

**Trabajo de fin de grado  
Curso 2014/2015**

Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

**GRADO EN ENFERMERÍA**



**GUÍA DE APOYO DEL PERSONAL  
DE ENFERMERÍA DURANTE EL  
DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO  
DEL PACIENTE CELÍACO  
Y SU ENTORNO**

**AUTOR: NATALIA TEJO HOYOS**

**TUTOR: EDUARDO ARRANZ SANZ**

## RESUMEN:

La enfermedad celíaca es la patología por sensibilidad alimentaria más frecuente en nuestro entorno. Se define como la intolerancia permanente a las proteínas del gluten, que da lugar a un cuadro que afecta a todo el organismo, aunque el principal órgano diana es el intestino delgado.

En la actualidad, se ha observado un aumento del número de casos diagnosticados en la edad adulta. Por ello, se considera necesario diseñar un plan de actuación para el diagnóstico precoz y el seguimiento de estos enfermos. La detección precoz de la enfermedad es un punto muy importante a considerar, ya que posibilita que se inicie el tratamiento lo antes posible. Con ello, no solo desaparecen los síntomas, sino que previene la aparición de complicaciones a largo plazo. Hoy en día, el patrón de diagnóstico de la enfermedad celíaca está basado en la sospecha clínica, junto a pruebas serológicas positivas, marcadores genéticos de riesgo compatibles, y el hallazgo de una lesión característica en una biopsia intestinal.

El seguimiento de estos pacientes se lleva a cabo en consultas de atención primaria, por lo que es preciso que el personal de enfermería tenga la formación pertinente para poder lograr una buena relación terapéutica con el enfermo celíaco, proporcionándole la educación para la salud adecuada a su patología, disipando las dudas y falsas creencias del paciente y su entorno con respecto a la enfermedad y logrando una correcta adherencia a la dieta libre de gluten estricta por parte del paciente.

Palabras clave: Enfermedad celíaca en el adulto, dieta sin gluten, Seguimiento del paciente celíaco, educación para el paciente celíaco.

## ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	
I. QUÉ ES LA ENFERMEDAD CELÍACA, CAUSAS Y PREVALENCIA.	Pág. 1-2
II. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.	Pág. 2-6
III. JUSTIFICACIÓN.	Pág. 7
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO	Pág. 8
3. METODOLOGÍA	Pág. 9
4. DESARROLLO:	
I. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELÍACA Y PARA SU SEGUIMIENTO UNA VEZ DIAGNOSTICADO	Pág. 10-11
II. TRATAMIENTO: DIETA SIN GLUTEN	Pág. 11-16
III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CELÍACO.	Pág. 17-24
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Pág. 25-26
6. BIBLIOGRAFÍA	Pág. 27-29
7. ANEXOS:	
I. ANEXO I: EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE VITAMINAS Y MINERALES EN EL PACIENTE CELÍACO	Pág. 30-33
II. ANEXO II: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.	Pág. 34

## 1. INTRODUCCIÓN:

### I. QUÉ ES LA ENFERMEDAD CELÍACA, CAUSAS Y PREVALENCIA.

La enfermedad celíaca es una intolerancia permanente al gluten, que describe a ciertas proteínas que se encuentran en los cereales: Trigo, cebada, centeno y avena. Es una enfermedad de base genética y, por tanto, una enfermedad crónica, que el individuo tendrá de por vida. (1, 2)

El consumo de estos cereales provoca, en un individuo genéticamente susceptible a la enfermedad, la aparición de una lesión histológica que afecta a las vellosidades intestinales, pudiendo llegar a causar una atrofia de las mismas, lo que impide la correcta absorción de los nutrientes. (3)

Aunque hay aspectos aún por clarificar, factores genéticos, inmunológicos y ambientales contribuyen a la aparición y desarrollo de la enfermedad. (4)

Cuando un individuo susceptible consume gluten en su dieta, estas proteínas provocan la inflamación de la mucosa del intestino delgado que se manifiesta por una lesión caracterizada por infiltración celular del epitelio, hiperplasia de criptas y atrofia de vellosidades y pérdida en distintos grados, que se asocian a formas de presentación muy diversas de la enfermedad. Se han descrito varios tipos de lesión intestinal que van desde el aumento aislado de linfocitos intraepiteliales (enteritis linfocítica) hasta la pérdida total de vellosidades intestinales. Con lo cual, estamos hablando de un problema serio, ya que hasta las formas más leves pueden cursar con estados carenciales que pueden incluir osteopenia (incluso osteoporosis), anemia y síntomas tanto digestivos como extra digestivos. (1,2)

#### Epidemiología:

Los datos de prevalencia conocidos de esta enfermedad han aumentado mucho en los últimos años sobre todo en países de Europa, como por ejemplo en Finlandia, donde llega a alcanzar el 1% de la población general. (5) La EC afecta tanto a niños como a adultos, y la relación mujer/varón es de 2:1.

Esta enfermedad es más frecuente en Europa y países poblados de personas con ascendencia europea, como en los Estados Unidos de Norteamérica.

La prevalencia en España oscila según distintos estudios, entre 1/118 en niños y 1/389 en adultos. (5, 6,7, 8)

## II. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.

La detección precoz de la enfermedad celíaca es muy importante ya que posibilita iniciar el tratamiento lo más pronto posible, y con ello la desaparición de los síntomas, y la prevención de las complicaciones a largo plazo. (2, 9)

En la edad pediátrica, los síntomas intestinales y el retraso en el crecimiento, acompañados de irritabilidad y anorexia, pueden indicar la enfermedad celíaca.

En el adolescente, un retraso de talla o de la pubertad o el hallazgo de una ferropenia sin justificación en la analítica, obliga a descartar la enfermedad celíaca.

Y en cuanto a los adultos, en la actualidad es frecuente la presencia de síntomas extradigestivos.

Además, debemos saber que hay determinados grupos de riesgo que pueden tener una mayor probabilidad de padecer la enfermedad. Estos incluyen: familiares de primer grado, determinadas enfermedades autoinmunes (diabetes tipo 1, enfermedades autoinmunes del tiroides, entre otras), algunas cromosopatías (síndrome de Down); hepatitis crónica activa, síndrome del intestino irritable, dermatitis herpetiforme, intolerancia a la lactosa, etcétera. También es muy frecuente encontrarnos con pacientes que han visitado diferentes especialidades médicas en busca de un diagnóstico para su patología, sometidos a numerosas pruebas, para terminar siendo diagnosticados de un trastorno funcional. Por tanto, es importante vigilar a estos individuos para descartar una posible EC, prestando más atención si refieren historia de aftas bucales, astenia, irritabilidad o depresión. (8)

En la actualidad, el diagnóstico se basa en una serie de pruebas que deben ser valoradas en conjunto, ya que ninguna prueba por sí sola confirma la existencia de EC. Las distintas pruebas que se utilizan para confirmar o descartar el diagnóstico de la EC se basan en lo siguiente:

1. Sospecha clínica: Hay una serie de síntomas que pueden llevar a pensar que la persona puede padecer la enfermedad, como son: pérdida de apetito y/o peso, diarrea crónica, distensión abdominal, cólicos de gases... En muchas ocasiones, la persona puede no presentar síntomas, lo que puede dificultar el diagnóstico. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en función de la edad del enfermo celíaco son:

