

Atenció mèdica a les persones amb malaltia inflamatòria intestinal

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya

Servei Català de la Salut

Abril de 2025

Direcció i coordinació:

Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial. Gerència de Processos Integrats de Salut. Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut (CatSalut)

Adreça electrònica de contacte: aas@catsalut.cat

Autors (per ordre alfabètic):

Francesc Bas-Cutrina, Hospital General de Granollers. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Olga Benítez Leiva, Hospital Universitari Mútua Terrassa. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Albert Boada Valmaseda, referent d'Atenció Primària, Àrea Assistencial, Servei Català de la Salut

David Busquets Casals, Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Xavier Calvet Calvo, Parc Taulí Hospital Universitari, En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Cristina Casanovas-Guitart, Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial, Gerència de Processos Integrats de Salut, Àrea Assistencial, Servei Català de la Salut

Gerard Castells Villarroja, Pius Hospital de Valls. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Anna Coma Fusté, Divisió d'Acció Territorial, Àrea del Medicament, Servei Català de la Salut

Eugeni Domènech Morral, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Maria Esteve Comas, Hospital Universitari Mútua Terrassa. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Marta Gallach Montero, Consorci Hospitalari de Vic. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Diana García Tirado, Parc Taulí Hospital Universitari. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Montse Gasol Boncompte, Divisió d'Ús Racional del Medicament, Àrea del Medicament, Servei Català de la Salut

Esther Garcia Planella, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Laura Marín Sánchez, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Juanjo Mascort Roca, Centre d'Atenció Primària Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Institut Català de la Salut. En representació de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)

Margarita Menacho Viladot, Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Montserrat Montraveta Querol, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Mariona Pons Vigués, Divisió de Projectes i Qualitat Assistencial, Gerència de Processos integrats de Salut, Àrea Assistencial, Servei Català de la Salut

Alfonso Pozuelo Garcia, Gerència d'Organitzacions, Àrea Assistencial, Servei Català de la Salut

Gemma Pujol Muncunill, Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues. En representació de la Societat Catalana de Pediatria

Elena Ricart Gómez, Hospital Clínic de Barcelona. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Manuela Sampedro, Hospital de Mataró. En representació de la Societat Catalana de Digestologia

Òscar Segarra Canton, Hospital Universitari Vall d'Hebron. En representació de la Societat Catalana de Pediatria

Blanca Verdura Pi, Hospital General de Granollers. En representació de la Societat Catalana de Pediatria

Agraïments: el Servei Català de la Salut expressa el seu agraïment més sincer a tots els i les professionals que han participat en les diferents sessions de treball per arribar al consens publicat en aquest document, molt especialment a la Societat Catalana de Digestologia, a la Societat Catalana de Pediatria i a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. També a l'equip de sistemes d'informació, pel suport en la definició de la codificació al registre Conjunt mínim bàsic de dades i en l'elaboració dels indicadors de seguiment.

Alguns drets reservats:

© 2025, Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Edita:

Servei Català de la Salut

1a edició:

Barcelona, abril de 2025

Descriptors temàtics: malaltia inflamatòria intestinal, malaltia de Crohn, colitis ulcerosa, unitat d'atenció integral a la malaltia inflamatòria intestinal, model d'atenció

Document accessible (2025, versió 1)

Índex

1. Resum executiu	7
2. Introducció.....	9
2.1. Definició de les malalties inflamatòries intestinals	9
2.2. Epidemiologia de les malalties inflamatòries intestinals.....	9
2.3. Peculiaritats i principis bàsics del maneig de les malalties inflamatòries intestinals..	11
2.4. Àmbits de millora en l'atenció de les persones amb malalties inflamatòries intestinals	13
2.5. Atenció integral de les persones amb MII i certificacions de qualitat d'aquestes unitats 14	
3. Objectius	15
3.1. Objectiu general	15
3.2. Objectius específics	15
4. Metodologia de treball.....	15
5. Àmbit d'aplicació	16
6. Prestació de serveis de l'atenció a les persones amb malalties inflamatòries intestinals..	16
7. Unitats d'atenció integral a les persones amb malalties inflamatòries intestinals	17
7.1. Equip assistencial de la UAMII	17
7.2. Prestacions assistencials de la UAMII	18
7.3. Especificitats de les unitats que donen atenció a la població pediàtrica	20
8. Model organitzatiu per a l'atenció als adults amb malalties inflamatòries intestinals als centres hospitalaris del SISCAT	22
8.1. Centres hospitalaris sense UAMII	23
8.2. Centres hospitalaris amb UAMII.....	24
8.2.1. Requisits que han de complir els centres hospitalaris amb UAMII	25
8.3. Centres hospitalaris amb UAMII i que duen a terme procediments d'alta complexitat	25
8.4. Relació entre els centres hospitalaris que atenen casos de diferent nivell de complexitat	26
8.5. Coordinació entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària en el tractament de les persones amb malaltia inflamatòria intestinal	30
8.5.1. Detecció precoç dels primers signes i símptomes sospitosos de MII	31
9. Model organitzatiu per a l'atenció als infants i els adolescents amb malalties inflamatòries intestinals als centres hospitalaris del SISCAT	34
9.1. Transició de les unitats d'atenció a la població pediàtrica a les unitats d'atenció	

d'adults en la malaltia inflamatòria intestinal	36
10. Registre de l'activitat assistencial i dels tractaments farmacològics	38
11. Avaluació i seguiment de la prestació	39
12. Abreviatures	47
13. Bibliografia	49
Annex I. Acreditació de les UAMII per part del GETECCU	54
Annex II. Codificació de l'activitat al conjunt mínim de dades	56
Annex III. Derivacions entre centres hospitalaris a través de l'IS3	60

1. Resum executiu

Context i justificació

La malaltia inflamatòria intestinal (MII), que inclou la malaltia de Crohn (MC) i la colitis ulcerosa (CU), és una patologia crònica de base immunològica que cursa amb brots intermitents. Aquesta presenta una incidència i prevalença creixents, especialment en població jove, i amb un alt impacte sobre la qualitat de vida de les persones afectes. Així mateix els costos directes i indirectes derivats de la seva atenció sanitària són significatius, com el seu impacte social. La complexitat del seu abordatge fa necessària la definició del model assistencial per garantir equitat, qualitat i eficiència dins del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

Aquest document és el resultat del treball consensuat, impulsat pel Servei Català de la Salut, d'un grup multidisciplinari de professionals de diversos àmbits assistencials, en representació de diferents societats científiques i en col·laboració amb l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, i basat en l'evidència científica, amb l'objectiu d'harmonitzar l'atenció a les persones amb MII, tant en l'àmbit adult com pediàtric.

Objectius del model assistencial

- Millorar l'accés a l'atenció especialitzada i multidisciplinària.
- Establir una xarxa territorial funcional entre centres hospitalaris amb i sense unitats especialitzades (UAMII).
- Integrar l'atenció entre nivells assistencials i millorar la coordinació amb l'atenció primària i comunitària.
- Establir un model de transició estructurat per a la població pediàtrica cap a l'atenció adulta.
- Avaluar els resultats en salut, l'eficiència i la qualitat de l'atenció prestada.

Unitats d'atenció integral a la malaltia inflamatòria intestinal

Les Unitats d'Atenció Integral a la malaltia inflamatòria intestinal (UAMII) són unitats multidisciplinàries de referència amb professionals especialitzats (digestòlegs, infermeria experta, farmacèutics, cirurgians, radiòlegs, etc.) i una cartera de serveis completa per a l'abordatge integral de les persones amb MII. Han de disposar de recursos per a atenció ambulatoria programada i la que es pugui generar a demanda, hospital de dia per a l'administració de tractaments, tècniques diagnòstiques i terapèutiques avançades, i circuits de derivació ràpida. El model promou l'accessibilitat i flexibilitat segons l'evolució clínica de la malaltia en cada pacient.

Model territorial i xarxa assistencial

Es defineixen tres nivells d'atenció hospitalària per a la població adulta amb MII:

- Nivell 1: Centres sense UAMII, per a l'atenció a persones amb casos lleus o estables.

- Nivell 2: Centres amb UAMII, per a tot tipus de pacients amb MII.
- Nivell 3: Centres amb UAMII i tècniques d'alta complexitat (ex: cirurgia perianal greu, afèresi, TPH).

Els centres hospitalaris han d'establir acords de col·laboració formals, circuits de derivació i mecanismes de coordinació funcional per garantir la continuïtat i la qualitat assistencial.

Atenció a la població pediàtrica amb malaltia inflamatòria intestinal

L'abordatge de la MII en infants i adolescents requereix d'equips de professionals amb especialització en els criteris específics de diagnòstic i tractament. Es destaca el paper del tractament dietètic com a primera opció terapèutica en la MC lleu. La transició planificada i gradual cap a les unitats d'adults és clau per assegurar la continuïtat i la seguretat clínica.

En el cas de la població pediàtrica, s'han consensuat dos nivells d'atenció hospitalària.

Coordinació amb l'atenció primària i comunitària

L'atenció primària i comunitària juga un paper clau en la detecció precoç, seguiment dels pacients en remissió, control dels tractaments i detecció de brots. Es promou la compartició d'informació clínica i la formació mútua per enfortir el treball conjunt, especialment centrat en el pacient.

Avaluació i seguiment de la prestació

L'ús de fàrmacs innovadors, especialment els immunosupressors selectius, representa una part destacada de la despesa. Es preveu l'ús del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) i el registre de pacients i tractaments per fer seguiment de l'activitat, indicadors d'efectivitat i seguretat.

2. Introducció

2.1. Definició de les malalties inflamatòries intestinals

La malaltia inflamatòria intestinal (MII) és una malaltia crònica de causa desconeguda en què es produeix una inflamació del tub digestiu i que es presenta en forma de brots. Dins del terme de MII s'inclouen fonamentalment dues malalties: la malaltia de Crohn (MC), que pot afectar qualsevol punt de l'aparell gastrointestinal, i la colitis ulcerosa (CU), de localització colorectal. Aquestes malalties tenen una base immune i un curs crònic sovint en forma de brots d'inflamació de l'intestí separats per episodis de remissió de la clínica.

La gravetat dels símptomes varia en funció de la persona que els pateix, i aquests símptomes poden ser lleus, greus i, fins i tot, incapacitants (1). Els símptomes principals són el dolor abdominal, la diarrea i la rectorràgia, i la MII es pot complicar amb estenosis, fístules o perforació intestinal. A més, en el cas de la MC, fins a un 30 % dels pacients presentaran malaltia perianal que requereix un abordatge medicoquirúrgic, sovint complex. Així mateix, les persones amb MII presenten sovint manifestacions extraintestinals, especialment reumatològiques, dermatològiques i oftalmològiques que requereixen un maneig especialitzat. També pot ser necessari suport nutricional, psicològic o psiquiàtric i, en casos concrets, la participació d'una infermera experta en ostomies.

La MII acostuma a debutar durant l'etapa de l'adolescència (entorn d'un 25 % de persones amb MII debuten abans dels divuit anys) o la joventut, s'associa a un deteriorament important de la qualitat de vida i pot limitar el desenvolupament personal i laboral. Alhora, té un elevat impacte quant a costos directes i indirectes per a les persones, la societat i el sistema de salut. Segons la literatura, la taxa anual d'hospitalitzacions s'apropa al 20 % i aproximadament el 50 % de les persones requereixen cirurgia en els deu anys posteriors al diagnòstic (2).

Actualment, cap d'aquestes malalties es pot curar, però hi ha diversos fàrmacs que permeten tenir-ne un control adequat, juntament amb l'adopció de conductes saludables. Els objectius del tractament són aconseguir induir i mantenir la remissió dels símptomes i reduir o eliminar la inflamació intestinal. L'objectiu final és millorar la qualitat de vida de la persona amb MII i evitar complicacions. Per això, cal reduir hospitalitzacions i cirurgies, així com prevenir el dany intestinal acumulat i les seqüeles cròniques, com, per exemple, les ostomies, la incontinença fecal o el budell curt, que són les que tenen un impacte més elevat en la qualitat de vida i el desenvolupament personal.

Hi ha dues entitats més que són les colitis microscòpiques: la colitis limfocítica (CL) i la colitis col·làgena (CC), que es diagnostiquen generalment a partir dels 50 anys. Aquestes dues acostumen a tenir un curs més benigne, però en alguns casos poden requerir atenció per part d'unitats especialitzades en MII.

2.2. Epidemiologia de les malalties inflamatòries intestinals

La MII té una tendència clara a l'augment en els darrers anys i és una malaltia amb major prevalença en els països desenvolupats, superant el 0.3% a Amèrica del Nord, Oceania i a molts països d'Europa (3). La incidència de la MII a partir de les dades de 108 hospitals de diverses àrees geogràfiques de l'Estat espanyol fou de setze casos per 100.000 persones

l'any 2017 (4). Aquestes dades d'incidència són molt similars a les observades en alguns països del nord d'Europa, com ara Irlanda, el Regne Unit i Dinamarca (5).

A Catalunya, a partir de les dades del registre del Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) del Servei Català de la Salut (CatSalut), es pot calcular la magnitud de la MII en el nostre entorn. Així doncs, en un estudi publicat el 2018 es va observar que el nombre de persones amb MII havia augmentat: de 29.543 casos l'any 2011 a 40.614 l'any 2016. La prevalença de la MII per 100.000 habitants l'any 2016 era de 353,9 per a la CU i de 191,4 per a la MC, amb una distribució similar en ambdós sexes (6). En aquest mateix estudi, es va observar també un discret augment de la mortalitat respecte de la població general. Les taxes ajustades de mortalitat van ser d'1,22 (interval de confiança del 95 %, IC: 1,11-1,36) per a la CU i d'1,62 (IC 95 %: 1,39-1,90) per a la MC (6).

En un estudi amb dades de l'any 2020, s'han identificat 38.954 persones diagnosticades amb MII a Catalunya: 14.192 amb diagnòstic de MC i 24.762 amb diagnòstic de CU (7). El canvi de codificació de la Classificació internacional de malalties (CIM) de CIM-9 a CIM-10 fa que les dades del 2020 siguin lleugerament inferiors a les dades publicades anteriorment (6). La prevalença de la MII per cada 100.000 habitants l'any 2020 va ser de 511,01 (204,62 per a la MC i 317,7 per a la CU). Es van registrar 2.558 nous diagnòstics (739 MC i 1.538 CU), amb una incidència per cada 100.000 habitants de 37,5 (10,8 per a la MC i 22,6 per a la CU). La prevalença de comorbiditats era més alta en les persones amb MII i el risc d'hospitalització es multiplicava per dos en persones amb MII (7).

L'epidemiologia de la MII en la població pediàtrica ha experimentat canvis notables al llarg de les últimes dècades (8). A Espanya, la incidència de la MII pediàtrica ha augmentat significativament, amb un increment més marcat en la MC. Així ho demostra un estudi retrospectiu fet a Espanya entre el 1996 i el 2009, en el qual la incidència de la MII en persones menors de divuit anys s'havia triplicat i havia passat de 0,97 a 2,8 casos per cada 100.000 habitants. Aquest augment va ser especialment notable en la MC, que va passar de 0,53 a 1,7 casos per cada 100.000 habitants, mentre que la CU va augmentar de 0,39 a 0,88 casos per cada 100.000 habitants (9). A Catalunya, un estudi longitudinal que va analitzar dades del 2011 al 2023 va mostrar un increment en el nombre d'infants i adolescents amb MII, que va passar de 307 a 725. Aquest augment es va reflectir en les taxes de prevalença ajustades per edat i sexe, que van pujar de 23 (IC 95 %: 20,5-25,7) a 48,1 (IC 95 %: 44,7-51,7) per cada 1.000.000 habitants. La incidència anual també es va duplicar i va passar de 81 a 168 casos (10).

Amb relació a la colitis microscòpica, hi ha pocs estudis epidemiològics al món. A l'àrea d'influència de l'Hospital Universitari Mútua Terrassa, es va observar un increment de la incidència des del període 1993-1997 fins al període 2004-2008 d'1,1 a 2,6 casos de CC per 100.000 habitants (11). La prevalença l'any 2014 va ser de 107,1 casos per 100.000 habitants (52,5 per a la CC i 54,6 per a la CL) (12). A partir d'aquestes dades es pot estimar que el nombre de pacients amb diagnòstic de colitis microscòpica a Catalunya podria ser d'uns 8.000 casos. D'aquests casos, només una petita part presentaria una malaltia complexa que requereixi control en una unitat especialitzada en MII.

