



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

“DR. SALA DE PABLO”

SORIA

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

LA ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD CELÍACA EN EL ADULTO

Estudiante: Yésica Prieto de la Viuda

Tutelado por: Manuel Cuervas-Mons Finat

Soria, 18 de junio del 2014





ÍNDICE

- RESUMEN.....	4
- INTRODUCCIÓN.....	6
- LA ENFERMEDAD CELÍACA.....	7
1. RESEÑA HISTÓRICA.....	8
2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA.....	9
3. PATOGENIA.....	10
4. TIPOS.....	11
5. ENFERMEDADES ASOCIADAS Y POBLACIÓN DE RIESGO.....	13
6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	16
7. DIAGNÓSTICO.....	21
8. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.....	24
9. SEGUIMIENTO Y ROL DE ENFERMERÍA.....	26
- METODOLOGÍA.....	28
- DISCUSIÓN.....	29
- CONCLUSIONES.....	32
- BIBLIOGRAFÍA.....	35
- ANEXOS.....	40
• ANEXO I: Manifestaciones clínicas en la población celíaca adulta.....	40
• ANEXO II: Algoritmo diagnóstico.....	41

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

- FIGURA I. Iceberg de la enfermedad celíaca de Logan.....	9
- TABLA I. Resumen y comparación de todos los tipos de enfermedad celíaca.....	13
- FIGURA II. Clasificación de las lesiones intestinales en la enfermedad celíaca según Marsh.....	23
- FIGURA III. Anagrama internacional.....	24
- FIGURA IV. Anagrama de FACE.....	25



RESUMEN

La Enfermedad Celíaca (EC) es una enteropatía que cursa con una inflamación crónica de la mucosa del intestino delgado la cual se produce por una intolerancia permanente al gluten. Se presenta en individuos genéticamente predispuestos. La causa de la enfermedad es desconocida pero se cree que su aparición se desarrolla por la combinación de factores ambientales (gluten) y genéticos. Ambos producen una respuesta inmunitaria. Todas estas alteraciones y la sintomatología mejoran sensiblemente e, incluso, llegan a desaparecer al retirar el gluten de la dieta, único tratamiento conocido hasta el día de hoy. La enfermedad puede presentarse a cualquier edad y cursa con manifestaciones clínicas muy variadas.

Este trabajo es una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda se realiza en varios meses y las bases de datos empleadas han sido: Google académico, PubMed y Scielo.

La presente revisión pretende alcanzar los siguientes objetivos: contrastar la información acerca de la sintomatología con la que cursa la enfermedad en los adultos; conocer y saber cuál es el protocolo a seguir para diagnosticar esta patología; y conseguir una mayor información acerca de la involucración del profesional enfermero en este tipo de pacientes.

Toda la bibliografía utilizada describe las mismas manifestaciones clínicas principales pero luego discrepan a la hora de puntualizar sobre los signos y síntomas secundarios. Hay unanimidad tanto en el tratamiento como en los pasos a seguir para su diagnóstico. Muy pocos trabajos hablan de las funciones de enfermería en este tema y sólo tres la desarrollan.

Hay que definir las funciones de cada miembro del equipo interdisciplinar para así poder crear un protocolo de actuación y seguimiento con respecto a los pacientes celíacos donde cada profesional sepa cuál es su papel o rol y que es lo que debe de realizar según la demanda o necesidad de cada usuario. El objetivo principal de la enfermería es la adhesión del paciente al tratamiento para lo cual tiene que proporcionar educación para la salud a la familia, lo que es la función principal de ésta.

La Enfermedad Celíaca es una intolerancia en auge en estos últimos años, fundamentalmente entre la población infantil, por lo que se está conociendo e investigando más acerca de ella. Sin embargo, es una patología muy desconocida con respecto a la población adulta a pesar de que cada vez hay más casos que se diagnostican en esta población.

Palabras claves: Enfermedad celíaca, Enfermedad celiaca, Enfermedad celíaca y adultos, Celiaquía y adultos, Celiaquía, Celíacos, Celiac disease, Adults celiac disease, Rol enfermería y celíacos, Enfermería y celiacología.



ABSTRACT

The Celiac Disease is an enteropathy that causes chronic inflammation of the mucosa of the small intestine which is caused by a permanent intolerance to gluten.

