



CAMFiC AL DIA
L'actualització en AP



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

CAMFiC AL DIA

Grup de Treball de Malalties Autoimmunes

Barcelona, 21 d'octubre de 2026

Membres GdT Autoimmunes

Antoni Sisó Almirall (COORDINADOR)

Minerva Mas Heredia

Marianela Morales Espinoza

Marta Coderch Aris

Mireia Villalta Marti

Pilar Brito Zerón (-MDI-)

Manel Ramos Casals (-MDI-)

Isabel Santsalvador Font

Pau Vilurbina Pérez





Una prèvia: l'abast de les malalties autoimmunes



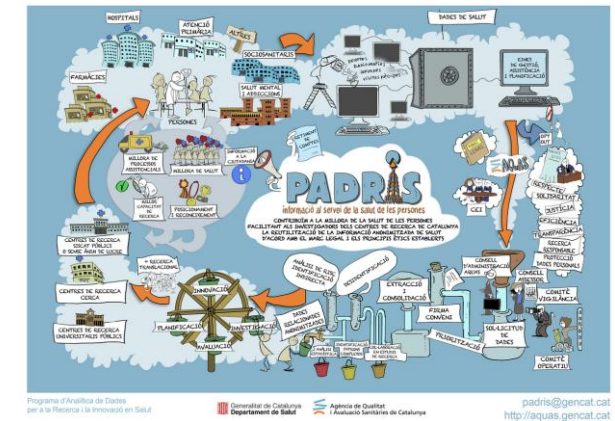
Contents lists available at ScienceDirect

Autoimmunity Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/autrev

The prevalence of 78 autoimmune diseases in Catalonia (MASCAT-PADRIS Big Data Project)

We used the Health Insurance Database of the Catalan National Health Insurance (CNHI) that includes all catalan population registered as insured population between 2012-2017. The sample included 7,483,761.



Antoni Sisó-Almirall^{a,b,c}, Belchin Kostov^{a,b,d},
 Elisenda Martínez-Carbonell^e, Pilar Brito-Zerón^{f,g},
 Pere Blanch Ramirez^d, Nihan Acar-Denizli^h, Pedro Delicado^d,
 Susana González-Martínez^b, César Velasco Muñoz^e,
 Jaume Benavent Àreu^{a,b}, Manuel Ramos-Casals^{c,g,i,*}

^a Primary Healthcare Transversal Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain

^b Primary Care Centre Les Corts, Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra (CAPSBE), Barcelona, Spain

^c Faculty of Medicine, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

^d Department of Statistics and Operations Research, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona, Spain

^e Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS), Barcelona, Spain

^f Autoimmune Diseases Unit, Department of Medicine, Hospital CIMA-Sanitas, Barcelona, Spain

^g Laboratory of Autoimmune Diseases Josep Font, IDIBAPS-CELLEX, Barcelona, Spain

^h Department of Statistics, Faculty of Science and Letters, Mimar Sinan Fine Arts University, Istanbul, Turkey

ⁱ Department of Autoimmune Diseases, ICMiD, Hospital Clínic, Barcelona, Spain



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Autoimmunity Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/autrev

