

**CRITERIS DE DERIVACIÓ A PNEUMOLOGIA**

**Data realització : Mayo 2026**

Problema de Salut	Resolució APS	Resolució centre hospitalari de 2n nivell	Derivació 3er nivell Pneumologia-HSJD	Comentaris
<b>Sospita d'Asma o Asma Confirmat</b>	<p>Control de l'asma amb pla terapèutic de manteniment amb dosi mitjana de ICS + LABA ó ICS dosi mitjana + ARLT ( Escala 4 de guia GEMA ) i es manté:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hi ha una bona tècnica inhalatoria</li> <li>2. Bona adherència terapèutica</li> <li>3. Es manté el pla d'acció davant futures crisis</li> <li>4. Es descarta comorbiditats i factors modificables</li> </ol>	<p>Pacients amb asma sibilant recurrent, que no s'aconsegueix un bon control de l'asma després de 2/3 mesos, malgrat pla terapèutic de manteniment amb dosi mitjana de ICS + LABA ó dosi mitjana ICS + ARLT ( Escala 4 de guia GEMA ), i sempre que s'hagi comprovat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hi ha una bona tècnica inhalatoria</li> <li>2. Bona adherència terapèutica</li> <li>3. Es manté el pla d'acció davant futures crisis</li> <li>4. Es descarta comorbiditats i factors modificables</li> </ol> <p>-Si hi ha dubte diagnòstic, es requereix confirmació diagnòstica o sospita d' un diagnòstic alternatiu</p> <p>-Pacients amb exacerbacions greus: Al menys 1 exacerbació greu en l'últim any i/o ús de 2 o més cicles de corticoteràpia oral i/o incapacitat per suspendre-la</p>	<p>- Pacients amb asma greu no controlat</p> <p>- Pacients amb asma moderat no controlat + comorbiditats greus i/o altres malalties coexistents que es relacionen amb l'asma</p>	<p>- Si l' asma/sibilant recurrent, s'evidència ( Escala 4 de guia GEMA ) i es manté: sensibilització a pneumoalergen (valorar la repercussió clínica que tingui la sensibilització al pacients ), s 'ha de derivar a <b>Al·lergologia</b>.</p> <p>-No cal duplicar derivació --&gt; Tant el pneumoleg com l'alergoleg faran la mateixa valoració</p>
<b>Síntomes respiratoris durant l'exercici</b>	-Valorar pes i condicionament físic	-Pacients que tenen símptomes com dispnea, sibilàncies, dolor toràcic i/o	-Necessitat de confirmació diagnòstica de disfunció de cordes vocals amb	- Si associen símptomes suggestius d' asma