- NIÑOS: Diarrea, anorexia, vómitos, irritabilidad-tristeza, dolor abdominal, distensión abdominal, malnutrición y retrasos en el peso y la estatura.
- ADOLESCENTES: Dolor abdominal, hábito intestinal irregular, menarquia retrasada, dolores óseos, cefalea, irritabilidad, depresión, aftas orales recidivantes, talla baja y anemia ferropénica.
- ADULTOS: Dispepsia, diarrea crónica/ estreñimiento, síndrome de intestino irritable, dolores óseos y articulares, infertilidad, abortos, depresión /ansiedad, menopausia precoz, pérdida de peso inexplicada, anemia ferropénica, debilidad muscular, etcétera. (3,4,10)

2. Pruebas serológicas: El diagnóstico de EC, especialmente en adultos, ha aumentado mucho en los últimos años debido a la utilización de las pruebas serológicas. Según distintos estudios, en los pacientes celíacos existen determinados anticuerpos: (2,8,10,11)

- Anticuerpos antigliadina (AGA): Su eficacia para el cribado es mayor en niños que en adultos. Son de clase IgA o IgG.
- Anticuerpos antiendomiso (EMA): La sensibilidad y especificidad de este anticuerpo varía con la edad del individuo, pero actualmente, la utilidad de estos anticuerpos es escasa. Son de clase IgA. (8)

- Anticuerpos antitransglutaminasa (TG) tisular: El descubrimiento de estos anticuerpos supuso un avance en el diagnóstico y es el método serológico de elección para el despistaje y seguimiento de la enfermedad celíaca; puesto que la prueba tiene una sensibilidad y especificidad elevadas. Son anticuerpos de clase IgA o IgG. Hoy en día, es la prueba serológica más utilizada. (1,2,10)

Ante una serología negativa, siempre que haya sospecha de enfermedad celíaca, hay que plantear la posibilidad de que exista un déficit de IgA asociada, dando lugar a falsos negativos o que exista un cuadro malabsortivo intestinal de otro origen. (11)

Estas pruebas serológicas han posibilitado, a medida que se ha conocido más sobre la enfermedad, caracterizar varias formas clínicas de la enfermedad: (2, 10, 12, 13, 14)

- EC clásica: Los síntomas están relacionados con la lesión intestinal que se produce. Predominan los síntomas digestivos y la malabsorción de nutrientes. Esta forma, es más frecuente en niños que en adultos.
- EC monosintomática o también llamada no clásica: Es la forma más frecuente en todas las edades. Cursa tanto con síntomas digestivos como extra digestivos.
- EC silente o asintomática: es aquella en la que sí se observan lesiones en la mucosa intestinal, pero no hay síntomas evidentes.
- EC latente: los pacientes pueden presentar síntomas o no. Se trata de aquellos individuos al ser evaluados tras una ingesta de gluten, presentan una biopsia normal, pero antes o después, desarrollan la enfermedad.
- EC potencial: son individuos con una biopsia normal pero con pruebas serológicas positivas y marcadores genéticos de riesgo. Más del 90% de los pacientes celiacos poseen variantes alélicas de genes localizados en la región HLA del genoma. El HLA es un conjunto de genes funcionales con pequeñas variaciones en su estructura. (3, 8, 10, 14, 15)

### 3. Biopsia intestinal:

Una biopsia intestinal característica junto a una serología positiva constituye el patrón para el diagnóstico de enfermedad celíaca.

En las biopsias se hacen tomas de la segunda o la tercera porción del duodeno. La biopsia por aspiración (cápsula de Crosby) brinda hoy en día las mejores muestras. La cápsula de Crosby ha sido la más utilizada en el diagnóstico en niños y permite hacer un seguimiento con rayos X para conocer en qué parte del tubo digestivo se encuentra, y es un método eficaz ya que no necesita anestesia, aunque la gastroscopia es el método más utilizado en el caso de los pacientes adultos. (1)

La EC afecta a la mucosa del intestino delgado proximal, con daño gradualmente decreciente hacia el intestino delgado distal, pero en casos severos las lesiones se pueden extender hasta el íleo. El daño proximal puede ser muy leve en la forma silente de la enfermedad. Además, en algunos casos, pueden observarse anomalías en la mucosa gástrica y rectal.

Para la clasificación de las lesiones del intestino delgado, se utiliza la clasificación de Marsh, de acuerdo a los siguientes estadios: (8)

- Estadio 0: Mucosa preinfiltrativa; biopsia de intestino delgado con morfología normal.
- Estadio I: Aparece un aumento considerable del número de los linfocitos intraepiteliales.
- Estadio II: Cursa con la hiperplasia de las criptas. Además del aumento de los linfocitos intraepiteliales, hay un aumento de la profundidad de las criptas. La provocación con gluten puede inducir estas alteraciones.
- Estadio III: Se caracteriza por atrofia vellositaria parcial o subtotal. Esta es una lesión celíaca clásica. A pesar de los cambios producidos en la mucosa, hay individuos asintomáticos que son clasificados como casos subclínicos o silentes.
- Estadio IV: Presenta una atrofia vellositaria total. Se la puede considerar como la lesión terminal en un grupo muy pequeño de pacientes que no responden a la retirada del gluten y pueden desarrollar complicaciones malignas. Los pacientes

con lesiones tipo IV habitualmente no responden al tratamiento con corticoides, agentes inmunosupresores o quimioterapia. (8)

En muchos casos, el diagnóstico de la EC está dificultado por otros diagnósticos, como puede ser el síndrome de colon irritable. Esto se debe a que la enfermedad puede presentarse de manera asintomática como hemos visto, porque el paciente puede encontrarse en un período latente de la enfermedad, e incluso por los falsos mitos que aún existen de esta enfermedad. Los mitos más frecuentes que se dan sobre ésta se relacionan con la idea que la EC es infrecuente, que ocurre sólo en la infancia, o que puede ser curada después de un tiempo realizando el tratamiento. (8)

### III. JUSTIFICACIÓN:

Debido al auge que está teniendo esta enfermedad en los últimos años y el gran desconocimiento que hay entre el personal de enfermería, considero que sería de gran ayuda, no solo para el paciente celíaco, sino para el personal sanitario conocer un plan de cuidados que se podría seguir con estos pacientes con el fin de aclarar sus preocupaciones y desconocimientos. Puesto que los profesionales de enfermería tienen un papel primordial en el seguimiento de la correcta adhesión al tratamiento por parte del paciente, es necesario tener los conocimientos adecuados para proporcionar una correcta educación para la salud del paciente celíaco y su familia.

Una vez contrastada la información disponible, este trabajo pretende describir también los aspectos generales de la enfermedad celíaca, resaltando las distintas formas de presentación clínica, además de conocer cuál es el procedimiento a seguir para diagnosticar la enfermedad celíaca ante la sospecha clínica en un paciente.

La justificación principal está en la necesidad de establecer un plan de cuidados para la población adulta, ya que, aunque esta enfermedad se consideraba más frecuente en la población infantil, en los últimos años se están diagnosticando numerosos casos en edades más avanzadas. Por tanto, el personal de enfermería debe saber manejar a estos pacientes, ya que es mucho más difícil cambiar los hábitos alimenticios de un adulto, y surgen más problemas a la hora de que tengan una correcta adhesión al tratamiento, que por ahora solo se contempla con una dieta sin gluten.