The prevalence of 78 autoimmune diseases in Catalonia

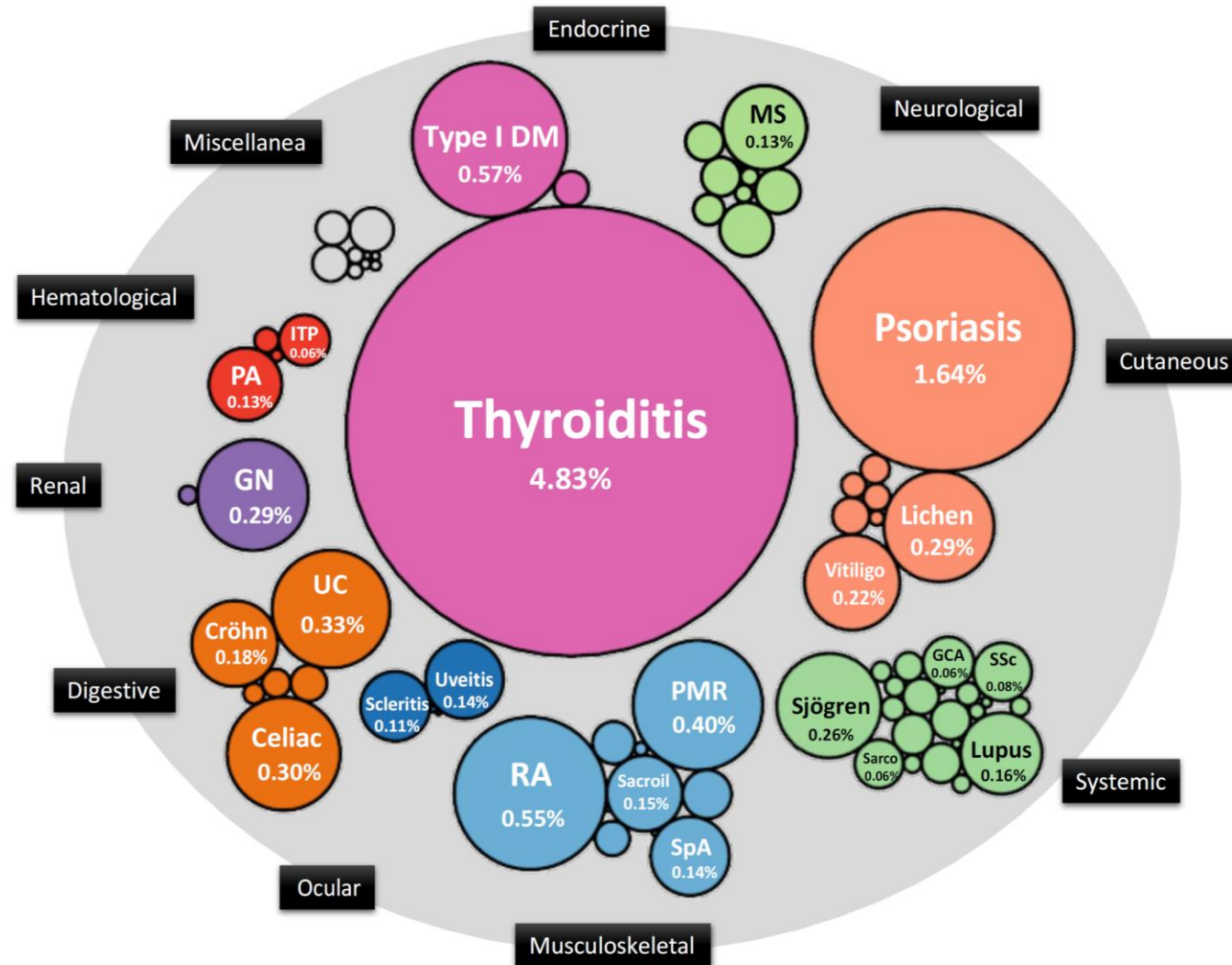
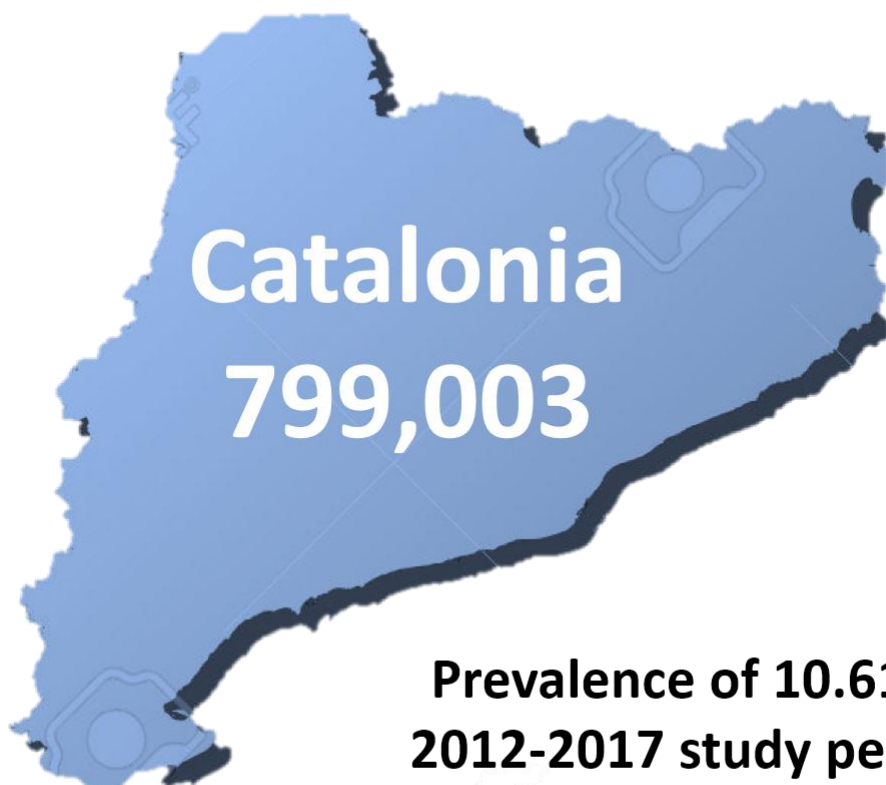


Fig. 1. Bubble charts of prevalence rates.



Guies de pràctica clínica de la societat britànica de Gastroenterologia sobre el maneig de la malaltia inflamatòria intestinal 2025



OPEN ACCESS

British Society of Gastroenterology guidelines on inflammatory bowel disease in adults: 2025

