

CRITERIS DE DERIVACIÓ SERVEI DE REUMATOLOGIA

PS	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA CONSULTORIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA HOSPITAL
Artràlgies o artritis	Artràlgies de < 4 setmanes d'evolució amb exploració física sense alteracions. Artritis de < 2 setmanes d'evolució que es consideri una probable artritis reactiva o sinovitis transitòria.	Artràlgies amb alteracions analítiques o que plantegin dubtes en el diagnòstic diferencial.	Exploració física anormal o dubtosa. Sinovitis unilateral o bilateral de maluc, de presentació atípica per símptomes o per durada (> 2 setmanes) en la qual s'ha descartat prèviament patologia de COT incloent radiografia de maluc. Exploració física normal sense alteració analítica, però amb símptomes de llarga durada (> 4 setmanes) que interfereixin amb activitats de la vida diària o amb signes d'alarma**. PREFERENT Sospita d'artritis > 2 setmanes d'evolució. URGENT: Sospita d'artritis sèptica o osteomielitis. Recordeu! La sospita d'artritis sèptica o osteomielitis sempre és una urgència que cal atendre de forma hospitalària.
COMENTARIS	Artritis: Limitació articular amb dolor* o limitació amb tumefacció articular o embassament articular. *Recordeu que en artritis d'instauració subaguda el dolor pot no ser massa important i predominar la rigidesa, especialment en infants de menor edat. **Dolor en punta de dit, d'aparició nocturna, intens o que impossibilita la marxa; pèrdua de pes; dolor articular migratori.		

CRITERIS DE DERIVACIÓ SERVEI DE REUMATOLOGIA

Induració cutània		Dubtes sobre lesions de morfea. Dubtes sobre induració cutània o clínica suggestiva d'esclerodèrmia sistèmica.	Lesions cutànies suggestives de esclerodèrmia localitzada (sobretot els subtipus lineal, panescleròtica o generalitzada)*. Engruiximent cutani suggestiu d'esclerodèrmia sistèmica amb o sense trets cutanis*. PREFERENT Engruiximent cutani suggestiu d'esclerodèrmia sistèmica amb o sense trets cutanis* AMB simptomatologia sistèmica.
COMENTARIS	Trets cutanis d'esclerodèrmia sistèmica: Esclerodactília; Fàcies esclerodermiforme; Microstomia; Telangectàsies; Calcinosis. *Els pacients amb esclerodèrmia localitzada o morfea es veuen conjuntament en una agenda de Dermatologia – Reumatologia.		
Parotiditis recurrent	Parotiditis infeccioses recurrents.		Pacient amb parotiditis recurrent descartades les causes infeccioses i anatòmiques. Pacient amb sospita de síndrome de Sjögren.
COMENTARIS:	En parotiditis recurrents cal valorar una derivació a ORL per a descartar causes anatòmiques.		
Aftosi recurrent	Aftosi oral recurrent sense febre durant els episodis ni altra afectació sistèmica i amb escassa afectació de la qualitat de vida.	Antecedents familiars de síndrome de Behçet.	Pacient amb aftosi recurrent i altra afectació orgànica o sistèmica. Aftosi bipolar (oral i genital). Aftosi amb afectació significativa de la qualitat de vida.

CRITERIS DE DERIVACIÓ SERVEI DE REUMATOLOGIA

Febre recurrent	Seguiment de síndrome de PFAPA clàssic* que respon bé a corticoides i sense signes d'alarma**.	Dubtes sobre el diagnòstic, diagnòstic diferencial o tractament del PFAPA.	Derivar aquells pacients amb síndrome PFAPA que no compleixin característiques de PFAPA clàssic*, aquells en els quals es desitgi suport diagnòstic i/o recolzament terapèutic i/o infants amb PFAPA clàssic que es vulguin incloure al registre de malalties minoritàries (REMIN del CatSalut). Qualsevol quadre de febre recurrent no infeccios sense signes d'alarma** i sense sospita d'immunodeficiència primària (que no compleixi criteris de PFAPA clàssic). Quadres amb sospita de malaltia autoinflamatòria amb o sense febre recurrent. Preferent: Qualsevol altre quadre de febre recurrent amb signes d'alarma**
COMENTARIS	PRIMÀRIA → Aportar a la derivació l'anàlisi intercrisi i en episodi febril típic (hemograma, VSG i PCR), i informar a la família que el dia de la visita hospitalària porti el calendari de símptomes. *SÍNDROME DE PFAPA CLÀSSIC: debut als 2-3 anys i desaparició abans dels 10 anys. Febre periòdica cada 3-5 setmanes, amb faringoamigdalitis (exsudativa o no) +/- aftes orals +/- adenopaties laterocervicals. La periodicitat dels episodis ha de ser fixe i ha d'haver presentat 3 o més episodis en un període de 6 mesos. Respon de forma completa a una dosi de prednisona o prednisolona 1-2 mg/kg/dia a l'inici de la febre. **Signes d'alarma: - Debut <12m i >10a. - Exantema amb la febre. - Patró de febre atípic (<72h o >5d). - Artritis, serositis, dolor abdominal, manifestacions oculars o altra afectació orgànica. - Antecedents familiars de febre recurrent, sordesa neurosensorial, insuficiència renal o amiloïdosi. - Alteració en el creixement. - Antecedents familiars de febre recurrent i/o sospita de síndrome autoinflamatòria.		

