

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA DIARREA CRÓNICA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

La diarrea crónica es un síndrome de gran complejidad clínica que frecuentemente deben enfrentar médicos generales, internistas y gastroenterólogos. El diagnóstico diferencial es muy amplio y, en ocasiones, encontrar la causa precisa puede ser difícil, costoso y frustrante.

La prevalencia exacta de la diarrea crónica es desconocida. De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia en niños a nivel mundial es de 3% a 5%. En adultos, los datos son menos confiables. La amplia variabilidad de criterios en la definición y el subregistro de los servicios de salud en los diferentes países, especialmente en adultos, hace imposible estimar la prevalencia e incidencia de esta enfermedad.

Basándose en la frecuencia aumentada de las defecaciones como criterio diagnóstico (el parámetro más ampliamente usado), la prevalencia de diarrea crónica en Estados Unidos es aproximadamente un 5%. Los factores de riesgos son edad, estado nutricional, giardiasis y uso de antibióticos.

1. OBJETIVO

Establecer el conjunto de intervenciones para el diagnóstico y el manejo de cuadros de diarrea crónica en pacientes adultos para disminuir complicaciones, morbilidad y mortalidad.

2. EVIDENCIA

The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. (revised 2010 May). NGC: 009191 American Society for Gastrointestinal Endoscopy.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en gastroenterología, medicina interna, emergenciológica y personal de enfermería.

4. POBLACION DIANA

Pacientes adultos con evacuaciones frecuentes, acuosas sin dolor abdominal de tres a cuatro deposiciones diarias por más de cuatro semanas.

5. DEFINICIÓN

La diarrea crónica se define como las heces de consistencia disminuida durante al menos cuatro semanas. En estos casos, el número de deposiciones diarias es habitualmente de tres o más y el peso total de las heces es superior a 250 g/día. El primer paso es confirmar la existencia de diarrea crónica verdadera, descartando una falsa diarrea o una diarrea funcional asociada al síndrome de intestino irritable.

6. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

6.1 Anamnesis o antecedentes personales:

- a. Edad y forma de comienzo (aguda/gradual).
- b. Relación de la diarrea con alimentos.
- c. Pérdida de peso.

- d. Esteatorrea.
- e. Características de las heces: consistencia, volumen, color, número, distribución horaria y productos patológicos; forma líquida, expulsión explosiva, ácida; intolerancia a azúcares; abundantes, brillantes, pálidas, fétidas, frecuentes, pequeñas, con moco y/o sangre, asociadas a tenesmo y con ritmo nocturno; restos vegetales sin digerir y con moco, sin dolor, sólo diurnas, que empeoran a lo largo del día y alternan episodios de diarrea con normalidad y/o estreñimiento.
- f. Escapes: incontinencia fecal.
- g. Presencia de otros síntomas o signos acompañantes: pérdida de peso o retraso en el crecimiento, infecciones recurrentes.
- h. Disminución del apetito, vómitos, dolor abdominal, hemorragia digestiva.
- i. Manifestaciones extra digestivas: fiebre, artralgias, cambio de carácter, astenia, alteraciones dermatológicas.
- j. Alimentación: café, leche, jugos de frutas.
- k. Ejercicio.
- l. Intervenciones y enfermedades previas.
- m. Ingesta de fármacos y/o antibióticos previo al inicio de la diarrea.
- n. Viajes al extranjero.
- o. Antecedentes familiares.
- p. Enfermedad inflamatoria.
- q. Celiaquía.
- r. Intolerancia a la lactosa.
- s. Fibrosis quística.
- t. Síndrome de intestino irritable.

- u. Neoplasia endocrina múltiple.

6.1.2 Exploración física:

- a. **Aspecto general:** hidratación, coloración piel y mucosas, edemas, fenotipo.
- b. **Valoración del estado nutricional:** peso, talla.
- c. **Lesiones cutáneas:** acrodermatitis, atopia, eritema nodoso.
- d. **Abdomen:** distensión, ruidos intestinales, dolor a la palpación, masas y organomegalias.
- e. **Inspección anal:** fisuras y/o fístulas, eritema, pliegues cutáneos.
- f. **Otros:** aftas orales, iritis, artritis.

6.2 Pruebas de laboratorio

- a. Hemograma.
- b. Bioquímica: glucemia, urea, creatinina, proteínas totales, metabolismo férrico, inmunoglobulinas, TSH.
- c. Serología de enfermedad celíaca (IgA transglutaminasa e IgA o IgG antigliadina deaminada; mayores de dos años (IgA transglutaminasa).
- d. VSG y PCR.
- e. Coprocultivo.
- f. Parásitos.
- g. Toxina Clostridium Difficile (si ha habido un uso previo de antibióticos y diarrea sanguinolenta).
- h. Cribado de azúcares (en casos que sugieran malabsorción de azúcares).
- i. Urocultivo, calprotectina fecal.

6.3 Prueba complementarias

- a. Ecografía abdominal
- b. Biopsia intestinal cuando resulta positivo la Prueba de la D-xilosa.
- c. Pruebas radiológicas del intestino delgado mediante enteroclis.
- d. Pruebas de aliento del hidrógeno con glucosa (prueba de la H₂-glucosa) o lactulosa (prueba de la H₂-lactulosa) o, mediante la prueba de aliento de ¹³C-xilosa.
- e. Colonoscopia con exploración de íleon terminal cuando no se consigue hacer el diagnóstico.
- f. Prueba de la D-xilosa para diferencial entre mala digestión y mala absorción.
- g. Pruebas de maldigestión.
- h. La cuantificación de grasa fecal y la prueba de aliento con triglicéridos marcados (¹³C-triglicéridos).
- i. La cuantificación de la concentración de elastasa pancreática en una muestra aislada de para diferenciar el origen pancreático del extrapancreático de la diarrea.

