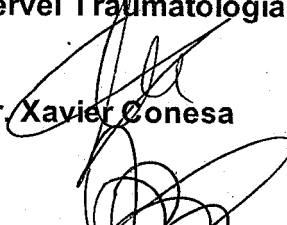
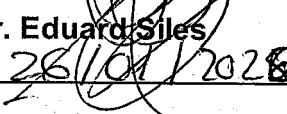
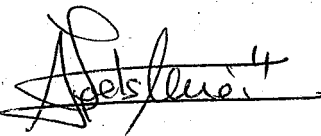


 Badalona Serveis Assistencials	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 1 de 21

APROVACIÓ - Gener 2026		
Cap de Servei Atenció Primària	Servei Traumatologia	Direcció Qualitat i Seguretat Pacients
 26/01/2026 Dr. Alex Escosa Farga	 Dr. Xavier Conesa  Dr. Eduard Siles 28/01/2026	 Sra. Angels Fumás 26/01/2026

Millora de la coordinació entre l'APiC i l'AH Badalona Serveis Assistencials (BSA)

**Fitxes Protocols Normalitzats de derivació des de
l'Atenció Primària de BSA al Servei TRAUMATOLOGIA**

Regió Sanitària Metropolitana Nord
Hospital Municipal de Badalona (BSA) / Servei TRAUMATOLOGIA i
Primària Badalona Serveis Assistencials

Atenció

	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 2 de 22

CRITERIS D'ACTUACIÓ EN TRAUMATOLOGIA-APARELL LOCOMOTOR

ÍNDEX FITXES PROCÉS

1.PROCÉS RAQUIS / LUMBALGIA i CERVICALGIA.....	3
2.PROCÉS PELVIS i MALUC.....	7
3.PROCÉS ESPATLLA DOLOROSA	10
4.PROCÉS GENOLL- GONALGIA	13
PROCÉS DE LA MÀ I CANELL	16
6.PROCÉS PATOLOGIA PEUS I TURMELL.....	19

1.PROCÉS RAQUIS / LUMBALGIA I CERVICALGIA

Exploracions en Atenció Primària

- Clínica de dolor a zona lumbar que pot estar acompanyada o no de símptomes radiculars. Aguda (6 setmanes a 12 setmanes) o Crònica (>3m)
- **Exploració física:** inspecció; palpació (espinoses i paravertebral); avaluació mobilitat; avaluació neurològica (força i sensibilitat a EEII; distribució metamèrica del dolor i/o dèficit motriu/alteració sensitiva; reflexos OT).

Senyals d'alerta: edat >55 anys, amb antecedent de trauma sever previ (o lleu en pacients amb OP), antecedent de neoplàsia, VIH o immunodeficiències, febre, malestar general, pèrdua de pes, ITU, presa de corticoides v.o, dolor amb ritme inflamatori, antecedent d'ADVP, dolor associat a incontinència d'esfínters, anestèsia en sella de muntar o dèficit neurològic

Proves diagnòstiques recomanades

1.Proves que sol·licita Atenció Primària (AP)

- **Sempre sol·licitar RX Front i perfil – si dolor persistent mes de 6 setmanes o signes d'alarma.**
- **Afegir RMN Lumbar NOMÉS si claudicació neurògena de la marxa i clínica ciatàlgia**
 - No recomanat TAC Lumbar – doncs s'irradia a pacient i no aporta com RMN. No utilitat del TAC
 - EMG només en casos d'afectació neurògena important i disminució ++ sensibilitat extremitat inferior

2.Proves que sol·licita Atenció Hospitalària (AH) – TRAUMATOLOGIA

- Altres RX si fos necessari
- RMN
- TAC Lumbar – si fos necessari

Seguiment a l'Atenció Primària

Lumbàlgia aguda

Tractament analgèsic i/o mesures no farmacològiques durant unes 6-12 setmanes ,si no hi ha signes d'alarma, amb controls clínics periòdics.

No està indicat demanar RX lumbar abans de les 4-6 setmanes en absència de signes d'alarma. Si està indicat posteriorment en Lumbàlgia subaguda o crònica (RX Front i perfil)

No derivar Lumbàlgies agudes sense signes d'alarma – valorar incloure en grups Fisio APiC o en casos mes persistents – derivar a RHB

Lumbàlgia crònica (>3 mesos)

Tractament analgèsic i/o mesures no farmacològiques si no hi ha signes d'alarma.

Valorar incloure en grup lumbàlgia Fisio APiC si compleix criteris pels grups de Primària

Criteris de derivació

On realitzar derivació de pacients amb Lumbàlgia / Raquis

A RHB – Dolor mecànic de predomini axial (cervical, dorsal o lumbar) amb signes de contractura muscular o patologia osteodegenerativa

A REUMATOLOGIA – Dolor de caràcter inflamatori , amb afectació inflamatòria , que afecta a raquis i altres articulacions . Sospita de procés inflamatori (espondiloartropatia inflamatòria) amb VSG elevada i/o Rx alterada

A TRAUMATOLOGIA

En les derivacions hi ha d'haver una RX Front i perfil – de l'any anterior o mes actualitzada, no son vàlides RX de > 1 any.