Gordon W Moran,¹ Morris Gordon,² Vassiliki Sinopoulou,³ Shellie J Radford,⁴ Ana-Maria Darie⁵,⁵ Sudheer Kumar Vuyyuru⁶,⁶ Laith Alrubaiy⁷,⁷ Naila Arebi,⁸ Jonathan Blackwell,⁹ Thomas D Butler,¹⁰ Thean Chew,¹¹ Michael Colwill,¹² Rachel Cooney,^{13,14} Gabriele De Marco^{15,16},^{15,16} Said Din,¹⁷ Shahida Din,¹⁸ Roger Feakins,¹⁹ Marco Gasparetto,^{20,21} Hannah Gordon,²² Richard Hansen²³,²³ Klaartje B Kok,²⁴ Aditi Kumar²⁵,²⁵ Christopher A Lamb^{26,27},^{26,27} Jimmy Limdi,^{28,29} Eleanor Liu,³⁰ Maurice B Loughrey^{31,32},^{31,32} Dennis McGonagle,³³ Kamal Patel,³⁴ Polychronis Pavlidis^{35,36},^{35,36} Christian Selinger,³⁷ Matthew Shale,⁶ Philip J Smith^{38,39},^{38,39} Sreedhar Subramanian,⁴⁰ Stuart A Taylor,⁴¹ Gloria Shwe Zin Tun⁴²,⁴² Ajay Mark Verma⁴³,⁴³ Newton A C S Wong,⁴⁴ IBD guideline development group

► Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2024-334395>). For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Dr Gordon W Moran;
gordon.moran@nottingham.ac.uk

Received 19 November 2024
Accepted 15 April 2025



© Author(s) (or their employer(s)) 2025. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ Group.

To cite: Moran GW, Gordon M, Sinopoulou V, et al. *Gut* 2025;**74**:s1–s101.

ABSTRACT

In response to recent advancements in inflammatory bowel disease (IBD) management, the British Society of Gastroenterology (BSG) Clinical Services and Standards Committee (CSSC) has commissioned the BSG IBD section to update its guidelines, last revised in 2019. These updated guidelines aim to complement the IBD standards and promote the use of the national primary care diagnostic pathway for lower gastrointestinal symptoms to enhance diagnostic accuracy and timeliness. Formulated through a systematic and transparent process, this document reflects a consensus of best practices based on current evidence. The guideline, while developed primarily for the UK, is structured to support IBD management internationally. It is endorsed by the BSG executive board and CSSC without external commercial funding, with involvement primarily supported through professional roles in public institutions and the National Health Service (NHS). Methodological revisions since the prior guidelines have enhanced rigor in technical review and development, with methodology details published independently following peer review. In developing the recommendations, 89 clinical experts and stakeholders participated in an online survey, identifying primary outcomes, such as clinical and endoscopic remission, as well as adverse event metrics, all stratified by clinically relevant effect sizes. These guidelines are intended to support clinical decision-making but are not prescriptive, recognizing that individual clinical scenarios may warrant tailored approaches. Further research may inform future revisions as new evidence emerges.

EXECUTIVE SUMMARY

CROSS IBD

General principles

- The Montreal phenotypic classification system should be used in adults.

- Ileocolonoscopy is necessary for reliable diagnosis and assessment of inflammatory bowel disease, particularly at initial presentation. The endoscopist should take at least two biopsy samples, each from the terminal ileum, at least four different colonic segments and the rectum, and identify the sites of origin clearly. Biopsies for the diagnosis of suspected new inflammatory bowel disease (IBD) should be accompanied by full clinical details.
- All patients with IBD to be started on immunomodulators or advanced therapies should receive written information. Prior to starting advanced therapies, safety checks are required, including screening for risk of serious and opportunistic infections, and provision of vaccinations where required. An interferon- γ release assay (IGRA) and a chest X-ray examination are the minimum tests for low-risk patients.
- Vaccination history should be obtained, and vaccinations updated for all patients. Live vaccinations may be given at least 4 weeks before starting, and at least 3 months after stopping, immunomodulators or advanced therapies. Live vaccinations should not be given to people with IBD receiving immunosuppressive therapy.
- Patients with IBD receiving immunomodulators or advanced therapies should receive influenza vaccination each autumn, pneumococcal vaccination with a booster after 5 years and 6 monthly severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) vaccination or in accordance with the most recent best practice. All female patients with IBD should be encouraged to take part in national cervical screening and HPV vaccination programme. Live vaccines are contraindicated if a patient is on immunosuppression or has significant protein calorie malnutrition.
- Recombinant zoster vaccination (Shingrix) is recommended for all patients receiving

Malaltia de Crohn



Colitis Ulcerosa



Simptomatologia de la Malaltia de Crohn



Febre

Pot ser un símptoma habitual, especialment en brots de la malaltia.



Dolor abdominal

Sovint és intermitent i pot estar associat a la ingesta d'aliments o a l'evacuació.



Diarrea

Pot ser crònica i, en alguns casos, amb sang o moc.



Pèrdua de pes

Es produeix per la mala absorció de nutrients i la disminució de la ingesta d'aliments.



Fatiga

És un símptoma molt freqüent i pot afectar la qualitat de vida de manera significativa.



Intoleràncies alimentàries

Poden aparèixer amb el temps i agreujar els símptomes.



Símptomes extraintestinals

Poden afectar la pell, les articulacions, els ulls o el fetge, entre d'altres.



Retard en el creixement

És més freqüent en infants i adolescents.

Síntomes cardinals de la Colitis Ulcerosa (CU)

A diferència de la MC, en la CU els símptomes reportats pel pacient —especialment:



Augment de la freqüència deposicional

Més deposicions de les habituals.