2.3. Peculiaritats i principis bàsics del maneig de les malalties inflamatòries intestinals

La MII presenta unes característiques específiques que en condicionen el maneig:

- Si bé la malaltia es pot desenvolupar a qualsevol edat, el pic de més incidència és en la població jove (15-25 anys), socialment i laboralment activa, així com en edat fèrtil. La MII greu pot afectar el desenvolupament personal i laboral, disminuir la qualitat de vida i produir lesions irreversibles, i, fins i tot, arribar a provocar discapacitat permanent. Per tant, cal un maneig òptim de la malaltia des del principi per minimitzar aquestes afectacions.
- La gran variabilitat de la clínica, l'evolució i la gravetat diversa dels brots de la MII — des de lleus fins a greus i complexos— fan que l'abordatge terapèutic hagi de ser individualitzat. Es requereix un coneixement profund tant de la malaltia com dels seus possibles tractaments i, sovint, un abordatge multidisciplinari per tractar les complicacions i les malalties associades.
- L'evolució de la malaltia és incerta i els brots poden aparèixer en qualsevol moment i sense que es disposi d'eines per predir de manera acurada l'aparició d'activitat clínica. Aquest és un fet rellevant, perquè el tractament precoç dels brots redueix el risc de complicacions. Per això, l'atenció als brots que ocasiona la malaltia s'ha de donar en el moment en què s'inicien, cosa que en facilita el control i disminueix el risc de complicacions derivades d'un retard diagnòstic. S'ha demostrat que el retard en el diagnòstic i el tractament s'associa a una pitjor evolució clínica i a una incidència més gran de complicacions i discapacitat (13).
- És una patologia crònica que apareix a una edat relativament jove i amb una mortalitat molt baixa si es fa un bon control de la malaltia. Això fa que s'incrementin els casos prevalents, ja que l'expectativa de vida és pràcticament igual a la de la població general. Cal assegurar, per tant, una atenció adequada a la cronicitat d'aquesta malaltia.
- Segons l'evidència científica, el maneig de les persones amb MII per part d'especialistes experts en MII està relacionat clarament amb els bons resultats en salut (14). Així doncs, cal assegurar l'accés a una atenció especialitzada experta i als recursos necessaris, especialment en aquells centres hospitalaris on per volum i quantitat de població de referència no es justifiqui disposar d'una unitat d'atenció integral a la MII (UAMII).
- El tractament farmacològic consta de dues fases, una d'inducció per a la remissió d'un brot actiu, seguida d'una fase de manteniment per prevenir la recaiguda. A causa de l'heterogeneïtat tant de la CU com de la MC, el tractament s'ha d'individualitzar en funció de la localització, la gravetat i el patró evolutiu de la malaltia (15). En el cas de la població pediàtrica amb MC lleu-moderada sense factors de mal pronòstic, el tractament de primera línia consisteix en un enfocament dietètic amb nutrició enteral exclusiva o dieta d'exclusió específica per a la MC (16).
- El tractament farmacològic convencional inclou glucocorticoides (GC), aminosalicilats i agents immunomoduladors. En els brots moderats o greus, els GC sistèmics són el tractament d'elecció per a la inducció a la remissió. Per a pacients amb MII moderada o greu que tenen intolerància, contraindicació o en els quals ha fracassat el tractament convencional, es disposa de diverses opcions terapèutiques amb medicaments

immunosupressors selectius (ISS), que són medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria (MHDA). Aquests medicaments han demostrat millorar les taxes de remissió davant els medicaments convencionals, però amb un cost més elevat.

- La resposta al tractament pot variar entre pacients, que de manera global han mostrat unes taxes de remissió d'entre un 20 i un 40 % un any després del tractament, amb un perfil de seguretat acceptable. No obstant això, hi ha pacients que no mostren cap benefici clínic després de la fase d'inducció, i un percentatge no negligible de pacients han d'interrompre el tractament per pèrdua d'eficàcia o esdeveniments adversos greus i, per tant, caldrà ajustar el tractament (17,18).
- Els ISS han estat harmonitzats en el marc del Programa d'harmonització farmacoterapèutica del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), a fi de definir-ne els criteris d'ús i seguiment de l'efectivitat i la seguretat d'aquests tractaments i establir les variables per portar a terme aquest seguiment a través del Registre de pacients i tractaments (RPT). Actualment, els medicaments inhibidor del factor de necrosi tumoral (anti-TNF), indicats tant en adults com en infants a partir dels sis anys, es consideren els ISS d'elecció basant-se en la seva experiència d'ús, eficàcia similar, seguretat i millor eficiència, amb disponibilitat de biosimilars per a alguns principis actius. Els agents anti-integrina, els bloquejadors d'interleucina IL-12/IL-23 i IL-23, els inhibidors de JAK i els moduladors de SIP han estat posicionats pel Programa com a opcions alternatives terapèutiques quan no es poden utilitzar els anti-TNF alfa o han fracassat, basant-se en les característiques dels pacients i valorant el benefici/risc en cada cas. Aquestes recomanacions es revisaran a mesura que es disposi de noves evidències d'eficàcia o seguretat o la disponibilitat de més fàrmacs biosimilars (19).
- Tot i que algunes persones presenten malaltia inactiva o en remissió com a resposta al tractament, en un percentatge de pacients progressa la malaltia o hi ha manca de control amb els fàrmacs disponibles actualment, cosa que es coneix com a malaltia refractària. En molts d'aquests casos, cal tractament quirúrgic.
- Molt sovint, la cirurgia és complexa i la mortalitat quirúrgica és elevada, fins a un 5 % en pacients amb CU. La mortalitat, la morbiditat i els resultats funcionals de molts dels procediments quirúrgics en aquests pacients depenen de l'experiència de l'equip medicoquirúrgic (20).
- Les malalties inflamatòries intestinals representen un desafiament tant clínic com econòmic, donat el creixent cost associat a la seva atenció i tractament. Segons un estudi publicat recentment, els costos econòmics associats al maneig de la MII al SISCAT van ser de 164 M€ l'any 2020, dels quals un 60 % van ser despeses de tractaments farmacològics. La despesa anual mitjana per pacient va ser 3,4 vegades més alta que la de la població sense MII (4.200 € vs. 1.200 €). Les despeses anuals per pacient van ser de 3.400 € per a pacient amb CU i de 5.700 € per a pacient amb MC (7).

2.4. Àmbits de millora en l'atenció de les persones amb malalties inflamatòries intestinals

Malgrat els avenços significatius en l'atenció sanitària a les persones amb diagnòstic de MII, a partir de l'evidència científica i l'experiència professional s'han identificat un seguit d'àmbits de millora en l'abordatge de la MII dins el SISCAT. A fi d'aconseguir una atenció de qualitat i segura, així com uns resultats òptims en salut, s'identifiquen els àmbits de millora següents:

- **Millorar el temps entre l'inici de símptomes i el tractament:** s'estima que el temps mitjà des del començament dels símptomes fins al diagnòstic per a la CU és de quatre a sis mesos, però per a la MC pot arribar a ser de fins a tres anys, ja que els símptomes inicials poden ser inespecífics (13). En el cas de la població pediàtrica, en un estudi multicèntric de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, es va trobar que el temps fins al diagnòstic era de 4,4 mesos, i era significativament més llarg en la MC que en la CU (21). Així doncs, és rellevant millorar la sospita i la detecció de les MII en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària (APiC), com també en el de l'atenció hospitalària no experta, particularment dels serveis d'urgències, així com continuar millorant la comunicació i la coordinació entre els professionals d'APiC i els equips de professionals de l'àmbit hospitalari.
- **Millorar l'accés a l'atenció experta en MII:** l'especialització dels professionals que atenen els pacients amb MII disminueix la variabilitat en la pràctica assistencial i garanteix una atenció d'alta qualitat i seguretat (14). Segons dades de l'estudi IQCARO del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), del Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (GETEII) i de la Confederación de Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (ACCU), l'atenció especialitzada es relaciona amb una millor percepció de qualitat assistencial i una tendència a millors resultats en salut (22,23).
- **Millorar l'harmonització de la pràctica clínica, inclòs l'accés a recursos diagnòstics i terapèutics:** l'heterogeneïtat en la pràctica clínica entre centres hospitalaris, la variabilitat en el nombre de pacients atesos i les diferències en l'ús dels tractaments justifiquen la necessitat d'harmonitzar les pràctiques clíniques per obtenir els millors resultats en salut. Els pacients que viuen en àrees amb baixa densitat de població o allunyades de centres hospitalaris amb unitat d'atenció integral a la MII (UAMII) poden estar en risc de rebre un maneig subòptim per a aquestes patologies. D'altra banda, l'assistència a pacients amb MII és especialment complexa en els primers i els últims anys de la vida (edat pediàtrica i geriàtrica) o si coexisteixen altres malalties greus, en què l'expertesa adquireix encara més importància. A més, l'heterogeneïtat geogràfica en l'ús de tractaments (corticoides, immunomoduladors i immunosupressors, tant biològics com d'origen sintètic) i el diferent curs evolutiu dels pacients amb MII a Catalunya (taxes d'hospitalització i cirurgia) han quedat palesos en un estudi publicat l'any 2022 (24): es va observar una variabilitat important en l'ús d'esteroides (de l'11 % al 17 %, segons l'àrea geogràfica), d'immunosupressors d'origen sintètic (del 22 % al 40 %) i de fàrmacs biològics (del 10 % al 23 %). En un altre estudi (25), es va observar que l'increment en l'ús de fàrmacs biològics es relacionava amb una reducció del nombre d'hospitalitzacions i cirurgies, cosa que suggeria que un millor maneig mèdic de la MII pot minimitzar l'intervencionisme i millorar els resultats en salut.

2.5. Atenció integral de les persones amb MII i certificacions de qualitat d'aquestes unitats

Tal com s'ha esmentat més amunt, el maneig de les persones amb MII per part d'especialistes experts en MII està relacionat clarament amb bons resultats en salut (14). Així doncs, alguns centres hospitalaris van començar a organitzar unitats funcionals de MII per donar una atenció continuada, integral i de qualitat en la gestió d'aquestes patologies. Aquestes unitats s'anomenen unitats d'atenció integral a la MII (UAMII). Des del GETECCU es va impulsar un procés de certificació d'aquestes unitats que en reconeix la qualitat assistencial, docent i investigadora. Aquest programa de certificació de les UAMII té com a objectiu principal millorar i homogeneïtzar la prestació assistencial a les persones diagnosticades de MII a tot l'Estat espanyol. La qualitat i l'acreditació de les UAMII venen determinades per criteris establerts prèviament (26,27): 67 indicadors d'estructura, de procés i de resultats avaluats per una auditoria externa. A l'annex I d'aquest document es mostren més detalls d'aquesta certificació.

La limitació principal del programa de certificació del GETECCU és que la seva participació és voluntària i, per tant, hi ha una distribució molt heterogènia de les UAMII a l'Estat espanyol, amb una concentració important d'unitats a les comunitats autònomes de Madrid i Catalunya. A Catalunya, hi ha almenys una UAMII acreditada a cada província. No obstant això, hi ha una gran variabilitat entre UAMII, condicionada majoritàriament per la localització dels centres hospitalaris i el nivell de la cartera de serveis d'aquests centres.

Hi ha poques experiències internacionals similars a les desplegades pel GETECCU en la certificació de la qualitat d'atenció a les persones amb MII (28). Als Estats Units s'han desenvolupat programes per avaluar l'adherència a criteris de qualitat mitjançant una revisió retrospectiva de les històries clíniques en centres acadèmics, públics i privats, promoguts per l'American Gastroenterological Association (29). També s'han desenvolupat altres programes destinats a auditar la pràctica clínica amb finalitats de reemborsament en un context de pràctica privada (30).

Al Regne Unit, es va establir un programa, el UK-IBD Audit, amb la intenció de millorar la qualitat i la seguretat de la cura dels pacients amb MII a tot el país (31). La primera auditoria es va fer l'any 2006 i es va repetir en anys successius. Hi ha evidències que aquest programa va millorar els resultats en el control dels pacients. Més recentment, a la Xina s'ha iniciat també un procés de certificació d'excel·lència d'unitats de MII (32).

El concepte d'acreditació per a les unitats multidisciplinàries pediàtriques de MII actualment no està definit ni consolidat. Tot i que el GETECCU ha establert indicadors de qualitat per a les UAMII, avui dia estan orientats principalment a les unitats d'adults (26,27). No obstant això, alguna unitat multidisciplinària de MII pediàtrica ha estat reconeguda amb aquesta acreditació. A escala internacional, la European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) va publicar l'any 2017 un consens sobre els criteris de qualitat que haurien de complir les unitats pediàtriques (33).

3. Objectius

3.1. Objectiu general

- Millorar l'atenció sanitària mèdica a les persones amb MII en el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), per aconseguir una atenció equitativa, homogènia, integral, continuada, participativa i de qualitat i una millora de la qualitat de vida d'aquestes persones.

3.2. Objectius específics

- Definir la prestació de serveis de la MII per a la població adulta i pediàtrica.
- Establir els criteris i els requisits mínims dels centres hospitalaris del SISCAT, per dur a terme una assistència de qualitat, tant en població adulta com pediàtrica amb MII.
 - Definir els requisits mínims d'una unitat especialitzada en MII.
 - Definir els requisits mínims dels hospitals sense unitat especialitzada per poder atendre persones amb MII.
- Definir els mecanismes de relació, fluxos de derivació i retorn dels pacients, tant pediàtrics com adults, entre els centres hospitalaris amb unitats especialitzades en MII i els que no en disposen, amb una perspectiva de xarxa territorial, tant assistencial, docent com de recerca, que inclogui la coordinació assistencial amb l'atenció primària i comunitària (APiC).
- Establir un model coordinat de transició entre les unitats pediàtriques i les unitats de població adulta en l'àmbit de la MII per garantir la continuïtat assistencial i l'autonomia progressiva de la persona amb MII.
- Consensuar els elements d'avaluació entorn de l'atenció sanitària de la MII, a curt i llarg termini.

4. Metodologia de treball

A fi d'assolir aquests objectius, des de l'Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut, i arran del treball dut a terme en el Pla estratègic de la MII per la Societat Catalana de Digestologia, es va impulsar un grup de treball amb professionals assistencials de centres hospitalaris amb diferents característiques i representants de la Societat Catalana de Digestologia. A partir de l'evidència científica, de les guies de pràctica clínica i recomanacions del Programa d'harmonització farmacoterapèutica (PHF) del CatSalut, de l'opinió de persones expertes i de les discussions de les múltiples reunions de treball, s'ha consensuat aquest document. En les discussions del grup de treball, també s'hi van incorporar posteriorment professionals representants de la Societat Catalana de Pediatria, per tractar les especificitats de l'atenció de la població pediàtrica, i de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, per abordar els aspectes clau que cal considerar i, especialment, la coordinació entre l'APiC i els centres hospitalaris en relació amb aquesta patologia.

5. Àmbit d'aplicació

Servei Català de la Salut (CatSalut)

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)

Atenció hospitalària

6. Prestació de serveis de l'atenció a les persones amb malalties inflamatòries intestinals

L'atenció sanitària a les persones amb MII s'articula en una sèrie de processos assistencials que s'activen de manera seqüencial. Es tracta d'una atenció integral, continuada, de decisions compartides i de qualitat envers les persones amb MII per millorar l'assistència i la seva qualitat de vida. Els processos bàsics són:

- a) **Procés de detecció, diagnòstic i acollida** a partir de les derivacions de persones amb sospita de patologia orgànica digestiva (derivació des d'APiC o des del servei d'urgències). Malgrat que els símptomes són sovint inespecífics per establir una sospita de MII, un cop establerta aquesta sospita s'ha de fer un estudi diagnòstic àgil i acurat. Una vegada diagnosticada la MII, cal determinar-ne la gravetat i l'extensió. L'acollida també inclou la confirmació del diagnòstic, si cal, la informació i la capacitació de la persona diagnosticada sobre la malaltia i l'establiment d'un pla terapèutic i de cures inicial que inclou la prevenció d'infeccions (vacunacions, entre d'altres).
- b) **Procés de seguiment**, que inclou tres subprocessos interrelacionats:
 - a. Seguiment del pla terapèutic (eficàcia, seguretat, adherència), dispensació i administració de fàrmacs biològics i sintètics (si cal).
 - b. Atenció ambulatoria programada i/o a demanda.
 - c. Atenció a la malaltia greu o les complicacions d'aquesta malaltia, que inclou hospitalització, adequació del pla terapèutic i cirurgia.