1.Criteris de derivació com 1ª visita = OC a eCAP AD00001

1.1 - LUMBALGIES**- Dolor radicular/afectació sensitiva o motora ++**

Si dolor radicular >4-6 setm. i/o afectació sensitiva/motora: cal derivar a traumatologia (especialment si sospita d'hèrnia discal) per RMN. (La TAC produeix irradiació elevada i aporta poca informació)

El dolor radicular s'ha de tractar amb AINEs a dosis adequades o amb glucocorticoides, i valorar afegir miorelaxants

- Sospita d'estenosi del canal medul·lar

Produeix símptomes de claudicació neurògena (el pacient ha d'aturar-se per dolor i sensació de debilitat a les cames amb la deambulació, i adoptar postura en sedestació amb el tronc cap endavant, la qual alleuja els símptomes)

- Lumbàlgia crònica que no millora amb 3 mesos de tractament conservador i RHB

- Escoliosi : Estructurada a la radiologia (no derivar actitud escoliòtica)

- Cifosi : Derivar si es mes > 55º

Criteris on derivació es preferent – a urgències traumatologia

- Lumbàlgia amb senyals d'alarma – sospita compressió medul·lar , sospita sub luxació vertebral , traumatismes greus lumbar , sospita neoplàsia , sospita procés infecció
- Ciatàlgia amb dèficit neurològic important (especialment si instauració sobtada o ràpidament progressiva i afectació severa)
- Fractura vertebral aguda
- Sdre. cua de cavall (disestèsia en sella de muntar , trastorns esfínters o paraparèsia EEII)

1.2 – CERVICALGIES

.Proves que sol·licita Atenció Primària (AP)

- Sempre sol·licitar RX Front i perfil – si dolor persistent mes de 6 setmanes o signes d'alarma.
- Afegir RMN Lumbar **NOMÉS** si claudicació neurògena de extremitat superior amb impotència funcional
 - No recomanat TAC Cervical – doncs s'irradia a pacient i no aporta com RMN. No utilitat del TAC
 - EMG només en casos d'afectació neurògena important i disminució ++ sensibilitat extremitat superior

Sempre derivar amb RX Front i perfil – actualitzada de màxim l'any anterior

- Cervicalgia persistent – després de 6-12 setmanes de tractament conservador amb una RX normal o artrosi i sense evidència de millora.
- Cervicalgia + Neuralgia cervicobraquial que no millora amb tractament adequat i persisteix simptomatologia

Criteris on derivació es preferent – a urgències traumatologia

- Cervicalgia amb senyals d'alarma – sospita compressió medul·lar , sospita sub luxació vertebral , traumatismes greus lumbars , sospita neoplàsia , sospita procés infecció
- Neuralgia cervicobraquial amb dèficit neurològic important (especialment si instauració sobtada o ràpidament progressiva i afectació severa)
- Fractura vertebral aguda

2.Criteris derivació / utilització **interconsulta Clínica sense Pacient (ICSP)** = OC a eCAP AD00044

- Dubtes de maneig o dubtes interpretació de proves
- Dubtes de tractament o evolució de casos coneguts
- Gestió de PAO per Traumatologia
- Empitjorament de casos controlats per Traumatologia ja valorats

Acords medicament / prescripció AP – AH

➡ El dolor de raquis es pot tractar amb AINES (Ibuprofè o Naproxé) o amb glucocorticoides.
En altres casos de dolor crònic , es pot associar amb Tramadol o Paracetamol

❌ NO recomanats condroprotectors (Sysadoa) – per evidència científica i recomanacions Farmàcia CatSalut

Informació retorn derivació des de Hospital a Atenció Primària

Informació de retorn des de l'Atenció Hospitalària(AH) a l'Atenció Primària (AP)

- En tots els casos derivats com 1ª visita o Interconsulta sense pacient , ha d'haver en curs clínic una resposta clínica a la derivació realitzada per l'AP

Casos que Traumatologia dona alta i torna a Atenció Primària per seguiment

- Lumbàlgies o Cervicàlgies resoltes
- Lumbàlgies cròniques sense patologia tributària de RHB, clínica del dolor o d'intervenció quirúrgica, estables amb mesures farmacològiques i no farmacològiques

En les altes de Traumatologia ha de constar :

Diagnòstic definitiu , recomanació terapèutica i pla de seguiment a l'AP

 Badalona Serveis Assistencials	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 6 de 22

CRITERIS DERIVACIÓ LUMBALGIES / CERVICALGIES

des d'AP GRUPS FISIO APiC

Raquiàlgia crònica mecànica (Lumbar o Cervical) >6 setmanes d'evolució de base degenerativa o per sobrecàrrega, sense signes d'alarma ni limitacions importants de mobilitat.