7. CRITERIOS DE INGRESO

- a. Deshidratación o afectación nutricional grave.
- b. Alteración hidroelectrolítica.

8. TRATAMIENTO

- a. Retirar zumos de frutas, especialmente los comerciales por el alto contenido en azúcares.
- b. Prescribir una dieta equilibrada normocalórica.
- c. No indicar dietas pobres en grasas.
- d. No emplear inhibidores del peristaltismo intestinal.
- e. Evitar el empleo indiscriminado de antibióticos.

9 CRITERIOS DE EGRESO

- a. Pacientes con esquema de hidratación completo.
- b. Signos vitales en límites normales.
- c. Control de episodios diarreicos.
- d. Pruebas de laboratorio y electrolitos en límites normales.

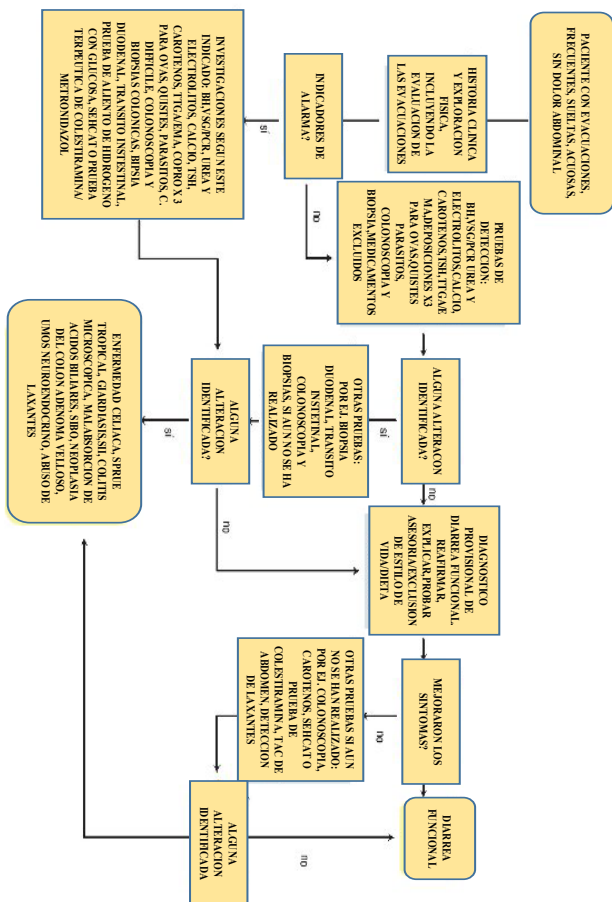
10 INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

La información acerca de la condición del paciente deberá incluir:

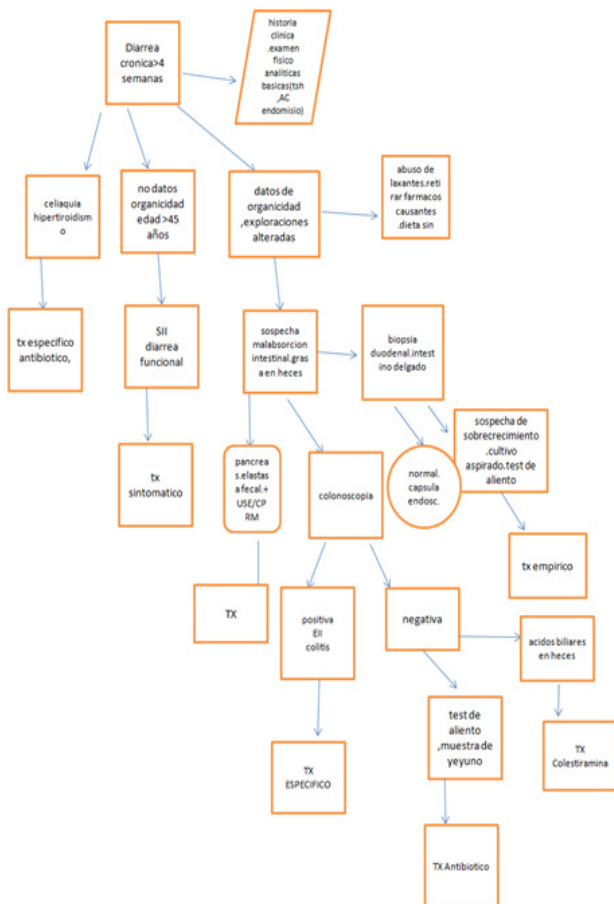
- a. La localización de los centros de referencia para atención especializada.
- b. La importancia de la adherencia a tratamientos y autocuidados.
- c. Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- d. Las instrucciones para la recuperación de tratamientos ambulatorios.

11. ALGORITMOS

11.1 Algoritmo de diagnóstico de la diarrea crónica



11.2 Algoritmo para el manejo de la diarrea crónica



12. BIBLIOGRAFÍA

1. The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. NGC:009191. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (revised 2010 May).
2. Fine KD, Seidel RH, Do K. The prevalence, anatomic distribution, and diagnosis of colonic causes of chronic diarrhea. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 318-26.
3. Phillips SF. Surreptitious laxative abuse: keep it in mind. *Semin Gastrointest Dis* 2000; 10: 132-7.
4. Shah RJ, Fenoglio_Preiser C, Bleau BL, Giannella RA. Usefulness of colonoscopy with biopsy in the evaluation of patients with chronic diarrhea. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1091.
5. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Self-reported diarrhea: what does it mean? *Am J Gastroenterol* 2004; 89:1160-4.
6. Joseph Sellin, MD UTMB, Galveston CHRONIC DIARRHEA An evidence-based approach DDW 2007.