Rectoràgia

Presència de sang vermella a les deposicions.



Urgència defecatòria

Necessitat imperiosa de defecar.

es correlacionen de manera estreta amb el grau d'activitat inflamatòria endoscòpica

Menor activitat inflamatòria

Major activitat inflamatòria



Mucosa normal o lleu



Inflamació moderada



Inflamació greu



En la CU, la intensitat dels símptomes (augment de la freqüència deposicional, rectoràgia i urgència defecatòria) reflecteix de manera directa el grau d'activitat inflamatòria endoscòpica.

Crohn o colitis ulcerosa?



Quan sospitar-la

Diarrea o dolor abdominal de més de 4 setmanes

+ 1 o més signes d'organicitat:

Sang a la femta

Síntomes nocturns

Pèrdua de pes $\geq 5\%$

Febre o febrícula

Malaltia perianal

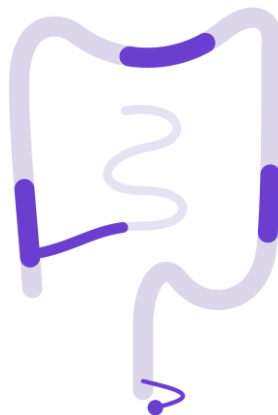
Anèmia o ferropènia

PCR elevada

SOFi positiva

Catalunya, 2020: ≈ 39.000 persones diagnosticades de MII

Malaltia de Crohn



Transmural

- Qualsevol tram, a salts; sovint l'ili terminal
- Dolor abdominal, diarrea i pèrdua de pes
- Fístules, abscessos i malaltia perianal
- El tabac l'agreuja

Colitis ulcerosa



Només mucosa

- Només còlon, contínua des del recte
- Diarrea amb sang, urgència i tenesme
- Sense fístules ni malaltia perianal
- ≥ 6 deposicions amb sang/dia i afectació general: urgències

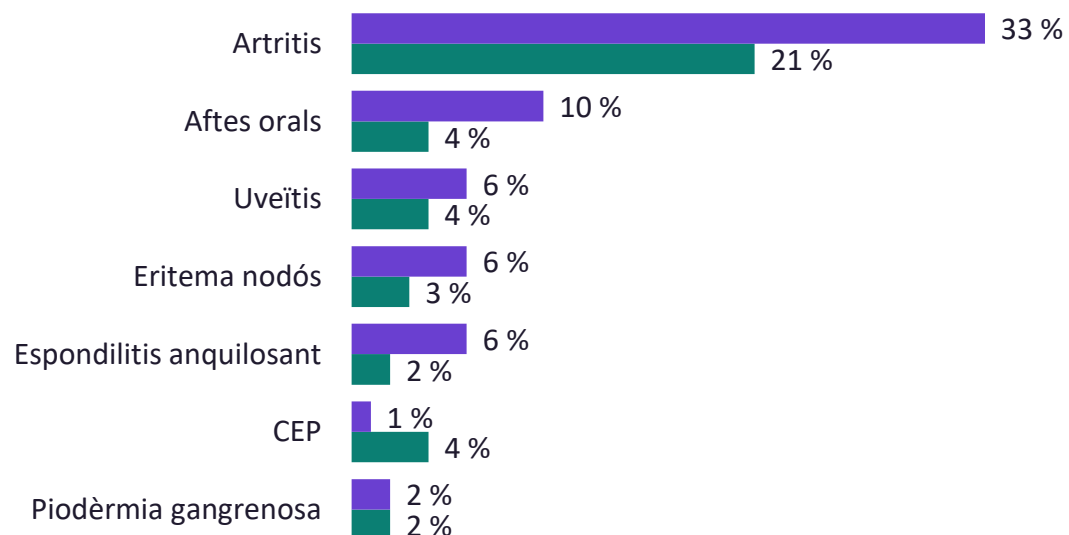
Manifestacions extraintestinals: més enllà del budell

Fins al 50 %

dels pacients tindran alguna manifestació fora de l'intestí

Prevalença per tipus · cohort suïssa (n = 950)

■ Malaltia de Crohn ■ Colitis ulcerosa



Segueixen el brot: controlar la MII

- Artritis perifèrica de poques articulacions grans
- Eritema nodós · aftes orals · episcleritis



Independents del brot: derivar

- Uveïtis: ull vermell, dolor i fotofòbia → oftalmologia urgent
- Espondiloartritis axial · piodèrmia gangrenosa
- Colangitis esclerosant primària (CEP): colestasi → colangio-RM



També cal cribrar: anèmia (Hb i ferritina cada 6–12 mesos) · os (calci i vitamina D si corticoides) · risc tromboembòlic

Eritema nodoso

El eritema nodoso es una paniculitis septal idiopática, caracterizada por nódulos eritematosos y dolorosos, principalmente en las extremidades inferiores.

Características clínicas:

- Nódulos dolorosos, de aspecto eritematoso o violáceo.
- Tamaño variable (1–5 cm).
- Localización típica: cara anterior de las tibias.
- Evolución: resuelve en 2–6 semanas, sin dejar cicatriz.