CODIS DIAGNÒSTICS PER DERIVAR A FISIO APiC

- M54 – Dorsàlgia M54.2 – Cervicàlgia M54.5 – Lumbàlgia

Les derivacions a intervencions grupals dels FISIO APiC , es realitzen des del metge de família de l'EAP

2.PROCÉS PELVIS I MALUC

Exploració en Atenció Primària

Quadre clínic: Dolor mecànic en la cara anterior del maluc (engonal) i impotència funcional del maluc.

Factors de risc: Obesitat, sobrecàrrega articular, activitat física, displàsia de maluc.

Exploració: Inspecció en bipedestació i decúbit (postura); avaluació de la marxa (marxa antiàlgica); avaluació de la mobilitat i limitacions (flexió, extensió, abducció i rotació interna/externa): dolor en tots els moviments i limitació preferentment en rotació interna i en flexió.

- El diagnòstic és fonamentalment clínic (anamnesi i exploració) i radiològic .
No procedeix sol·licitar TAC o RMN en els casos de dolor mecànic Pelvis / Maluc
- Les proves de laboratori no són específiques per el diagnòstic.

Proves diagnòstiques recomanades

1.Proves que sol·licita Atenció Primària (AP)

- **Rx PELVIS en càrrega (Front) i MALUC axial bilateral**

Signes bàsic diagnòstic clínics + radiològics per interpretar radiologia simple

- Osteòfits (la troballa més específica)
- Estrenyiment espai articular
- Esclerosi os subcondral
- VSG < 20

2.Proves que sol·licita Atenció Hospitalària (AH)

- A considerar per Traumatologia, segons proves d'AP i exploració per COT i clínica estudiada.

Seguiment a l'Atenció Primària

- Anamnesi i Exploració Física detallades. Avaluació global del pacient (comorbiditats, etc)
- Ús racional de proves complementaries. Derivar sempre amb una RX de Pelvis i maluc, amb menys de 1 any.
- Trocanteritis en fases inicials – seguiment a l'Atenció Primària
- Tractament esglaonat i individualitzat:
 - ✓ Teràpies no farmacològiques: educació, exercici físic, reducció d'obesitat, ús de mesures per reduir la sobrecàrrega articular (bastons i crosses).
 - ✓ Valorar derivar Fisio APiC per intervenció grupal
- Teràpies farmacològiques: Paracetamol, AINES, derivats opioïdes

Criteris de derivació

Abans de derivar a TRAUMATOLOGIA

- Realitzar valoració clínica acurada i radiologia simple (RX pelvis en càrrega i axial de maluc)
- I haver realitzat maneig inicial amb tractament no farmacològic-exercicis de rhh i farmacològic

1.Criteris de derivació com 1ª visita a TRAUMATOLOGIA = OC a eCAP AD00001

- Sospita d'artrosi secundària, especialment d'origen traumàtic
- Coxartrosi severa (amb deformitat, limitació, bloqueig articular) o en pacients joves
- Indicació quirúrgica: simptomatologia refractària al tractament mèdic i rehabilitador, amb important impacte sobre la qualitat de vida i afectació radiològica.
- Trocanteritis refractària a tractament mèdic i rehabilitador

-

En casos amb dolor que no invalida activitats de vida diària , Coxartrosi amb dolor i/o limitació persistents malgrat un correcte tractament conservador o si hi ha contraindicació al tractament farmacològic, valorar incloure en grups Fisio APiC o derivar a RHB

2.Criteris derivació / utilització interconsulta Clínica sense Pacient (ICSP) = OC a eCAP AD00044

- No resposta a tractaments conservadors
- Dubtes en seguiment del procés / cas i tractament
- Casos amb risc empitjorament clínica i/o signes radiològics – amb augment dolor i dificultats per deambulació .

Acords medicament / prescripció AP – AH

➡ Tractament esglaonat i individualitzat:

- ✓ Teràpies no farmacològiques: educació, exercici físic, reducció d'obesitat, ús de mesures per reduir la sobrecàrrega articular (bastons i crosses).
- ✓ Teràpies farmacològiques:
El dolor de pelvis/ maluc es pot tractar amb AINES (Ibuprofè o Naproxé)

En altres casos de dolor crònic , es pot associar amb Tramadol o Paracetamol



NO recomanats condroprotectors (Sysadoa) – per evidència científica i recomanacions CatSalut

Informació retorn derivació des de Hospital a Atenció Primària

Informació de retorn des de l'Atenció Hospitalària(AH) a l'Atenció Primària (AP)

- En tots els casos derivats com 1ª visita o Interconsulta sense pacient , ha d'haver en curs clínic una resposta clínica a la derivació realitzada per l'AP

Casos que Traumatologia dona alta i torna a Atenció Primària per seguiment

- Problemes de Pelvis i Maluc resolts
- Problemes de Pelvis o Maluc intervinguts quirúrgicament i finalitzats els seguiments i controls per Traumatologia-, estables amb mesures farmacològiques i no farmacològiques

En les altes de Traumatologia ha de constar :

Diagnòstic definitiu , recomanació terapèutica i pla de seguiment a l'AP

Criteris Derivació d'AP a Grup FISIO APiC**CRITERIS PER DERIVAR DES DE AP A FISIOTERAPEUTA APiC****COXÀLGIA**

Persones amb artrosi de MALUC

Persones amb TROCANTERITIS

DIAGNÒSTICS PER DERIVAR A FISIO APiC

- M16 (o M16.9) – Coxartrosi
- M70.6 – Bursitis del trocànter

Les derivacions a intervencions grupals dels FISIO APiC , es realitzen des del metge de família de l'EAP

3.PROCÉS ESPATLLA DOLOROSA

Clínica: dolor a espatlla amb limitació, o no, de la seva mobilitat.