Dins de cadascun d'aquests tres subprocessos n'hi ha d'altres que s'apliquen a subgrups concrets de persones. En serien exemples el cribratge de càncer colorectal en pacients de risc, el control de manifestacions extraintestinals (sovint de manera conjunta amb altres especialitats) o el procés d'atenció a demanda telemàtica i/o presencial de pacients amb sospita de brot o complicacions derivades de la malaltia o el tractament, tots aquests dins del procés d'atenció ambulatoria.

L'atenció s'ha de fer seguint els protocols clínics i els procediments normalitzats de treball de cada centre hospitalari, fonamentats en l'evidència disponible. L'equip de professionals ha de proporcionar informació exhaustiva i clara a la persona atesa i als seus familiars o cuidadors, amb l'objectiu de garantir una comprensió completa del procés assistencial. Tota activitat duta a terme i els seus resultats en termes de salut s'ha de registrar de manera detallada a la història clínica electrònica de la persona atesa.

7. Unitats d'atenció integral a les persones amb malalties inflamatòries intestinals

Les UAMII són unitats d'atenció integral a les persones amb MII, actualment més enfocades a atendre la població adulta. Aquestes unitats són claus per a una atenció d'excel·lència a les persones amb MII en el marc del SISCAT i estructuren l'assistència a través de tres principis bàsics:

- Abordatge multidisciplinari
- Continuitat de les cures
- Atenció a demanda

La intervenció de la UAMII ve determinada per les característiques dels pacients. L'evolució clínica dels pacients amb MII pot ser molt variable, tant en extensió com en gravetat, així com variable al llarg del temps, i no es disposa de signes, símptomes o marcadors específics que permetin predir amb precisió el curs de la malaltia. Aquesta impredictibilitat de la MII obliga les UAMII a ser flexibles en l'atenció, oferint-la a demanda quan és necessari i adequant la freqüència dels controls, la realització de proves diagnòstiques i els canvis del tractament a les necessitats de la persona atesa en cada moment de la seva evolució, així com donant suport i/o assessorament als centres que no en tenen.

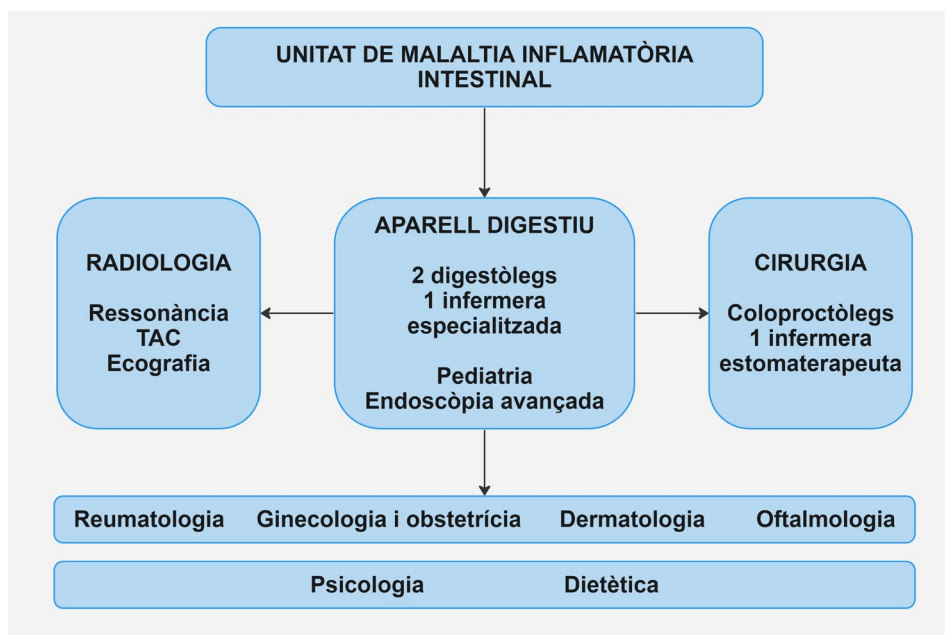
7.1. Equip assistencial de la UAMII

Seguint les recomanacions del GETECCU (26–28), les UAMII han d'estar compostes per un equip multidisciplinari (vegeu la figura 1). El nucli de la UAMII està format com a mínim per una infermera especialitzada en MII i com a mínim dos metges/ses gastroenteròlegs/òlogues amb formació específica i dedicació preferent a la MII.

La infermera té un paper clau pel que fa al seguiment i els controls periòdics, en l'aprenentatge del maneig de l'administració dels tractaments per part de la persona amb MII, en el control de la seguretat dels fàrmacs, en l'educació per a la salut entorn de la malaltia (tant a la persona amb MII com a la família), en la vigilància i la prevenció d'infeccions oportunistes i, també, en l'atenció a la demanda. Així doncs, la infermeria és fonamental en les intervencions i els programes orientats a millorar la qualitat de vida de les persones amb MII en les diverses etapes de la malaltia. Contribueix a millorar el grau d'acceptació de la malaltia i la satisfacció amb l'atenció rebuda. Es recomana que la infermera tingui agenda pròpia per poder citar persones amb MII i fer-ne seguiment (26–28).

Aquest primer nucli de professionals col·labora amb altres professionals que formen també part de la UAMII i els coordina, incloent-hi professionals d'endoscòpia, radiologia i cirurgia digestiva, tots ells especialitzats en el diagnòstic i el control de la MII. A més, la UAMII ha de tenir una coordinació estreta amb la farmàcia hospitalària, els professionals que tractaran les manifestacions extraintestinals (reumatologia, dermatologia i oftalmologia), l'estomaterapeuta, nutricionistes, psiquiatres i psicòlegs. És important també l'atenció obstètrica en les dones gestants i amb MII, que té aspectes específics, com, per exemple, el maneig dels fàrmacs prescrits per a la MII o l'atenció al part en cas de malaltia perianal. D'altra banda, l'equip assistencial de la UAMII ha de mantenir una coordinació estreta amb l'Atenció Primària per garantir una atenció integral, efectiva i centrada en la persona amb MII.

Figura 1. Requisits mínims d'organització de la UAMII



Les UAMII han d'estar integrades en un servei de l'aparell digestiu amb disponibilitat de llits per a l'hospitalització i, també, en l'entorn ambulatori amb consulta externa monogràfica i disponibilitat d'hospital de dia per a la infusió de fàrmacs. No tots els centres hospitalaris amb UAMII disposen de tècniques d'alta complexitat (vegeu l'apartat 8.3). Aquests centres podran derivar els pacients a un o diversos centres hospitalaris amb UAMII i que disposen d'aquestes tècniques d'alta complexitat.

Els centres amb UAMII reconeguda han de disposar d'un comitè de MII per presentar els casos amb participació de, com a mínim, l'equip central de professionals de la UAMII (digestòlegs, infermeres, radiòlegs, cirurgians) i, si escau, pediatres, reumatòlegs, etc., segons les característiques dels casos que calgui discutir.

7.2. Prestacions assistencials de la UAMII

La característica principal i objectiu de les UAMII és proporcionar una atenció integral de qualitat a les persones diagnosticades amb una MII. Aquestes persones reben atenció des de consultes externes fins a hospitalització o cures intensives. L'especificitat del maneig i dels tractaments requerits a la MII implica que els membres de la UAMII participin en totes aquestes fases hospitalàries de l'atenció als pacients, bé com a responsables o bé com a consultors.

L'atenció s'ha de dur a terme seguint les guies de pràctica clínica (GPC) i els protocols assistencials actualitzats, tant de MC com de CU i de tot l'espectre de gravetat. La CU greu és la situació més urgent i en la qual s'ha d'actuar d'una manera més precisa, amb uns terminis de presa de decisions molt més ajustats per determinar si calen fàrmacs de rescat o colectomia urgent. Per això, cal seguir les GPC i els protocols específics de maneig de la CU

greu amb accés al millor tractament disponible, tenint en compte el programa d'harmonització farmacoterapèutica.

Les activitats principals que duen a terme són:

- a. **Control clínic periòdic** amb tasques d'informació, acompanyament i presa de decisions compartides. Aquesta tasca es fa ajustant la freqüència de visites i controls segons la situació i la gravetat de la patologia de la persona.
- b. **Educació per a la salut i informació** tant amb relació a conductes saludables (hàbit tabàquic, alimentació, gestió emocional, etc.) i la malaltia (estratègies d'afrontament, maneig del tractament, abordatge durant la gestació, etc.) com amb relació als tractaments immunosupressors. Aquesta tasca es duu a terme d'una manera més intensiva en la visita d'acollida a la UAMII, un cop s'estableix el diagnòstic de MII, i es manté segons les necessitats detectades i a manera de reforç en tots els contactes amb el pacient.
- c. **Atenció a demanda** del pacient, que permet:
 - Detectar els pacients amb símptomes d'activitat de la malaltia, amb l'objectiu d'iniciar el tractament precoçment i disminuir el risc de complicacions.
 - Resoldre dubtes sobre diversos aspectes del maneig de la malaltia o de malalties intercurrents.

El fet que no es puguin predir els brots i que el tractament precoç sigui fonamental comporta la necessitat d'atenció a demanda quan apareix un brot o una complicació en un període de temps breu, amb accessibilitat per part del mateix pacient o possibilitat de derivació ràpida per part d'altres professionals, siguin d'altres hospitals o de l'APiC. Aquesta tasca es fa habitualment a través de sistemes telemàtics de comunicació (síncrons o asíncrons) i, una vegada valorada per l'equip de la UAMII, els pacients han de tenir la possibilitat de fer una visita presencial, si cal. En la majoria de les UAMII del SISCAT, l'atenció a demanda correspon, en primera instància, a l'equip d'infermeria, que actua com a professional gestor del cas i/o com a professional amb competències resolutives, en funció del cas.

- d. **Circuit de diagnòstic ràpid** des de l'APiC i urgències dels centres hospitalaris per al diagnòstic precoç i l'avaluació de brots, complicacions de la malaltia o efectes adversos dels tractaments, tant a l'inici de la malaltia com durant l'evolució (consultories virtuals, per exemple).
- e. **Hospital de dia** per a l'administració de fàrmacs endovenosos.
- f. **Tècniques diagnòstiques i terapèutiques:** la UAMII ha de tenir disponibilitat i accés a diverses tècniques per fer el diagnòstic, l'avaluació de l'activitat en els diferents brots, el maneig de la malaltia i el diagnòstic i tractament de les complicacions.
 - Tècniques radiològiques diagnòstiques i/o terapèutiques: ressonància intestinal (entero-RM), ressonància pelviana, TAC abdominal, ecografia abdominal o intestinal.
 - Tècniques endoscòpiques diagnòstiques i/o terapèutiques:
 - i. Diagnòstiques: endoscòpia digestiva baixa (EDB) diagnòstica amb biòpsies o sense, endoscòpia digestiva alta (EDA) diagnòstica amb

- biòpsies o sense, EDB amb cromoendoscòpia virtual i/o vital amb biòpsies (endoscòpia d'alta qualitat per a la detecció de displàsia o càncer), ecoendoscòpia (USE) transrectal o ecografia endoanal,¹ càpsula endoscòpica (convencional i biodegradable) i enteroscòpia.
- ii. Terapèutiques: per a la resecció relacionada amb la neoplàsia associada a la MII (EDB amb polipectomia, EDB amb mucosectomia, EDB amb dissecció submucosa) o relacionades amb el tractament de les estenosis (EDB o EDA amb dilatació endoscòpica amb baló).
- Tècniques quirúrgiques:
 - i. Cirurgia abdominal: resecció d'intestí prim, resecció ileocòlica, colectomia i estricturoplàstia.
 - ii. Cirurgia perianal: drenatge d'abscessos i col·locació de sedeny.
- g. **Maneig del pacient amb MII greu durant l'hospitalització o la cirurgia.**
- h. **Avaluació per a la idoneïtat de tractaments farmacològics no inclosos a la cartera de serveis comuna (restringits):** usos compassius, medicaments fora de fitxa tècnica, medicaments estrangers o indicacions pendents de preu i finançament, que caldrà que siguin valorats per les comissions farmacoterapèutiques dels centres i, si s'escau, sol·licitar-ne el rescabament del tractament a través de la bústia de medicaments en situacions especials (MSE) del CatSalut. També l'ús de teràpies avançades com l'afèresi de leucòcits en CU o el trasplantament autòleg de progenitors hematopoètics (TPH) en un subgrup de persones amb MC (34,35) (vegeu l'apartat 8.3 d'aquest document).
- i. **Detecció, prevenció i tractament d'infeccions oportunistes i altres complicacions** com malaltia tromboembòlica i càncer, especialment, el càncer colorectal.
- j. Participació activa en l'entorn de la formació, la docència, la recerca i la innovació.

7.3. Especificitats de les unitats que donen atenció a la població pediàtrica

Els infants i els adolescents amb MII presenten unes característiques específiques que els diferencien de la població adulta, tant en la presentació clínica com en l'evolució de la malaltia i l'aproximació terapèutica. Això implica que les unitats multidisciplinàries especialitzades d'atenció a la MII pediàtrica tinguin algunes peculiaritats respecte a les UAMII de població adulta. Aquestes unitats pediàtriques es basen en un servei de pediatria amb pediatres gastroenteròlegs i el suport d'infermeria amb expertesa en el maneig d'infants i adolescents amb MII. Algunes de les diferències més rellevants en el maneig de la MII pediàtrica (MII-P) són:

¹ L'ecoendoscòpia (USE) transrectal i l'ecografia endoanal són dues tècniques poc freqüents en la població pediàtrica.

- La repercussió de la malaltia sobre el creixement i el desenvolupament puberal dels infants i els adolescents amb MII-P, especialment d'aquells que tenen MC, és un tret important i diferencial. En conseqüència, els objectius del tractament de la MII-P són aconseguir la inducció i el manteniment de la remissió, recuperar i mantenir un creixement adequat, preservar el desenvolupament puberal, minimitzar els efectes secundaris dels fàrmacs a llarg termini i afavorir un desenvolupament psicosocial i maduratiu correcte (36–39).
- Els criteris de Porto, establerts per la European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), defineixen les recomanacions per al diagnòstic de la MII-P. Aquests criteris es basen en una avaluació combinada que inclou una anamnesi en profunditat, exploració física, proves bioquímiques i la realització d'endoscòpia digestiva alta i endoscòpia digestiva baixa amb ileoscòpia, amb presa de biòpsies múltiples, i l'estudi de l'intestí prim (amb ressonància magnètica intestinal o amb càpsula endoscòpica) (39,40). Així doncs, les unitats multidisciplinàries de MII-P, encarregades de fer el diagnòstic, han de disposar de professionals entrenats específicament per a l'aplicació d'aquestes tècniques diagnòstiques en la població pediàtrica i la interpretació dels resultats.
- Com s'ha mencionat a la introducció, en el cas de la població pediàtrica amb MC lleu-moderada sense factors de mal pronòstic, el tractament de primera línia consisteix en un enfocament dietètic amb nutrició enteral exclusiva o dieta d'exclusió (15). Per tant, disposar d'un professional de dietètica i nutrició format en pediatria és clau per assegurar una nutrició adequada i personalitzada per a aquests infants i adolescents.
- Els casos de debut molt precoç de la MII (infants menors de sis anys) requereixen una avaluació i un tractament en unitats multidisciplinàries especialitzades d'atenció a la MII pediàtrica. Aquestes unitats disposen de l'expertesa i els recursos necessaris per garantir un diagnòstic precís, un abordatge multidisciplinari i un maneig òptim de la malaltia, especialment en situacions clíniques complexes.
- La transició de les unitats pediàtriques a les unitats de població adulta és un moment clau en l'atenció de les persones amb malaltia inflamatòria intestinal. Cal planificar aquest procés amb antelació per garantir una transició progressiva, fomentar l'autonomia del jove i assegurar la continuïtat assistencial, minimitzant el risc de descompensacions o pèrdua de seguiment (vegeu l'apartat 9.1 d'aquest document) (41).
- Les malalties cròniques poden ser difícils d'acceptar, especialment quan debuten en la infància o l'adolescència, ja que poden tenir impacte en la salut mental. Per això, és recomanable que les unitats especialitzades tinguin accés a professionals en salut mental, per oferir suport tant als infants com a les seves famílies. Un bon control de la malaltia i una acceptació adequada faciliten, a més, una millor transició cap a l'edat adulta.