## 2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO

### OBJETIVO PRINCIPAL:

Promover la detección temprana y el seguimiento de pacientes con enfermedad celíaca, evaluando la información disponible actualmente para que el personal sanitario pueda contribuir a realizar este diagnóstico oportuno, resolver problemas y dudas que plantee el paciente y facilitar la adherencia estricta a la dieta sin gluten.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Promover y divulgar los conocimientos básicos de la enfermedad celíaca no solo a personas que padezcan la enfermedad y sus familiares, sino también al personal sanitario y la sociedad en general.
2. Manejar la información necesaria para poder disipar las dudas y falsas creencias sobre la enfermedad y su tratamiento.
3. Proporcionar al paciente una buena educación sanitaria en general, aclarando las posibles repercusiones que puede tener la falta de adherencia a la dieta sin gluten.
4. Elaborar un plan de cuidados que sirva como guía de apoyo al personal de enfermería para el seguimiento del paciente celíaco y su entorno.

### 3. METODOLOGÍA:

La búsqueda bibliográfica se ha realizado desde el mes de Diciembre de 2014 hasta Mayo de 2015. Las palabras claves usadas en mi búsqueda son: Enfermedad celíaca, Celiaquía y adultos, enfermería y celíacos; y educación para pacientes celíacos.

La información fue obtenida de las siguientes bases de datos:

- Dialnet
- Pubmed
- Google académico.

En estas bases de datos pude encontrar artículos y capítulos de libros que fueron de gran utilidad para la elaboración de la parte de revisión bibliográfica de mi trabajo.

También he utilizado páginas web, como la página web de FACE ([www.celiacos.org](http://www.celiacos.org)) que me proporcionó información acerca del etiquetado de productos y de la existencia de gluten en medicamentos.

Además, me puse en contacto con ACECALE, que es la Asociación de Celíacos de Castilla y León, quienes me proporcionaron libros y revistas sobre el tema, y documentos que les proporcionan a los propios pacientes celíacos. Estos documentos corresponden a las referencias bibliográficas 1 y 2.

A la hora de elaborar el plan de cuidados, consideré que me podría ser de gran ayuda entrar en foros en los que los pacientes celíacos se comunican, para averiguar cuáles son las dudas más frecuentes que tienen estos pacientes, y poder resolverlas desde el punto de vista del personal de Enfermería con una buena educación para la salud.

La mayor limitación que me ha surgido a la hora de realizar este trabajo es la escasa documentación que existe sobre esta enfermedad en relación a los cuidados prestados a estos pacientes por el personal de Enfermería.

#### 4. DESARROLLO:

##### I. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELÍACA Y PARA SU SEGUIMIENTO UNA VEZ DIAGNOSTICADO:

Con todo lo comentado anteriormente, podemos concluir que el procedimiento que se realiza desde que llega un paciente con sospecha de enfermedad celíaca hasta que se confirma el diagnóstico debe ser: (2, 9, 10)

- ✚ Anamnesis: Se compone de una entrevista clínica con el paciente y/o familia: Recogida de datos personales, motivo de consulta, antecedentes personales, familiares y hereditarios incidiendo en el diagnóstico de enfermedad celíaca en familiares de primer grado, y también, comprobando la relación con otras patologías recogidas anteriormente, que se asocian frecuentemente a la enfermedad celíaca.

Debemos pesar, tallar y calcular el IMC del paciente, además de recoger los signos y síntomas que presenta.

- ✚ Derivación médica: Se realizará un examen físico y las pruebas diagnósticas correspondientes.

- ✚ Comprobación de la respuesta del paciente a la dieta sin gluten.

- ✚ Una vez verificado el diagnóstico, se procederá a la exclusión de alimentos con gluten de la dieta de por vida.

- ✚ Pronóstico: si el cumplimiento dietético es estricto, se ha comprobado que a los 10 años el riesgo de enfermedades neoplásicas y de enfermedades autoinmunes es similar al de la población general.

Si el cumplimiento no es el adecuado, empiezan a aparecer los riesgos y complicaciones. Las complicaciones a medio y largo plazo son: hipoesplenismo, osteoporosis, crisis celiaca, sobrecrecimiento bacteriano, linfoma no Hodgkin y carcinomas digestivos.

- ✚ Para evitar posibles complicaciones y comprobar la correcta adherencia al tratamiento, debe realizarse un seguimiento de estos pacientes una vez diagnosticados, vigilando la desaparición de síntomas y la respuesta a la dieta.

En aquellos pacientes que continúan con síntomas, a pesar del régimen sin gluten, debemos buscar fuentes insospechadas de gluten en la dieta (contaminaciones) o plantear la posibilidad de que el paciente esté cometiendo mínimas transgresiones que dificulten su mejoría. Ambas situaciones explican la mayoría de los casos en los que los pacientes mantienen los síntomas o las pruebas serológicas positivas. (2, 9, 10, 11,13, 16)

## II. TRATAMIENTO: DIETA SIN GLUTEN

El único tratamiento actual para la EC es una dieta estricta libre de gluten de por vida. En la dieta libre de gluten se evitan trigo, cebada y centeno. La avena probablemente no ejerce un efecto nocivo por sí misma; sin embargo, muchos productos que contienen avena se hallan contaminados por trazas de harinas de otros cereales, lo que representa una limitación para su uso.

Si una persona celíaca lleva a cabo la dieta sin gluten de manera correcta se consigue, a partir de los 15 días de su instauración, la mejoría y/o desaparición de los síntomas, y la normalización serológica entre los 6 y 12 meses desde que el paciente lleva una dieta sin gluten. En cuanto a la recuperación anatómica y funcional de las vellosidades intestinales, se ha observado que se produce alrededor de los 2 años siguientes a la instauración del tratamiento. (17)

La ingestión de pequeñas cantidades de gluten de forma continuada, sea consciente o inconscientemente, puede causar importantes trastornos y las complicaciones descritas anteriormente. (8)

Con lo cual, debemos saber en qué consiste la llamada dieta sin gluten:

1. Como ya se ha dicho anteriormente, la dieta ha de seguirse estrictamente toda la vida.
2. La dieta ha de estar exenta de cualquier producto que lleve como ingrediente trigo, cebada, centeno, triticale o avena.

3. La dieta debe basarse en el consumo de alimentos naturales y frescos, evitando todos los productos manufacturados y procesados. Es muy recomendable que el enfermo celíaco lea las etiquetas de los productos para asegurarse de que el producto esté exento de gluten.
4. En la etiqueta de los productos, pueden aparecer una serie de ingredientes que contienen o pueden contener gluten, que son: gluten, cereales, harina, almidones modificados (E-1404, E-1410, E-1412, E-1413, E-1414, E-1420, E-1422, E-1440, E-1442, E-1450), amiláceos, fécula, fibra, espesantes, sémola, proteína, hidrolizado de proteína, malta, extracto de malta, levaduras, aromas y especias.
5. Debe eliminarse de la dieta todos los productos a granel, los artesanales (comprados) y los que no estén etiquetados.
6. El celíaco debe tener precaución con los alimentos manipulados de bares, restaurantes o comedores escolares.
7. Evitar freír alimentos sin gluten con aceites dónde se haya cocinado alimentos con gluten o que puedan contenerlo.
8. Tener precaución con las harinas de maíz o arroz, ya que pueden contener trazas de gluten por haberlas molido en el mismo lugar que el resto de harinas. El propio paciente puede moler arroz con un molinillo como el de café, y así es seguro.
9. Si hay dudas de si el alimento puede contener gluten o no, no debe consumirlo.
10. No utilizar cubitos para caldos ni sopas y cremas en lata.
11. No consumir postres preparados: flan, arroz con leche, natillas... (1, 18, 19)