	<p>-Revisar el nas per descartar/tractar rinitis al·lèrgica i entrenar en respiració nasal</p> <p>-Valorar fer prova terapèutica amb ICS-LABA i saba previ a l'exercici</p>	<p>tos en exercici i que no es coneix la causa</p> <p>-Dispnea que s'associa amb clínica laríngia (sensació de tancament glòtic, estridor).</p>	<p>laringoscòpia relacionada amb l'exercici.</p> <p>-Pacient que presenti els punts de segon nivell, però la clínica dels quals en exercici afecti o es relacioni a altres processos atesos a l'hospital</p>	<p>al·lèrgic amb clínica durant l' exercici derivar a <b>Al·lergologia</b></p> <p>- Disnea que s'associa amb palpitations símptomes vegetatius, síncope, historia familiar de mort sobtada, derivar inicialment a <b>Cardiologia</b></p>
<b>Tos Crònica</b>	<p>- Descartar degoteig posterior, al·lèrgic o no i assegurar una bona higiene nasal i/o ús de corticoides tòpics nasals si presenta clínica de rinitis al·lèrgica, i realització de proves complementàries, amb Rx de tòrax, PPD, i espirometria* i segons correspongui la clínica, realitzar una prova terapèutica amb ICS/ ICS-LABA, ús d'antihistamínics, i/o s'ha descartat infecció per tos ferina i/o mycoplasma.</p> <p>-Pacients amb tos productiva humida, matutina, tractament cicle d'ATB de 2 setmanes amb amoxicilina-clavulànic (80 mg/kg/dia )</p> <p>* Espirometria en els centres on disposin de la tècnica</p>	<p>- Pacients amb tos &gt; de 4 setmanes de durada, sense causa després de la intervenció realitzada a la primària</p> <p>-Pacients amb tos que suggereixin causa específica com:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacients amb tos productiva humida, matutina, que no respon a cicle d'ATB de 2 setmanes amb amoxicilina-clavulànic</li> <li>Pacient amb tos hemoptoica</li> <li>Pacients amb tos productiva crònica + retard ponderoestatural + infeccions recurrents sinopulmonars i altres símptomes constitucionals i/o acropàquies</li> </ol>	<p>-Pacients que després d'estudiar-se en centre de segon nivell no s'arriba al diagnòstic per al qual cal valorar broncoscòpia o una altra tècnica pròpia de centre de tercer nivell, així com mesures terapèutiques pròpies de tercer nivell.</p>	<p>- Pacients amb tos crònica amb sospita diagnòstic de TBC derivar a <b>infectologia</b></p> <p>-Derivar a <b>Urgències</b>: Pacient amb inici de tos aguda brusca després d'antecedent d'ennuegament</p>
<b>Pneumonies a recurrents</b>	<p>-Tractament i resolució clínica abans de 2/3 mesos en el cas de pneumònie persistent + Rx +/- ecografia o resolució abans de 4/6 setmanes en el cas del Síndrome de lòbul mig o atelèctasi + RX +/- ecografia (havent fet fisioteràpia respiratòria)</p> <p>-Si sospitem pneumònies recurrents o síndrome de lòbul mitjà, associat a asma bronquial, s'ha d'optimitzar tot de base, a part de la Fisioteràpia respiratòria</p>	<p>-Pacient amb Pneumònia recurrent definida com a <math>\geq 2</math> episodis en 1 any o més de 3 en qualsevol interval de temps, amb normalització radiològica entre episodis</p> <p>-Pacient amb pneumònia persistent, que manté clínica i no hi ha resolució radiològica, després de 2-3 mesos de tractament dirigit i fisioteràpia respiratòria.</p> <p>-Síndrome de Lòbul mig o atelèctasi que no respon a fisioteràpia respiratòria contínua per 4-6 setmanes, i no hi ha resolució clínica ni radiològica</p>	<p>-Pacients que després d'estudiar-se en centre de segon nivell no s'arriba al diagnòstic per al qual cal valorar broncoscòpia o una altra tècnica pròpia de centre de tercer nivell</p>	<p>-Si suggestiu d'aspiració de cos estrany, derivar a <b>Urgències</b></p>

<p><b>Sospita de bronquiolitis obliterant postinfecciosa BOPI</b></p>	<p>Quadre que s'inicia després d'un quadre de bronquiolitis aguda greu i que persisteix amb simptomatologia diària (no recurrent) després de més de 3/4 setmanes, malgrat tractament corticoide, broncodilatador i/o altre</p> <p>** En cas de dubtes, es pot enviar consulta al mail <a href="mailto:hospitalbarcelona.aps@sjd.es">hospitalbarcelona.aps@sjd.es</a></p>	<p>-Sospita de BOPI, per fer diagnòstic (si els mitjans locals ho permeten) i presenta bona evolució amb tractament oral i inhalat (azitromicina, corticoteràpia i broncodilatadors).</p> <p>Finestra estreta, si no respon ràpidament derivar a 3r nivell.</p>	<p>- Pacient amb sospita o diagnòstic de BOPI en la qual no existeix resolució dels símptomes amb el tractament iniciat en nivells previs i auscultació patològica persistent</p> <p>-Pacient que per gravetat necessiti de tractament amb polsos de corticoteràpia ev a l'hospital de dia, oxigenoteràpia domiciliària i/o ventilació no invasiva</p>	
<p><b>Pacients amb malalties respiratòries minoritàries que requereixen intervenció del pneumòleg</b></p>			<p>-Pacient amb malalties descrites en el llistat d'unitat d'expertesa clínica en malalties respiratòries: fibrosi quística, bronquiècties no fq, discinèsia ciliar primària, trastorns de la ventilació alveolar, malformacions de la via aèria, dèficit d'alfa-1-antitripsina (restringit per a diagnòstic, discordança fenotip/nivells d'A1AT i/o seguiment dels fenotips greus: ZZ,SZ, null i altres greus/rars) i malalties intersticials</p> <p>-Pacients amb necessitat de suport ventilatori i/o oxigenoteràpia domiciliària</p>	<p>-No serà necessari derivar per a seguiment a pacients amb fenotip MM, MS, SS i MZ si els pares ja han estat atesos i tenen informació adequada sobre la condició del seu fill/filla</p>

\*\*\* Pacients amb necessitats no descrites en aquest document sempre que es descrigui adequadament la peculiaritat del cas serà valorada de forma individualitzada la derivació pel servei