CRITERIS DE DERIVACIÓ SERVEI DE REUMATOLOGIA

Fractures de repetició	Nen sa SENSE factors de risc d'osteoporosi* amb fractures AMB mecanisme justificat.	Nen sa SENSE factors de risc d'osteoporosi* amb fractures SENSE mecanisme justificat.	1. Nen AMB factors de risc d'osteoporosi* amb o SENSE fractures. 2. Fractura de fèmur de baix impacte. 3. Fractures d'extremitats inferiors, no concurrents, sense mecanisme d'alta energia. 4. Fractures d'extremitats superior (sense incloure falanges), no concurrents, sense mecanisme d'alta energia. 5. Qualsevol fractura vertebral sense mecanisme lesional que la justifiqui. 6. Fractures amb troballes clíniques de sospita d'osteogènesi imperfecta o displàsia esquelètica: escleres blaves, dentinogènesi imperfecta, malformació esquelètica; o antecedents familiars. URGENT: Sospita de maltractament
COMENTARIS	*Principals factors de risc d'osteoporosi: - Corticoteràpia crònica. - Tractament amb anticonvulsivants. - Paràlisi cerebral. - Quimioteràpia. - Malalties inflamatòries cròniques (MII, reumàtiques). - Malalties neuromusculars. - Infants sense mobilitat o que no deambulen de forma autònoma. - Malalties endocrinològiques (DM, hipogonadisme). - Trastorn de la conducta alimentària.		

CRITERIS DE DERIVACIÓ SERVEI DE REUMATOLOGIA

Debilitat muscular	Miositis postvìrica.	Dubtes sobre lesions cutànies suggestives de dermatomiositis juvenil.	Lesions cutànies suggestives de dermatomiositis juvenil (pàpules de Gottron, eritema en heliotrop, eritema periungueal o calcinosis) sense debilitat muscular ni lesions ulceroses. PREFERENT: Debilitat muscular amb o sense elevació d'enzims musculars* i lesions cutànies. Úlceres cutànies en context de lesions suggestives de dermatomiositis juvenil. URGENT: Debilitat muscular significativa i aguda, incloent dificultat respiratòria o disfàgia.
COMENTARIS	Qualsevol debilitat muscular aïllada amb o sense elevació d'enzims musculars ha de ser valorada per Neurologia. *Enzims musculars: ALT; AST; CK; LDH; Aldolasa (si hi ha disponibilitat)		
Síndrome de Raynaud i acrocianosi	Acrocianosi i/o perniosi aïllada en context de fred, sense fenomen de Raynaud.	Dubtes sobre acrocianosi, perniosi o fenomen de Raynaud.	Qualsevol pacient amb fenomen de Raynaud. Acrocianosi i lesions digitals, símptomes sistèmics, alteracions analítiques (ANA $\geq 1/160$) o afectació de la qualitat de vida. Perniosi no estacional o d'inici a edat precoç. PREFERENT: Pacient amb fenomen de Raynaud i clínica sistèmica suggestiva d'esclerodèrmia sistèmica o altres connectivopaties.
COMENTARIS	Fenomen de Raynaud: Fenomen vascular agut, predominantment en mans, però també en altres zones acres caracteritzat per presentació d'almenys dues de les tres fases següents (pal·lidesa, cianosi i eritema).		

CRITERIS DE DERIVACIÓ SERVEI DE REUMATOLOGIA



Es derivarà a qualsevol pacient amb sospita o malaltia autoimmune sistèmica



NO ES CONSIDERA UN CRITERI DE DERIVACIÓ A REUMATOLOGIA PEDIÀTRICA?

En absència d'altres dades de sospita de malaltia reumatologia en el pacient, **NO** són criteris de derivació a reumatologia pediàtrica:

- Antecedents familiars de malaltia reumàtica. A excepció de malalties monogèniques en progenitors o germans, cas en el qual cal considerar de forma individual.
- Antecedents familiars d'HLA-B27 o HLA-B51 positiu.
- Antecedents familiars de psoriasi.
- ANA $\leq 1/320$ sense altres manifestacions clíniques o analítiques.

CRITERIS DE DERIVACIÓ SERVEI DE REUMATOLOGIA

Autors:

GT de Reumatologia pediàtrica

- *Clara Giménez (EAPT El Clot – Sant Martí/Hospital Sant Joan de Déu)*
- *Jordi Antón (Hospital Sant Joan de Déu)*
- *Sílvia Marqués (EAPT Viladecans)*
- *Sebastián Giménez (EAPT Florida)*
- *Laura Berbel (Hospital Bellvitge)*
- *Nolvia Lizeth del Castillo (Hospital PSSJ)*

Equips de Pediatria del Territori AISBE

Oficina Tècnica de l'AISBE

Data realització: Novembre 2025

Data revisió: Novembre 2027