Causas frecuentes:

- Infecciones (estreptococo, tuberculosis, virus).
- Enfermedades inflamatorias (sarcoidosis, EII).
- Fármacos (anticonceptivos, antibióticos, entre otros).
- Idiopático (en ~50% de los casos).



Figura 2. Acercamiento de un nódulo.
Lesión eritematosa, bien delimitada, de aspecto nodular.

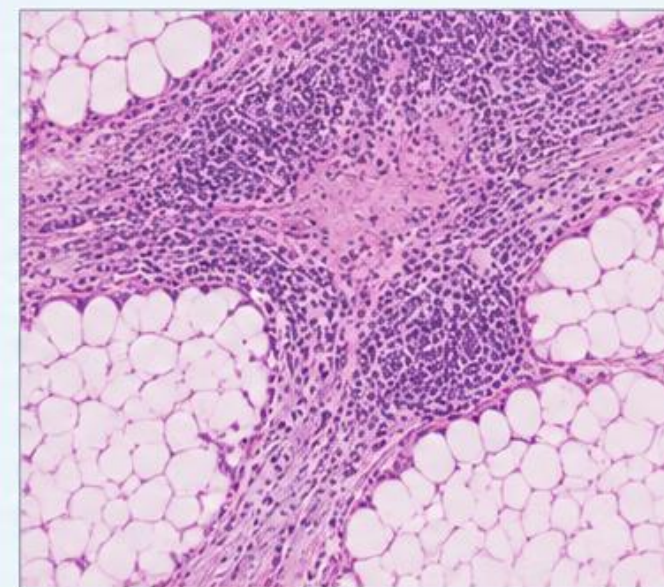


Figura 3. Histopatología (H&E, 100x).
Paniculitis septal con infiltrado de linfocitos y neutrófilos sin vasculitis.

Figura 1. Eritema nodoso.

Nódulos eritematosos y dolorosos en ambas piernas, de predominio en la cara anterior de las tibias.

Artritis periféricas típicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)



Artritis de gran articulación
(rodilla), típica del patrón de artritis asociada a EII (suele ser oligoarticular y migratoria).



Artritis de pequeñas articulaciones
(metacarpofalángicas e interfalángicas), frecuente en la EII.



Artritis de tobillo
común en la artritis periférica asociada a EII.



Dactilitis
(inflamación de todo el dedo), puede verse en algunos pacientes con EII.



Cambios radiográficos
(erosiones y estrechamiento del espacio articular) en artritis asociada a EII.



RM de mano
(sinovitis y edema óseo), hallazgos frecuentes en la artritis periférica de la EII.



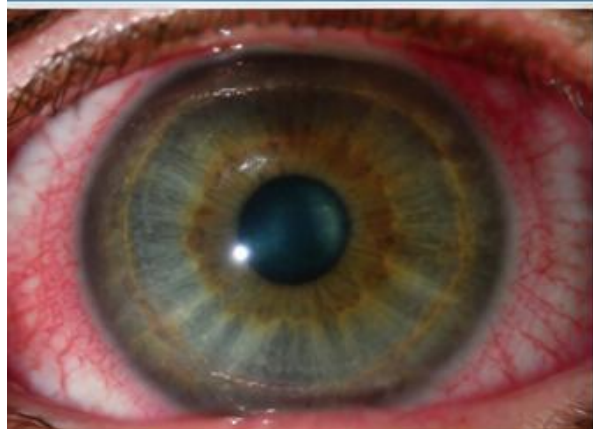
Entesitis
(tendón de Aquiles), otra manifestación musculoesquelética frecuente en la EII.

Características típicas de la artritis periférica en la EII

- Oligoarticular (1–4 articulaciones).
- Asimétrica.
- Afecta principalmente grandes articulaciones (rodillas, tobillos) y pequeñas articulaciones (manos y pies).
- Puede ser migratoria.
- Frecuente asociación con entesitis y dactilitis.
- Suele correlacionarse con la actividad intestinal, aunque puede persistir en remisión.

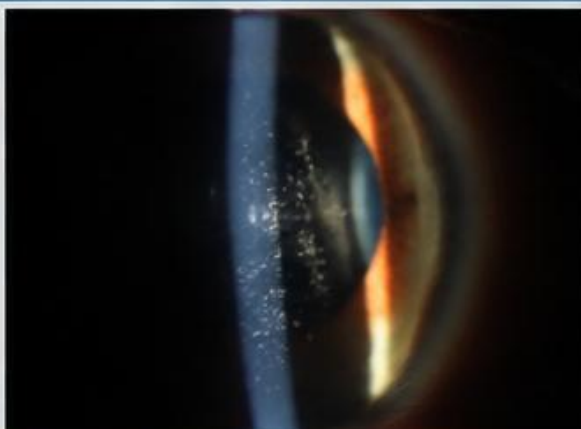
La artritis periférica en la EII es una **manifestación extraintestinal común y, en general, reversible con el control de la enfermedad intestinal.**

Uveítis en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) – Imágenes típicas



