
| Estudi de trombofília | <p>Informació des d'APS.</p> | | | <p>L'estudi de trombofília no té indicació a l'edat pediàtrica. Els estudis per treballa familiar es poden valorar al voltant de la adolescència.</p> |

| | | | | |
|--------------------|--|--|--|---|
| Trombopènia | -Aïllada 100-150.000/mmcc si no clínica rellevant. Es recomana control en 3-6 mesos. Si persisteix, derivar. | -Trombopènia moderada 50-100.000/mmcc. | -Trombopènia greu. -Trombopènia moderada amb clínica de sagnat rellevant. -Trombopènia amb macrocitosi | Derivar a urgències si clínica greu o molt cridanera. |
|--------------------|--|--|--|---|

*Veure protocol específic