Para tener un poco más claro cuáles son los alimentos que se pueden consumir sin riesgos, a cuáles tenemos que prestar atención y cuáles no podría consumir el paciente celíaco, estos alimentos quedan recogidos en la siguiente tabla: (1, 2, 19)

<b>Alimentos sin gluten</b>	<b>Alimentos con gluten</b>	<b>Alimentos que pueden contener gluten</b>
<p>Leche y derivados: queso, nata, requesón, yogur natural y cuajada</p> <p>Todo tipo de carnes y vísceras frescas, congeladas y en conserva al natural, cecina, jamón serrano y jamón cocido de calidad extra</p> <p>Pescados frescos y congelados sin rebozar, mariscos frescos y congelados y pescado y marisco en conserva al natural o en aceite.</p> <p>Verduras, hortalizas y tubérculos</p> <p>Huevos</p> <p>Arroz, maíz y tapioca así como sus derivados.</p> <p>Frutas</p> <p>Legumbres</p> <p>Azúcar y miel</p> <p>Aceites y mantequillas</p> <p>Café en grano y molido, infusiones y refrescos.</p> <p>Vinos y bebidas espumosas</p> <p>Sal, vinagre de vino, especias en rama, en grano y todas las naturales</p>	<p>Pan y harinas de trigo, cebada, centeno, avena o triticale.</p> <p>Productos manufacturados en los que en su composición figure cualquiera de las harinas ya citadas y en cualquiera de sus formas: almidones, almidones modificados, féculas, harinas y proteínas</p> <p>Bollos, pasteles, tartas y demás productos de pastelería</p> <p>Galletas, bizcochos y productos de pastelería.</p> <p>Pastas italianas (fideos, macarrones, tallarines, etc.) y sémola de trigo.</p> <p>Bebidas malteadas.</p> <p>Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales: cerveza, agua de cebada, algunos licores, etc.</p>	<p>Embutidos: chorizo, morcilla, etc.</p> <p>Productos de charcutería.</p> <p>Yogures de sabores y con trozos de fruta.</p> <p>Quesos fundidos, en porciones, de sabores.</p> <p>Patés diversos.</p> <p>Conservas de carnes.</p> <p>Conservas de pescado con distintas salsas.</p> <p>Caramelos y gominolas.</p> <p>Sucedáneos de café y otras bebidas de máquina.</p> <p>Frutos secos fritos y tostados con sal.</p> <p>Helados.</p> <p>Sucedáneos de chocolate.</p> <p>Colorante alimentario</p>

Con los años, se ha ido ampliando el conocimiento sobre esta enfermedad, y también la variedad de productos especiales “sin gluten” que sustituyen a aquellos elaborados a partir del trigo, cebada, centeno y avena. (1)

Estos productos se pueden identificar con distintos símbolos:

- **Controlado por la FACE:**



Esta marca se crea para aquellas empresas que elaboran productos alimenticios aptos para celíacos (sin gluten) y que desean garantizar a los consumidores unas buenas prácticas de autocontrol y asegurar la calidad de sus productos por medio de la certificación.

La certificación con la marca de Garantía “Controlado por FACE” se consigue mediante la verificación del sistema de calidad del fabricante del producto, que certifica que el producto final tiene unos niveles de gluten inferiores a 10 ppm (mg/kg), que es el límite crítico actualmente establecido. La verificación se realiza a través de entidades de certificación acreditadas conforme a los criterios recogidos en la norma UNE: EN 45011:98.

Esto supone una ayuda considerable a la hora de que un enfermo celíaco esté seguro de los productos que va a consumir. (20,21)

- **Espiga Barrada:**



Es el símbolo internacional para indicar el bajo contenido en gluten. Es una marca registrada de la AOECS (Federación de Asociaciones de Celiacos Europeos).

Desde el año 2013, la Federación de Asociaciones de Celiacos Europeos ha establecido un sistema para regular su uso, ampliar la información que ofrece y establecer equivalencias con lo establecido en la normativa:

- Nº de registro. En primer lugar, la asociación de celiacos de cada país, previa comprobación de la documentación pertinente facilitada por el fabricante, concede un número de registro que debe aparecer junto a la espiga barrada.

- Contenido en gluten. Si tiene menos de 100 ppm se indica en la espiga con un “100”. Si no se indica nada, el contenido es inferior a 20 ppm (siempre que tenga nº de registro).

- Contenido en Avena. Si tiene avena pura, se acompaña la espiga con “OATS”, si no contiene avena no se indica nada. Si pone 100/OATS quiere decir que el producto contiene hasta 100 mg/kg (ppm) de gluten y avena pura.

Sobre la avena no existe un criterio médico único sobre si es segura o no para los celiacos, pero sí está claro que la contaminación con trigo, cebada o centeno es muy fácil. La normativa permite que un producto alimentario “sin gluten” o “muy bajo en gluten” contenga avena, siempre que sea producida y tratada de forma especial para evitar la contaminación y su contenido en gluten sea menor al requerido.

### **Otros símbolos:**

Existen fabricantes y cadenas de supermercados que por iniciativa propia indican en sus productos la leyenda “sin gluten”. Con autorización de fabricantes y supermercados, y tras superar los requisitos exigidos por FACE, estos productos se podrían incorporar a la Lista de Alimentos que FACE elabora anualmente, garantizando una cantidad de gluten inferior a 20 ppm (mg/kg). (20, 21, 22)

## **Medicamentos:**

Hay que tener muy en cuenta también los medicamentos que toma un enfermo celíaco, ya que pueden contener gluten, harinas, almidones u otros derivados para la preparación de sus excipientes.

El 12 de Julio de 1989, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios propuso una Resolución por la que se dan normas para la declaración obligatoria de gluten presente como excipiente. Las especialidades farmacéuticas de uso humano en las que figure como excipiente gluten, harinas, almidones u otros derivados de los anteriores, que procedan de trigo, triticale, avena, cebada o centeno, deberán indicar en el epígrafe “composición” su presencia de forma cuantitativa.

Esta resolución entró en vigor en el año 1991, de modo que los medicamentos fabricados en el año 1992 ya se ajustan a esta norma y mediante la lectura del prospecto puede saberse con certeza si contiene gluten o no. (23)

Pasados los años, en el año 2008, se publicó una circular que actualizó en la lista de excipientes alguna acción o efecto que pueda suponer un riesgo para el enfermo celíaco. La circular fija tanto la información dirigida a los profesionales sanitarios como aquella que debe llegar al paciente.

Por tanto, en los medicamentos debe quedar especificada la presencia de almidón de distintos cereales o gluten, que generan intolerancia a los celíacos, y el umbral de esta sustancia queda fijado en 20 ppm. (24)

El 2 de mayo de 2014, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica ha definido a los Medicamentos Libres de Gluten como “medicamentos y/o especialidades medicinales que estén preparados únicamente con ingredientes, que por su origen natural o por su tratamiento de purificación, no contienen prolaminas procedentes del trigo, centeno, cebada, avena, y de sus variedades cruzadas.” Estos medicamentos deberán incluir en sus rótulos y prospectos la leyenda “Este medicamento es Libre de Gluten”, y el símbolo con el que se identifican los alimentos para celíacos. Adicionalmente, aquellos que empleen ingredientes que contengan gluten deberán incluir la leyenda “Este Medicamento contiene gluten”. (25, 26)

### III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CELÍACO.

Una vez que se realiza el diagnóstico de EC, el paciente se va a ver inmerso en un mar de dudas, y el personal de Enfermería tiene un papel relevante en la educación para la salud de estos pacientes, ya que debe resolver todas las dudas que pudieran surgir e intentar lograr una buena adherencia al tratamiento por parte del paciente, que como ya se ha dicho anteriormente, es la dieta libre de gluten. Con lo cual, el trabajo que deben realizar los enfermeros con el paciente celíaco será el enseñarle a afrontar su enfermedad, ayudarle no solo a resolver posibles situaciones que le surjan (preguntas o incompatibilidades a la hora de llevar la dieta sin gluten), sino a vivir su enfermedad con normalidad, ya que estos pacientes, si siguen el tratamiento de manera estricta, tienen una buena calidad de vida.