8. Model organitzatiu per a l'atenció als adults amb malalties inflamatòries intestinals als centres hospitalaris del SISCAT

Es proposa estructurar l'atenció als adults amb MII en tres nivells assistencials en els centres hospitalaris del SISCAT:

- Nivell 1: centres hospitalaris sense UAMII.
- Nivell 2: centres hospitalaris amb UAMII.
- Nivell 3: centres hospitalaris amb UAMII i que duen a terme procediments d'alta complexitat.

Els pacients amb la MII estable i ben controlada i els pacients amb brots lleus poden ser atesos als seus hospitals de proximitat, disposin o no d'UAMII. Els brots lleus poden ser controlats als hospitals de proximitat que no tenen UAMII, amb el suport de la UAMII, si escau. En canvi, els pacients amb malaltia greu i complexa han de fer el seguiment i els controls en centres hospitalaris amb UAMII. Un cop estabilitzada la MII, podran tornar al seu centre hospitalari de proximitat sense UAMII.

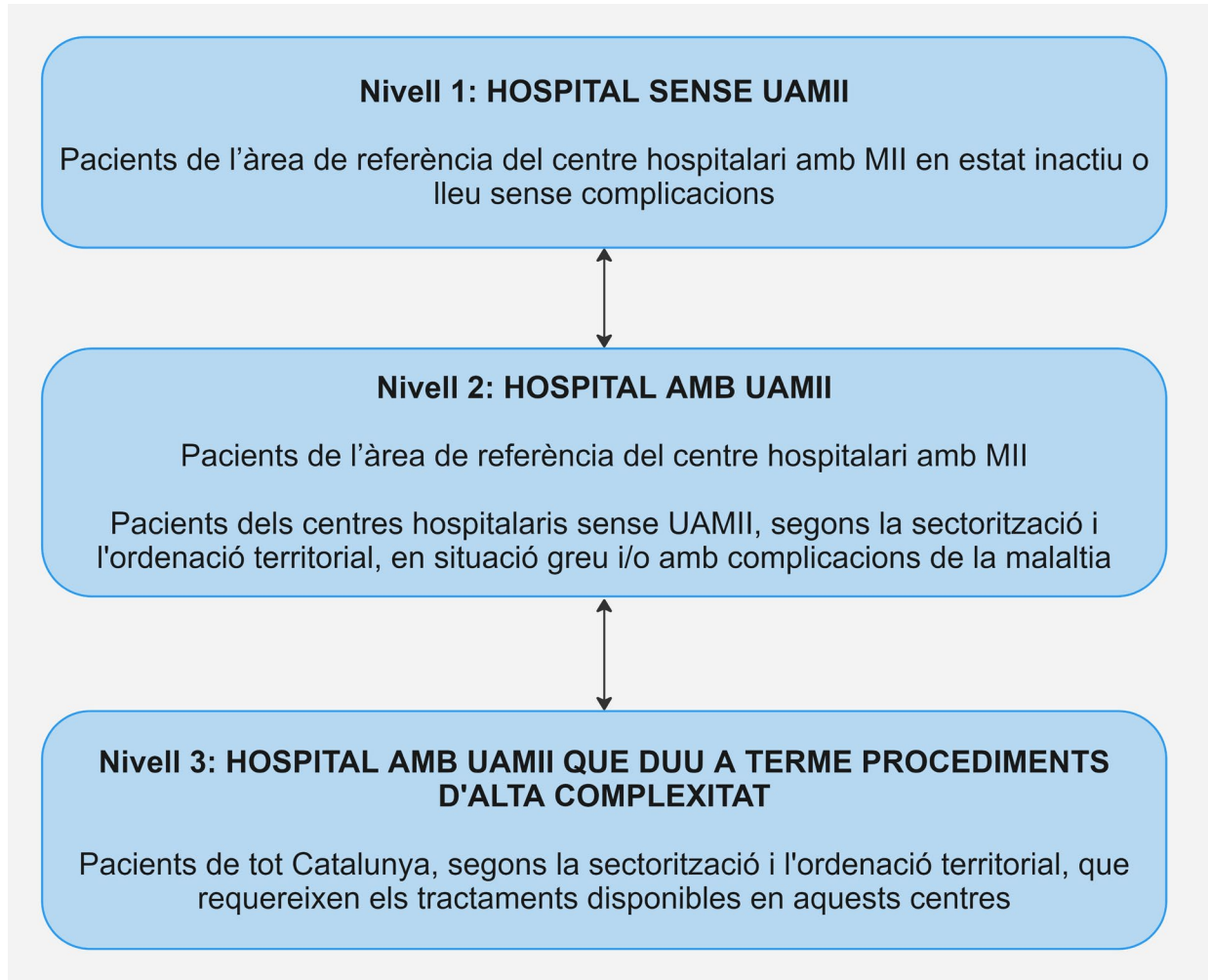
Es consideren casos greus, i que per tant han de ser atesos en centres hospitalaris amb UAMII, els pacients que pateixen les situacions clíniques següents:

- Malaltia perianal complexa
- Brot greu de colitis ulcerosa (CU)
- Brot greu de malaltia de Crohn (MC)
- Pacients amb complicacions penetrants actives
- Pacients amb complicacions estenosants
- Pacients amb necessitat de suport nutricional

Aquesta llista es pot ampliar a escala territorial i/o local, en funció de les circumstàncies assistencials concretes a través de les eines que consten a l'apartat 8.4.

A la figura 2 es detalla l'atenció per nivells i els fluxos de derivació bidireccional en funció de l'activitat inflamatòria o les complicacions en cada moment.

Figura 2. Nivells d'atenció a les persones adultes amb MII als centres hospitalaris del SISCAT



Nota: els centres de nivell 3 tenen la mateixa cartera de serveis que els centres hospitalaris de nivell 2 i, a més, tècniques específiques que només es duen a terme en aquests centres.

8.1. Centres hospitalaris sense UAMII

El perfil de persones ateses als centres hospitalaris de nivell 1 (centres sense UAMII) és:

- Pacients amb brots lleus de MII.
- Pacients estables amb controls periòdics. La periodicitat s'estableix de manera individualitzada segons el perfil i la necessitat de cada pacient.

La cartera de serveis d'aquests centres inclou:

- Atenció a demanda en cas de brot d'activitat o complicacions.
- Capacitat per fer controls periòdics durant l'estabilitat de la malaltia.

- Anàlisi general, calprotectina fecal, endoscòpia bàsica (alta i baixa), endoscòpia diagnòstica i terapèutica de baixa complexitat i radiologia (ecografia, TC i ressonància magnètica).

Els recursos estructurals i funcionals són:

- Hospital de dia per a infusió de fàrmacs.
- Servei de farmàcia hospitalària.
- Atenció a demanda dels pacients amb brots o complicacions que es faria preferentment, i per proximitat, en aquests centres, segons les característiques i l'estabilitat del pacient.
- Protocols de diagnòstic, tractament i d'infusió o administració de fàrmacs compartits amb els digestòlegs, la infermeria i el personal de farmàcia de la UAMII de referència.
- Possibilitat de comentar els casos virtualment o presencialment i derivar per fer un control a la UAMII de referència dels pacients complexos o amb complicacions greus (circuit de derivació ràpida).

Els recursos de professionals són:

- Metge referent, amb experiència en la cura de pacients amb MII i preferentment de les especialitats de digestologia o medicina interna, que serà l'interlocutor amb la UAMII de referència. La vinculació d'aquest referent amb una UAMII acreditada implica la participació telemàtica en sessions i la possibilitat de consulta per telèfon, per correu electrònic o per teleconferència per resoldre dubtes.
- Farmacèutic hospitalari per fer l'atenció farmacèutica, la dispensació i el control de la medicació de dispensació hospitalària.
- Infermeria: amb experiència o formació específica en la cura de persones amb MII, implicada en la infusió de fàrmacs i en els controls analítics i de cures d'aquestes persones. És recomanable promoure l'expertesa i la formació continuada, així com garantir l'estabilitat de l'equip d'infermeria.

8.2. Centres hospitalaris amb UAMII

El perfil de persones ateses als centres hospitalaris de nivell 2 (centres amb UAMII) és:

- Pacients de l'àrea de referència, independentment de la complexitat de la seva patologia.
- Pacients amb brots greus i/o amb complicacions de la seva MII derivats d'hospitals sense UAMII.

La cartera de serveis d'una UAMII, el seu model d'atenció, l'equip de professionals i els recursos mínims d'aquestes unitats es descriuen a l'apartat 7 d'aquest document.

8.2.1. Requisits que han de complir els centres hospitalaris amb UAMII

Des del Servei Català de la Salut (CatSalut) es reconeixen, a través del procediment o norma jurídica pertinent, les UAMII que disposin de:

- Certificació/acreditació activa de la UAMII per part del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU): avançada o excel·lent. Les UAMII que perdin l'acreditació tindran un període màxim d'un any per reacreditar-se i mantenir-se així com a centre de referència amb UAMII al SISCAT.

En el cas que alguna UAMII perdi l'acreditació i no la recuperi durant l'any següent a aquesta pèrdua, els centres sense UAMII dependents d'aquesta unitat s'adscriuran segons els criteris de planificació i ordenació sanitària del CatSalut a una altra UAMII acreditada. En aquest moment, caldrà refer els acords i els convenis de col·laboració de cada centre sense UAMII amb el nou centre UAMII referenciat.

- Conveni i acord de col·laboració entre el centre amb UAMII i els centres sense UAMII que els siguin referenciats en el procés d'ordenació i sectorització, per escrit i signats per les dues entitats d'acord amb els criteris mínims explicats a l'apartat 8 d'aquest document. Aquest acord ha de tenir el vistiplau del CatSalut.

8.3. Centres hospitalaris amb UAMII i que duen a terme procediments d'alta complexitat

El perfil de persones ateses en aquests centres hospitalaris és:

- Pacients de tot Catalunya que requereixen tractaments només disponibles en centres d'aquesta tipologia.

Alguns dels procediments que es poden indicar als pacients amb MII necessiten uns procediments i una estructura de què no disposen tots els centres amb una UAMII acreditada. Així, en els centres d'aquest nivell poden estar disponibles alguns d'aquests recursos:

- Cirurgies complexes o de complicacions de la MII amb baixa prevalença; per exemple, reservoris ileoanals.
- Endoscòpia terapèutica complexa: col·locació de pròtesi enteral, estricturotòmia, enteroscòpia amb dilatació endoscòpica i maneig de les complicacions biliars de la colangitis esclerosant primària.
- Trasplantament autòleg de progenitors hematopoètics en persones amb MC acuradament seleccionades: subgrup de persones en els quals la malaltia és refractària a tots els tractaments, amb danys progressius en els teixits i una esperança de vida potencialment reduïda (34,35).
- Afèresi de leucòcits: tot i que continua sense haver-hi evidència de qualitat que sustenti que l'afèresi sigui més efectiva que el tractament convencional a la CU, sembla que no té efecte placebo i que és segura i eficaç en la retirada de corticoides (42). Segons la Guia GETECCU 2020 per al tractament de la CU, no es recomana utilitzar afèresi en la inducció de la remissió del pacient amb brot moderat de CU corticodependent, ni en el manteniment de la remissió del pacient amb brot moderat-greu de CU (43).

8.4. Relació entre els centres hospitalaris que atenen casos de diferent nivell de complexitat

Per a una atenció de qualitat amb bons resultats en el maneig de les persones afectes d'una MII, cal garantir una coordinació real i fluida entre els equips de professionals dels diferents àmbits assistencials (especialment, APiC i hospital) i entre centres hospitalaris que fan atencions i/o procediments de diferent complexitat. Tal com s'esmenta en el Pla de salut 2021-2025 (44), cal continuar millorant la comunicació, la coordinació i la integració entre els diferents nivells assistencials, àmbits i especialitats, ja que són claus per a la coordinació assistencial de les persones i l'eficiència del sistema.

Tal com s'ha enunciat, les persones amb MII de més complexitat ateses en un centre hospitalari de proximitat sense UAMII s'han de derivar al corresponent centre hospitalari amb UAMII assignat. Els centres hospitalaris sense UAMII i els centres amb UAMII han d'establir un acord formal de cooperació territorial que delimiti els circuits de tramesa de pacients, les responsabilitats compartides i els compromisos en temps de tractament i atenció. Els acords de col·laboració territorials entre centres han de complir els criteris i els requisits de l'Àrea Assistencial del CatSalut i requereixen la seva conformitat, així com la participació de la regió sanitària corresponent.

Els requisits mínims que ha de recollir l'acord de col·laboració són:

- Distribució de la cartera de serveis que durà a terme cada centre: a la taula 1 es presenta una distribució orientativa de les funcions que assumirà cada centre d'acord amb la seva cartera de serveis i estructura i que s'ha d'adaptar a la idiosincràsia local. La distribució proposada indica el que es considera *a priori* que serà la situació més freqüent, però s'ha d'adaptar en tot moment a les capacitats de cada hospital, seguint sempre el principi de donar el servei a l'hospital més proper al lloc de residència del pacient, sempre que es pugui. Aquesta distribució ha de quedar detallada en l'acord de col·laboració.

Taula 1. Distribució orientativa de la cartera de serveis dels centres hospitalaris segons el nivell assistencial

Cartera de serveis	Centre hospitalari sense UAMII	Centre hospitalari amb UAMII
Control clínic periòdic i visita periòdica	Responsable	
Educació per a la salut i informació especialitzada en MII	Responsable	Suport
Atenció a demanda		
– Atenció telefònica o correu institucional (segons el centre)	Responsable	
– Atenció urgent per brot o complicacions	Responsable	Suport
Circuit de diagnòstic ràpid des de l'APiC i urgències	Responsable	
Hospital de dia	Responsable	
– Infusió/dispensació de fàrmacs immunosupressors biològics		
Tècniques diagnòstiques i terapèutiques		
– Endoscòpia bàsica	Responsable	Suport
– Endoscòpia terapèutica complexa		Responsable/Suport
– Colonoscòpia de cribratge (d'alta qualitat)		Responsable/Suport
Maneig del pacient amb MII greu		Responsable
Maneig del pacient durant l'hospitalització o la cirurgia		Responsable/Suport
– Indicació de cirurgia i realització de cirurgies complexes		Responsable
– Segona opinió		Responsable
Avaluació per a la idoneïtat de tractaments farmacològics restringits		
– Indicació i administració de teràpies avançades		Responsable* (UAMII nivell 3)
– Indicació de medicaments en situacions especials		Responsable
Detecció, prevenció i tractament d'infeccions oportunistes i altres complicacions	Responsable	Suport
Formació, docència, investigació i innovació		Responsable

* Algunes d'aquestes tècniques o tractaments avançats es duen a terme en UAMII de nivell 3.

Responsable: tenir la responsabilitat de dur a terme la tasca identificada.

Suport: atendre la demanda feta des del centre sense UAMII, i fer de consultor, assessorar i dur a terme el suport i la resolució de consultes amb relació a l'activitat identificada.

Responsable/Suport: segons la cartera de serveis pròpia i l'estructura del centre sense UAMII es valorarà el paper més adequat del centres amb UAMII.

- Protocols assistencials i farmacoterapèutics compartits en els diferents centres.
- Descripció dels canals de comunicació per gestionar les comunicacions entre centres per a la continuïtat de l'atenció al pacient. L'acord de col·laboració entre centres amb UAMII i centres sense UAMII ha de detallar els sistemes estàndard de comunicació

ràpida. Per a la discussió de casos clínics, els centres hospitalaris sense UAMII han de participar en la sessió del comitè de MII del centre de referència. És aconsellable, sempre que sigui possible, que els centres sense UAMII participin en el comitè, encara que no tinguin casos propis per comentar.