Principals causes d'espatlla dolorosa:

- Tendinopatia del maneguet rotador, amb o sense ruptura, amb o sense calcificació
- Tendinopatia bicipital: afectació selectiva de la porció llarga del tendó bicipital.
- Capsulitis adhesiva o retràtil: progressiva limitació de la mobilitat, activa i passiva.
- Artropatia acromio-clavicular i gleno-humeral: d'origen traumàtic o degeneratiu.
- Dolor referit (columna cervical, pulmó, cor, via biliar, etc)
- Altres: traumatismes, artritis, neoplàsies, polimiàlgia reumàtica, fibromiàlgia.

La causa més freqüent és la tendinopatia del maneguet, que es manifesta com un dolor mecànic progressiu amb limitació de l'abducció i rotacions, de característiques mecàniques, amb limitació de l'abducció i les rotacions (pentinar-se i cordar-se un davantal).

Signes d'alarma: antecedents de càncer, febre, afectació general, deformitat o signes flogòtics, reumatisme sistèmic previ, traumatisme previ, debilitat.

Exploració: inspecció, palpació de punts dolorosos i avaluació de la mobilitat (activa, passiva i contra-resistència).

- Patró d'afectació periarticular: dolor i limitació amb la mobilitat activa
- Patró d'afectació articular: dolor i limitació amb la mobilitat activa i passiva
- Patró de dolor referit: mobilitat activa i passiva sense dolor ni limitació

Proves diagnòstiques recomanades

El diagnòstic es pot establir, sovint, amb l'anamnesi i l'exploració física.

Hi ha una pobra correlació entre clínica i lesions anatòmiques (població sana asimptomàtica pot presentar lesions).

Les proves complementàries són poc específiques i el seu ús no sol variar el maneig conservador.

1. Proves que sol·licita Atenció Primària (AP)

- **Ecografia clínica:** com a primera opció, si disponible al centre. És cost-efectiva. Especialment davant sospita clínica d'afectació tendinosa.
- **Ecografia reglada** (servei de Diagnòstic per la Imatge): si eco clínica no disponible al centre.
- **RX simple (frente i axial):** Útil per a objectivar calcificacions subacromials, signes degeneratius articulars, disminució de l'espai subacromial (signe d'aprimament o ruptura tendinosa), i descartar lesions lítiques o blàstiques.

Indicada, especialment, si: 1) antecedent traumàtic, 2) dolor de ritme inflamatori, 3) signes alarma (Annex 1), 4) sospita d'afectació intraarticular, 5) manca de resposta a mesures conservadores, i 6) derivació a Traumatologia

2. Proves que sol·licita Atenció Hospitalària (AH)

- TC
- RM
- ArtroRM

Seguiment a l'Atenció Primària

METGE DE FAMILIA

- Anamnesi i exploració física detallades. Ús racional de proves complementàries, prioritzar ecografia.
- Tractament esglaonat i individualitzat:
 - repòs funcional
 - analgèsics / AINEs
 - Infiltració amb cortis (si EAP o MF competent)
 - Cinesiteràpia passiva i exercici funcional per prevenir rigidesa
- Evitar duplicitats en la derivació (no enviar simultàniament a reumatologia i traumatologia)

FISIO APiC (segons pla funcional)

Són tributaris de intervenció per part del FISIO APiC tots aquells pacients amb dolor de > 6 setmanes de durada, amb mobilitat conservada (flexió GH > 100º i/o RE GH > 30º), i que presentin les següents patologies:

- Tendinopatia del manegot.
- Síndrome subacromial.
- Ruptura tendinosa sense criteri quirúrgic,
 - Parcial
 - Completa en > 70 anys sense alt requeriment funcional
- Artrosi glenohumeral

Tipus de intervenció:

- Activitat grupal
- Intervenció individual segons els casos i recomanació exercicis

Annex 2. Codis diagnòstics i criteris inclusió / exclusió activitat grupal fisio APiC

Criteris de derivació

1. Criteris de derivació com 1ª visita = OC a eCAP AD00001. **TRAUMATOLOGIA**

Seràn candidats a derivació les persones amb dolor a espatlla persistent i mal controlat i/o amb limitació de la mobilitat, que presentin:

