

Protocolo de Continuidad Asistencial: Criterios de Derivación

Basado en los protocolos elaborados por los servicios de Reumatología, Rehabilitación y Traumatología, se establecen los siguientes criterios de derivación.¹

Dolor Lumbar

- **DERIVAR A TRAUMATOLOGÍA**

- Lumbociatalgia con déficit neurológico².
- Estenosis del canal que no mejora con tratamiento³.
- Fractura vertebral traumática⁴.

- **DERIVAR A REUMATOLOGÍA**

- Fractura vertebral por fragilidad (sin antecedente traumático o traumatismo de bajo impacto)⁵.
- Dolor lumbar de más de 3 meses de evolución que presente al menos 4 de los 5 parámetros de dolor inflamatorio⁶:
 - Edad de inicio menor de 40 años⁷.
 - Inicio insidioso⁸.
 - Mejoría con el ejercicio⁹.
 - Sin alivio con el reposo¹⁰.
 - Dolor nocturno que mejora al levantarse de la cama¹¹.

- **DERIVAR A REHABILITACIÓN**

- Lumbalgia crónica no estudiada previamente¹².
- Lumbalgia crónica ya estudiada previamente que no mejora tras 1-3 meses de tratamiento conservador¹³.
- Lumbalgia crónica que recidiva con clínica diferente a los episodios habituales¹⁴.
- Lumbociatalgia sin déficit neurológico constatable¹⁵.
- Lumbalgia aguda mecánica que no mejora con tratamiento conservador a las 6 semanas¹⁶.
- Lumbalgia subaguda con signos de alarma psicosocial (Anexo 10 LCA - yellow flags)¹⁷.

Hombro Doloroso¹⁸

- **DERIVAR A TRAUMATOLOGÍA**

- **DERIVACIÓN PREFERENTE** (cita en < 30 días)¹⁹:
 - Rotura completa del manguito de los rotadores o del tendón de la porción larga del bíceps en pacientes jóvenes²⁰.
- **DERIVACIÓN NORMAL**²¹:
 - Roturas parciales del manguito rotador o tendinitis que no ceden con el tratamiento médico y rehabilitador²².
 - Síndromes subacromiales crónicos que no ceden a tratamiento habitual después de tres meses²³.
 - Inestabilidad glenohumeral²⁴.
 - Tendinitis calcificante refractaria al tratamiento²⁵.
 - Artrosis que no responde al tratamiento conservador y el enfermo se plantea la opción quirúrgica²⁶.

- **DERIVAR A REHABILITACIÓN HOSPITALARIA**

- Tendinopatías que no responden a tratamiento en Unidad de Atención Primaria durante 6 semanas²⁷.
- Capsulitis adhesivas o rotura parcial del manguito rotador²⁸.
- Rotura completa del manguito no subsidiaria de tratamiento quirúrgico²⁹.

- **DERIVAR A FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- Tendinopatías simples para aprender ejercicios y medidas higiénico-posturales (terapia grupal)³⁰.
- Tendinopatías que no mejoran con ejercicios grupales y tratamiento médico y requieren tratamiento físico individual³¹.

- **DERIVAR A REUMATOLOGÍA**³²

- **PREFERENTE** (cita en < 30 días)³³:
 - Sospecha de polimialgia reumática: dolor bilateral de hombros de predominio nocturno asociado a dolor en cintura pélvica y reactantes de fase aguda elevados³⁴.
 - Artritis inflamatoria asociada a enfermedad reumática sistémica (artritis reumatoide, espondiloartropatías, lupus)³⁵.

- Artritis microcristalina (gota, condrocalcinosis, hombro de Milwaukee)³⁶.
 - Artropatía amiloide³⁷.
 - **ORDINARIA:**
 - Artrosis acromio-clavicular o glenohumeral³⁸.
 - Enfermedad de Paget³⁹.
- **DERIVAR A LA UNIDAD DEL DOLOR**
 - Cuando no exista mejoría en Rehabilitación, Reumatología y Traumatología⁴⁰.
- **DERIVAR A URGENCIAS HOSPITALARIAS**
 - Sospecha de artritis séptica de hombro⁴¹.
 - Sospecha de patología tumoral (pérdida de peso, historia previa de cáncer)⁴².
 - Sospecha de fractura y/o luxación tras traumatismo (deformidad o hinchazón)⁴³.

Gonalgia (Dolor de Rodilla)

- **DERIVAR A FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**
 - Gonartrosis leves-moderadas para aprender ejercicios y medidas higiénico-posturales (terapia grupal)⁴⁴.
- **DERIVAR A REHABILITACIÓN HOSPITALARIA**
 - Tendinopatías que no responden a tratamiento en Atención Primaria⁴⁵.
 - Patología patelofemoral⁴⁶.
- **DERIVAR A TRAUMATOLOGÍA**
 - **DERIVACIÓN PREFERENTE** (cita en 10-14 días)⁴⁷:
 - Rotura de ligamentos colaterales, lesiones meniscales, rotura de ligamentos cruzados⁴⁸.
 - **DERIVACIÓN NORMAL:**
 - Bursitis prepatelar, tendinitis rotuliana, isquiotibiales (pata de ganso), cintilla iliotibial, patología patelofemoral que no mejora tras tratamiento en atención primaria, rehabilitación e infiltraciones⁴⁹.
 - Artrosis que no responde al tratamiento conservador y el enfermo se plantea la opción quirúrgica⁵⁰.

- **DERIVAR A REUMATOLOGÍA**⁵¹
 - **PREFERENTE** (cita en < 30 días)⁵²:
 - En caso de presencia de signos inflamatorios, grandes derrames, derrames recidivantes o artritis en otras localizaciones⁵³.
 - Diagnóstico diferencial con otros procesos (artritis reumatoide, espondiloartritis, enfermedades sistémicas, etc.)⁵⁴.
 - **NORMAL**:
 - Gonartrosis leve-moderada que no mejora tras la tercera línea de tratamiento farmacológico⁵⁵.
 - Gonartrosis grave que no quiere ser intervenida⁵⁶.
- **DERIVAR A URGENCIAS HOSPITALARIAS**
 - Sospecha de artritis séptica de rodilla (fiebre, hinchazón, rodilla caliente, eritema, etc.)⁵⁷.
 - Sospecha de patología tumoral⁵⁸.
 - Sospecha de fractura y/o luxación tras traumatismo (deformidad o hinchazón)⁵⁹.
 - Bloqueo franco de rodilla⁶⁰.