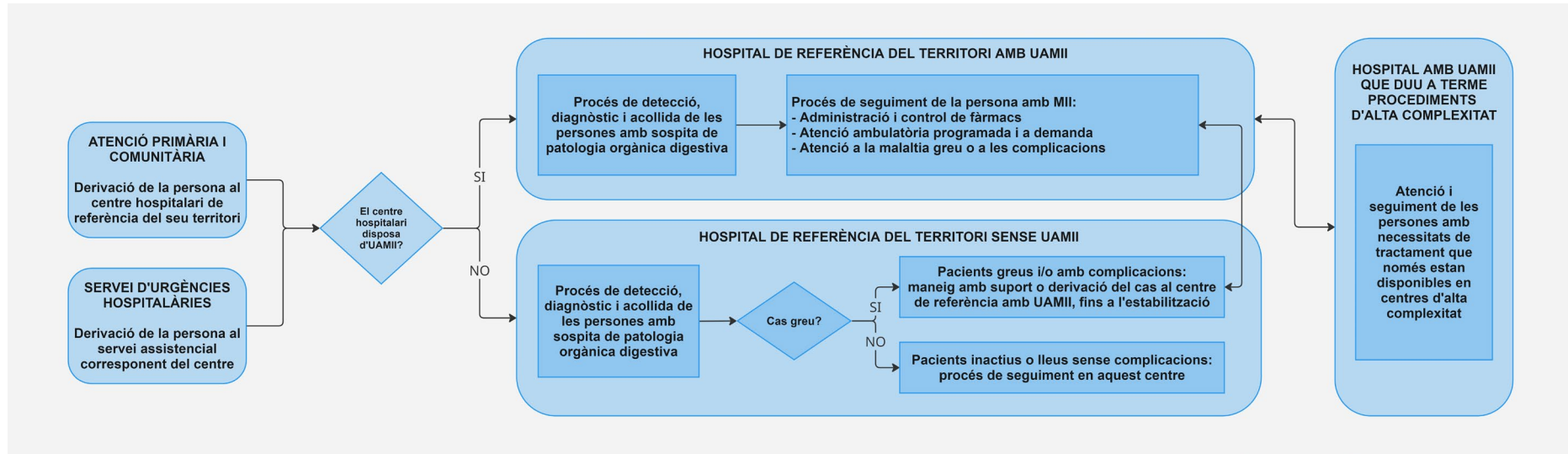
- Descripció de com serà l'estructura de seguiment de funcionament de la xarxa, detallant quins en seran la periodicitat i el format.
- Pla de contingència en cas de falta de referents de proximitat: cal assegurar l'atenció dels pacients a la UAMII de referència.

Els centres amb UAMII han d'establir relacions amb els centres hospitalaris sense UAMII i dur a terme les accions següents:

- Garantir i facilitar el procés de transferència del coneixement,² de la innovació i de l'accessibilitat als protocols clínics.
- Assessorar i dur a terme la consultoria, el suport i la resolució de consultes.
- Dur a terme el lideratge en la xarxa d'atenció de la MII respectiva.

2. Es recomana que les infermeres dels centres sense UAMII puguin fer estades de formació en els centres amb UAMII.

Figura 3. Flux d'atenció a les persones adultes amb MII als centres hospitalaris i relacions entre aquests centres



Nota: els centres de nivell 3 tenen la mateixa cartera de serveis que els centres hospitalaris de nivell 2 i, a més, tècniques específiques que només es duen a terme en aquests centres.

8.5. Coordinació entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària en el tractament de les persones amb malaltia inflamatòria intestinal

La gestió de la MII requereix una atenció multidisciplinària i ben coordinada entre els diversos àmbits assistencials. La col·laboració estreta entre l'atenció primària i comunitària (APiC) i l'atenció hospitalària és fonamental per garantir una atenció integral, efectiva i centrada en la persona, tant de la població infantil com de l'adult amb MII.

Els mecanismes de coordinació entre els dos àmbits assistencials inclouen protocols compartits per al diagnòstic, el seguiment i el tractament, eines de consulta i publicació d'informació assistencial com la història clínica electrònica compartida, interconsultes entre professionals,³ criteris definits per a la derivació i la contraderivació de les persones ateses i oportunitats de formació continuada per als professionals d'APiC (per exemple, sessions clíniques periòdiques entre ambdós àmbits).

L'APiC constitueix el primer punt de contacte de les persones amb el sistema sanitari i fa un paper clau en diversos aspectes en el maneig de les persones amb MII. Actua com a porta d'entrada al sistema de salut, facilitant la detecció precoç dels primers signes i símptomes sospitosos de MII. Una sospita inicial ben fonamentada permet fer una derivació ràpida a l'atenció hospitalària per a la confirmació diagnòstica i assegura un tractament precoç i adequat.

D'altra banda, els equips d'APiC tenen implicació en el seguiment de les persones amb MII, especialment d'aquelles en fase estable, de manera complementària als controls que aquestes persones segueixen des del servei de digestiu de l'atenció hospitalària. Per exemple, des de l'APiC es reforça l'adherència als tractaments prescrits, s'identifiquen i es gestionen possibles efectes adversos associats a la medicació i es pot fer una detecció precoç de brots. A més, l'APiC té una visió global de la persona, abordant també altres condicions clíniques que l'afecten o problemes de benestar emocional. L'evidència mostra que les persones amb MII presenten un risc cardiovascular augmentat. Per aquest motiu, és fonamental que a l'APiC es tingui en compte aquest factor en el seguiment clínic i s'adoptin mesures preventives i de control dels factors de risc associats (45). Addicionalment, des d'aquest àmbit es proporciona suport emocional i social i es promou l'educació per a la salut, incloent-hi les immunitzacions i les pràctiques d'autocura, com una alimentació adequada, l'activitat o exercici físic i la gestió de l'estrès o ansietat, així com la cessació tabàquica i l'evitació del consum d'alcohol.

En aquest context, les infermeres de l'APiC tenen un paper fonamental en l'educació per a la salut i el seguiment de la persona, oferint suport per garantir una bona adherència al tractament, gestionar els símptomes i detectar possibles complicacions de manera precoç. Igualment, els nutricionistes d'APiC poden contribuir a optimitzar l'alimentació i prevenir dèficits nutricionals, en coordinació amb els professionals de nutrició dels centres hospitalaris.

3. Per a més detalls sobre el model de relació en la derivació de pacients entre l'àmbit d'atenció primària i l'àmbit d'atenció hospitalària ambulatoria, consulteu: <https://hdl.handle.net/11351/9747.2>.

Aquesta atenció coordinada permet millorar la qualitat de vida de les persones amb MII i reforçar la seva autonomia en la gestió de la malaltia.

8.5.1. Detecció precoç dels primers signes i símptomes sospitosos de MII

El suport al diagnòstic, amb l'objectiu de fer-lo de manera precoç i sense retards, implica un alt grau de sospita diagnòstica per part dels especialistes en medicina familiar i comunitària (MFIC) d'APiC. Els principals signes guia que han d'alertar d'aquesta patologia són: diarrea crònica i/o dolor abdominal crònic amb signes de malaltia orgànica. Això inclou pèrdua de pes i/o febre, diarrea amb sang o diarrea o dolor que no respecten el descans nocturn. També cal considerar el dolor abdominal o la diarrea associada a anèmia o signes objectius d'activitat inflamatòria. La malaltia perianal complexa (més d'un orifici fistulós i/o allunyat de l'anús) requereix una derivació a cirurgia, així com una interconsulta al servei de digestologia.

Davant una sospita de possible cas de MII, el professional d'MFiC ha de derivar la persona al servei de digestiu del centre hospitalari de referència (a través del formulari habitual de derivació de l'IS3), independentment que aquest centre disposi d'UAMII o no. És important incloure tota la informació rellevant al formulari de derivació. Les persones en estat greu poden ser derivades directament al servei d'urgències del centre hospitalari de referència.

A continuació s'indiquen els símptomes i els signes de sospita diagnòstica (taula 2), les recomanacions d'actuació que cal dur a terme des de l'APiC amb derivació prèvia (taula 3) i els criteris de derivació al servei de digestologia del centre hospitalari de referència (taula 4), tots acordats per consens del grup de professionals d'APiC i de l'atenció hospitalària. S'especifiquen uns criteris generals com a guia, però els professionals especialistes en MFIC han de prioritzar sempre una valoració individualitzada, especialment en el cas de persones fràgils, per adaptar les decisions a les seves necessitats específiques.

Taula 2. Signes i símptomes de sospita diagnòstica

Símptomes i signes de sospita
– Persona amb diarrea crònica (> 4 setmanes d'evolució i amb mínim d'una deposició diària diarreica) i/o dolor abdominal de predominança diària de més de quatre setmanes d'evolució.

Taula 3. Recomanacions d'actuacions que cal dur a terme des d'APiC

Anamnesi
– Caracterització de la diarrea: durada de l'episodi, nombre de deposicions, periodicitat, consistència, urgència per defecar, etc. – Valoració dels criteris d'afectació orgànica. – Comorbiditats o altres malalties intestinals o extraintestinals que justifiquin els símptomes. – Fàrmacs, revisió de l'adherència terapèutica als fàrmacs prescrits i informació sobre altres tipus de suplementos nutricionals i farmacodietètics. – Viatges recents a àrees endèmiques d'enteropatògens o entorn familiar de contacte epidemiològic. – Història personal o familiar de càncer de còlon, poliposi intestinal, MII i malaltia celíaca.
Exploració física
– Distensió abdominal. – Massa abdominal. – Hepatoesplenomegàlia.
Proves de laboratori
– Analítica: hemograma, funció renal i hepàtica, estudi del ferro (ferritina i índex de saturació de la transferrina), vitamina B12, proteïna C reactiva (PCR), albúmina, perfil hormones tiroïdals i serologia celiaquia (anti-TTG).⁴ – Prova quantitativa de sang oculta en femta SOFi.⁵ – Calprotectina fecal.⁶ – Paràsits a la femta. – Coprocultiu⁷ (PCR d'enteropatògens), toxina per <i>Clostridium Difficile</i>.

4. Aquestes determinacions no són necessàries per a l'estudi de pacients amb MII, però formen part del perfil d'estudi d'una diarrea crònica i/o dolor abdominal.

5. Es considera una prova de SOFi positiva amb un punt de tall de >10 µg Hb/g femta (equivalent a 58 ngr/ml de la prova SENSIFIT® o 50 ngr/ml de la prova OC-sensor®). Un resultat de la prova negatiu (<10 µg Hb/g a la femta) tradueix una molt baixa probabilitat de càncer colorectal.

6. Cal vigilar que la persona no estigui prenent IBP o AINE en els quinze dies previs. No s'ha de determinar en cas de diarrea aguda.

7. El coprocultiu serà negatiu en la major part de les persones amb diarrea crònica, però és essencial per al diagnòstic de MII (exclusió d'infecció). Segons la ruta assistencial territorial, aquesta prova es pot fer a l'APiC o al centre hospitalari.

Taula 4. Criteris de derivació al servei de digestologia del centre hospitalari de referència

Criteris de derivació

Persona amb diarrea crònica (> 4 setmanes d'evolució i amb mínim d'una deposició diària diarreica) i/o dolor abdominal de predominança diària de més de quatre setmanes d'evolució, i amb algun dels criteris clínics o analítics d'afectació orgànica següents:

- Presència de sang visible a la femta.
- Febrícula o febre prolongada.
- Síntomes nocturns: dolor abdominal o diarrea que trenca el son.
- Pèrdua de pes no explicable per altres motius (més gran o igual al 5 %).
- Malaltia perianal complexa (més d'un orifici fistulós i/o allunyat de l'anus).
- Anèmia.
- Prova quantitativa de sang oculta a la femta SOFi positiva.
- Ferritina i índex de saturació de la transferrina baixos (ferropènia).
- PCR elevada.
- Leucocitosi amb neutrofilia.
- Hipoalbuminèmia.
- Trombocitosi.
- Calprotectina fecal, seguint aquests criteris:
 - La determinació de la calprotectina fecal és una eina útil en l'avaluació de la inflamació intestinal, però no és un paràmetre que, per si sol, determini la necessitat de derivació. La seva interpretació ha de tenir en compte el context clínic de la persona:
 - Menys de 200 µg/g: baixa probabilitat de malaltia inflamatòria intestinal activa.
 - Entre 200 i 500 µg/g: valor intermedi; cal valorar en funció del context clínic i altres proves complementàries.
 - Més de 500 µg/g: alta sospita de malaltia inflamatòria intestinal activa; es recomana una avaluació especialitzada.

* En cas de símptomes o signes d'afectació orgànica greu, les proves de laboratori no haurien de retardar la derivació al servei de digestologia.

9. Model organitzatiu per a l'atenció als infants i els adolescents amb malalties inflamatòries intestinals als centres hospitalaris del SISCAT

En el cas dels infants i els adolescents amb MII (< 18 anys), es proposa estructurar l'atenció mèdica en els centres hospitalaris en dos nivells assistencials en el SISCAT:

- Nivell 1P: centres hospitalaris sense unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII pediàtrica
- Nivell 2P: centres hospitalaris amb unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII pediàtrica

Segons el consens del grup d'experts i a partir de l'evidència existent, les situacions clíniques següents han de ser ateses en una unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII pediàtrica (nivell 2P):

- Casos de complexitat:
 - Infants i adolescents menors de sis anys amb sospita de malaltia inflamatòria intestinal d'inici molt precoç
 - Infants i adolescents amb necessitat de suport nutricional parenteral o tractament dietètic especialitzat
 - Infants i adolescents amb un brot moderat-greu de colitis ulcerosa (CU)
 - Infants i adolescents amb un brot greu de malaltia de Crohn (MC)
 - Infants i adolescents amb malaltia perianal complexa
 - Infants i adolescents amb complicacions penetrants actives
 - Infants i adolescents amb complicacions estenosants
- Diagnòstic i establiment del tractament dels infants i adolescents de l'àrea de referència dels centres hospitalaris de nivell 1P.

Un cop establert el diagnòstic i el tractament per part de la unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII pediàtrica (nivell 2P), si l'infant o adolescent amb MII està estable (inactiu o lleu sense complicacions), serà atès al seu centre hospitalari de proximitat de nivell 1P, amb el suport o el seguiment compartit de l'equip de professionals de la unitat del centre hospitalari de nivell 2P. En canvi, els infants i els adolescents amb criteris de complexitat han de fer el seguiment i els controls en centres hospitalaris amb unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII pediàtrica (nivell 2P).

A la taula següent es mostren els requisits mínims dels centres hospitalaris segons el nivell per poder fer atenció mèdica als infants i els adolescents amb MII, així com el perfil de casos atesos. No s'especifiquen els criteris relacionats amb l'atenció quirúrgica, perquè queda fora de l'abast d'aquest document.

Taula 5. Requisits mínims dels centres hospitalaris amb atenció mèdica a infants i adolescents amb MII

Requisits mínims per fer la prestació	Nivell 1P: centres hospitalaris sense unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII pediàtrica	Nivell 2P: centres hospitalaris amb unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII pediàtrica
Recursos estructurals i funcionals	Servei de pediatria amb un gastroenteròleg pediàtric. Hospital de dia pediàtric. Servei de farmàcia hospitalària. Protocols de seguiment, tractament i d'infusió o administració de fàrmacs compartits amb l'equip de professionals de la unitat 2P de referència. Possibilitat de comentar virtualment o presencialment i derivar a la unitat 2P de referència els casos complexos o amb complicacions greus (circuit de derivació ràpida), per a control.	Servei de pediatria amb un mínim de dos gastroenteròlegs pediàtrics i suport d'infermeria amb expertesa amb infants i adolescents amb MII. Hospital de dia pediàtric. Servei de farmàcia hospitalària. Professional de dietètica i nutrició format en pediatria per al suport nutricional. Accés a professionals de salut mental. Recursos per fer el diagnòstic, amb accés a professionals específicament entrenats per aplicar aquestes tècniques en població menor de divuit anys: – Radiologia – Endoscòpia pediàtrica: alta i baixa i biòpsies intestinals
D'activitat	Sense mínim d'activitat.	Atenció i seguiment a un mínim de 30 infants i adolescents amb MII anualment (casos prevalents).
Perfil de casos	Infants i adolescents amb MII en estat inactiu o lleu sense complicacions de l'àrea de referència del centre hospitalari: casos ja diagnosticats per un centre de nivell 2P i amb seguiment compartit entre els dos centres (1P i 2P).	Infants i adolescents amb MII de l'àrea de referència del centre hospitalari: casos en estat inactiu o lleu i casos complexos. Infants i adolescents dels centres de nivell 1P en situació: – Diagnòstic i establiment del tractament – Casos complexos i/o amb complicacions greus de la malaltia

* No s'especifiquen els criteris relacionats amb l'atenció quirúrgica a la MII, perquè queda fora de l'abast d'aquest document.

