

# DOCUMENT DE POSICIONAMENT

## Diarrea Crònica: Definició, Clasificació i Diagnòstic

Fernando Fernández-Bañares, Anna Accarino, Agustín Balboa, Eugeni Domènech, Maria Esteve, Esther Garcia-Planella, Jordi Guardiola, Xavier Molero, Alba Rodríguez-Luna, Alexandra Ruiz-Cerulla, Javier Santos i Eva Vaquero.



Societat  
Catalana de  
Digestologia

A·C·M·S·C·B



*L'Acadèmia*







## DIARREA CRÒNICA: DEFINICIÓ, CLASIFICACIÓ I DIAGNÒSTIC

Fernando Fernández-Bañares<sup>1,9</sup>, Anna Accarino<sup>2,9</sup>, Agustín Balboa<sup>3</sup>, Eugeni Domènech<sup>4,9</sup>, Maria Esteve<sup>1,9</sup>, Esther Garcia-Planella<sup>5</sup>, Jordi Guardiola<sup>6</sup>, Xavier Molero<sup>2,9</sup>, Alba Rodríguez-Luna<sup>7</sup>, Alexandra Ruiz-Cerulla<sup>6</sup>, Javier Santos<sup>2,9</sup> i Eva Vaquero<sup>8,9</sup>.

*Serveis d'Aparell Digestiu: (1) Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona; (2) Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; (3) Hospital Quirón Teknon, Barcelona; (4) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona; (5) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; (6) Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; (7) Hospital Clínic, Barcelona; (8) Medicina de Família, CAP Sud, Terrassa, Barcelona; (9) CIBERehd.*

### 1. DEFINICIÓ DE DIARREA CRÒNICA

La freqüència normal de les deposicions varia de tres vegades a la setmana a tres vegades al dia. La diarrea pot definir-se com una disminució de la consistència de la femta (augment de la fluïdesa), deposicions que causen urgència o malestar abdominal, o un augment en la freqüència de les mateixes. La consistència es defineix com la relació entre l'aigua fecal i la capacitat de retenció d'aigua dels sòlids insolubles fecals, que estan formats per massa bacteriana i fibra dietètica. Com que és difícil mesurar la consistència de la femta i els excrements són predominantment aigua (60 a 85%), el pes de la femta pot constituir un substitut raonable de la consistència.

En aquest sentit, la diarrea pot definir-se pel pes o el volum de la femta mesurat en un període de 24 a 72 hores (mitjana de 2 a 3 dies). El pes de la femta de 24 hores en nens i adults és inferior a 200 g, de manera que un pes de femta de 24 hores >200 g és una definició objectiva de diarrea. No obstant això, cal tenir en compte que s'escapen d'aquesta definició fins a un 20% de pacients amb diarrea líquida amb un pes de femta inferior. La diarrea aguda persisteix durant menys de 2 a 3 setmanes o, rars vegades, fins a 6 a 8 setmanes. Per tant, definim diarrea crònica com aquella que persisteix quatre setmanes o més.

### 2. ANAMNESI I CLASSIFICACIÓ

S'estima que >5% de la població pateix diarrea crònica i que prop del 40% d'aquests subjectes són majors de 60 anys. La llista de causes que poden ocasionar diarrea crònica és extensa (veure Taula 1) i sovint es fa necessari la realització de múltiples proves diagnòstiques abans d'arribar a un diagnòstic definitiu. En aquests casos, una anamnesi i exploració física experta és important per enfocar el diagnòstic. En l'anamnesi cal valorar, inicialment, la presència d'antecedents familiars de malalties com la celiaquia o la malaltia inflamatòria intestinal que poden presentar predisposició familiar; o els antecedents personals de viatges a zones endèmiques, pràctiques sexuals de risc, altres malalties sistèmiques que poden associar-se a diarrea (p.e, diabetis mellitus, malalties sistèmiques o neurològiques que produeixen alteracions de la motilitat GI), antecedents de cirurgia gastrointestinal prèvia (pe, colecistectomia, reseccions intestinals), o la ingesta de fàrmacs que poden produir diarrea com a efecte secundari o de xiclets/caramels amb contingut elevat de sorbitol.



Hi han quatre mecanismes de diarrea: osmòtica, secretora, exudativa i per motilitat alterada. Com que moltes de les malalties diarrèiques es deuen a més d'un d'aquests mecanismes, en front de l'estudi diagnòstic i des del punt de vista de la pràctica clínica és útil classificar els pacients amb diarrea en funció de si presenten característiques que suggereixen «funcionalitat» o orgànica (Algoritme 1). Aquesta distinció és important ja que l'enfocament diagnòstic de les dues situacions varia ostensiblement.

El primer pas en el diagnòstic és buscar símptomes, signes i alteracions analítiques que suggereixen l'existència d'una malaltia orgànica (Taula 2). La presència de símptomes d'alarma o alteracions en l'analítica general suggereix l'existència d'una causa orgànica de la diarrea crònica. L'enfocament diagnòstic inicial d'aquests pacients s'ha de fer a partir de les característiques clíniques de cada cas. En funció de les característiques de la diarrea es pot diferenciar entre diarrea inflamatòria, diarrea amb malabsorció (esteatorrea) i diarrea aquosa de característiques orgàniques.

L'anamnesi permet, en molts casos, d'establir una orientació sobre la localització del segment intestinal afectat per la malaltia causant de la diarrea. Així la presència de femtes voluminoses, líquides o pastoses, brillants que s'acompanyen de dolor còlic periumbilical (diarrea amb característiques que suggereixen malabsorció) suggereix que la diarrea té l'origen en l'intestí prim (o ser d'origen pancreàtic). En canvi, les deposicions semilíquides o líquides, escasses en volum, amb sang, moc o pus, que s'acompanyen d'urgència o tenesme i de dolor hipogàstric o sacre, s'orienten més cap a una diarrea d'origen en còlon esquerre i/o recte (diarrea de tipus inflamatori).