It occurs in genetically predisposed individuals. The cause of the disease is unknown but it is believed that its appearance is developed by the combination of environmental (gluten) and genetic factors. Both produce an immune response. All these changes and symptoms improved significantly and even disappear when removing gluten from the diet, the only treatment known to this day. The disease can occur at any age and is associated with different clinical manifestations which makes difficult to be detected in undiagnosed population.

This paper is a literature narrative review. The search is performed in several months and the databases used were: Google Scholar, PubMed and SciELO.

The present review aims to achieve the following objectives: to compare information about the symptoms with the disease that it is presented in adults; to understand and know the protocol to follow for the diagnose of this disease; and to get more information about the involvement of professional nurses in these patients.

All bibliography that has been used describes the same main clinical manifestations but then they disagree when pointing out the signs and secondary symptoms. There is unanimity in both the treatment as well the steps to follow for diagnosis. Few works are discussed about nursing roles in this area and just three of them have developed it.

It is important to define the roles for each member of the interdisciplinary team in order to create a protocol and so to monitor celiac patients by every professional who knows what their role stands for and what they must perform on demand for each user's need. The main goal of nursing is the patient adherence to treatment which requires to be provided throughout education for health to the family and for what is its main function on that.

Celiac is an intolerance disease booming in recent years, mainly among children, for this reason more research and knowledge is being done. However, it is relatively unknown to the adult population despite the increasing cases diagnosed with the pathology in this category.



INTRODUCCIÓN

Hasta hace relativamente poco (unos 20 años) la enfermedad celíaca era considerada como una patología rara, limitada a Europa y que afectaba principalmente a niños.¹ Actualmente, se sabe que es una enfermedad relativamente frecuente, que se puede desarrollar en cualquier etapa de la vida y, por tanto, diagnosticarse a cualquier edad. Hasta un 20% de pacientes se diagnostican por encima de los 60 años.^{2,3}

Gracias a unos estudios serológicos llevados a cabo en la población general se ha podido saber que es una enfermedad universal, que afecta a todo tipo de razas, que con mayor frecuencia se diagnostica en adultos y que la prevalencia media está situada entre un 1-2% en la población general o mundial.¹

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune y crónica causada por una intolerancia al gluten de por vida (proteína que podemos encontrar en cereales como la avena, cebada, trigo y centeno) manifestada por una atrofia de las vellosidades de la mucosa del intestino delgado que conlleva a una malabsorción de nutrientes y vitaminas.⁴ El único tratamiento conocido hasta hoy es llevar una dieta exenta de gluten, la cual debe mantenerse a lo largo de toda la vida, tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos.²

- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

En este trabajo lo que se pretende, mediante una revisión bibliográfica sobre este tema, es contrastar la información acerca de la sintomatología con la que cursa la enfermedad en los adultos ya que es muy distinta a la conocida y muy dispar entre las personas adultas que la padecen; conocer y saber cuál es el protocolo a seguir para diagnosticar esta patología; y conseguir una mayor información acerca de la involucración del profesional enfermero en este tipo de pacientes.

La justificación o el propósito de este trabajo es adquirir más información y completar los conocimientos ya poseídos puesto que es una enfermedad que nos toca de cerca y que es relativamente actual porque hasta hace poco se pensaba que solo era infantil e infrecuente, pero se está observando que, actualmente, se da mucho entre la población adulta y hay mucha población sin diagnosticar. Por este motivo, hay poca documentación e investigación acerca de la enfermedad celíaca en general pero, sobre todo, en la población adulta, al contrario que en la población infantil. Este es otro de los motivos por el que hemos querido hacer este trabajo sobre la celiacía en el adulto, además de que queremos conocer el estado actual del tema averiguando qué se sabe y qué aspectos quedan por estudiar de la enfermedad.

Por último, queremos saber cuál es el rol de enfermería, con respecto a los de pacientes celíacos e investigar si ha cambiado a mejor o a peor a lo largo de los años o, por el contrario, se ha mantenido igual.