Dins d'un mateix àmbit territorial i com en el cas del model d'atenció en població adulta, els centres hospitalaris sense unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII-P (nivell 1P) i els centres amb unitat (nivell 2P) han d'establir un acord formal de cooperació territorial que delimiti els circuits de tramesa de pacients, les responsabilitats compartides i els compromisos en temps de tractament, atenció i en les transicions. Vegeu més detalls d'aquesta proposta acord a l'apartat 8.4 d'aquest document.

Així mateix, en el marc de col·laboració i relació territorial entre centres de diferent nivell d'atenció, els centres amb unitat multidisciplinària especialitzada d'atenció a la MII-P (nivell 2P) han de dur a terme les accions següents:

- Garantir i facilitar el procés de transferència del coneixement, de la innovació i de l'accessibilitat a les guies i els protocols clínics.
- Assessorar i dur a terme la consultoria, el suport i la resolució de consultes.
- Dur a terme el lideratge en la xarxa d'atenció de la MII-P respectiva.

Taula 6. Especificitats de l'atenció als infants amb malalties inflamatòries intestinals minoritàries

En el cas de les **malalties inflamatòries intestinals minoritàries**, se segueix el circuit de derivació establert per a les persones amb malalties minoritàries (MM) a Catalunya. Actualment, aquest circuit es vehicula a través del CSUR de malaltia inflamatòria intestinal pediàtrica i de la xarxa europea de referència (ERN, per les sigles en anglès) ERNICA en l'àmbit de les MM gastrointestinals. Aquest criteri s'aplicarà fins que es designi la xarxa d'unitats d'expertesa clínica (XUEC) corresponent a Catalunya.

Com ja s'ha mencionat anteriorment, la gestió de la MII requereix una atenció multidisciplinària i ben coordinada entre els diversos àmbits assistencials. La col·laboració estreta entre l'atenció primària i comunitària (APiC) i l'atenció hospitalària és fonamental per garantir una atenció integral, efectiva i centrada en la persona, tant de la població infantil com de l'adulta amb MII.

9.1. Transició de les unitats d'atenció a la població pediàtrica a les unitats d'atenció d'adults en la malaltia inflamatòria intestinal

La transició de l'atenció des de les unitats de pediatria fins a les unitats d'adults en el maneig de la MII és un procés clau per garantir la continuïtat assistencial, la qualitat de l'atenció i l'adaptació progressiva del jove o la jove al model d'atenció adulta. No es tracta només de fer un canvi d'equip de professionals i de l'entorn assistencial en complir els divuit anys, sinó que, a més, cal una preparació estructurada que faciliti la continuïtat assistencial del jove i les seves famílies.

El procés de transició ha d'estar planificat i coordinat entre els equips de pediatria i d'adults, del mateix centre hospitalari o de diferents. Aquest procés s'ha d'iniciar amb prou antelació abans de fer divuit anys. La unitat d'atenció pediàtrica s'ha de posar en contacte amb la UAMII de referència de l'àmbit territorial del jove. A partir d'aquest moment, es planifica el

procés de transició adequat a les necessitats del jove entre els dos equips i es fan les reunions de revisió del cas i de traspàs d'informació que calguin. Aquesta planificació és especialment clau i sensible en cas que el jove amb MII hagi de canviar de centre hospitalari.

A més a més, durant la fase de preparació de la transició, i des de les unitats de pediatria, s'aconsella treballar per fomentar l'autonomia de la jove o el jove en la gestió de la seva malaltia. Aquesta etapa implica educació sanitària específica per comprendre millor la MII, la importància de l'adherència al tractament i el desenvolupament d'habilitats d'autogestió, com el reconeixement de símptomes d'alarma i la comunicació efectiva amb els professionals sanitaris, i els consells d'educació per a la salut.

En el moment en què el jove passa de la unitat pediàtrica a la unitat d'adults, s'aconsella fer alguna o algunes visites al jove conjuntes entre tots dos equips (de manera presencial o virtual), per assegurar una transició sense interrupcions en l'atenció i el tractament. Per exemple, es proposa fer una primera visita conjunta dels dos equips a les consultes externes de pediatria (un entorn conegut pel jove i la seva família) i una segona visita a les consultes externes de la UAMII on serà atès a partir d'ara. És fonamental que durant aquesta etapa es mantingui una comunicació fluida entre els professionals implicats i es proporcioni suport emocional al jove per minimitzar l'ansietat associada al canvi.

Finalment, un cop al nou entorn assistencial, cal vetllar perquè el jove o la jove s'adapti i s'integri satisfactòriament a la UAMII, funcionant amb total competència dins de la unitat d'adults. Per aquest motiu, es proposa fer un seguiment continuat per part dels nous professionals de referència i ajustar el pla de tractament segons les necessitats específiques del jove. D'altra banda, si el jove resideix en un territori on el centre hospitalari de referència no disposa de UAMII, des de la UAMII on s'ha fet la transició es valora si cal fer el seguiment en aquesta UAMII o si es tracta d'un cas estable i pot fer-se el seguiment i el control des del centre de proximitat (sense UAMII).

10. Registre de l'activitat assistencial i dels tractaments farmacològics

L'activitat derivada de l'atenció a les persones amb MII en els centres hospitalaris s'ha de notificar al registre del Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). L'atenció a les persones amb MII en l'entorn hospitalari ambulatori s'ha de registrar al CMBD d'atenció especialitzada ambulatoria (CMBD-AEA). En canvi, quan l'atenció requereix hospitalització, s'ha de fer al CMBD hospitalari (CMBD-HA). En ambdós casos, cal seguir les normes de codificació establertes.

A l'annex III es detalla la codificació de les malalties inflamatòries intestinals segons la Classificació internacional de malalties, 10a revisió (CIM-10).

La medicació de recepta mèdica dispensada a les oficines de farmàcia no disposa d'un registre específic vinculat a un diagnòstic o a variables de seguiment. No obstant això, respecte a la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) prescrita, s'ha d'introduir en el Registre de pacients i tractaments MHDA (RPT-MHDA) del CatSalut i n'és el responsable el centre de proximitat (unitat proveïdora, UP, de prescripció farmacològica). En cas de seguiment compartit del pacient amb una UAMII, la UP on es dispensa el fàrmac (UP de prescripció) ha d'informar quin és el centre UAMII assignat com a UP de seguiment clínic, per tal que ambdós centres puguin introduir les dades de seguiment del tractament a l'RPT.

Pel que fa al registre dels centres hospitalaris amb UAMII certificada, el GETECCU recomana dur a terme un registre actualitzat dels pacients, seguint la normativa del registre ENEIDA (46).

11. Avaluació i seguiment de la prestació

L'Àrea Assistencial del CatSalut i les gerències de les regions sanitàries han de dur a terme les corresponents actuacions de coordinació i seguiment d'aquesta prestació, així com el seguiment i l'avaluació de la prestació a partir de l'anàlisi de l'activitat acomplerta i facturada, i l'avaluació dels resultats. Aquesta avaluació es fa amb la col·laboració de la Societat Catalana de Digestologia i el grup de treball d'aquest document, té una periodicitat anual i, en fer-la, es garanteix la màxima transparència i benchmarking al SISCAT, a fi de fomentar la millora contínua, l'equitat i la disminució de la variabilitat.

Actualment, la certificació de les UAMII inclou deu indicadors de resultats. Dos fan referència a resultats quirúrgics: mortalitat per cirurgia electiva < 2 % en els últims cinc anys i morbiditat per cirurgia electiva que requereix reintervenció < 10 %. La resta d'indicadors de resultats registren el control de la MII a partir del mesurament de la percepció dels mateixos pacients (*Patient Reported Outcomes Measures*, PROM) i mesuraments sobre l'experiència del pacient (*Patient Reported Experience Measures*, PREM).

Com a línies de futur i a mesura que es desenvolupi l'historial electrònic de salut (HES),⁸ es treballarà per disposar d'indicadors de funcionament de la xarxa, de qualitat, de seguretat i de resultats en salut més elaborats. Com a primer punt de partida, es proposen els indicadors següents en el marc del SISCAT:

a) Indicadors en relació amb el funcionament de xarxa hospitalària⁹

Per poder calcular els dos indicadors de funcionament de la xarxa, cal que els centres hospitalaris facin les derivacions a través de l'integrador de serveis de salut (IS3). A l'annex III es mostra com fer-ho.

Nom de l'indicador	Derivacions de MII d'un hospital de nivell 1 (sense UAMII) al centre de referència amb UAMII
Definició	Derivacions de MII fetes d'un hospital de nivell 1 (sense UAMII) al centre de referència amb UAMII. Derivació feta via integrador de serveis de salut (IS3). També s'explorà la possibilitat de calcular taxes.
Fórmula de càlcul	Nombre de derivacions de MII via IS3
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari, sexe de la persona atesa, edat de la persona atesa, tipologia de MII (MC vs. CU), etc.
Font de les dades	IS3 – Repositori central de dades de salut

8. <https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies/tic/pdsis/linies-estrategiques/hes-model-analitic/index.html>.

9 En una segona fase, es planteja explorar la incorporació d'indicadors que permetin fer un seguiment de les derivacions entre l'APIC i l'atenció hospitalària.

Nom de l'indicador	Percentatge de derivacions de MII acceptades pel centre de referència amb UAMII
Definició	Percentatge de derivacions fetes des d'un centre de nivell 1 (sense UAMII) via IS3 acceptades per part del centre de referència amb UAMII. També s'explorà la possibilitat de calcular els temps de resposta.
Fórmula de càlcul	Numerador = nombre de derivacions acceptades Denominador = nombre de derivacions rebudes
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari, sexe de la persona atesa, edat de la persona atesa, tipologia de MII, etc.
Font de les dades	IS3 – Repositori central de dades de salut

b) Indicadors amb relació a l'activitat¹⁰

Nom de l'indicador	Persones amb MII ateses a l'atenció hospitalària
Definició	Nombre de persones identificades per NIA (número d'identificació personal) amb MII ateses a l'atenció hospitalària: consultes externes, hospitalització o urgències hospitalàries, per centre hospitalari i en global pel SISCAT. Els codis relacionats amb la MII són els que es detallen a l'annex del document de consens.
Fórmula de càlcul	Nombre de persones amb MII ateses a l'atenció hospitalària
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari, tipologia de centre (amb UAMII i sense UAMII), tipologia d'atenció (consultes externes, hospitalització, urgències hospitalàries), sexe de la persona atesa, edat de la persona atesa, tipologia de MII, etc. Cal tenir en compte que pot haver-hi persones ateses en dos centres de tipologia diferent
Font de les dades	CMBD-AEA, CMBD-HA i CMBD-Urgències

10. Un cop consolidats aquests indicadors, es calcularan les taxes.

Nom de l'indicador	Consultes externes relacionades amb el seguiment de les persones amb MII
Definició	Nombre de consultes externes relacionades amb el seguiment de la MII per centre hospitalari i en global pel SISCAT. S'inclouen tots els registres amb tipus d'activitat consulta externa amb finançament del CatSalut atesa en els serveis de: medicina interna, gastroenterologia, cirurgia general, cirurgia digestiva, servei pediàtric general, servei pediàtric de gastroenterologia i cirurgia pediàtrica amb diagnòstic "K50*"; "K51*" i "K52*" en qualsevol posició. Considerar les UAMII com a subserveis pel que fa al CMBD. El proveïdor, dins del seu propi sistema d'informació, ha de disposar o crear una agenda separada per registrar les programacions de les unitats de MII (subservei). Un cop el CatSalut hagi fet això, es donaran directrius de com notificar aquesta activitat al CMBD-AEA.
Fórmula de càlcul	Nombre de consultes externes relacionades amb el seguiment de la MII
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari, tipologia de centre (amb UAMII i sense UAMII), professional que fa l'activitat (medicina o infermeria), sexe de la persona atesa, edat de la persona atesa, tipologia de MII, etc.
Font de les dades	CMBD-AEA

Nom de l'indicador	Urgències hospitalàries per motiu de MII
Definició	Nombre d'urgències hospitalàries per motiu de MII per centre hospitalari i en global pel SISCAT. S'inclouen tots els registres amb tipus d'activitat de servei d'atenció urgent als centres d'hospitalització d'aguts amb finançament del CatSalut amb diagnòstic principal "K50*"; "K51*" ó "K52*" o amb diagnòstic principal relacionat amb signes i símptomes que afecten l'aparell digestiu i l'abdomen (de l'R10*" a l "R19*") i diagnòstic secundari primer "K50*"; "K51*" o "K52*".
Fórmula de càlcul	Nombre d'urgències hospitalàries per motiu de MII
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari, tipologia de centre (amb UAMII i sense UAMII), sexe de la persona atesa, edat de la persona atesa, tipologia de MII, etc.
Font de les dades	CMBD-Urgències

Nom de l'indicador	Ingressos hospitalaris per motiu de MII
Definició	Nombre d'ingressos hospitalaris per motiu de MII per centre hospitalari i en global pel SISCAT. S'inclouen tots els registres amb tipus d'activitat hospitalització convencional o cirurgia major ambulatoria o hospitalització a domicili amb finançament del CatSalut atesa en els serveis de: medicina interna, gastroenterologia, cirurgia general, cirurgia digestiva, servei pediàtric general, servei pediàtric de gastroenterologia i cirurgia pediàtrica dels centres SISCAT amb diagnòstic "K50*"; "K51*" i "K52*" en qualsevol posició.
Fórmula de càlcul	Nombre d'ingressos hospitalaris per motiu de MII
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari, tipologia de centre (amb UAMII i sense UAMII), sexe de la persona atesa, edat de la persona atesa, tipologia de MII, tipologia d'alta/GRD (mèdica/quirúrgica), tipus d'activitat (convencional, CMA, hospitalització a domicili), tipus d'atenció (programada/urgent), etc.
Font de les dades	CMBD-HA

Nom de l'indicador	Estada mitjana dels ingressos hospitalaris per motiu de MII
Definició	Nombre de dies d'estada dels ingressos hospitalaris per motiu de MII per centre hospitalari i en global pel SISCAT.
Fórmula de càlcul	Numerador = nombre d'ingressos Denominador = nombre d'estades
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari, tipologia de centre (amb UAMII i sense UAMII), sexe de la persona atesa, edat de la persona atesa, tipologia de MII, tipologia d'alta/GRD (mèdica/quirúrgica), tipus d'activitat (convencional, CMA, hospitalització a domicili), tipus d'atenció (programada/urgent), etc.
Font de les dades	CMBD-HA

c) Indicadors relacionats amb els medicaments

Els indicadors que es proposen es basen en les recomanacions actuals del Programa d'harmonització farmacoterapèutica.¹¹ En cas que aquestes recomanacions es modifiquin, s'adaptaran els indicadors a les noves recomanacions.