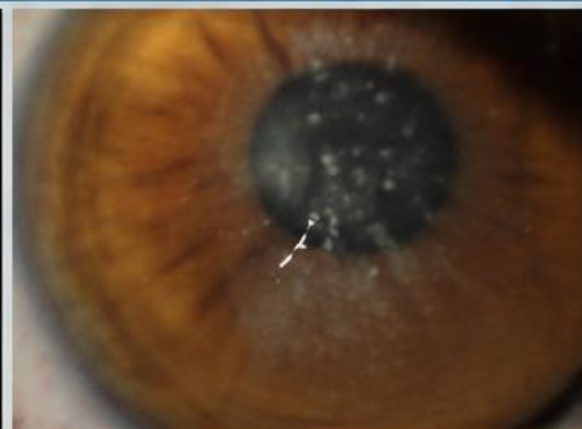
Uveítis anterior (forma más frecuente en EII)

Hiperemia ciliar, dolor, fotofobia y ojo rojo.



Células y flare en cámara anterior

Inflamación visible en la biomicroscopía con lámpara de hendidura.



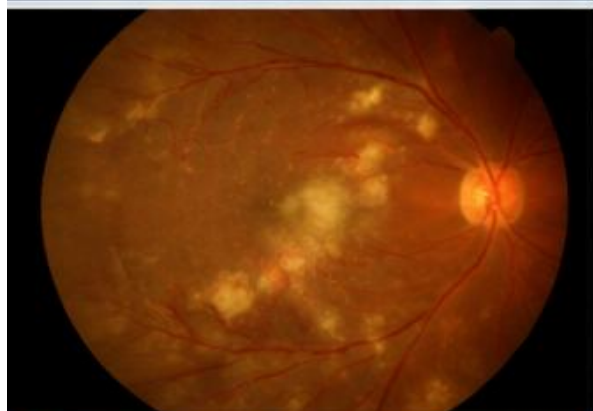
Precipitados queráticos

Depósitos de células inflamatorias en la cara posterior de la córnea (típicos de uveítis anterior).



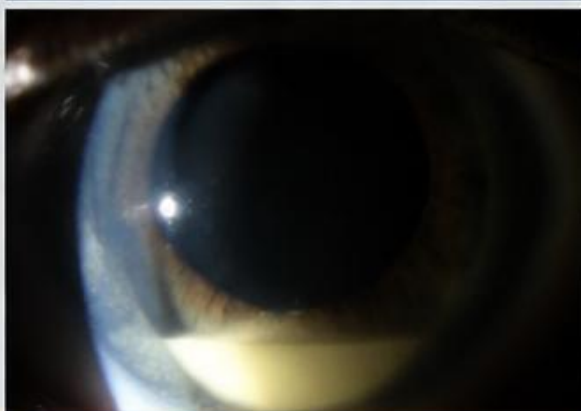
Vitreítis

En casos de uveítis posterior, se observa haze vítreo y mala visualización de estructuras retinianas.



Coriorretinitis multifocal

Lesiones inflamatorias en coroides y retina, frecuentes en EII.



Hipopión

Acúmulo de células y fibrina en la cámara anterior. Puede presentarse en casos graves.



Uveítis intermedia

Puede observarse "snowballs" (acumulos de células) en vítreo y vitritis.



Angiografía fluoresceínica

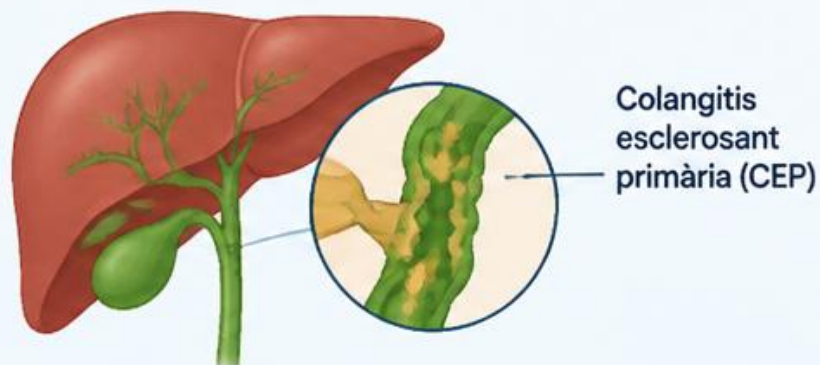
Puede mostrar fuga vascular y áreas de hiperfluorescencia en uveítis posterior.

La uveítis en la EII puede afectar cualquier porción del tracto uveal, siendo la forma anterior la más común, pero también pueden presentarse formas intermedias, posteriores y panuveítis.

Altres Manifestacions extraintestinals (MEI) i patologies associades a la malaltia inflamatoria intestinal (MII)

Colangitis esclerosant primària (CEP)

És una de les MEI de la MII i s'ha de descartar sempre que aparegui colèstasi o alteració del perfil hepàtic, especialment en pacients amb CU.



Colangitis esclerosant primària (CEP)



Cal pensar-hi sempre davant de colèstasi o alteració del perfil hepàtic, especialment en pacients amb CU.

Risc tromboembòlic, metabòlic i autoimmune

Els pacients amb MII presenten:



Risc triplicat de tromboembolisme venós i arterial.