LA ENFERMEDAD CELÍACA

La **enfermedad celíaca** (EC) es una enteropatía que consiste en una inflamación crónica de la mucosa del intestino delgado la cual se produce por una intolerancia permanente al gluten.^{1,5} El contacto de esta proteína con la mucosa del intestino del individuo afectado produce una atrofia de las vellosidades intestinales, lo que conlleva, de una forma secundaria, a una malabsorción de nutrientes y vitaminas, provocando diferentes estados carenciales en el organismo.⁶

Se presenta en individuos genéticamente predispuestos. La causa de la enfermedad es desconocida pero se cree que su aparición se debe a la combinación de dos factores: los ambientales (gluten) y los genéticos (normalmente por la existencia de los genes HLA-DQ2 y DQ8 entre otros). Ambos producen una respuesta inmunitaria tisular (presencia de linfocitos T en el intestino) y humoral (producción de anticuerpos).^{6,7} Toda la mezcla anterior es lo que produce las lesiones intestinales típicas de la patología: aplanamiento progresivo de las vellosidades intestinales, hiperplasia de las criptas e infiltración del epitelio por linfocitos.^{1,8}

Todas estas alteraciones y la sintomatología mejoran sensiblemente e, incluso, llegan a desaparecer al retirar el gluten de la dieta, reapareciendo, de nuevo, si se vuelve a introducir el gluten.⁶

La enfermedad celíaca puede presentarse a cualquier edad y cursa con manifestaciones clínicas muy variadas, incluso de manera asintomática.⁶

El **gluten** es una proteína que está formada por los siguientes péptidos, entre otros: gliadina, secalina, hordeína y avenina que podemos encontrar en cereales como el trigo (gliadina), centeno (secalina), cebada (hordeína), triticale (híbrido del trigo y del centeno) y avena (avenina).⁸ Es una proteína de bajo valor nutritivo que proporciona plasticidad, espesor y esponjosidad a las masas horneadas.⁹ Las *gliadinas* son la fracción soluble en alcohol del gluten y contienen la mayor parte de los componentes tóxicos para los celíacos, ya que son ricas en glutamina y prolina cuya digestión es más difícil en el tracto gastrointestinal que el de los otros péptidos.⁸

Es importante saber distinguir entre alergia e intolerancia alimentaria porque en ambas se produce una reacción inmunitaria que puede cursar con sintomatología parecida lo que puede llegar a confundirnos en el diagnóstico. Una **alergia alimentaria** se produce por una reacción inmunitaria del organismo contra una determinada sustancia, en este caso, alimentaria donde el cuerpo produce anticuerpos, concretamente inmunoglobulinas E (IgE), las cuales reaccionan ante los alérgenos, y esto a su vez produce una reacción en los mastocitos y los basófilos. Los mastocitos segregan una sustancia denominada histamina y otras, como leucotrienos y prostaglandinas, causantes de los síntomas característicos de la alergia, los cuales son de rápida instauración. Suelen ser hereditarias y se manifiestan en los primeros años de vida.⁹



Por el contrario, la reacción que se produce en una *intolerancia alimentaria* es mucho menor. Suele cursar con síntomas que aparecen de una forma más moderada y lenta haciendo que la persona ignore que la reacción se ha producido por alimentos consumidos horas antes o de forma continua. Este desconocimiento hará que el individuo siga ingiriendo el alimento causante de la enfermedad, lo que inducirá a la alteración intestinal haciendo que no se absorban bien los nutrientes. Estas personas pueden consumir mínimas cantidades del alimento sin que se produzcan síntomas.⁹

1- RESEÑA HISTÓRICA.

El término celíaca proviene de la palabra griega “koliakós” que etimológicamente significa “aquellos que sufren del intestino” y de la palabra latina “coeliacus” que significa “vientre”.^{10,11}

Según Francis Adams, Aretaeus de Capadocia, médico griego de la segunda mitad del siglo II a.C., fue el primero que definió la enfermedad celíaca como “el que padece del intestino” o “problemas digestivos acompañados de adelgazamiento y debilidad”.^{8,10}

Posteriormente, en 1888, Samuel Gree publicó un informe clínico de la enfermedad en niños y adultos donde definía y describía a la enfermedad celíaca de una forma minuciosa, usando conceptos más modernos y donde daba mucha importancia a la dieta para su curación. Este informe sigue estando vigente en la actualidad porque es muy preciso y útil.^{8,10,11,12}

Durante y después de la II Guerra Mundial se observó una ausencia de la enfermedad celíaca que coincidió con la carencia de harina en la dieta de la población. Este descubrimiento orientó a Dicke en su Tesis Doctoral, publicada en 1950 en la Universidad de Utrecht (Holanda), donde demostró que el alimento causante de esta enfermedad era el trigo. Luego incluyó a otros cereales como la avena, centeno y cebada, como causantes, también, de la enfermedad. En estudios posteriores, Dicke junto con van de Kamer, se instauró la relación causa-efecto existente entre la ingesta de alimentos con gluten y la aparición de los síntomas de la enfermedad, estableciéndose, por tanto, que el único tratamiento eficaz, vigente actualmente, es mantener una dieta exenta de gluten de por vida.^{8,11,12}