Nom de l'indicador	Ús de medicaments biològics en pacients diagnosticats amb MII
Definició	Percentatge de pacients tractats amb medicaments biològics respecte al total de pacients diagnosticats amb MII.
Fórmula de càlcul	Numerador = nombre de pacients tractats amb medicaments biològics entre gener i desembre de l'any del càlcul Denominador = nombre de pacients diagnosticats amb MII
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Diagnòstic, centre hospitalari
Font de les dades	<i>Datamart</i> de facturació de serveis sanitaris (DFS) i CMBD-HA/CMBD-AEA

Nom de l'indicador	Durada del tractament convencional abans de passar a tractament biològic per MII
Definició	Durada del tractament (en dies) convencional dels pacients que inicien l'any del càlcul una primera línia de tractament biològic per MII. S'entén que els pacients que inicien el tractament biològic són persones amb la malaltia activa.
Fórmula de càlcul	Durada mitjana del tractament convencional per MII
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Diagnòstic, centre hospitalari
Font de les dades	DFS i Registre de pacients i tractaments (RPT)

11. Programa d'harmonització farmacoterapèutica: <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/>.

Nom de l'indicador	Proporció de pacients amb tractament en curs a l'RPT exposats a més de dos biològics en els últims cinc anys per MII
Definició	Proporció de pacients amb tractament en curs a l'RPT exposats a més de dos biològics en els últims cinc anys per MII. Es considera que un tractament és actiu l'any d'avaluació si la seva data de finalització es troba entre l'1 de gener de l'any del càlcul i el 31 de desembre d'aquell mateix any, ambdós dies inclosos.
Fórmula de càlcul	Numerador = nombre de pacients amb tractament en curs a l'RPT tractats amb més de dos biològics en els últims cinc anys per MII Denominador = nombre total de pacients amb tractament en curs a l'RPT tractats amb biològics per MII
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Diagnòstic, centre hospitalari
Font de les dades	DFS i RPT

Nom de l'indicador	Proporció de pacients actius amb tractament biològic en curs a l'RPT per MII exposats a més d'un mecanisme d'acció en els últims cinc anys
Definició	Proporció de pacients amb tractament biològic en curs a l'RPT per MII exposats a més d'un mecanisme d'acció en els últims cinc anys. Es considera que un tractament és actiu l'any d'avaluació si la seva data de finalització es troba entre l'1 de gener de l'any del càlcul i el 31 de desembre d'aquell mateix any, ambdós dies inclosos.
Fórmula de càlcul	Numerador = nombre de pacients amb tractament biològic en curs a l'RPT tractats amb més d'un mecanisme d'acció en els últims cinc anys per MII Denominador = nombre total de pacients amb tractament biològic en curs a l'RPT tractats per MII
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Diagnòstic, mecanisme d'acció, centre hospitalari
Font de les dades	DFS i RPT

Nom de l'indicador	Durada del tractament per línia de tractament biològic per MII
Definició	Durada del tractament biològic per línia de tractament en pacients naïf iniciats en els últims cinc anys. És a dir, persones que en els últims cinc anys han iniciat el primer tractament biològic i es revisa la durada de tots els tractaments que han rebut posteriorment per línia de tractament biològic.
Fórmula de càlcul	Durada mitjana del tractament per MII en pacients naïf a biològic en els últims cinc anys segons la línia de tractament biològic
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Diagnòstic, línies de tractament, centre hospitalari
Font de les dades	RPT i DFS

Nom de l'indicador	Ús d'anti-TNF en pacients amb MII
Definició	Percentatge de tractaments actius anti-TNF en pacients amb MII. Segons les recomanacions vigents del Programa d'harmonització farmacoterapèutica, la primera opció de tractament biològic són els anti-TNF.
Fórmula de càlcul	Numerador = nombre de tractaments actius anti-TNF en pacients amb MII l'any del càlcul Denominador = nombre de tractaments biològics actius en pacients amb MII l'any del càlcul
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Centre hospitalari
Font de les dades	RPT

Nom de l'indicador Ús de tractaments convencionals en pacients amb MII	
Definició	Percentatge de pacients amb MII naïf a biològic tractats prèviament amb tractament convencional (no contraindicat). Es consideren tractaments convencionals: corticoides, salicilats, azatioprina i metotrexat.
Fórmula de càlcul	Numerador = nombre de pacients naïf a biològic amb MII l'any del càlcul tractats prèviament amb tractament convencional Denominador = nombre de pacients naïf a biològic amb MII l'any del càlcul
Criteris de selecció	Activitat amb finançament del CatSalut
Periodicitat	Anual
Variables d'estratificació	Diagnòstic, centre hospitalari
Font de les dades	DFS i RPT

d) Mesuraments de resultats informats per les persones ateses (PROM)

- Qüestionari IBD-Control (47,48) per a la població adulta amb MII. De les cinc preguntes que inclou, es proposa utilitzar les quatre que són pròpiament PROM, descartant la pregunta sobre els temes per tractar a la visita següent. Aquesta escala s'ha inclòs a l'eina de PROM del SISCAT, la qual està integrada a l'historial electrònic de salut (HES). Aquesta eina permet a qualsevol professional sanitari del SISCAT enviar formularis PROM electrònics a una persona atesa i que aquesta persona els pugui respondre des de La Meva Salut.

Es proposa la interpretació següent de l'escala (rang 0-16; com més puntuació, més control):

- 0-6: control baix
- 7-11: control mitjà
- 12-16: control alt
- Els instruments de mesurament de resultats reportats pels pacients (PROM) en població pediàtrica amb MII estan en desenvolupament i, a mesura que evolucionin i es consolidin, es valorarà i s'acordarà quina és l'escala que cal incloure a l'eina de PROM del SISCAT.

12. Abreviatures

ACCU: Confederación de Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

AGA: àrea de gestió assistencial

APiC: atenció primària i comunitària

CatSalut: Servei Català de la Salut

CC: colitis col·làgena

CIBERehd: Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas

CIM-10: Classificació internacional de malalties, 10a revisió

CIM-9: Classificació internacional de malalties, 9a revisió

CL: colitis limfocítica

CMBD: Conjunt mínim bàsic de dades

CMBD-AEA: Conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció especialitzada ambulatoria

CMBD-HA: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària

CSUR: centres, serveis i unitats de referència del sistema nacional de salut

CU: colitis ulcerosa

DFS: *datamart* de facturació de serveis sanitaris

ECCO: European Crohn's and Colitis Organization

EDA: endoscòpia digestiva alta

EDB: endoscòpia digestiva baixa

ERN: xarxa europea de referència

ESPGHAN: European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

GC: glucocorticoides

GETECCU: Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

GETEII: Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal

GPC: guia de pràctica clínica

HES: historial electrònic de salut

IC: interval de confiança

IS3: integrador de serveis de salut

ISS: immunosupressors selectius

MC: malaltia de Crohn

MFIC: medicina familiar i comunitària

MHDA: medicació hospitalària de dispensació ambulatoria

MII: malaltia inflamatòria intestinal

MII-P: malaltia inflamatòria intestinal pediàtrica

MM: malaltia minoritària

MSE: medicament en situació especial

PHF: Programa d'harmonització farmacoterapèutica

PREM: *Patient Reported Experience Measures*

PROM: *Patient Reported Outcomes Measures*

RPT: Registre de pacients i tractaments

RPT-MHDA: Registre de pacients i tractaments de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria

SISCAT: sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya

TAC: tomografia computada

TPH: trasplantament de progenitors hematopoètics

UAMII: unitat d'atenció integral a la malaltia inflamatòria intestinal

UP: unitat proveïdora

XUEC: xarxa d'unitats d'expertesa clínica

13. Bibliografia

1. Malaltia inflamatòria intestinal. Canal Salut [Internet]. [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/m/malaltia-inflamatoria-intestinal/index.html>
2. Golovics PA, Mandel MD, Lovasz BD, Lakatos PL. Inflammatory bowel disease course in Crohn's disease: is the natural history changing? *World J Gastroenterol*. 2014; 20(12):3198–207.
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet (London, England)* 2017;390(10114):2769–78.
4. Chaparro M, Garre A, Núñez Ortiz A, Diz-Lois Palomares MT, Rodríguez C, Riestra S, et al. Incidence, clinical characteristics and management of inflammatory bowel disease in Spain: Large-scale epidemiological study. *J Clin Med*. 2021;10(13).
5. Burisch J, Pedersen N, Čuković-Čavka S, Brinar M, Kaimakliotis I, Duricova D, et al. East-West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO-EpiCom inception cohort. *Gut* 2014;63(4):588–97.
6. Brunet E, Roig-Ramos C, Vela E, Clèries M, Melcarne L, Villòria A, et al. Prevalence, incidence and mortality of inflammatory bowel disease in Catalonia. A population-based analysis. *Ann Med*. 2018;50(7):613–9.
7. Brunet-Mas E, Garcia-Sagué B, Vela E, Melcarne L, Llovet LP, Pontes C, et al. Economic impact of inflammatory bowel disease in Catalonia: a population-based analysis. *Therap Adv Gastroenterol* 2024;17.
8. Martín-de-Carpi J, Rodríguez A, Ramos E, Jiménez S, Martínez-Gómez MJ, Medina E, et al. The complete picture of changing pediatric inflammatory bowel disease incidence in Spain in 25 years (1985-2009): the EXPERIENCE registry. *J Crohns Colitis*. 2014;8(8):763–9.
9. Martín-de-Carpi J, Rodríguez A, Ramos E, Jiménez S, Martínez-Gómez MJ, Medina E, et al. Increasing incidence of pediatric inflammatory bowel disease in Spain (1996-2009): the SPIRIT Registry. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19(1):73–80.
10. Brunet E, Loverdos I, Vela E, Comalrena de Sobregrau C, Garcia-Tirado D, Melcarne L, et al. P1252 Prevalence, Incidence and Mortality of Pediatric Inflammatory Bowel Disease in Catalonia. *J Crohn's Colitis* 2025; 19(Supplement_1):i2269–i2269.
11. Fernández-Bañares F, Salas A, Esteve M, Pardo L, Casalots J, Forné M, et al. Evolution of the incidence of collagenous colitis and lymphocytic colitis in Terrassa, Spain: a population-based study. *Inflamm Bowel Dis* 2011;17(4):1015–20.
12. Fernández-Bañares F, Zabana Y, Aceituno M, Ruiz L, Salas A, Esteve M. Prevalence and Natural History of Microscopic Colitis: A Population-Based Study With Long-term Clinical Follow-up in Terrassa, Spain. *J Crohns Colitis* 2016;10(7):805–11.

13. Jayasooriya N, Baillie S, Blackwell J, Bottle A, Petersen I, Creese H, et al. Systematic review with meta-analysis: Time to diagnosis and the impact of delayed diagnosis on clinical outcomes in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2023;57(6):635–52.
14. Mawdsley JED, Irving PM, Makins RJ, Rampton DS. Optimizing quality of outpatient care for patients with inflammatory bowel disease: the importance of specialist clinics. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2006;18(3):249–53.
15. Rodríguez Moranta F, Ruiz-Cerulla A, Rodríguez Alonso L, Guardiola J. Tractament de la malaltia inflamatòria intestinal refractària amb tractament convencional. *Scientia* 2021;32:2021.
16. Ashton JJ, Gavin J, Beattie RM. Exclusive enteral nutrition in Crohn's disease: Evidence and practicalities. *Clin Nutr*. 2019;38(1):80–9.
17. Farmacoterapèutica P d'Harmonització. Tractament de la malaltia de Crohn: informe d'avaluació de resultats. *Scientia* 2023; Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10428>
18. Farmacoterapèutica P d'Harmonització. Tractament de la colitis ulcerosa: informe d'avaluació de resultats. *Scientia* 2023; Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10427>
19. Informes d'avaluació i acords dels medicaments harmonitzats. CatSalut. Servei Català de la Salut. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/informes-avaluacio-acords-medicaments-harmonitzats/>
20. Guasch M, Vela E, Mañosa M, Clèries M, Cañete F, Parés D, et al. Postoperative mortality after surgery for inflammatory bowel disease in the era of biological agents: A population-based study in Southern Europe. *Dig Liver Dis*. 2021;53(1):54–60.
21. Jiménez Treviño S, Pujol Muncunill G, Martín-Masot R, Rodríguez Martínez A, Segarra Cantón O, Peña Quintana L, et al. Spanish Pediatric Inflammatory Bowel Disease Diagnostic Delay Registry: SPIDER Study From Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Front Pediatr*. 2020;8.
22. Calvet X, Casellas F, Saldaña R, Carpio D, Mínguez M, Vera I, et al. Patient-Evaluated Quality of Care is Related to Better Inflammatory Bowel Disease Outcomes: The IQCARO II Project. *Patient*. 2021;14(5):625–34.
23. Casellas F, Calvet X, Carpio D, Vera I, Saldaña R, Mínguez M, et al. Factors associated with quality of care in inflammatory bowel diseases: a view from patient's side using the IQCARO quality of care decalogue. *BMC Gastroenterol*. 2021;21(1).
24. Brunet E, Vela E, Melcarne L, Llovet LP, Puy A, Clèries M, et al. Heterogeneity in pharmacological treatment and outcomes in Crohn's disease patients in Catalonia: a population-based observational study. *Ann Med*. 2022;54(1):1255–64.

25. Brunet E, Vela E, Melcarne L, Clèries M, Pontes C, Llovet LP, et al. Time Trends of Crohn's Disease in Catalonia from 2011 to 2017. Increasing Use of Biologics Correlates with a Reduced Need for Surgery. *J Clin Med*. 2020;9(9):1–9.
26. Calvet X, Panés J, Alfaro N, Hinojosa J, Sicilia B, Gallego M, et al. Delphi consensus statement: Quality Indicators for Inflammatory Bowel Disease Comprehensive Care Units. *J Crohns Colitis*. 2014;8(3):240–51.
27. Calvet X, Panes J, Gallardo-Escudero J, De La Cuadra-Grande A, Bartolome E, Marín L, et al. Multicriteria Decision Analysis for Updating of Quality Indicators for Inflammatory Bowel Disease Comprehensive Care Units in Spain. *J Crohns Colitis*. 2022;16(11):1663–75.
28. Barreiro-de Acosta M, Gutiérrez A, Zabana Y, Beltrán B, Calvet X, Chaparro M, et al. Inflammatory bowel disease integral care units: Evaluation of a nationwide quality certification programme. The GETECCU experience. *United Eur Gastroenterol J*. 2021;9(7):766–72.
29. Feuerstein JD, Castillo NE, Siddique SS, Lewandowski JJ, Geissler K, Martinez-Vazquez M, et al. Poor Documentation of Inflammatory Bowel Disease Quality Measures in Academic, Community, and Private Practice. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(3):421-428.e2.
30. Weaver KN, Kappelman MD, Sandler RS, Martin CF, Chen W, Anton K, et al. Variation in Care of Inflammatory Bowel Diseases Patients in Crohn's and Colitis Foundation of America Partners: Role of Gastroenterologist Practice Setting in Disease Outcomes and Quality Process Measures. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(11):2672–7.
31. Mortier K, Protheroe A, Murray S. Improving the quality of care for people with inflammatory bowel disease (IBD): results of a national audit. *Futur Hosp J*. 2015;2(Suppl 2):s11.
32. Jun S, Jie L, Ren M, Zhihua R. Secondary Indicators for an Evaluation and Guidance System for Quality of Care in Inflammatory Bowel Disease Centers: A Critical Review of the Inflammatory Bowel Disease Quality of Care Center. *Inflamm Bowel Dis*. 2022;28(Suppl 2):S3–8.
33. Turner D, Carle A, Steiner SJ, Margolis PA, Colletti RB, Russell RK, et al. Quality Items Required for Running a Paediatric Inflammatory Bowel Disease Centre: An ECCO Paper. *J Crohns Colitis* 2017;11(8):981–7.
34. Snowden JA, Sánchez-Ortega I, Corbacioglu S, Basak GW, Chabannon C, de la Camara R, et al. Indications for haematopoietic cell transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: current practice in Europe, 2022. *Bone Marrow Transplant* 2022;57(8):1217–39.
35. The EBMT Handbook. EBMT Handb. 2024; Disponible a: <https://www.ebmt.org/education/ebmt-handbook>

36. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, D'Amico F, Dhaliwal J, Griffiths AM, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160(5):1570–83.
37. Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, Griffiths AM, De Carpi JM, Bronsky J, et al. Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 2: Acute Severe Colitis-An Evidence-based Consensus Guideline From the European Crohn's and Colitis Organization and the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;67(2):292–310.
38. Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, Griffiths AM, De Carpi JM, Bronsky J, et al. Management of paediatric ulcerative colitis, part 1: Ambulatory Care-An Evidence-based Guideline From European Crohn's and Colitis Organization and European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;67(2):257–91.
39. Van Rhee PF, Aloï M, Assa A, Bronsky J, Escher JC, Fagerberg UL, et al. The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update. *J Crohns Colitis*. 2020;15(2):171–94.
40. Escher JC. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: recommendations for diagnosis--the Porto criteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;41(1):1–7.
41. Rubín de Célix C, Martín-de-Carpi J, Pujol-Muncunill G, Palomino LM, Velasco Rodríguez-Belvis M, Martín-Masot R, et al. Benefits of Paediatric to Adult Transition Programme in Inflammatory Bowel Disease: The BUTTERFLY Study of GETECCU and SEGHP. *J Clin Med*. 2023;12(14).
42. Ibarroyen-Roteta N. Establecimiento de estándares, registro y análisis de casos de tratamiento de la colitis ulcerosa mediante sistemas de aféresis TT – Establishing standards, records and analytical procedures for the treatment of ulcerative colitis [Internet]. Gutiérrez-Ibarluzea I, editor. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008:0–117.
43. Guardiola J, Lobatón T, Cerrillo E, Ferreiro-Iglesias R, Gisbert JP, Domènech E, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the utility of the determination of faecal calprotectin in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(8):514–29.
44. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Scientia 2021. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7948>
45. Marín-Jiménez I, Carpio D, Hernández V, Muñoz F, Zatarain-Nicolás E, Zabana Y, et al. Spanish Working Group in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) position paper on cardiovascular disease in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2024;50:2314.