Por tanto, que el paciente acepte y se haga cargo de su enfermedad de manera responsable, será el aspecto clave a tener en cuenta para que siga el tratamiento adecuado.

Podemos decir que los objetivos que se quieren conseguir con las visitas para el seguimiento de estos pacientes son:

- Comprobar si mejoran o desaparecen los síntomas.
- Evaluar la adherencia a la dieta sin gluten. Los enfermeros serán los encargados de identificar posibles inconvenientes que dificulten que se lleve a cabo la dieta sin gluten.
- Comprobar la respuesta de los anticuerpos específicos, con respecto al valor obtenido en el momento del diagnóstico de la enfermedad.
- Valorar las posibles deficiencias que se pueden producir al llevar una dieta sin gluten.

**PRIMERA VISITA A LA CONSULTA:** Proporcionar información sobre la enfermedad y sus aspectos más importantes.

Hay que tener en cuenta que para un niño es mucho más fácil que vea las normas y limitaciones de alimentos como parte de la normalidad de su vida diaria. Con lo cual, voy a centrarme principalmente en los aspectos a modificar en la conducta de un paciente adulto diagnosticado de EC.

- Hay que explicar al paciente qué es la enfermedad celíaca y qué es el gluten. Muchos pacientes no saben lo que es el gluten, creyendo que es un alimento. Dejarles claro que el gluten es un tipo de proteína que se encuentra en distintos cereales (trigo, centeno, cebada, espelta, kamut y puede estar en la avena, con lo cual sería mejor no consumirla).
- Los pacientes nos preguntarán por las causas de la enfermedad, y tenemos que aclarar que la enfermedad se produce cuando hay una serie de factores: la existencia de predisposición genética, la ingesta de alimentos que contengan gluten y las anomalías estructurales del intestino.
- Muchos adultos que son celíacos se preguntan si sus hijos pueden ser también celíacos. En este sentido, hay que comentar que hay mayor probabilidad, ya que uno de los componentes de la enfermedad es hereditario, pero que no se transmite de forma predecible. También los padres de los niños celíacos nos preguntarán si es probable que al no consumir gluten, haya algún problema de desarrollo en su hijo. Hay que aclarar que el gluten no es una proteína indispensable y que puede ser sustituida por otras.
- Debemos hacer que entiendan que el único tratamiento que existe es una dieta libre de gluten. Hay que resaltar desde la primera visita que una persona celíaca que no ingiere gluten en su dieta va a tener su enfermedad controlada y que tendrá una muy buena calidad de vida. Explicarles de manera contundente que es una enfermedad crónica, por lo cual no hay una cura, así que es muy importante que sigan una dieta libre de gluten el resto de su vida.

- Cuando a un paciente le diagnostican una enfermedad, va a sentir curiosidad por conocer qué hábitos de los que tenía anteriormente va a tener que modificar, o si va a ser necesario llevar una vida distinta: Conviene recalcar que, en este caso, no tiene que dejar de hacer ninguna actividad de las que realizase, que únicamente tiene que vigilar lo que come. Es de gran ayuda que cuente su nueva situación tras el diagnóstico de EC a familiares y al entorno (amigos y trabajo). En el caso de niños, comentarlo en el comedor escolar, ya que necesitará un menú adaptado a su patología.
- También hay que hablar sobre las trazas de gluten, que son aquellas pequeñas cantidades que tienen algunos alimentos. El personal de enfermería tiene que ser estricto también en este sentido, y no quitarle importancia. Debe ser firme al explicar este punto, dejándoles claro que esas pequeñas cantidades también son desaconsejables y que pueden perjudicar a su salud.
- Es importante que conozcan la existencia de asociaciones para celíacos que son de gran ayuda para este tipo de pacientes. En Castilla y León, existe la asociación ACECALE, que es la Asociación de Celíacos de Castilla y León.
- Otro tema de interés es cómo reconocer los alimentos libres de gluten. Una de las dificultades que sufren estos pacientes es el momento de realizar la compra. No saben qué alimentos contienen, pueden contener o cuales no contienen gluten. Mostrarles los símbolos que garantizan con seguridad que el producto está exento de gluten, ya que esto les sirve de gran ayuda y se fijarán en ellos a la hora de consumir o no ciertos productos. Además, debemos ayudarles a que se acostumbren siempre a mirar la etiqueta con los ingredientes del producto.
  - En cuanto a las bebidas alcohólicas, debemos explicarles que las de grado elevado, gracias al proceso de destilación, se elimina cualquier traza de gluten que contenga, por lo que son libres de gluten. El vino también, por lo general está libre de gluten. La bebida alcohólica con la que tienen que tener cuidado, es la cerveza, aunque en muchos mercados ya pueden encontrar una cerveza sin gluten.

- También recordarles que no deben comprar productos a granel, ni hechos artesanalmente, ya que no suelen tener un etiquetado completo, y, algunos de ellos, ni siquiera tienen etiqueta.
- Hay que aconsejar que tengan precaución a la hora de consumir medicamentos, ya que algunos pueden contener gluten. Deben comentarlo siempre con el médico y enfermera que les atiende y asegurarse que el medicamento es apto para su consumo.
- Una de las cosas por las cuáles suelen surgir dudas es la compra de productos como cosméticos, pastas de dientes, productos de higiene... Los pacientes no deben preocuparse a la hora de comprar estos productos, ya que el gluten solo es perjudicial para ellos cuando es ingerido. Dejar claro al paciente que el gluten no se absorbe a través de la piel.
- Muchos nos van a preguntar también si el gluten puede desaparecer al cocinar los alimentos, o al exponerlos a temperaturas extremas (congelar el alimento, o al cocerlo u hornearlo). Explicarles que no, que el gluten es una proteína estable a las bajas y altas temperaturas.
- Es muy importante recordarles que es de vital importancia la limpieza de los utensilios de cocina, para evitar que un alimento libre de gluten se contamine al pasar por el mismo sitio que uno que contenga gluten. Al igual que la limpieza de utensilios, es de vital importancia que se laven las manos siempre que manipulen alimentos con gluten.
- A la hora de cocinar, deben saber que no tienen que utilizar el mismo aceite con el que se fríen alimentos que contienen gluten, ya que contaminarían los alimentos sin gluten.