- Indicació quirúrgica: ruptura completa del maneguet en pacients amb alt requeriment funcional, refractària a tractament conservador i rehabilitador. **PREFERENT**
- Manca de resposta a un tractament conservador esglaonat o si no s'ha pogut fer infiltració. **ORDINÀRIA**
- Artropatia glenohumeral o acromio-clavicular. **ORDINÀRIA**

- inestabilitat glenohumeral crònica (luxació recidivant de l'espatlla). ORDINÀRIA

2. Criteris de derivació com **1ª visita** = OC a eCAP AD00001. **REHABILITACIÓ**

- Capsulitis adhesiva-retràtil. **PREFERENT**
- Tendinopatia del manegot que no millora amb les mesures conservadores realitzades des d'Atenció Primària. ORDINÀRIA
- 1r. episodi de luxació espatlla aguda. **PREFERENT**
- Ruptura tendinosa sense criteri quirúrgic. ORDINÀRIA
- Patologia traumàtica d'espatlla, sense fractura. ORDINÀRIA
- Criteri d'exclusió per intervenció de fisio ApIC. ORDINÀRIA

3. Criteris derivació / utilització **interconsulta Clínica sense Pacient (ICSP)** = OC a eCAP AD00044

- Dubtes de maneig o dubtes interpretació de proves
- Dubtes de tractament o evolució de casos coneguts
- Empitjorament de casos controlats per Traumatologia ja valorats.

Acords medicament / prescripció AP – AH

➡ Tractament esglaonat i individualitzat:

- ✓ Teràpies no farmacològiques: educació, exercici físic, ús de mesures per reduir la sobrecàrrega articular
- ✓ Teràpies farmacològiques:
El dolor d'espatlla dolorosa es pot tractar amb AINES (Ibuprofè o Naproxé) o
En altres casos de dolor crònic , es pot associar amb Tramadol o Paracetamol

❌ NO recomanats condroprotectors (Sysadoa) – per evidència científica i recomanacions Farmàcia CatSalut

Informació retorn derivació des de Hospital a Atenció Primària

Es retornarà a l'Atenció Primària aquelles persones amb espatlla dolorosa, amb diagnòstic establert i clínica estabilitzada després del tractament.

Informació de retorn des de l'Atenció Hospitalària(AH) a l'Atenció Primària (AP)

- En tots els casos derivats com 1ª visita o Interconsulta sense pacient , ha d'haver en curs clínic una resposta clínica a la derivació realitzada per l'AP

Retorn a l'Atenció Primària quan:

- S'han indicat i realitzat els tractaments que es considerin des de l'AH (infiltracions, rehabilitació) i se n'ha valorat la resposta
- S'han esgotat les alternatives terapèutiques disponibles des de l'AH
- En tots els casos derivats, ja sigui com a 1ª visita o com a Interconsulta sense pacient , ha d'haver en curs clínic una resposta clínica a la derivació realitzada per l'AP

En les altes de Traumatologia ha de constar :

Diagnòstic definitiu , recomanació terapèutica i pla de seguiment a l'AP

 Badalona Serveis Assistencials	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 13 de 22

--

4.PROCÉS GENOLL- GONALGIA

Exploració en Atenció Primària

Concretar motiu, localització, temps aparició, característiques del dolori tractaments realitzats fins el moment.
Exploració física
Objectiu visita COT (IQ, infiltració, dubte diagnòstic o de tractament, ampliar estudi, etc.)

Proves diagnòstiques recomanades

1.Proves que sol·licita Atenció Primària (AP)

- Demanar nova radiografia simple AP en càrrega, perfil i axial ròtula si no hi han prèvies en els darrers 12 mesos.
- A la patologia de parts toves i òssia, valorar analítica amb paràmetres inflamatoris si precisa.
- Ressonància Magnètica Nuclear si clínica clara meniscal i radiografia simple sense signes artròsics després d'evolució de 3 mesos de clínica, bloqueig articular i limitació deambulació correcte
- NO demanar ecografies ni TAC per utilitat limitada en patologia de genoll.

2.Proves que sol·licita Atenció Hospitalària (AH)

- Ressonància Magnètica Nuclear

Seguiment a l'Atenció Primària

Situacions clíniques on el seguiment del procés es realitza / s'ha de realitzar a l'AP:

Gonartrosi no tributària de tractament quirúrgic ni infiltracions.
Contusions
Esquinç i entorsi grau I i II no complicats

Criteris de derivació

1.Criteris de derivació com **1ª visita** = OC a eCAP AD00001

- Fractures
- Tumors ossis.
- Deformitats extremitats inferiors: genu varo, valgo i recurvatum simptomàtics.

Derivar a traumatologia, després de tractament amb analgèsia i/o antiinflamatoris i després de tractament amb rehabilitació (centre RHB de referència):

- Si 2 o més luxacions femoropatelars
- Meniscopatia després de mal gest, bloqueig articular
- Esquinç i entorsi grau II complicats / III
- Lesions lligamentoses amb inestabilitat genoll.