Dins del grup que suggereix «funcionalitat» es troben algunes entitats que tenen una base orgànica i les autèntiques diarrees funcionals; aquesta diferenciació es tractarà dintre del capítol de diarrea funcional. En aquests pacients la diarrea sol presentar-se en forma de diarrea crònica aquosa sense sang, ja sigui de forma recurrent, amb episodis diarreics freqüents alternant amb deposicions normals, o en forma de diarrea persistent amb femtes semilíquides o líquides. La freqüència deposicional és variable però en alguns pacients pot arribar a les 10-15 deposicions diàries. Sovint pot existir urgència i incontinència que incapaciten al pacient per realitzar una vida normal i disminueixen la seva qualitat de vida. Hi pot haver una pèrdua de pes moderada secundària a la disminució de la ingesta en realitzar dietes astringents o restrictives per evitar la diarrea.



**Taula 1** ▶ Classificació de la diarrea crònica

### **DIARREA CRÒNICA AQUOSA**

#### **1. Osmòtica**

- Laxants osmòtics ( $Mg^{+2}$ ,  $PO_4^{-3}$ ,  $SO_4^{-2}$ )
- Malabsorció de carbohidrats
- Ingestió excessiva de carbohidrats poc absorbibles
  - Lactulosa
  - Sorbitol i manitol (xiclets “sense sucre”)
  - Fructosa (fruites, refrescos)

#### **2. Secretora**

- Clorhidrorrea congènita
- Enterotoxines bacterianes
- Malabsorció d'àcids biliars
- Malaltia inflamatòria intestinal
  - Colitis ulcerosa
  - Malaltia de Crohn
  - Colitis microscòpica
- Vasculitis
- Abús de laxants estimulants
- Fàrmacs
- Al·lèrgies alimentàries
- Enverinament per metalls pesants
- Alteracions de la motilitat
  - Diarrea post-vagotomia
  - Diarrea post-simpatectomia
  - Neuropatia autònoma diabètica
  - Síndrome de intestí irritable
  - Impactació fecal
  - Incontinència anal
- Causa endocrinològica
  - Malaltia d'Addison
  - Hipertiroidisme
  - Gastrinoma
  - Vipoma
  - Somatostatina
  - Síndrome carcinoide
  - Mastocitosi
- Altres tumors
  - Carcinoma de colon
  - Limfoma intestinal
  - Adenoma vellós secretor del recte
- Diarrea secretora idiopàtica
- Altres: amiloidosi

### **DIARREA CRÒNICA INFLAMATÒRIA**

- Malaltia inflamatòria intestinal
  - Colitis ulcerosa
  - Malaltia de Crohn
  - Diverticulitis
  - Yeyunoileitis ulcerativa
- Malalties infeccioses
  - Bactèries  
*Shigella*, *Salmonella*,  
*Campylobacter*, *Yersinia*,  
*Clostridium difficile*
  - Virus  
Herpes simple, CMV
  - Paràsits
- Amebiasis, Estrongyloides
- Colitis isquèmica
- Colitis por radiació
- Neoplàsies
  - Càncer de colon
  - Limfoma

### **DIARREA CRÒNICA AMB ESTEATORREA**

#### **Causes entèriques**

- Malalties de la mucosa
  - Cèliaquia, Whipple, giardiasi, limfoma, Crohn, enteritis ràdica, limfangiectàsia intestinal, amiloidosi, gastroenteritis eosinofílica, esprue tropical, esprue col·lagen
- Síndrome d'intestí curt
- Sobrecreixement bacterià
- Isquèmia mesentèrica crònica

#### **Síndromes de maldigestió**

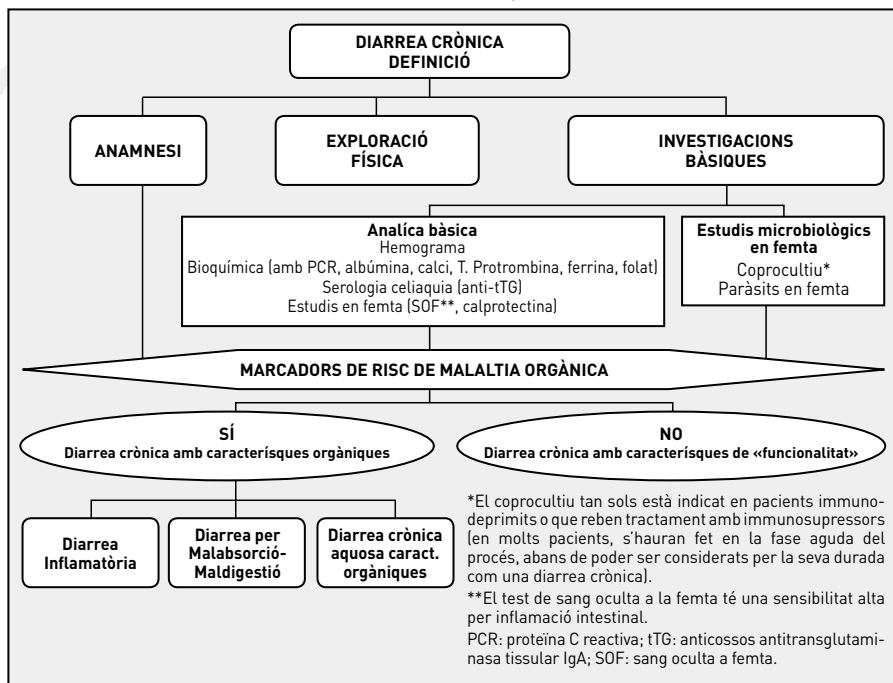
- Insuficiència exocrina del pàncrees
- Concentració inadequada d'àcids biliars a la llum intestinal