+30–40% de risc de fractures òssies.



Major incidència d'osteonecrosi.



Colelitiasi (més freqüent).



Nefrolitiasi (més freqüent).



Més prevalença de malaltia celiaca (0,75%, gairebé quatre vegades superior a la població general).



Asma (més freqüent).



Psoriasi (més freqüent).

DIAGNÒSTIC: Calprotectina fecal, el primer filtre

93 %

Sensibilitat

MII vs SII en adults (NICE: tall de 50 µg/g)

94–96 %

Especificitat

94 % NICE · 96 % metaanàlisi (BMJ 2010)

–67 %

Endoscòpies en adults

a canvi d'un 6 % de diagnòstics endarrerits

Què fer amb el resultat · circuit català

< 200 µg/g

Probabilitat baixa de MII activa: pensar en SII i altres causes

200–500 µg/g

Zona grisa: interpretar amb la clínica i valorar repetir

> 500 µg/g

Alta sospita: derivar a Digestiu

Amb ≤ 40 µg/g i clínica de SII, la probabilitat de MII és ≤ 1 %. La calprotectina sola no decideix la derivació.



Falsos positius

AINE, IBP, gastroenteritis infecciosa, pòlips i càncer colorectal



No descarta un càncer

Si se sospita, SOFi o colonoscòpia. Signes greus: derivar sense esperar el resultat.

Endoscòpia i imatge: qui fa què



Ileocolonoscòpia amb biòpsies

Diagnòstic

Patró de referència: arribar a l'ili terminal i biopsiar cada segment.



Entero-RM

Budell prim

Primera línia per a l'intestí prim i les complicacions, sense radiació. RM pelviana si hi ha malaltia perianal.

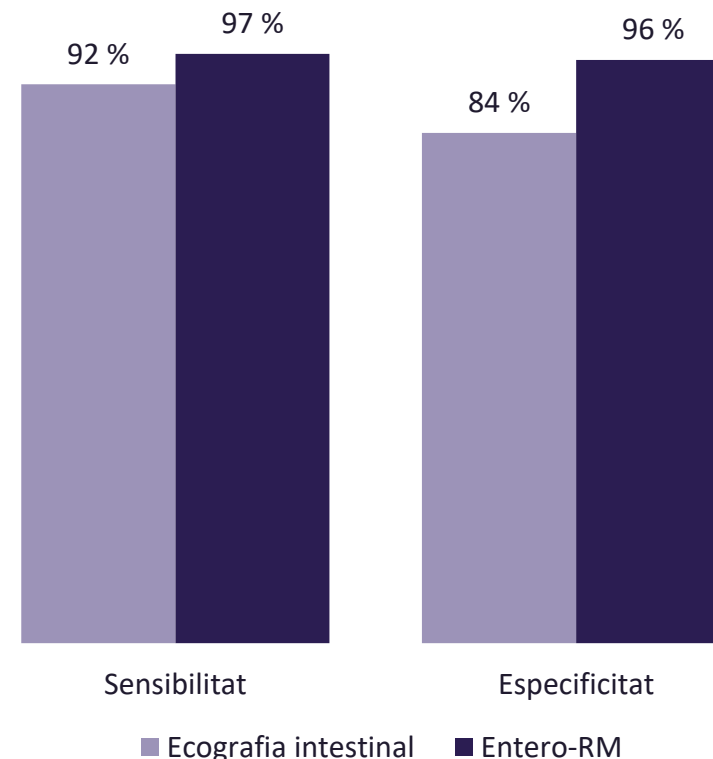


Ecografia intestinal

Seguiment

Sense radiació ni preparació, a peu de llit: ideal per detectar brots i valorar la resposta.

Detecció de Crohn d'intestí prim · METRIC
(n = 284)



TC: només si se sospita una complicació (obstrucció, perforació, abscess); evitar la radiació repetida.

Malnutrició: cribrar-la sempre

Cribratge sistemàtic

Al diagnòstic i després de manera periòdica

- 1 Mesurar**
 Pes, IMC i pèrdua de pes involuntària (eina MUST)
- 2 Buscar signes**
 Pèrdua de múscul i de greix, edemes. L'albumina no diagnostica malnutrició
- 3 Si hi ha risc**
 Dietista, criteris GLIM i suport nutricional

Dèficits a vigilar

Ferro

Vitamina D

B12 i fòlic (ili)

Calci si corticoides

Què recomanar a taula

- 
 Dieta mediterrània: fruita, verdura, llegums, peix i oli d'oliva
- 
 Menys ultraprocessats, sucre afegit i sal
- 
 Colitis ulcerosa: menys carn vermella i processada
- 
 Estenosi: canviar la textura (cuinat, triturat), sense eliminar vegetals
- 
 Evitar dietes d'exclusió o restrictives sense supervisió

Infants amb Crohn: nutrició enteral exclusiva com a primera línia

Tractament segons l'evidència

● A favor

● Opció

● En contra

Colitis ulcerosa

● 5-ASA oral i tòpica (lleu-moderada) **Recomanat · certesa alta**
Asacol®, Claversal®, Mezavant®, Pentasa®, Salofalk®, Salazopyrina®