Algunos de los problemas que preocupan con más frecuencia a las personas celíacas son:

- ✚ Que algunos productos tienen un etiquetado incompleto, pueden tener gluten oculto, y genera ansiedad y desconfianza a la hora de realizar la compra.
- ✚ La poca variedad de productos que existe, aunque con el paso del tiempo se está ampliando de manera considerable la oferta de productos sin gluten.
- ✚ A la hora de viajar, también les supone un impedimento, ya que al comer fuera de casa, no se sienten del todo cómodos y seguros con los productos que están consumiendo. (1) Tenemos que tranquilizarles, animarles a salir, ser celíaco no quiere decir que no puedan llevar una vida normal, ir a un restaurante, o salir a comer a casa de amigos, familiares... Simplemente tienen que informar en el lugar al que van que tienen esta enfermedad, porque con el paso del tiempo se está conociendo más sobre ella, y hay muchos restaurantes que disponen de un menú con platos para el enfermo celíaco.
  - Deben preguntar si los alimentos se fríen en aceites diferentes o si las salsas llevan harina.
  - Además, intentar elegir alimentos que estén libres de gluten, como pueden ser ensaladas, verduras, carne o pescado sin salsa o arroces.
  - La tortilla de patata o los dulces no pueden llevar levadura y los purés o cremas de verduras no tienen que tener picatostes de pan frito, por ejemplo.
- ✚ Otro de los problemas que les suceden a los pacientes celíacos, es el aumento del coste de los productos, ya que según el Informe de precios sobre productos sin Gluten del año 2014 evalúa la diferencia entre los precios de una cesta de productos sin gluten frente a otra que contenga productos con gluten. Las cestas con productos sin gluten suponen a las familias una media de 33 euros más en la compra semanal. (27) Este es un punto muy importante que hay que tener en cuenta, ya que hay que fijarse en todos los aspectos de nuestro paciente celíaco, porque puede ser un impedimento a la hora de que lleve una correcta adherencia a la dieta sin gluten.

En resumen, la primera visita es la primera toma de contacto, la enfermera debe explicar todos los aspectos importantes para que el enfermo se tranquilice y empiece a afrontar su enfermedad de manera correcta. De esta forma, si conseguimos calmar al paciente y aclarar sus preocupaciones, nos convertiremos en el profesional de referencia para su seguimiento, y estableceremos con él una relación de confianza, la cual es muy importante a la hora de conseguir una buena adherencia terapéutica. En ocasiones, dependiendo del paciente, podríamos programar una consulta antes de la segunda visita para verificar si están realizando de forma correcta el tratamiento, sobre todo en aquellos pacientes que no aceptan su enfermedad, o en aquellos que hayamos detectado posibles problemas en la adherencia terapéutica.

### **SEGUNDA VISITA A LA CONSULTA:**

Se llevará a cabo seis meses después de haber realizado el primer contacto con el paciente celíaco y después de haberle explicado y aclarado las dudas sobre los aspectos más importantes de la enfermedad.

Todas las fuentes consultadas coinciden en que la mayoría de los pacientes celíacos tienen una rápida respuesta clínica a la dieta sin gluten, estipulando el tiempo medio en 3- 6 meses, aunque es cierto que depende de cada paciente, y puede variar.

En estos pacientes, es muy frecuente que se produzcan deficiencias de hierro, ácido fólico, calcio y, en muy raras ocasiones, incluso de vitamina B12. Por ello, debemos pedir un análisis de sangre que nos muestre los valores que tiene el paciente en estos parámetros. Además, también aprovecharemos la analítica para controlar los valores de los anticuerpos utilizados en el diagnóstico de la enfermedad y ver la evolución de los mismos.

Las dietas libres de gluten son bajas en fibra. Debemos aconsejar al paciente que consuma una dieta alta en fibras suplementada con arroz, maíz, patatas y verduras abundantes.

Además, la enfermera encargada de la consulta de pacientes celíacos debe saber actuar ante las trasgresiones que pueden estar haciendo los pacientes. Estas trasgresiones, una vez que el paciente ha entendido y aceptado su enfermedad, suelen suceder de manera

involuntaria, pero también es importante conocerlas para enseñarle y que las pueda evitar. Se suelen dar por descuido una vez que han notado una mejoría en su estado de salud, porque desconozcan el producto o su elaboración... La enfermera tiene que intentar averiguar el motivo de la ingesta, para poder actuar sobre ello para que no se produzca de nuevo.

Las trasgresiones voluntarias suelen darse en pacientes que no aceptan su enfermedad. Debemos ayudarles a aceptarla y explicarles que esto puede ser peligroso para su salud.

El personal de enfermería debe poner en conocimiento del paciente que en esta enfermedad bastan pequeñas cantidades de gluten para desencadenar una recaída.

Una idea muy útil que podemos hacer con estos pacientes es mandarles hacer una lista con los alimentos que más frecuentemente consumen, o los platos que más cocinan. Preguntaremos con qué alimentos los cocinan, y podemos hacer una evaluación para ver si lo están realizando correctamente. Sería una forma muy buena de ver si están sustituyendo los productos que no se deben tomar en su nueva dieta por otros que si estén permitidos.

### **TERCERA VISITA A LA CONSULTA:**

La tercera visita se llevará a cabo 10 días después de que se hayan realizado la analítica, y de este modo podremos ver los valores que nos interesan. En el caso de que las cifras estén alteradas (entendiendo como alteración, valores deficientes de Fe, calcio, vit B9 y vit B12), debemos aconsejar a los pacientes que ingieran alimentos naturales que contengan altos niveles, para compensar su deficiencia. ANEXO I

También podremos comprobar si los valores de Ac antitransglutaminasa tisular se han ido estabilizando hasta llegar a la negativización de los valores. En el caso de estar igual que en la primera analítica o incluso, haber empeorado; puede ser debido a que el paciente esté cometiendo trasgresiones en la dieta, o incluso puede no estar haciéndola.

Las visitas posteriores se planificarán en función de la persona, pero por norma general, les daremos la siguiente cita a los tres meses, y después cada seis meses para hacer un correcto seguimiento. En estas visitas seguiremos haciendo una evaluación del cumplimiento de la dieta, no solo con lo que el paciente nos comente, sino con analíticas similares a las pedidas en la segunda visita a la consulta.

En aquellos casos que cursen con una clínica persistente y/o un descenso inadecuado de los anticuerpos, haremos revisiones con una mayor frecuencia para lograr una mayor vigilancia de estos pacientes.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Como se ha comentado anteriormente, en la actualidad están aumentando los pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca, especialmente en la edad adulta, y pese a ser una enfermedad que está llegando con más frecuencia a manos de los enfermeros de atención primaria, sigue siendo en parte desconocida en cuanto al seguimiento y la educación para la salud exclusiva que hay que dar a estos pacientes. Ya se ha comentado también que es una enfermedad más difícil de controlar en el paciente celíaco adulto, ya que va a costar más el cambio de los hábitos alimenticios, que la enseñanza desde un principio que habría que proporcionar a un niño celíaco.

En este caso, se plantea la necesidad de establecer un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes, que al igual que el paciente diabético, o el paciente hipertenso, va a tener unas recomendaciones claras y exclusivas y un seguimiento acorde a su patología. El personal de Enfermería, debe conocer y ser formado para el manejo de esta enfermedad, no solo para una detección precoz de la enfermedad, sino para el seguimiento necesario para valorar que llevan su enfermedad de forma correcta, que tienen una buena adherencia a la dieta sin gluten, y para poder resolver todo tipo de dudas que puedan surgir al paciente.

Una vez diagnosticados los pacientes, éstos serán derivados a la consulta de Atención primaria para que el seguimiento lo lleven su médico y enfermero.