**Taula 2** ▶ Diarrea crònica: símptomes, signes i alteracions analítiques suggestives de causa orgànica

- Presència de sang a la femta
- Aparició de febre
- Pèrdua recent de pes (>5 kg) (en absència de la síndrome depressiva concomitant)
- Inici recent dels símptomes o canvi en les característiques prèvies d'aquests
- Aparició en edats avançades (≥50 anys)
- Història familiar de càncer o pòlips colorectals
- Existència de diarrea nocturna
- Diarrea que persisteix després del dejuni
- Femtes molt abundants o esteatorreïques
- Pes de femta de 24 hores >400 g/dia
- Anomalies a l'exploració física (pal·lidesa cutània, hepatosplenomegàlia, adenopaties, massa abdominal, etc)
- Presència d'anèmia, macrocitosi, hipoprotrombinèmia, hipoalbuminèmia o altres alteracions analítiques (p.e., augment VSG o proteïna C reactiva)
- Anàlisi de femta amb sang ocultada positiva, calprotectina fecal elevada

**Algorisme 1** ▶ Enfocament inicial d'un pacient amb diarrea crònica

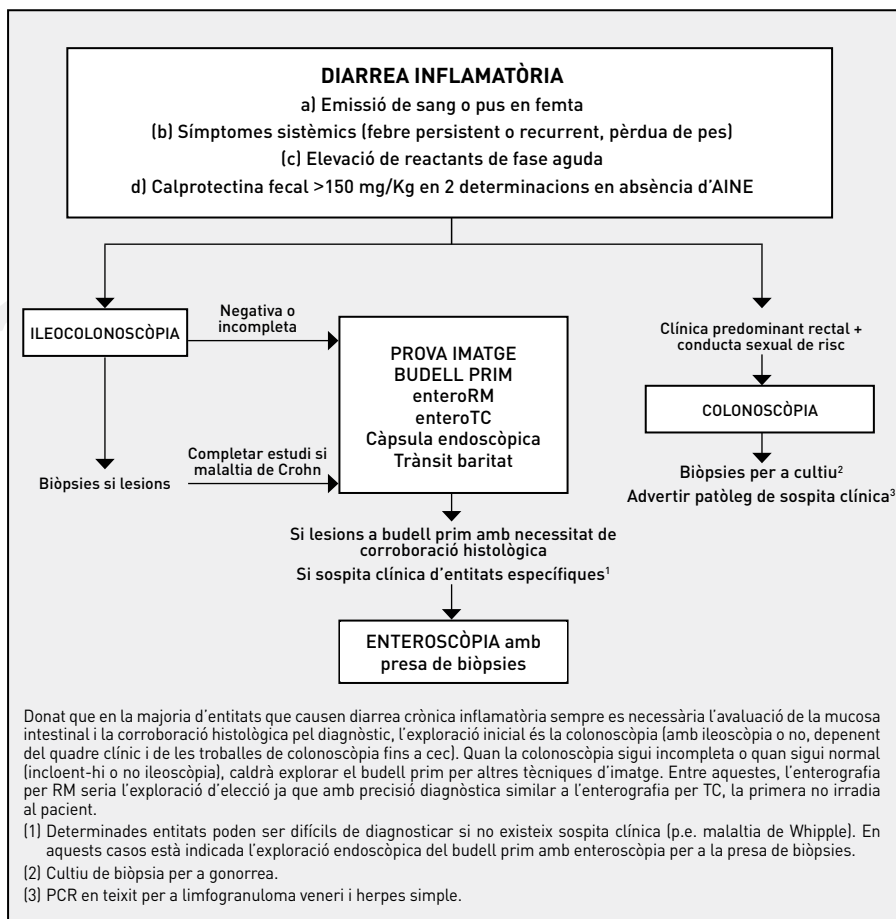


### 3. DIARREA CRÒNICA AMB CARACTERÍSTIQUES ORGÀNIQUES

#### 3.1. Diarrea inflamatòria

Es pot definir diarrea crònica inflamatòria com aquella que presenta alguna de les següents característiques: **(a)** emissió de sang o pus en femta; **(b)** que s'acompanya de símptomes sistèmics (febres persistent o recurrent, pèrdua de pes), i/o manifestacions inflamatòries extra-intestinals (fonamentalment articulars, cutànies, o oculars); i **(c)** que s'acompanya de l'elevació de reactants de fase aguda (proteïna C reactiva, velocitat de sedimentació globular, xifra de plaquetes) o de calprotectina fecal >150 mg/kg en dues determinacions separades en el temps, en absència de consum d'AINEs.

#### Algorisme 2 ▶ Enfocament diagnòstic de la diarrea crònica inflamatòria





### 3.2. Diarrea per malabsorció o maldigestió

És la diarrea produïda per la pèrdua de la capacitat absorbentiva de l'enteròcit (enteropatia) o de la capacitat trituradora del budell (reducció d'enzims pancreàtics, reducció del contacte nutrients-enzims, etc). Hem de diferenciar entre diarrea per enteropatia, diarrea per sobrecreixement bacterià, i diarrea per pancreatopatia. L'enfocament diagnòstic de cadascuna d'elles es descriu en algoritmes separats.

#### a) Diarrea per enteropatia

A la Taula 3 es resumeixen les principals causes d'enteropatia i els mètodes de diagnòstic.

**Taula 3** ▶ Principals causes d'enteropatia que poden ocasionar diarrea i els mètodes diagnòstics

Entitat patològica	Troballes patològiques	Tincions especials/ Biologia molecular	Altres mètodes diagnòstics
Malaltia celiàcia	Enteritis limfocítica a atròfia / Lesió no específica	Immunotinció CD3	Serologia* (S, 85-99%; E, 91-100%) Estudi genètic* (S, 93%; E, 77%) Estudi subpoblacions limfocitàries Patró citomètric (S, 85%; E, 100%) Regla "4 de 5"***
Giardiasi	Presència de Giàrdia / Lesió específica • Mucosa normal (53-96%) • Atròfia (3%) • Hiperplàsia nodular limfoide (35%) • Infiltrat eosinòfil (35%)	NO	Detecció del paràsit femta • Concentració amb Formalin-etil acetat (FEAC) • Visió directa d'ous o quists
Esprue tropical	Enteritis limfocítica a atròfia (>freqüència atròfia subtotal) / Lesió no específica	Immunotinció CD3	Resposta terapèutica a anti-biòtics, àcid fòlic i vitamina B12 Serologia celiàcia negativa Antecedent epidemiològic
Enteropatia per fàrmacs Olmesartan	Enteritis limfocítica a atròfia / Lesió no específica	Immunotinció CD3	Serologia celiàcia negativa Estudi genètic MC positiu 50-60% Normalització mucosa amb la retirada del fàrmac
Malaltia de Whipple	Detecció macròfags Tinció PAS al voltant <i>T. whipplei</i> / Lesió específica	Immunotinció PCR específica <i>T. whipplei</i>	Detecció de <i>T. Whipplei</i> en fluids o altres teixits afectats (sinovial, LCR, femta, etc)

\* Serologia malaltia celiàcia (MC): Anticòsos antiendomisi, antitransglutaminassa i anti gliadina deamidada. Els valors de sensibilitat (S) i especificitat (E) es refereixen a la MC amb atròfia. A l'enteritis limfocítica per MC, la sensibilitat pot ser tan baixa com del 15%.

\*\* Regla "4 de 5" per al diagnòstic de MC: Combinació de mètodes diagnòstics (Veure Fasano i Catasi. Am J Med 2010;123:691-3).





## b) Diarrea per sobrecreixement bacterià

La diarrea per sobrecreixement bacterià (SCB) és deguda a malabsorció de nutrients (greixos i hidrats de carboni) produïda pel metabolisme dels bacteris dificultant la formació micel·lar i reduint els enzims de la superfície vellositària. S'ha de sospitar en qualsevol situació que pugui comportar una motilitat anormal, ja sigui per alteració estructural (estenosi, by-pass, etc) o funcional (pseudoobstrucció, enteropatia diabètica, etc). Incrementos del pH a duodè o al jejú proximal (tractament amb IBPs, gastrectomia, gastritis atròfica).

A la Taula 4 es resumeixen les proves recomanades per a detectar sobrecreixement bacterià. El recompte quantitatiu de l'aspirat duodenal/jejunal es considera el patró or, però no es pot emprar de forma assistencial per la seva complexitat. Alternativament la prova que mostra una millor precisió diagnòstica és la prova de l'alè D-Xylosa C<sup>14</sup>, però hi ha menys evidència disponible que amb les proves de l'alè d'hidrogen.

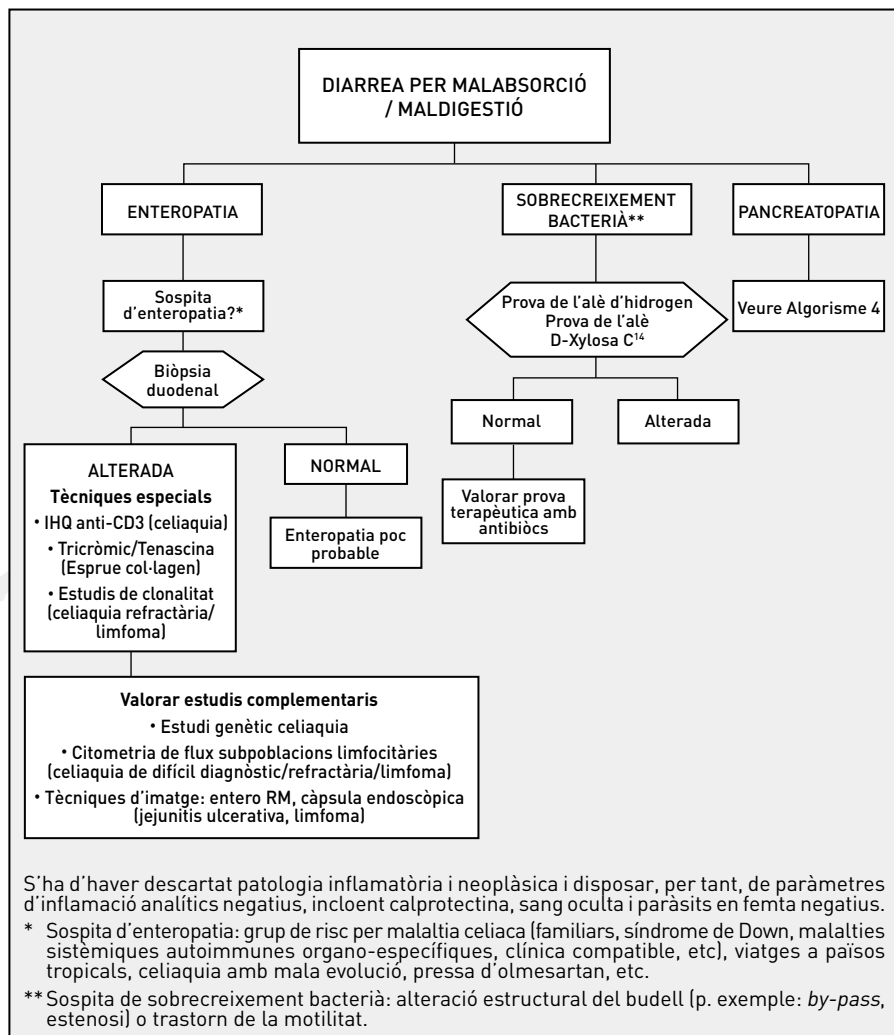
**Taula 4** ▶ Proves recomanades per a detectar el sobrecreixement bacterià

	<b>Tècnica</b>	<b>Precisió diagnòstica</b>
Recompte quantitatiu de l'aspirat jejunal	Tècnica complexa. Recollida de mostra en condicions especials per a anaerobis, evitant contaminació per bacteris de l'orofaringe i sembra ràpida per anaerobis i aerobis Sobrecreixement bacterià >10 <sup>5</sup> UFC*/mL al jejú proximal Falsos positius: recollida de la mostra a un diverticle Falsos negatius: recollida mostra proximal a alteració estructural	"Patró or"
Prova de l'alè d'hidrogen	Administració 50 g de glucosa Sobrecreixement bacterià: >20 ppm en la corba de l'aire espirat durant 2 hores post-administració Falsos negatius: flora no productora de H <sub>2</sub> Falsos positius: trànsit oro-cecal molt ràpid (p.e., gastrectomia)	Sensibilitat 62.5% Especificitat 77.8%
Prova de l'alè D-Xylosa C <sup>14</sup>	Administració de 1 g de C <sup>14</sup> unit a D-Xylosa Sobrecreixement bacterià: de C <sup>14</sup> en l'aire espirat Menys falsos positius perquè la D-Xylosa s'absorbeix a budell prim i no arriba al còlon	Sensibilitat Especificitat ~85-90%

\* UFC: Unitat formadora de colònies



### Algorisme 3 ▶ Enfocament diagnòstic de la diarrea crònica per enteropatia i sobrecreixement bacterià





### c) Diarrea per pancreatopatia

La deficiència d'enzims pancreàtics resulta en maldigestió d'aliments (especialment greixos) que provoca disminució de la consistència de la femta i augment del volum diari. L'esteatorrea de causa pancreàtica es produeix quan la reserva funcional està greument reduïda. L'esteatorrea moderada pot no incloure diarrea. La diarrea secundària a una malaltia pancreàtica no sol ser voluminosa ni aquosa (pot ser oliosa), i es redueix amb el dejuni. Si no hi ha càncer afegit, característicament els malalts tenen gana.

La insuficiència pancreàtica pot ser primària (per malaltia pancreàtica) o secundària. En aquest cas tan sols és parcialment responsable de la diarrea.

La Taula 5 detalla les causes d'insuficiència pancreàtica. Les causes primàries més freqüents són pancreatitis crònica, fibrosi quística i càncer de pàncrees.

**Taula 5** ▶ Causes d'insuficiència pancreàtica exocrina

#### **Causes primàries**

- Pancreatitis crònica
- Fibrosi quística
- Càncer de pàncrees
- Pancreatitis aguda (generalment de forma temporal)
- Obstrucció ductal (inclosos ampuloma, quists i TPMI)
- Pancreatectomia
- Atròfia pancreàtica senil, atròfia adquirida (malnutrició severa persistent) o congènita (SBD, Johanson-Blizzard, lipomatosi pancreàtica, agenèsia pàncrees dorsal, MODY)

#### **Causes secundàries**

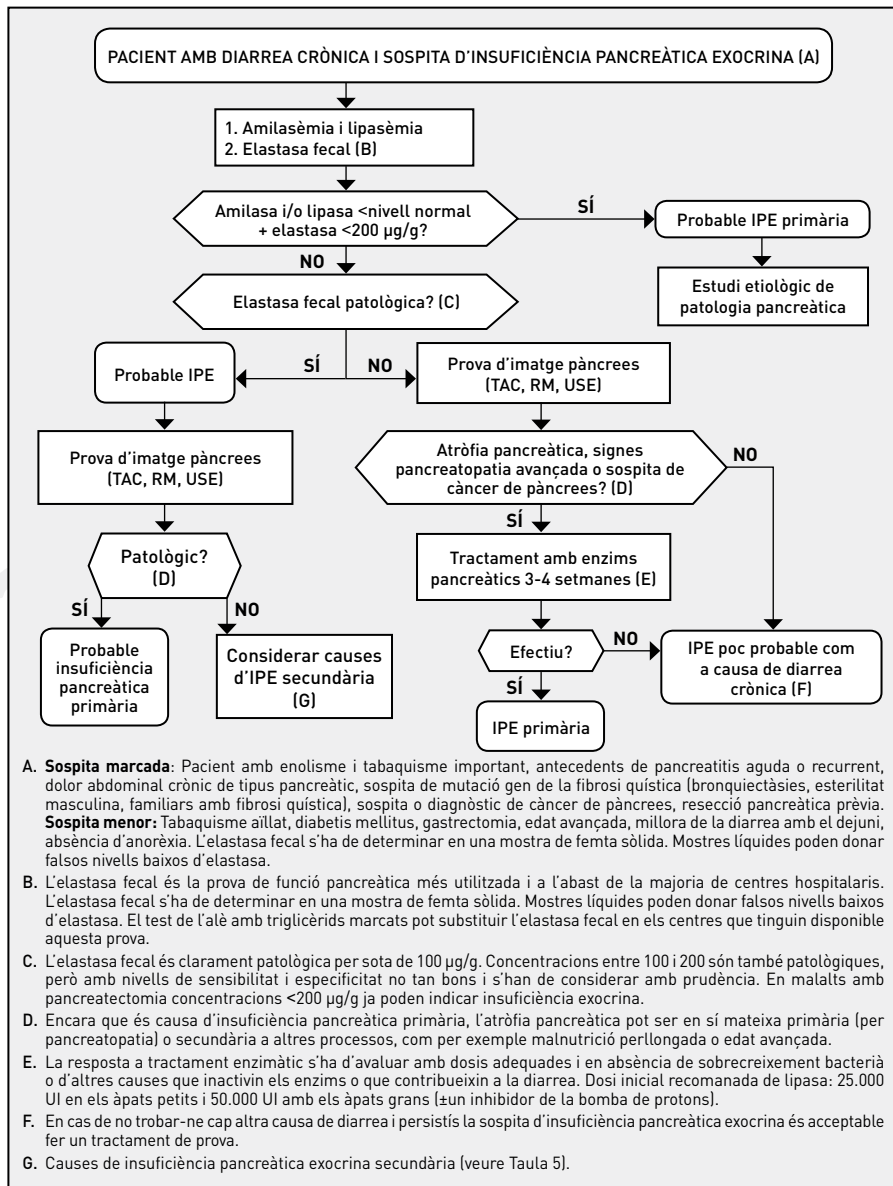
- Malaltia celíaca i altres enteropaties (malaltia de Crohn, immunodeficiència comú variable amb afectació intestinal, enteritis eosinofílica, etc)
- Gastrectomia - derivació pancreàtica
- Síndrome de Zollinger-Ellison
- Fàrmacs (octreòtide en tractament perllongat)

#### **D'origen incert**

- Diabetis mellitus
- Síndrome de budell irritable
- Insuficiència renal crònica



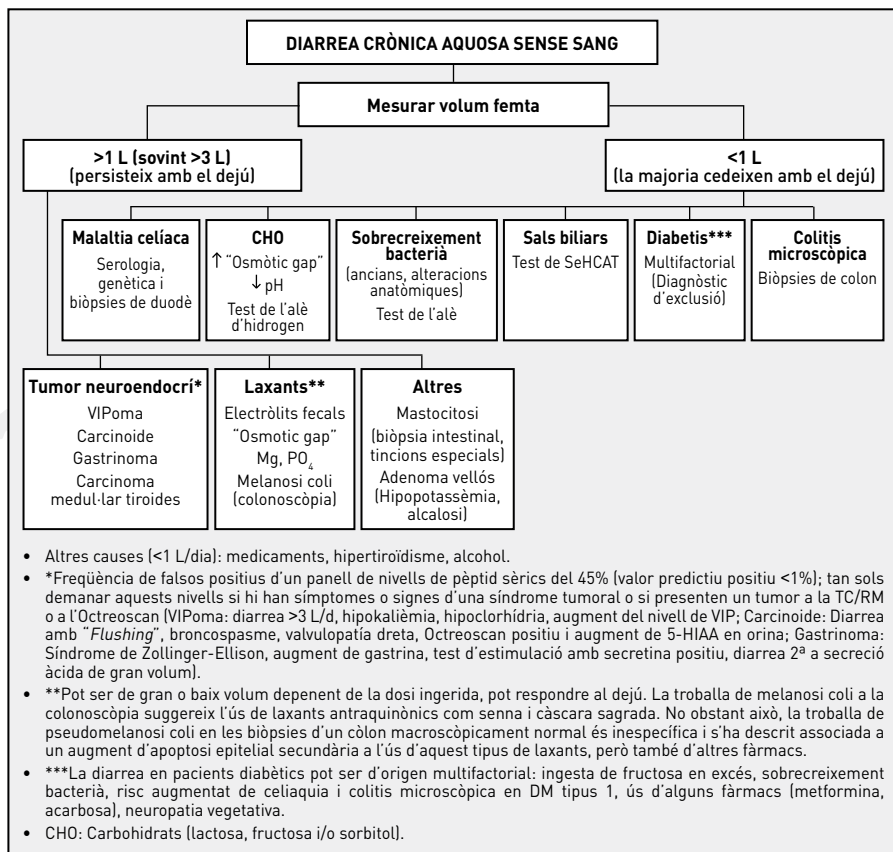
### Algorisme 4 ▶ Enfocament diagnòstic de la diarrea crònica per insuficiència pancreàtica exocrina



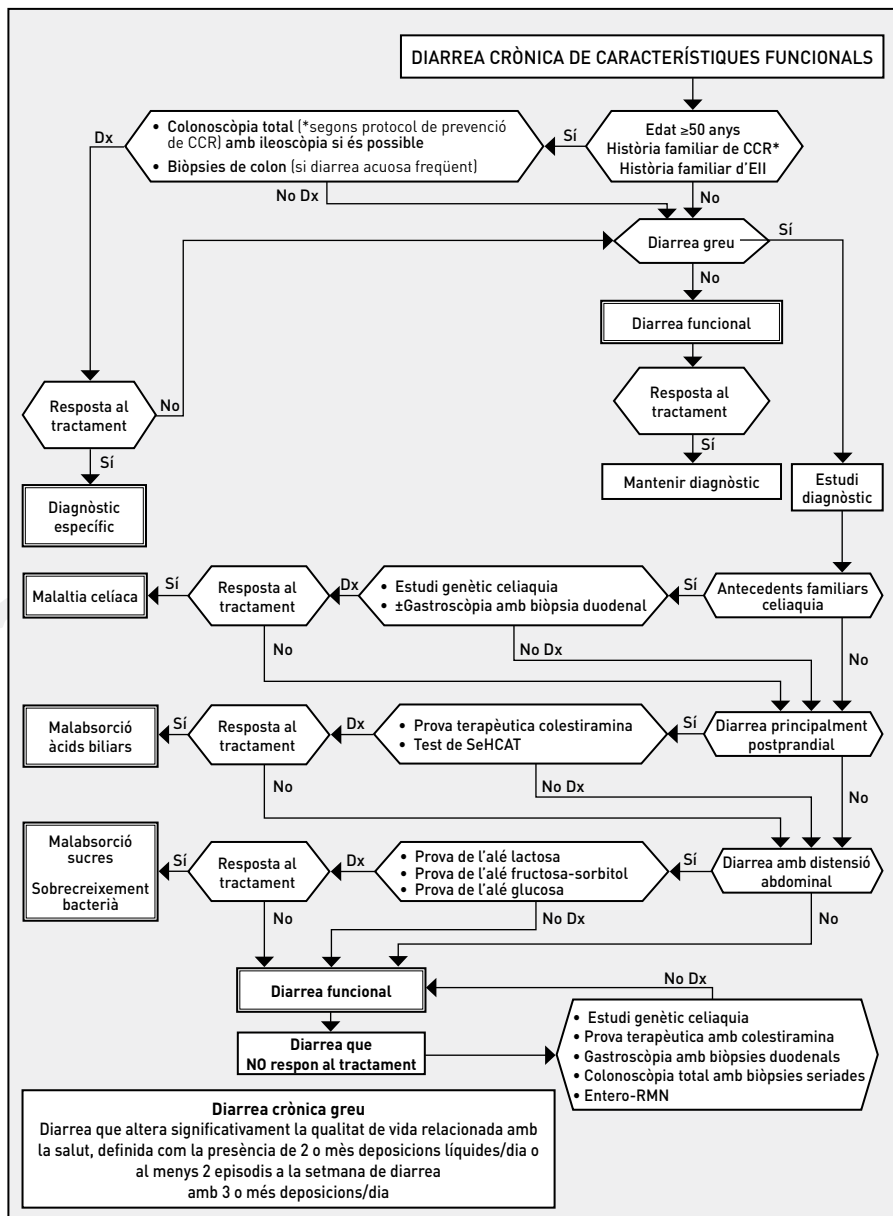
### 3.3. Diarrea aquosa sense sang de característiques orgàniques

Es tracta de pacients amb diarrea crònica aquosa sense sang i que tenen característiques d'organicitat segons la Taula 2 del apartat 1. En general, es tracta de diarrees secretores que es caracteritzen per diarrea líquida de gran volum, sovint >1 L per dia; per persistència de la diarrea després del dejuni; i perquè en l'anàlisi de l'aigua fecal, l'osmolaritat mesurada és idèntica a la calculada a partir dels electròlits presents.

#### Algorisme 5 ► Enfocament diagnòstic de la diarrea crònica aquosa sense sang



**Algorisme 6** ▶ Enfocament diagnòstic de la diarrea acuosa de “característiques” funcionals





#### 4. DIARREA CRÒNICA AQUOSA DE CARACTERÍSTIQUES FUNCIONALS

Es defineix la diarrea crònica funcional com la presència de deposicions toves o líquides de forma contínua o recurrent, que es presenten des de fa més de quatre setmanes sense una causa orgànica aparent. Si a més els símptomes es presenten des de fa almenys 6 mesos i en més del 75% de les deposicions en els últims tres mesos, es pot establir el diagnòstic de diarrea funcional atinent els criteris diagnòstics dels trastorns funcionals digestius de Roma III. Segons aquests mateixos criteris si la diarrea s'acompanya de dolor abdominal, que millora o s'associa amb les femtes diarrèiques, es pot establir el diagnòstic de la síndrome de l'intestí irritable.

En pacients joves, sense símptomes o signes d'alarma, amb exploració física normal i amb diarrea lleu, sense símptomes nocturns i amb escàs impacte en les activitats quotidianes dels pacients, seria suficient realitzar una analítica general que inclogui serologia per malaltia celíaca i una determinació de paràsits en femta. Si els símptomes són persistents, incapacitants o alteren significativament la qualitat de vida dels pacients és necessari realitzar altres exploracions per descartar organicitat.

##### Algorisme 6 ▶ Text explicatiu

Tots els pacients amb diarrea crònica sense signes o símptomes d'alarma, en els quals no es detectin alteracions analítiques (incloent serologia de malaltia celíaca) ni paràsits en femta, tenen en principi d'una diarrea funcional.

En aquests pacients, si tenen 50 o més anys d'edat o tenien antecedents familiars de càncer colorectal (CCR), és recomanable fer colonoscòpia total, dins del protocol de cribratge de càncer colorectal en població de risc mitjà, amb presa de biòpsies múltiples per descartar colitis microscòpica en aquells amb diarrea aquosa freqüent. També els antecedents familiars de malaltia inflamatòria intestinal seran una indicació per fer colonoscòpia total amb ileoscòpia. Si les diarrees són aquoses i freqüents, es recomana la presa de biòpsies múltiples del còlon per a descartar colitis microscòpica. En aquests casos, si les exploracions no detecten patologia, s'actuarà com amb els pacients menors de 50 anys i sense antecedents familiars, el que significa que si la diarrea no és greu establirem el diagnòstic de diarrea funcional i els tractarem com a tal.

En els pacients amb diarrea greu és convenient realitzar alguns estudis diagnòstics. Així, si els pacients tenen antecedents familiars de malaltia celíaca és recomanable realitzar estudi genètic de celiàquia (HLA-DQ2/8) i en cas de ser positiu fer biòpsies duodenals. Si aquests estudis són negatius hem de mantenir el diagnòstic de diarrea funcional. En pacients amb diarrea amb distensió abdominal hem de tenir en compte que malgrat que la distensió pot donar-se en multitud de trastorns funcionals digestius, la seva presència farà recomanable realitzar proves de l'alè d'hidrogen per descartar intolerància a sucres (lactosa o fructosa-sorbitol) o per descartar sobrecreixement bacterià. Si les exploracions no són diagnòstiques, o bé sent diagnòstiques el pacient no respongués al tractament hem de mantenir el diagnòstic de diarrea funcional. En pacients amb diarrea principalment postprandial hem de considerar que tot i que la diarrea postprandial pot ser comú en els trastorns funcionals digestius, la seva presència ens obliga a descartar una malabsorció d'àcids biliars, idealment mitjançant test de SeHCAT, i sinó almenys mitjançant prova terapèutica amb colestiramina. Si les proves no són diagnòstiques o el pacient no respon al tractament hem de mantenir el diagnòstic de diarrea funcional. En aquest moment, els pacients amb diarrea funcional greu, encara sense diagnòstic, que no responguin al tractament simptomàtic s'han de sotmetre a un estudi complet per descartar tant malabsorció d'àcids biliars, com a malaltia celíaca, colitis microscòpica o malaltia inflamatòria intestinal.



## 5. ACTUACIÓ DES DE MEDICINA DE FAMÍLIA DAVANT D'UN PACIENT AMB DIARREA CRÒNICA

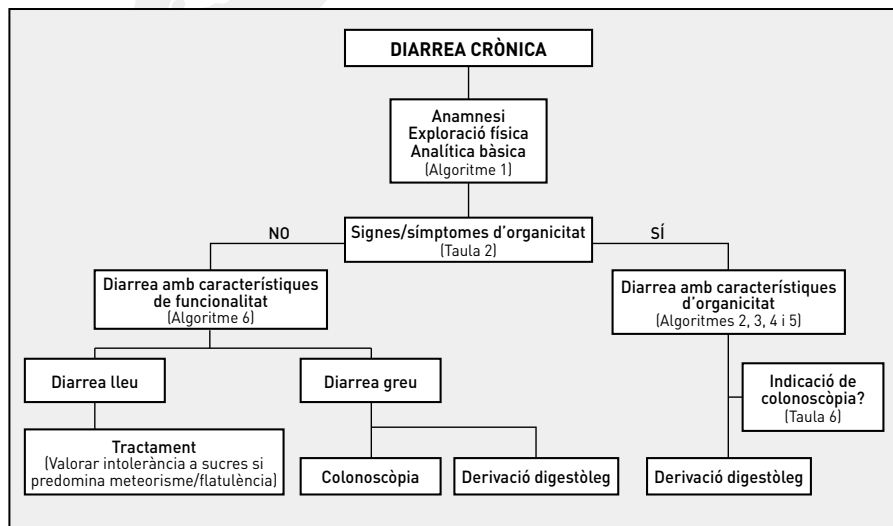
A medicina primària es necessari realitzar l'enfocament inicial de la diarrea crònica. Valorar si el pacient compleix la definició de diarrea crònica i realitzar una anamnesi correcta i els estudis analítics bàsics a sang i a femta. Es crucial valorar si existeixen criteris d'organicitat i si cal derivar al pacient a l'especialista de digestiu. A més, cal valorar si existeix indicació per demanar una colonoscòpia (Taula 6).

D'altra banda, en molts pacients amb diarrea aquosa recurrent però lleu (menys de dos episodis de diarrea a la setmana) es pot fer un tractament empíric simptomàtic (amb loperamida o racecadotril). En aquests pacients s'ha de valorar si de forma associada predominen símptomes de meteorisme i distensió abdominal; si és així, cal descartar la presència de malabsorció de sucres (lactosa i/o fructosa-sorbitol).

**Taula 6** ▶ Indicacions de colonoscòpia en pacients amb diarrea crònica

- Diarrea crònica d'inici recent en pacients amb edat  $\geq 50$  anys
- Diarrea crònica i antecedents familiars de primer grau de càncer colorectal
- Diarrea crònica inflamatòria (veure definició en el text)
- Diarrea crònica sense sang amb sang oculta a femta positiva
- Diarrea crònica sense sang amb calprotectina  $>150$  mg/kg
- Diarrea crònica sense sang amb proteïna C reactiva augmentada
- Diarrea crònica aquosa amb criteris de diarrea funcional greu o amb signes, símptomes o alteracions analítiques suggestives d'organicitat (veure el text)

**Algorisme 7** ▶ Derivació del pacient amb diarrea crònica des de medicina primària a digestiu











## Secretaria Tècnica



*L'Acadèmia*

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES  
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

**Sr. Enric Clarella**

**L'Acadèmia. Departament d'Activitats i Congressos**

Major de Can Caralleu, 1-7 • 08017 Barcelona

Tel. 932 031 852 • Fax 932 123 569

enricclarella@academia.cat

www.scdigestologia.org

### Documents publicats



**2011**

Utilitat Diagnòstica del Fibroscan®

Utilitat Diagnòstica de la Càpsula Endoscòpica



**2012**

Tractament Triple de l'Hepatitis Crònica C, Genotip 1

Sedació a l'Endoscòpia Digestiva



**2013**

Maneig de l' Hemorràgia Digestiva per Hipertensió Portal

Recomanacions pel Maneig de l' Hemorràgia Digestiva Baixa Aguda



**2014**

Valoració i Tractament de la Pancreatitis Aguda

Recomanacions pel Maneig del Fetge Gras no Alcohòlic



**2015**

Recomanacions per l'Avaluació i Tractament del Pacient Cirròtic Crític

Diarrea Crònica: Definició, Classificació i Diagnòstic