	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 14 de 22

Derivar a traumatologia, després de tractament amb analgèsia i/o antiinflamatoris i després de tractament amb rehabilitació i/o Fisioterapeuta APIC):

- Gonartrosi grau III / IV (tributària de cirurgia o infiltració)
- Sd femoropatelar

2. Criteris derivació preferent

Preferent si:

- Fractures.
- Limitació molt important per les activitats bàsiques de la vida diària.

3. Criteris derivació / utilització **interconsulta Clínica sense Pacient (ICSP)** = OC a eCAP AD00044

- Dubtes de maneig o dubtes interpretació de proves
- Dubtes de tractament o evolució de casos coneguts
- Empitjorament de casos controlats per Traumatologia ja valorats.

4. Derivar a Reumatologia en cas de sospita de malaltia inflamatòria amb resultat analític alterat.

5. Derivar a fisioterapeuta ApiC en cas de gonartrosi no tributària d'intervenció quirúrgica, síndrome femoropatelar amb obertura de codi diagnòstic adequat.

Acords medicament / prescripció AP – AH

➡ Tractament esglaonat i individualitzat:

- ✓ Teràpies no farmacològiques: educació, exercici físic, reducció d'obesitat, ús de mesures per reduir la sobrecàrrega articular (bastons i crosses).
- ✓ Teràpies farmacològiques:
El dolor de genoll (gonalgia) es pot tractar amb AINES (Ibuprofè o Naproxé) o
En altres casos de dolor crònic, es pot associar amb Tramadol o Paracetamol

❌ NO recomanats condroprotectors (Sysadoa) – per evidència científica i recomanacions Farmàcia CatSalut

Informació retorn derivació des de Hospital a Atenció Primària

Informació de retorn des de l'Atenció Hospitalària (AH) a l'Atenció Primària (AP)

- En tots els casos derivats com 1ª visita o Interconsulta sense pacient, ha d'haver en curs clínic una resposta clínica a la derivació realitzada per l'AP

Casos que Traumatologia dona alta i torna a Atenció Primària per seguiment

- Problemes de genoll resolts per Traumatologia
- Problemes de Genoll intervinguts quirúrgicament i finalitzats els seguiments i controls per Traumatologia-, estables amb mesures farmacològiques i no farmacològiques

En les altes de Traumatologia ha de constar :

	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 15 de 22

Diagnòstic definitiu , recomanació terapèutica i pla de seguiment a AP

Criteris derivació Fisio APiC

CRITERIS PER DERIVAR DES DE AP A FISIOTERAPEUTA APiC

- Persones amb GONALGIA per GONARTROSI sense criteris intervenció quirúrgica
- Persones amb sdre.femoropatelar amb dolor persistent (>6 setmanes) a la cara anterior del genoll.

DIAGNÒSTICS PER DERIVAR A FISIO APiC

- M22 – Trastorn de la ròtula
- M17 (o M17.9) – Gonartrosi
- Gonalgia

Les derivacions a intervencions grupals dels FISIO APiC , es realitzen des del metge de família de l'EAP

PROCÉS DE LA MÀ I CANELL

Exploracions en Atenció Primària

Dolor , deformitat o/i tumefacció de l'articulació de mà o canell amb o sense traumatisme previ que persisteix després de tractament conservador. Signes clínics de deformitat, tumefacció, impotència funcional , crepitació local , inestabilitat articular o equimosi.

Proves diagnòstiques recomanades

• 1.Proves que sol·licita Atenció Primària (AP)

• STC	• EMG solsament si disestèsies a tots els dits.(N mitja o cubital)
• Dit en resort	• No necessita prova complementaria.
• Malaltia de Dupuytren	• No necessita prova complementaria.
• Tumors de parts toves (ganglions)	• Rx AP/perfil
• Artrosis de mans: Rizartrosis	• Rx mans front o oblicua Rx AP/perfil canell. Projecció de Roberts.
Artrosis interfalàngica	Rx AP/Perfil dit
• Tendinitis mans	• Rx AP/perfil
• Traumatismes mans	• Rx mà front i oblicua
• Traumatismes canell	• Rx canell front i perfil
• Traumatismes dits	• Rx dit front i perfil
• Sospita fractura escafoides	• Rx seriada d' escafoides. Projecció d' Sneck

Els estudis radiogràfics han de ser de data de menys d'un any.

2.Proves que sol·licita Atenció Hospitalària (AH)

- Altres Rx si fos necessari o RM si es considera adequat

Seguiment a l'Atenció Primària

Situacions clíniques on el seguiment del procés es realitza / s'ha de realitzar a l'AP

- **Esquinç grau 1:**

Embenat tubular elàstic (Tubigrip®) 7-10 dies,

O bé, embenat funcional.

Fred local (10 minuts aprox.) 2-3 cops al dia.

Elevació de l'extremitat (mà més alta que el colze): xarpa.

Aine vo si precisa.

Als 7-10 dies, si la clínica és favorable, començar exercici bàsics de flexió i extensió del carp, exercicis en urpa i pinça simples i rotacions suaus al límit del dolor (5-10 minuts, 2-3 vegades al dia). Fer-los fins que desapareguin les molèsties

- **Capsulitis**

Immobilitzar mitjançant fèrula digital d'alumini en extensió de les interfalàngiques (IF).