46. Zabana Y, Panés J, Nos P, Gomollón F, Esteve M, García-Sánchez V, et al. El registro ENEIDA (Estudio Nacional en Enfermedad Inflamatoria intestinal sobre Determinantes genéticos y Ambientales) de GETECCU: diseño, monitorización y funciones. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43(9):551–8.
47. Bodger K, Ormerod C, Shackcloth D, Harrison M. Development and validation of a rapid, generic measure of disease control from the patient's perspective: the IBD-control questionnaire. *Gut* 2014;63(7):1092–102.
48. Vicente Lidón R, García López S, Corsino Roche P, Boudet Barraca JM, Sanz Segura P, García Cámara P, et al. Translation into Spanish and validation of a short questionnaire to measure the control of inflammatory bowel disease from the patient's perspective: IBD-Control, EII-Control. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45(7):524–34.

Annex I. Acreditació de les UAMII per part del GETECCU

Com ja s'ha esmentat, les UAMII s'acrediten amb una auditoria externa duta a terme per una empresa que avalua 67 indicadors d'estructura, de procés i de resultats. Aquests indicadors s'han traduït en un document operatiu i un sistema d'acreditació que depèn del mateix GETECCU. Els indicadors són múltiples, però valoren que hi hagi una estructura i uns processos que permetin una atenció multidisciplinària a les persones diagnosticades de MII, la continuïtat assistencial i l'atenció a demanda.

L'acreditació s'obté amb una puntuació superior a 80 i hi ha dos tipus de reconeixement en funció del valor obtingut:

- Certificació avançada amb una puntuació d'entre 80 i 90 i que té una validesa de tres anys (auditoria de recertificació triennal).
- Certificació excel·lent d'entre 90 i 100 punts i que té una validesa de quatre anys (auditoria de recertificació quadriennal).

La llista completa d'indicadors per acreditar una UAMII, el percentatge de l'indicador per assolir, les evidències sobre el compliment i tots els detalls del procés d'acreditació estan disponibles al web del GETECCU: <https://geteccu.org/formacion/programa-de-certificacion-de-las-unidades-de-atencion-integral-a-pacientes-con-eii>.



Programa CUE

Certificación de Unidades de Atención Integral
de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Normalización de los indicadores de Calidad
para Unidades de Atención Integral a pacientes
con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. NOVEDADES V. 2.0

Patrocinado por:




Cirugía

Disponer de un servicio quirúrgico que intervenga de rutina colon en el hospital **IND.3**



Gastroenterología

Mínimo 2 profesionales especializados **IND.4**



Enfermería

Deberá contar con agenda propia, también para ostomías **IND.5**



Endoscopia

Agenda específica o en su defecto, circuito que posibilite que las endoscopias de pacientes de la Unidad de EII sean realizadas por facultativos específicos y/o con experiencia en EII. **IND.7**



Reumatología

Un profesional de referencia al menos **IND.10**



Seguimiento de pacientes

1. Se dispone de protocolo específico para el manejo de los pacientes con CU grave. **IND.22**
2. Necesidad de justificar la toma de decisiones terapéuticas en base a la clínica de los pacientes y otras pruebas diagnósticas indicadas según el caso. **IND.24**
3. En EC, necesidad de registrar en historia clínica valoraciones de cambio de tratamiento ante sospecha de cumplimiento de criterios de refractariedad. **IND.25**
4. Reevaluación mínima anual a todos los pacientes de la unidad. **IND.28**
5. Programa de vigilancia clínica y de laboratorio cada 4-6 meses para fármacos biológicos e inmunosupresores. **IND.49 y 50**



Acceso a medicamentos

Deberá disponerse de guía farmacoterapéutica actualizada para los pacientes de EII. **IND.30**



Participación del paciente

Debe registrarse en historia clínica que se consensúan las opciones terapéuticas y el tratamiento que se elige con el paciente. **IND.31**



Vacunación

No administrar vacunas atenuadas a pacientes con indicación de tratamiento de inmunosupresor y/o biológico desde 1 antes del inicio hasta 3 meses después del cese (un mes en caso de corticoides). **IND.43**



Comité de Inflamatoria

Integrado por gastroenterología, radiodiagnóstico, cirugía y enfermería. **IND.55**



Ostomía

Cualquier cirugía que implique riesgo de estoma especificado en el consentimiento informado quirúrgico deberá estar asociado a un marcaje del estoma antes de la IQ en cirugía electiva. **IND.58**



Cirugía

La mortalidad en cirugía electiva abdominal es < al 2% en los últimos 5 años. **IND.59**
La tasa de morbilidad grave que requieren reintervención en el mismo ingreso es menor del 10%. **IND.60**



Experiencia del Paciente

La UAI recoge y documenta en la historia clínica, de manera anual, que al menos un 80% de los pacientes de la UAI refieren un buen control de la EII en base a las medidas sobre la percepción que tienen estos sobre su propia salud general o específica (**PROM**) **IND.61**
La UAI debe recoger de manera anual, que al menos un 80% de los pacientes contestan de forma positiva a las cuestiones recogidas en los **IND 62, 63, 64, 65, 66 y 67. (PREM)**

La llista d'unitats de centres hospitalaris del SISCAT que disposen del certificat de qualitat del GETECCU el febrer de 2025 són:

- Hospital Clínic de Barcelona
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Hospital de Sabadell – Parc Taulí
- Hospital de Sant Joan Despí – Moisès Broggi
- Hospital de Viladecans
- Hospital del Mar
- Hospital General de Granollers
- Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues (pediatria)
- Hospital Sant Joan de Déu de Manresa – Althaia
- Hospital Universitari Arnau de Vilanova
- Hospital Universitari de Bellvitge
- Hospital Universitari de Terrassa
- Hospital Universitari de Vic
- Hospital Universitari Dr. Josep Trueta
- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
- Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
- Hospital Universitari Mútua de Terrassa
- Hospital Universitari Vall d'Hebron
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu – Sant Boi de Llobregat

Annex II. Codificació de l'activitat al conjunt mínim de dades

Codificació de les malalties inflamatòries intestinals segons la Classificació internacional de malalties, 10a revisió (CIM-10)

K50 – Malaltia de Crohn [enteritis regional]

- K50.0 – Malaltia de Crohn d'intestí prim
 - K50.00 – Malaltia de Crohn d'intestí prim sense complicacions
 - K50.01 – Malaltia de Crohn d'intestí prim amb complicacions
 - K50.011 – Malaltia de Crohn d'intestí prim, amb rectorràgia
 - K50.012 – Malaltia de Crohn d'intestí prim, amb obstrucció intestinal
 - K50.013 – Malaltia de Crohn d'intestí prim, amb fístula
 - K50.014 – Malaltia de Crohn d'intestí prim, amb abscess
 - K50.018 – Malaltia de Crohn d'intestí prim, amb altres complicacions
 - K50.019 – Malaltia de Crohn d'intestí prim, amb complicacions no especificades
- K50.1 – Malaltia de Crohn d'intestí gros
 - K50.10 – Malaltia de Crohn d'intestí gros sense complicacions
 - K50.11 – Malaltia de Crohn d'intestí gros amb complicacions
 - K50.111 – Malaltia de Crohn d'intestí gros, amb rectorràgia
 - K50.112 – Malaltia de Crohn d'intestí gros, amb obstrucció intestinal
 - K50.113 – Malaltia de Crohn d'intestí gros, amb fístula
 - K50.114 – Malaltia de Crohn d'intestí gros, amb abscess
 - K50.118 – Malaltia de Crohn d'intestí gros, amb altres complicacions
 - K50.119 – Malaltia de Crohn d'intestí gros, amb complicacions no especificades
- K50.8 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros
 - K50.80 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros sense complicacions
 - K50.81 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros amb complicacions
 - K50.811 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros, amb rectorràgia
 - K50.812 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros, amb obstrucció intestinal
 - K50.813 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros, amb fístula
 - K50.814 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros, amb abscess

- K50.818 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros, amb altres complicacions
 - K50.819 – Malaltia de Crohn d'intestí prim i gros, amb complicacions no especificades
- K50.9 – Malaltia de Crohn no especificada
 - K50.90 – Malaltia de Crohn no especificada sense complicacions
 - K50.91 – Malaltia de Crohn no especificada amb complicacions
 - K50.911 – Malaltia de Crohn no especificada, amb rectorràgia
 - K50.912 – Malaltia de Crohn no especificada, amb obstrucció intestinal
 - K50.913 – Malaltia de Crohn no especificada, amb fístula
 - K50.914 – Malaltia de Crohn no especificada, amb abscess
 - K50.918 – Malaltia de Crohn no especificada, amb altres complicacions
 - K50.919 – Malaltia de Crohn no especificada, amb complicacions no especificades

K51 – Colitis ulcerosa

- K51.0 – Pancolitis ulcerosa (crònica)
 - K51.00 – Pancolitis ulcerosa (crònica) sense complicacions
 - K51.01 – Pancolitis ulcerosa (crònica) amb complicacions
 - K51.011 – Pancolitis ulcerosa (crònica), amb rectorràgia
 - K51.012 – Pancolitis ulcerosa (crònica), amb obstrucció intestinal
 - K51.013 – Pancolitis ulcerosa (crònica), amb fístula
 - K51.014 – Pancolitis ulcerosa (crònica), amb abscess
 - K51.018 – Pancolitis ulcerosa (crònica), amb altres complicacions
 - K51.019 – Pancolitis ulcerosa (crònica), amb complicacions no especificades
- K51.2 – Proctitis ulcerosa (crònica)
 - K51.20 – Proctitis ulcerosa (crònica) sense complicacions
 - K51.21 – Proctitis ulcerosa (crònica) amb complicacions
 - K51.211 – Proctitis ulcerosa (crònica), amb rectorràgia
 - K51.212 – Proctitis ulcerosa (crònica), amb obstrucció intestinal
 - K51.213 – Proctitis ulcerosa (crònica), amb fístula
 - K51.214 – Proctitis ulcerosa (crònica), amb abscess
 - K51.218 – Proctitis ulcerosa (crònica), amb altres complicacions

- K51.219 – Proctitis ulcerosa (crònica), amb complicacions no especificades
- K51.3 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica)
 - K51.30 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica) sense complicacions
 - K51.31 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica) amb complicacions
 - K51.311 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica), amb rectorràgia
 - K51.312 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica), amb obstrucció intestinal
 - K51.313 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica), amb fístula
 - K51.314 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica), amb abscess
 - K51.318 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica), amb altres complicacions
 - K51.319 – Rectosigmoïditis ulcerosa (crònica), amb complicacions no especificades
- 51.4 – Pòlips inflamatoris del còlon
 - K51.40 – Pòlips inflamatoris del còlon sense complicacions
 - K51.41 – Pòlips inflamatoris del còlon amb complicacions
 - K51.411 – Pòlips inflamatoris del còlon, amb rectorràgia
 - K51.412 – Pòlips inflamatoris del còlon, amb obstrucció intestinal
 - K51.413 – Pòlips inflamatoris del còlon, amb fístula
 - K51.414 – Pòlips inflamatoris del còlon, amb abscess
 - K51.418 – Pòlips inflamatoris del còlon, amb altres complicacions
 - K51.419 – Pòlips inflamatoris del còlon, amb complicacions no especificades
- K51.5 – Colitis de localització a l'esquerra
 - K51.50 – Colitis de localització a l'esquerra sense complicacions
 - K51.51 – Colitis de localització a l'esquerra amb complicacions
 - K51.511 – Colitis de localització a l'esquerra, amb rectorràgia
 - K51.512 – Colitis de localització a l'esquerra, amb obstrucció intestinal
 - K51.513 – Colitis de localització a l'esquerra, amb fístula
 - K51.514 – Colitis de localització a l'esquerra, amb abscess
 - K51.518 – Colitis de localització a l'esquerra, amb altres complicacions
 - K51.519 – Colitis de localització a l'esquerra, amb complicacions no especificades

- K51.8 – Altres tipus de colitis ulcerosa
 - K51.80 – Altres tipus de colitis ulcerosa sense complicacions
 - K51.81 – Altres tipus de colitis ulcerosa amb complicacions
 - K51.811 – Altres tipus de colitis ulcerosa, amb rectorràgia
 - K51.812 – Altres tipus de colitis ulcerosa, amb obstrucció intestinal
 - K51.813 – Altres tipus de colitis ulcerosa, amb fístula
 - K51.814 – Altres tipus de colitis ulcerosa, amb abscess
 - K51.818 – Altres tipus de colitis ulcerosa, amb altres complicacions
 - K51.819 – Altres tipus de colitis ulcerosa, amb complicacions no especificades
- K51.9 – Colitis ulcerosa no especificada
 - K51.90 – Colitis ulcerosa no especificada sense complicacions
 - K51.91 – Colitis ulcerosa no especificada amb complicacions
 - K51.911 – Colitis ulcerosa no especificada, amb rectorràgia
 - K51.912 – Colitis ulcerosa no especificada, amb obstrucció intestinal
 - K51.913 – Colitis ulcerosa no especificada, amb fístula
 - K51.914 – Colitis ulcerosa no especificada, amb abscess
 - K51.918 – Colitis ulcerosa no especificada, amb altres complicacions
 - K51.919 – Colitis ulcerosa no especificada, amb complicacions no especificades

K52 – Altres gastroenteritis i colitis no infeccioses, i gastroenteritis i colitis no infeccioses no especificades

- K52.3 – Colitis indeterminada
- K52.8 – Altres tipus especificats de gastroenteritis i colitis no infeccioses
 - K52.83 – Colitis microscòpica
 - K52.831 – Colitis col·làgena
 - K52.832 – Colitis limfocítica

Annex III. Derivacions entre centres hospitalaris a través de l'IS3

Es recomana fer les derivacions entre centres hospitalaris a través de la plataforma IS3 i seguint aquestes indicacions:

- Codi de diagnòstic de derivació: un dels codis de MII, especificats a l'annex II d'aquest document
- Unitat o servei de tractament (a qui es deriva): gastroenterologia – aparell digestiu

Figura 4. Exemple de derivació a través de l'IS3 des del sistema SAP-ARGOS

The screenshot displays the SAP-ARGOS system interface. At the top, there's a header with 'NOM' and 'Argos'. Below this, a patient's name 'Home, 74 anys' is visible, along with status indicators like 'Sense al·lèrgies conegudes', 'COVID-19', and 'Assistència per a cures p...'. A navigation bar on the left contains icons for various functions: Resum, Ignorà, Història, Gràfica, Laboratori, Diccionari, Agenda, Processos, Curs clínic, Història, Activitat, Prescripció, and Informes. The main area shows a referral form for 'Ordre 0021185511' with a status of 'Desada i validada'. The 'Diagnòstics de l'ordre' section lists 'Malaltia de Crohn no especificada sense complicacions'. The 'Motiu de consulta' is 'Sospita de malaltia crònica intestinal'. Below this, a table titled 'AD00002 - Visita successiva - ARCONSUL' contains the following data:

Atribut	Prioritat	Unitat de tractament	Servei de tractament	Metge/Sala	Monogràfic	Data preferent	Hora preferent	Mes/any preferent
DIAGNÒSTIC	PREFERENT	CEX AR GASTRO- AP DIG	GASTROENTEROLOGIA- AP DIGE			15/11/2024	00:00	

Es pot consultar el detall del model de relació en la derivació de pacients entre l'àmbit d'atenció primària i l'àmbit d'atenció hospitalària ambulatoria a:
<https://hdl.handle.net/11351/9747.2>.