● Corticoide oral si fracassa la 5-ASA **Recomanat**
Dacortin® i EFG, Urbason® · beclometasona: Clipper®, Bidiclin®

● Tiopurina per mantenir, no per induir **Opció**
azatioprina: Imurel®, Immufalk® · mercaptopurina: genèrics

● Teràpia avançada si fracassa el corticoide **Suggerit**
anti-TNF: Remicade®, Simponi®* · Entyvio® · Stelara®* · anti-IL-23: Omvoh®, Skyrizi®, Tremfya® · JAK: Jyseleca®, Rinvoq®, Xeljanz® · S1P: Velsipity®, Zeposia®*

● Antibiòtics, probiòtics i trasplantament fecal **No suggerit**

Malaltia de Crohn

● Corticoides només per induir, < 3 mesos **Força (ACG)**
Dacortin® i EFG, Urbason®

● Moderada-greu: infliximab + immunomodulador d'entrada **Assaig aleatoritzat**
Remicade® + azatioprina: Imurel®, Immufalk®*

● Budesonida: ileocecal lleu o moderada **Opció**
Entocord®, Intestifalk®

● Altres teràpies avançades **Suggerit**
anti-TNF: Humira®, Remicade®* · Stelara®* · anti-IL-23: Omvoh®, Skyrizi®, Tremfya® · JAK: Rinvoq® · Entyvio®†*

● 5-ASA, probiòtics i immunomodulador sol (moderada-greu) **En contra**

* Biosimilars comercialitzats: infliximab (Flixabi®, Remsima®, Zessly®) · adalimumab (Amgevita®, Hulio®, Hyrimoz®, Idacio®, Imraldi®, Yuflyma®) · ustekinumab (Imuldosa®, Otulfi®, Pyzchiva®, Steqeyma®, Uzpruvo®, Wezenla®, Yesintek®) · golimumab (Gobivaz®). † Vedolizumab en la malaltia de Crohn: no suggerit per BSG 2025; opció segons ACG 2025.

Què no fer en la MII



Corticoides de manteniment o cursos repetits

Si el pacient en depèn, derivar

Choosing Wisely 2017 · BSG 2025



5-ASA en la malaltia de Crohn

No és eficaç ni per induir ni per mantenir

ACG 2025 · ECCO



Antidiarreïcs o opioides en un brot greu

Risc de megacòlon tòxic; opioides crònics, tampoc

Choosing Wisely 2017 (opioïdes)



AINE de manera crònica

Possible brot de Crohn; si cal, COX-2 a curt termini

ECCO 2024



Vacunes vives amb immunosupressió

Vacunar abans: grip, pneumococ, VHB, zòster recombinant

ECCO 2021 · 2025



TC a cada brot

Només si se sospita complicació; prioritzar eco o RM

Choosing Wisely 2017



Canviar o retirar el tractament només per símptomes

Objectivar amb calprotectina i PCR

Choosing Wisely 2017 · BSG 2025



Esperar proves si hi ha signes greus

Derivar o enviar a urgències sense demora

CatSalut 2025

Missatges clau

1

Més de 4 setmanes + un signe d'organicitat: analítica, calprotectina i interconsulta segons resultats

2

Calprotectina: < 200 µg/g, MII activa poc probable
Calprotectina: > 500 µg/g, interconsulta

3

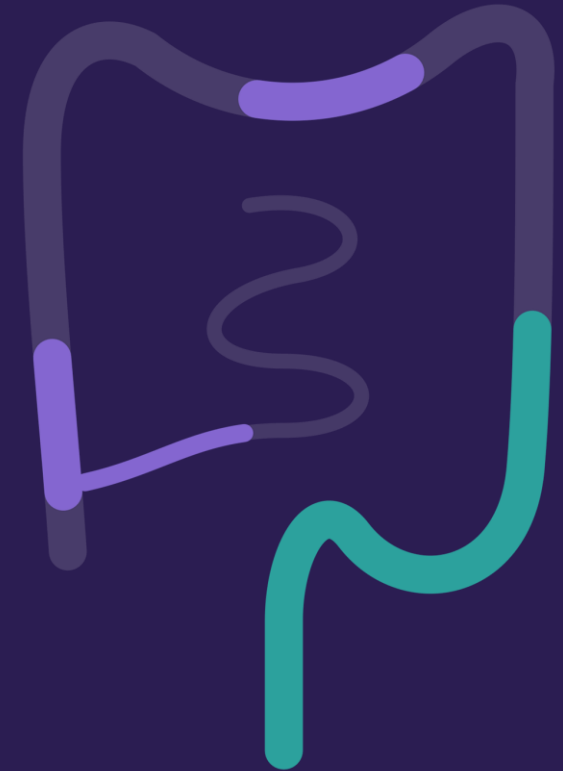
Cribrar periòdicament malnutrició, ferro i vitamina D

4

Corticoides només com a pont, mai com a manteniment

5

Vacunar abans d'immunosuprimir: cap vacuna viva



Gràcies !

asiso@camfic.org



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària