9.1. Criterios de derivación

PUNTOS CLAVE

1. La Atención Primaria es responsable del diagnóstico, el tratamiento, el control y la intensificación terapéutica de la mayoría de las personas con DM2, y del cribado de gran parte de sus complicaciones.
2. Los criterios que siguen son orientativos: los circuitos y los recursos varían entre áreas y comunidades autónomas, y deben adaptarse al protocolo local.
3. Derivar no es delegar: la derivación debe llevar una pregunta clara para el especialista, sin que el paciente deje de estar controlado en Atención Primaria.
4. Muchas dudas se resuelven sin derivar: una consulta no presencial, una interconsulta virtual o el contacto con el referente en diabetes del centro suelen bastar.
5. Las complicaciones hiperglucémicas agudas y la hipoglucemia de grado 3 que requiere observación son las únicas situaciones de derivación urgente propiamente diabetológica.

La Atención Primaria constituye el nivel asistencial responsable del diagnóstico, el tratamiento, el control y la intensificación terapéutica de la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), así como del cribado y el manejo de gran parte de sus complicaciones. No obstante, determinadas situaciones clínicas requieren valoración hospitalaria o coordinación con otros niveles asistenciales (Ministerio de Sanidad, 2012; García-Soidán FJ, 2018).

Los recursos disponibles y los circuitos de derivación varían entre áreas sanitarias y comunidades autónomas, de modo que los criterios que siguen deben adaptarse a los protocolos locales. En los centros de salud donde exista la figura del referente en diabetes, consultarle facilita la toma de decisiones ante dudas de manejo o seguimiento y mejora la coordinación entre niveles (Tabla 1; De la Sen Fernández C, 2015).

Tabla 1. Criterios de derivación según el destino

Destino	¿Cuándo derivar?	Consideraciones
Urgencias hospitalarias	Hiperglucemia grave con sospecha de cetoacidosis diabética. Sospecha de estado hiperglucémico hiperosmolar. Hipoglucemia de grado 3, cuando sea necesaria la observación posterior.	La sospecha de una complicación hiperglucémica aguda requiere valoración hospitalaria (Capítulo 7.1).
Endocrinología	Sospecha de un tipo de diabetes distinto de la DM2, especialmente DM1 o LADA (Capítulo 1). Necesidad de estudio de autoinmunidad. Embarazo en la mujer con DM2 (Capítulo 8.2). Control metabólico fuera de objetivo pese a tratamiento con dos o más dosis de insulina. Personas en hemodiálisis. Hiperglucemia mantenida sin criterios de urgencia (cetosis simple, o hiperglucemia > 300 mg/dl durante ≥ 24 h sin mal cumplimiento terapéutico): valorar el circuito de hospital de día donde exista.	La disponibilidad de determinadas pruebas varía entre comunidades autónomas; en algunos casos basta con solicitar la analítica desde atención hospitalaria sin derivar al paciente. La diabetes gestacional se valorará en Endocrinología según los circuitos establecidos. En hospitales sin endocrinología, estos criterios orientan la derivación a medicina interna.

Destino	¿Cuándo derivar?	Consideraciones
Medicina Interna	Persona mayor con DM2 y pluripatología que no dispone de valoración especializada. Los mismos criterios de derivación que a endocrinología, en los hospitales que no cuentan con esa especialidad.	Alternativa a endocrinología cuando esta especialidad no está disponible en el área. Si predomina la fragilidad sobre la pluripatología, valorar geriatría (véase la fila siguiente).
Geriatría	Persona mayor con DM2 y fragilidad, trastorno funcional físico o psíquico relevante, polifarmacia o fragilidad social.	La valoración geriátrica integral y el manejo de la fragilidad se desarrolla en el Capítulo 8.1; en centros sociosanitarios, véase también el Capítulo 8.6.
Oftalmología	Cribado de retinopatía cuando no se dispone de retinógrafo no midriático, o ante imágenes dudosas o patológicas en la retinografía. Signos de retinopatía diabética detectados en la retinografía (Capítulo 7.6). Urgencias oftalmológicas, incluida la disminución brusca de la agudeza visual.	Tras la derivación por retinopatía, el seguimiento oftalmológico se establece en función de su gravedad. El circuito de lectura y derivación desde las unidades de cámara no midriática se detalla en el Capítulo 7.6.
Nefrología	Se aplican los criterios generales de derivación de la enfermedad renal crónica, detallados en el Capítulo 7.3.	La diabetes no establece criterios de derivación distintos de los de la ERC, aunque esta complicación es muy prevalente en la DM2.
Cirugía vascular, podología y ortopedia, o unidad de pie diabético	Arteriopatía periférica con dolor en reposo o claudicación intermitente. Índice tobillo-brazo disminuido. Sospecha de úlcera relacionada con pie diabético. Pie de Charcot agudo. Úlcera de mala evolución pese al tratamiento en Atención Primaria. Ausencia de pulsos con clínica de oclusión vascular, o soplo carotídeo asociado a claudicación. Deformidades del pie, alteraciones funcionales u osteomielitis, o hiperqueratosis severa (podología y ortopedia).	Se derivará al circuito disponible en cada área: cirugía vascular, podología, ortopedia o unidad de pie diabético, según el problema predominante. Los criterios de gravedad y los plazos de derivación figuran en el Capítulo 7.5.
Cardiología	Dolor torácico de características anginosas. Disnea o fatiga inexplicada o desproporcionada al esfuerzo. Síncope de repetición. Soplo cardíaco no filiado. Alteraciones significativas en el electrocardiograma.	Los criterios relacionados con la enfermedad cardiovascular establecida se detallan en el Capítulo 7.2.