Por eso, se propone aquí un plan de actuación que se podría llevar a cabo con estos pacientes, un plan que incluye una serie de visitas; una primera visita para darle todas las pautas y recomendaciones que debe tener en cuenta a partir del momento del diagnóstico para llevar de forma correcta su tratamiento, y para aclarar sus dudas. Las siguientes visitas espaciadas en el tiempo serán dedicadas al seguimiento de la correcta adherencia al tratamiento y a la comprobación de que no existan déficits que pueden surgir con esta enfermedad. El enfermero debe dejar clara siempre su disponibilidad para que ante cualquier problema o duda que le surja al paciente, acuda a su consulta y sea solucionado y aclarado con el paciente.

Lo ideal es que todos los enfermeros dispusieran de esta información. Los profesionales de Enfermería deben tener esta formación para que pueda llevarse a cabo de forma correcta el plan de cuidados diseñado. Deben ser dotados de los recursos necesarios para

dar una buena educación para la salud, realizar un seguimiento de manera correcta y para poder resolver cualquier duda que pueda surgir.

El plan de cuidados diseñado y propuesto en este trabajo es un plan de cuidados estándar, pero debe adecuarse siempre a las necesidades del paciente celíaco que tengamos delante. Pero lo que no debemos olvidar cuando tengamos a un paciente celíaco, es fomentar y educar en relación al tratamiento de la enfermedad, la dieta sin gluten. El enfermero ha de evaluar cómo lleva el paciente el tratamiento o si puede estar haciendo trasgresiones y conocer cuáles son las dificultades que le surgen para poder trabajar sobre ellas.

Finalmente, con este trabajo me gustaría iniciar y promover la investigación en el ámbito de Enfermería sobre cuáles serían las actuaciones adecuadas, ampliando el plan de cuidados, evolucionando hacia una difusión de conocimientos sobre la enfermedad celíaca, no solo en cuanto al personal sanitario, sino a la población general.

### Conclusión:

La necesidad expuesta anteriormente de proponer un plan de cuidados para el seguimiento del paciente celíaco es el motivo de este trabajo. El plan de cuidados diseñado consta de una serie de visitas que serían llevadas a cabo en una consulta de atención primaria por parte del personal de enfermería. Con estas visitas se pretende proporcionar la información necesaria al paciente celíaco sobre la dieta libre de gluten, haciendo partícipes, siempre que sea posible, a los familiares del paciente y personas de confianza, con el fin de facilitar que éste acepte y lleve de forma correcta su enfermedad y el tratamiento que garantiza que no tenga síntomas ni sufra complicaciones a largo plazo. Además, se realizarán controles de los valores de los anticuerpos específicos para evaluar la correcta adherencia a la dieta sin gluten.

## 6. BIBLIOGRAFÍA:

1. García Egido P. La enfermedad celíaca hoy: Aprende a vivir sin gluten, Asociación de Celíacos de Castilla y León: Caja España, 2008
2. Polanco Allué I, Arroba Basanta ML, Gálvez Daza P. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca; Gobierno de España: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
3. Martí Fluxá R, Santamaría I. Cuaderno de la enfermedad celíaca: Instituto Tomás Pascual Sanz para la nutrición y la salud y FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España), 2010.
4. Ministerio de salud: presidencia de la nación, Argentina. La enfermedad celíaca. Disponible en: [www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/125-enfermedad-celiaca](http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/125-enfermedad-celiaca)
5. EUFIC: European Food Information Council. Aumento de la prevalencia de la enfermedad celíaca en Europa. 2012. Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/artid/Coeliac-disease-on-the-rise-in-Europe/>
6. Ribes Koninckx C, Donat Aliaga E, Blesa Baviera L. Prevalencia de la enfermedad celíaca En: Arce Díaz T, Arguelles Arias F, Arranz E, Camarero Salces C, Esteban Luna B, García Novo M.D, Herrerías Gutiérrez J.M. Todo sobre la Enfermedad Celíaca. Capítulo 3, 2008
7. Casellas, J, López Vivancos J. R, Malagelada. Epidemiología actual y accesibilidad al seguimiento de la dieta de la enfermedad celiaca del adulto. Revista Española de Enfermedades Digestivas.2006. VOL 97 (nº11) Pag 799- 804
8. Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C. Enfermedad celíaca. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología de la World Gastroenterology Organisation (WGO) Abril 2012. Disponible en: [http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/enfermedad\\_celiaca.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/enfermedad_celiaca.pdf)
9. Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC. Enfermedad Celíaca: Pediatría Integral. 2011; VOL XV (2): Pag 109-125.
10. Polanco Allué O, Ribes Koninckx C. Enfermedad celíaca. En: Acuña Quirós M.D, Alfonso Franch M, Calvo Romero C, Bedate Calderon P, Medina Benítez E. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. ERGON, Madrid; 2010. Cap. 5 Pag 37-46. Disponible en: <http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>
11. García Almeida J.M, Martínez Alfaro B, García Alemán J. Enfermedad Celíaca. Dieta controlada en gluten. En: Bellido Guerrero D, De Luis Román D.A. Manual de nutrición y metabolismo, Sociedad Española de Endocrinología y nutrición. Díaz de Santos. 2006. Capítulo 4 Pag 175- 191
12. Galbe Sánchez-Ventura J, Grupo PrevInfad. Cribado de Enfermedad Celíaca. PrevInfad. Octubre 2007. Pág 3 -7
13. Protocolo de Detección Precoz de la Enfermedad Celíaca. Ministerio de Salud. Argentina. 2012.

14. Polanco Allué I, Roldán Martín B, Arranz Leirado M, García Novo MD, Garrido Pérez M, Mendoza Rodríguez MC, Franco Vargas E, Esteban Luna B, Serrano Vela JI. Protocolo de diagnóstico y seguimiento de la Enfermedad Celíaca. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2010. Capítulo 2 Pag 19-22
15. Vergara Rodríguez E, Vergara Díaz M.A, Vergara Hernández J. La enfermedad celíaca, Fisterra: Atención primaria en la red. 2014. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-celiaca>
16. Canales P, Araya M, Alliende F, Hunter B, Alarcón T, Chávez E. Estado actual del diagnóstico y presentaciones clínicas de enfermedad celíaca. Estudio multicéntrico. Revista Médica de Chile 2008; Vol 136: Pag 296-303
17. Peteiro-González D, Martínez-Olmos MA, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P, Guillín-Amarelle C. Enfermedad celíaca del adulto: aspectos endocrinológicos y nutricionales. Nutrición Hospitalaria. 2010; Vol 25 (núm. 5) Pag 860-863
18. Arranz E, Garrote JA. Enfermedad celíaca. Introducción al conocimiento actual de la enfermedad celíaca. Segunda edición. Madrid: ERGON; 2011. SecciónV, Capítulo 14. Pag 201-217.
19. De Luis D.A, Aller R, Izaola O. Nutrición y dietética aplicada a las enfermedades, Ed UVA (Universidad de Valladolid), IV serie, 2007. Pag 57-63
20. Símbolos, etiquetas, logotipos y marcas sin gluten. Celíaco a los treinta: Celiaquía y sensibilidad al gluten. 2013. Disponible en: <http://www.celiacoalostreinta.com/2011/08/simbolos-etiquetas-logotipos-y-marcas.html>
21. La dieta sin gluten: simbología de los productos. FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España). Disponible en: <http://www.celiacos.org/la-dieta-sin-gluten/simbologia-de-los-productos.html>
22. Gluten free food. AO ECS, Association of European Coeliac Societies. Disponible en: <http://www.aoecs.org/>
23. La dieta sin gluten: Medicamentos. FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España). Disponible en: <http://www.celiacos.org/la-dieta-sin-gluten/medicamentos.html>
24. Los productos farmacéuticos en el enfermo celíaco. ACCLM (Asociación de celíacos de Castilla la Mancha). Disponible en: <http://celiacosmancha.org/medicamentos/>
25. La enfermedad celíaca: consideraciones generales y normativa vigente. ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) Disponible en: [www.anmat.gov.ar/Alimentos/celiacos\\_y\\_alimentos.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Alimentos/celiacos_y_alimentos.pdf)
26. Dieta libre de gluten: Medicamentos. Asociación Celíaca Argentina. Disponible en: [www.celiaco.org.ar](http://www.celiaco.org.ar)
27. Pérez L.M, Teruel M, Naranjo E, Capdevilla I. La cesta de la compra supone 33 euros “extra” a la semana para las familias celíacas. Mazorca: Revista de la Federación de Asociaciones de Celíacos de España, 2014. Nº 39, Pág 14