Si la capsulitis afecta l'articulació metacarpofalàngica (MF), immobilitzar a 90º la MF i a 0º (extensió) les IF.

Elevació de l'extremitat (mà més alta que el colze): xarpa.

Aine vo si precisa.

Després de la retirada de la fèrula als 7-10 dies començar exercicis d'urpa fina i gruixuda, actius del dit afectat, exercicis de flexió i extensió del carp. Fred local (2-3 vegades al dia, entre 8-10 minuts))

Derivació a REHABILITACIÓ si no milloria

* **STC** amb EMG amb afectació lleu no cal derivació a COT. Derivar a RHB , si es necessari.

Críteris de derivació

1.Críteris de derivació com **1ª visita** = OC a eCAP AD0000

- Anamnesis, antecedents personals i motiu de consulta amb prova complementària adequada.
- **Rizartrosis i artrosis periescafoidea** que provoca incapacitat funcional per les activitat diàries .
- **STC i compressio cubital** (a nivell de colze o Canal de Guyon)
- **Malaltia de Dupuytren** amb presència de noduls o bandes fibroses que retraiguin un o més dits. Prova de Hueston o Test de la Mesa positiva.
- **Tenosinovitis de DeQuervain** persistent tot i tractament conservador (després de fèrula, rehabilitació i AINE) .
- **Dolors de carp** de llarga durada
- **Dits en gallet**
- **Tumors intraossis i de parts toves.** (ganglions, tumors de cels. Gegants)
- **Seqüeles de fractures** que comportin defectes rotacionals o de l'eix.

Criteris derivació es preferent :

Derivació preferent en fractures i tumors intraossis.

2.Criteris derivació / utilització **interconsulta Clínica sense Pacient (ICSP)** = OC a eCAP AD00044

- Dubtes de maneig o dubtes interpretació de proves
- Dubtes de tractament o evolució de casos coneguts
- Empitjorament de casos controlats per Traumatologia ja valorats.

Acords medicament / prescripció AP – AH

⇒ Tractament esglaonat i individualitzat:

- ✓ Teràpies no farmacològiques: educació, exercici físic, reducció d'obesitat, ús de mesures per reduir la sobrecàrrega articular (bastons i crosses).
- ✓ Teràpies farmacològiques:
El dolor de mà i canell) es pot tractar amb AINES (Ibuprofè o Naproxé) o
En altres casos de dolor crònic , es pot associar amb Tramadol o Paracetamol

✖ NO recomanats condroprotectors (Sysadoa) – per evidència científica i recomanacions Farmàcia CatSalut

Informació retorn derivació des de Hospital a Atenció Primària

Informació de retorn des de l'Atenció Hospitalària(AH) a l'Atenció Primària (AP)

- En tots els casos derivats com 1ª visita o Interconsulta sense pacient , ha d'haver en curs clínic una resposta clínica a la derivació realitzada per l'AP

Casos que Traumatologia dona alta i torna a Atenció Primària per seguiment

- Problemes de genoll resolts per Traumatologia
- Problemes de Genoll intervinguts quirúrgicament i finalitzats els seguiments i controls per Traumatologia-, estables amb mesures farmacològiques i no farmacològiques

En les altes de Traumatologia ha de constar :

Diagnòstic definitiu , recomanació terapèutica i pla de seguiment a AP

	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 19 de 22

6.PROCÉS PATOLOGIA PEUS I TURMELL

- Processos que afecten als peus i turmells: dolor, deformitats, traumatismes, alteracions de la marxa..
- **Anamnesi:** localització, cronologia i característiques del dolor. Antecedents de traumatismes, intervencions quirúrgiques, malalties reumatològiques, neurològiques, tabaquisme, diabetis, gota.
- **Exploració física:** inspecció; palpació, avaluació mobilitat, avaluació neurològica (força i sensibilitat, reflexos OT) i avaluació de polsos.

Proves diagnòstiques recomanades

1. Proves que sol·licita Atenció Primària (AP)

- RX ambdós peus: front i perfil (FP) en càrrega (bipedestació)
- Si sospita de fractura o luxació: Rx peus: FP/obliqua (descàrrega)
- En Neuroma de Morton: ecografia

2. Proves que sol·licita Atenció Hospitalària (AH)

- TC
- RMN

Seguiment a l'Atenció Primària

Situacions clíniques on el seguiment del procés es realitza/ s'ha de realitzar a l'AP:

- Retropeu:
 - Fascitis plantar
 - Tendinopatia Aquilea
- Mig peu: Artrosi tarsiana
- Avantpeu:
 - Metatarsàlgia (plantilles)
 - Neuroma Morton
 - Hallux valgus amb clínica lleu
 - Quintus varus lleus
- Turmell:
 - Tenosinovitis
 - Esquinços
 - Canal si del Tars