Destino	¿Cuándo derivar?	Consideraciones
Neurología	Duda diagnóstica de neuropatía diabética, o neuropatía refractaria al tratamiento habitual. Sospecha de patología vascular cerebral (episodios de isquemia cerebral transitoria). Valoración y seguimiento de secuelas de un ictus.	El manejo de la neuropatía diabética se desarrolla en el Capítulo 7.4.
Unidad de obesidad o cirugía metabólica	Obesidad en la que se considere necesario un abordaje especializado multidisciplinar. Valoración de cirugía metabólica en personas con DM2 a partir de un IMC ≥ 30 kg/m² (Capítulo 6.1).	Las unidades de obesidad permiten protocolizar el tratamiento y fijar objetivos individualizados y, cuando está indicado, canalizan la valoración por cirugía metabólica.
Odontología	Afectación dental o periodontal. Cribado de patología bucodental asociada a la diabetes.	La obra no dedica un capítulo específico a la salud bucodental; se incluye aquí como recordatorio de un circuito habitual en la práctica.
Otros destinos	Digestivo, unidad del sueño, salud mental y nutrición: los criterios específicos figuran en los capítulos correspondientes (6.7, 6.6, 6.8 y 5.1).	Conviene comprobar qué circuitos existen realmente en el área antes de fijarlos en un protocolo local.

DM1: diabetes mellitus tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ERC: enfermedad renal crónica; IMC: índice de masa corporal; LADA: diabetes autoinmune latente del adulto.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, 2012 y 2022; Franch-Nadal J, 2014; De la Sen Fernández C, 2015; García-Soidán FJ, 2018; Alonso M, 2023, y aportación adicional de Franch Nadal J sobre derivaciones entre especialidades (documento de trabajo, sin publicar).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Antes de derivar, valorar si una consulta no presencial o una llamada al referente en diabetes resuelve la duda.
2. Comprobar qué circuitos existen de verdad en el área: la tabla es orientativa, el protocolo local manda.
3. En la derivación, dejar escrito qué se espera de la consulta especializada; una derivación sin pregunta concreta vuelve sin respuesta.
4. Revisar que la derivación por retinopatía, enfermedad renal crónica o pie diabético sigue los criterios de los capítulos 7.6, 7.3 y 7.5, y no un criterio propio.

Bibliografía

1. Alonso M. Enfermedad renal crónica. Diabetes Práctica. 2023;14(Supl Extr 2):6-11. doi:10.52102/diabetpract.renal.art2
2. De la Sen Fernández C. ¿Cuáles son los criterios de derivación a consulta especializada que se proponen? En: Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Organización de la consulta. Madrid: Fundación redGDPS; 2015.
3. Franch-Nadal J, Barrot de la Puente J, Girbés Borrás JA, López-Gálvez M, Pareja Ríos A, Romero-Aroca P, et al. Consenso en el cribado de la retinopatía diabética. Diabetes Práctica. 2014;5(3).
4. García-Soidán FJ, coordinador. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: recomendaciones de la redGDPS. Madrid: Fundación redGDPS; 2018.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid: MSSSI; 2012.
6. Ministerio de Sanidad. Abordaje del pie diabético. Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.