28. Haro J.F, Martínez Graciá C, Periago M<sup>a</sup> J, Ros G. Prevención de la deficiencia en hierro mediante el enriquecimiento de los alimentos. Departamento de Tecnología de los Alimentos, Nutrición y Bromatología. 2005. Vol 21. Pag 7-21.
29. Garriga M, Montagna C. Nutrición: Dieta para la anemia. Fundación española del corazón. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1296-dieta-anemia.html>
30. Vitamina B12 y celiacía. Guía celíacos, Encantados de una vida sin gluten. 2013. Disponible en: <http://www.guiaceliacos.com/blog/vitaminab12/>
31. La vitamina B12 en los alimentos. Las Vitaminas; Todas las vitaminas, minerales y alimentos donde encontrar vitaminas; Disponible en: <http://vitaminas.org.es/vitamina-b12-alimentos>
32. Alimentos ricos en vitamina B9. Vitaminas básicas. Disponible en: <http://www.vitaminasbasicas.com/vitaminas/hidrosolubles/vitaminab/vitaminaB9/alimentos.asp>
33. González de Arriba I. El diario vasco; Nutrición y salud; Tabla de alimentos ricos en Calcio: ¿quién dijo lo de la leche? 2012. Disponible en: <http://blogs.diariovasco.com/nutricion-salud/2012/05/19/tabla-de-alimentos-ricos-en-calcio-%C2%BFquien-dijo-lo-de-la-leche/>
34. Lista de alimentos ricos en calcio. Alimentos con calcio, Alimentos para una dieta rica en calcio. Disponible en: <http://alimentoscalcio.com/alimentos-ricos-calcio>

## 7. ANEXOS:

### **ANEXO I: EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE VITAMINAS Y MINERALES EN EL PACIENTE CELÍACO**

Como hemos dicho anteriormente, los pacientes celíacos pueden tener deficiencias de hierro, vit. B9, Calcio y vit B12. Por lo cual, he hecho una revisión de los alimentos que son ricos en estas vitaminas y he seleccionado los que son apropiados para el paciente celíaco. El conocimiento de qué alimentos contienen estas vitaminas, es de gran ayuda para la enfermera a la hora de recomendarle unos alimentos u otros.

#### **HIERRO:**

El hierro que ingerimos a partir de los alimentos puede ser de origen animal o vegetal. El tipo de hierro que mejor se absorbe es el de origen animal, y en cuanto al de origen vegetal, los más ricos en hierro son las verduras de hoja.

- Pescado: Sardina, pescadilla, lubina, rape, salmón y atún
- Crustáceos: Almejas, chirlas, ostras, berberechos y mejillones
- Vísceras: el hígado de carne vacuna, así como la morcilla elaborada a base de sangre roja, son excelentes fuentes alimenticias de hierro
- Legumbres: la soja en grano así como la lenteja, son las leguminosas con más contenido en hierro, seguidas de las alubias y los garbanzos.
- Vegetales verdes: las espinacas, las acelgas, brócoli, coliflor y remolacha
- Carnes: la carne vacuna, de pollo, de pescado, de pavo, de cerdo y otras. Una de las carnes más ricas en hierro es la carne de caballo.
- Huevos: Yema de huevo
- Frutos secos: Los más ricos en hierro son las pipas de girasol y los pistachos.
- Frutas: Uvas, Mango.

La vitamina C, presente en los cítricos (naranja, mandarina, kiwi, pomelo, fresa), el tomate, el pimiento y el perejil, favorecen la absorción del hierro. Por ello, para subir los niveles de hierro se recomienda combinar los alimentos ricos en hierro con estos, potenciando así el efecto.

### **Consejos prácticos**

- Combinar una carne o pescado con un alimento vegetal rico en hierro.
- Añadir perejil y limón exprimido a los aliños de las verduras, las carnes y los pescados.
- Tomar de postre frutas frescas cítricas (naranja, mandarina, kiwi, fresa) o zumos de cítricos recién exprimidos.
- Reducir la ingesta de café, té, vino y vinagre.
- Llevar una dieta variada para facilitar el aporte de todos los nutrientes.
- Separar el aporte de lácteos de las comidas principales ricas en hierro. (28, 29)

### **VITAMINA B12**

La deficiencia de vitamina B12 en personas celíacas es menos común, porque la parte intestinal donde se absorbe esta vitamina (íleon terminal), a menudo no está afectado. Pero hay estudios clínicos que relatan que un alto porcentaje de pacientes celíacos (40%) no tratados alcanzan niveles bajos de vitamina B12.

La ingesta equilibrada de alimentos de origen animal es garantía para el aporte de vitamina B12, ya que esta vitamina se encuentra prácticamente en los alimentos de origen animal.

Los alimentos más ricos en vitamina B12 son:

- Las carnes: Especialmente la de vaca. También tiene valores altos la pechuga de pollo y la carne de cordero.
- Las vísceras como el hígado o los riñones: El más rico en vit. B12 es el hígado de vaca, seguido del hígado de cerdo.
- Los huevos
- La leche y los derivados lácteos
- El pescado como las sardinas, atún o el salmón. El pescado más rico en esta vitamina es la caballa.
- El marisco, como los mejillones y las almejas.

Los alimentos de origen vegetal, disponen de cantidades mínimas de vit. B12. Podríamos destacar los hongos y la soja. (30, 31)

### **VITAMINA B9 O ÁCIDO FÓLICO:**

La principal fuente de Vitamina B9 son los alimentos de origen vegetal, y encontrándose en menor proporción en alimentos de origen animal.

- Los alimentos con más cantidad de vitamina B9 son las verduras, sobre todo las espinacas, espárragos, lechuga...
- Frutas: Naranjas, plátano, el melón o las fresas y el limón.
- hígado de ternera y pollo
- Leche y sus derivados.
- Legumbres: lentejas y soja (32)

## **CALCIO:**

- Verduras y hortalizas: las espinacas, la col rizada, la cebolla, los berros, la acelga, los grelos, el cardo y el brócoli.
- Legumbres con calcio: las judías blancas, los garbanzos cocidos, las lentejas y la soja.
- Frutos secos: las nueces, las avellanas y los pistachos.
- Leche y derivados: yogurt, queso
- Pescados, mariscos, moluscos y crustáceos: anchoas, sardinas, lenguado, salmón, gambas o los langostinos. El pulpo, los mejillones, las vieiras o las ostras, también son alimentos con una buena cantidad de calcio. (33,34)

**ANEXO II: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. (2)**