Críteris de derivació

1. Críteris de derivació com 1ª visita= OC a eCAP AD00001:

- Fascitis plantar sense millora amb plantilles ni RHB
- Entorsis/ esquinços sense millora amb tractament conservador ni RHB
- Fractures/ luxacions
- Ganglió amb dolor/ molèsties al caminar
- Hallux valgus amb dolor sever o sense millora amb tractament conservador
- Dits en martell
- Peu pla/ cavo dolorosos
- Neuroma de Morton sense millora amb tractament conservador
- Hallux rígidus
- Quintus varus
- Metatarsàlgies sense millora amb plantilles

2. Críteris derivació / utilització interconsulta Clínica sense Pacient (ICSP) = OC a eCAP AD00044:

- Dubtes de maneig o dubtes interpretació de proves
- Dubtes de tractament o evolució de casos coneguts
- Petició de PAOs

3. Críteris de derivació urgent:

- Isquèmia aguda: absència de polsos : derivació a HUGTIP
- Sospita d'infecció: artritis sèptica
- Fractures inestables
- Dèficit neurològic

Acords medicament / prescripció AP – AH

➡ Es pot tractar amb AINES (Ibuprofè o Naproxé) o amb glucocorticoides.
En altres casos de dolor crònic , es pot associar amb Tramadol o Paracetamol

❌ NO recomanats condroprotectors (Sysadoa) – per evidència científica i recomanacions Farmàcia CatSalut

Informació retorn derivació des de Hospital a Atenció Primària

Informació de retorn des de l'Atenció Hospitalària(AH) a l'Atenció Primària (AP)

- En tots els casos derivats com 1ª visita o Interconsulta sense pacient , ha d'haver en curs clínic una resposta clínica a la derivació realitzada per l'AP

Casos que Traumatologia dona alta i torna a Atenció Primària per seguiment

- Problemes de Peu i Turmell resolts per Traumatologia

	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 21 de 22

- Problemes de Peu / Turmell intervinguts quirúrgicament i finalitzats els seguiments i controls per Traumatologia-, estables amb mesures farmacològiques i no farmacològiques
En les altes de Traumatologia ha de constar :
- Diagnòstic definitiu , recomanació terapèutica i pla de seguiment a l'AP

ANNEX – ACTUACIÓ GENERAL EN SITUACIONS ESPECÍFIQUES

- 1) – Antecedent de valoració per Traumatologia amb indicació quirúrgica – davant situacions de pacients ja valorats per intervenció quirúrgica per Traumatologia , que s’ha posposat i el pacient empitjora – **Sol·licitar nova RX per part de Primària i fer nova derivació com OC – 1ª visita a Traumatologia , sense valorar RX que ja ho farà Traumatologia.**
- 2) Per Gestió de PAO que correspon a Traumatologia – **derivar com Interconsulta sense pacient (ICSP) – OC AD00044 en eCAP.**
- 3) Pacients que aporten proves de la medicina privada (TAC , RMN) – si compleix els criteris de derivació acordats = **realitzar derivació com 1ª visita a Traumatologia i adreçar als pacients a Arxius HMB per que aportin el CD de les proves realitzades a medicina privada , per que es penguin a HC3 des d’ Arxius HMB.**
- 4) En casos amb patologia de parts toves – que requereix derivació a Traumatologia , **la RX la sol·licita Primària , però la valoració de la radiologia la realitzarà Traumatologia en la visita presencial que es programi.**
- 5) En qualsevol dels processos d’aparell locomotor , quan la persona presenti una clínica altament invalidant, per dolor intens mal controlat o limitació marcada de la mobilitat, i es tracti d’una persona activa laboralment i en situació de baixa laboral, **es podrà considerar la derivació PREFERENT, per valoració per Traumatologia de forma àgil.**
- 6) En situacions que es deriva el pacient i després de la valoració realitzada per metge atenció hospitalària , precisa d’una valoració per un altre servei de l’hospital i un canvi de prestació (Ex de Traumatologia a Reumatologia ó de Reumatologia a Traumatologia) , **el canvi de prestació i la programació es realitzarà a l’atenció hospitalària i s’informa dels motius del canvi a Metge de Família , sobre la 1ª derivació realitzada.**
- 7) Casos que s’ha retornat la derivació com 1ª visita – sense visitar al pacient i el metge de família , considera per història del pacient que caldria una valoració presencial del traumatòleg – **el cap clínic de l'EAP compartirà el cas amb el traumatòleg assignat a l'EAP per que es revalori realitzar la visita .**
- 8) Casos que Traumatologia realitza un ttc (post intervenció quirúrgica , post infiltració) , segons criteri de seguiment – **Traumatologia programarà una visita successiva de control**

	PROTOCOLS NORMALITZATS DERIVACIÓ DES DE ATENCIÓ PRIMÀRIA A ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	
Edició: 1-2026	Data: 26-01-2026	Pàgina 22 de 22

Es potenciarà entre Equips Atenció Primària i Traumatòleg de referencia , 2 sessions a l'any en cada EAP , pel seguiment i accions de millora conjuntes dels acords i criteris de derivació.