Más tarde, el médico inglés Paulley, en 1954, descubrió la alteración histológica del intestino delgado característica de las personas afectadas por la celiaquía. Fue la primera vez que se asoció la existencia de atrofia de las vellosidades intestinales, como lesión típica, con la presencia de la enfermedad celíaca.¹¹

La primera asociación celíaca que apareció fue en 1968 en Inglaterra, con el nombre de Sociedad Celíaca.¹²

El último descubrimiento relacionado con la enfermedad celíaca fue el de los anticuerpos antiendomiso entre 1985-1986, los cuales son claves en la sospecha diagnóstica, seguimiento e investigación de la enfermedad celíaca.¹²

2- INCIDENCIA Y PREVALENCIA.

Muchos estudios sero-epidemiológicos realizados en Estados Unidos y en diversos países europeos se estima que la prevalencia mundial actual de la enfermedad celíaca se encuentra alrededor del 1% o se da en una proporción de 1/266 (una de cada 266 personas es celíaca). Se cree que puede haber entre 5-15 casos sin diagnosticar por cada caso diagnosticado.²

FACE, (Federación de Asociaciones de Celíacos en España) estima que, de ese 1% de celíacos que existen a nivel mundial, 3 millones son europeos, de los cuales 450.000 serían españoles que sólo estarían diagnosticadas cerca de 45.000 personas (10%).¹³

El que haya tantas personas celíacas sin diagnosticar se debe a que no se ha conocido bien la enfermedad hasta hace relativamente poco, puesto que sólo se sabía de la existencia de la enfermedad clásica o típica y, por tanto, solo se han estado diagnosticando a aquellas personas que presentaban este tipo. Con el paso del tiempo se ha ido descubriendo otros tipos de enfermedad celíaca que cursan de una manera subclínica y/o con una sintomatología muy dispar a la conocida, pasando de manera desapercibida o llevando a los profesionales a pensar en otras patologías menos en la celiaquía. También se ha descubierto que se pueden detectar, a estas personas, a través de la determinación de anticuerpos específicos en sangre y que, además, existe una población de riesgo a la que hay que realizar un screening con la misma prueba. Debido a este mayor conocimiento de la enfermedad se están diagnosticando cada vez más casos de celíacos, aunque, todavía sigue existiendo muchas personas sin diagnosticar.^{14,15}

Por todo lo anterior, se habla de que la prevalencia de la enfermedad celíaca sería como un iceberg (término otorgado por Logan en 1991) ya que sólo se encuentran diagnosticados sólo una pequeña proporción de la población celíaca (lo que sería la punta del iceberg) quedando sumergidos, es decir, sin diagnosticar todos aquellos casos que la presentan de una manera dispar a la enfermedad clásica o que cursan de forma asintomática.^{14,16} (Figura II).

Es una enfermedad que suele afectar más al género femenino que al masculino, en una proporción de 2:1, es decir, por cada hombre celíaco hay dos mujeres celíacas.^{6,9,12}

Según FACE, en 2006 en España, habría un celíaco por cada 389 personas (1/389) entre la población adulta, lo que aumentó en 2008 a uno por cada 100 (1/100). Entre la población infantil española, en 2008, la prevalencia era de un niño celíaco por cada 118 niños sanos.¹³



FIGURA I: Iceberg de la enfermedad celíaca de Logan.^{6,11,14}



Hay una alta incidencia de celíacos en España. Muchos trabajos hablan de que la enfermedad celíaca tiene una incidencia de 1/70 en recién nacidos, es decir, uno de cada 70 recién nacidos padecerá la enfermedad, de los cuales sólo serán diagnosticados el 10%.¹⁵

3- PATOGENIA.

La enfermedad celíaca, como anteriormente hemos descrito, es un trastorno autoinmune que requiere de factores tanto genéticos como ambientales (en este caso es el gluten) para que se desarrolle.

Esta enfermedad involucra genes del complejo mayor de antígenos de histocompatibilidad del tipo II (MHC) como son el HLA-DQ2 y HLA-DQ8. Su presentación significa que ese sujeto tiene mayor predisposición/susceptibilidad para desarrollar la enfermedad celíaca, no que la tengan necesariamente. El heterodímero DQ2 se encuentra también en un 20%-25% de la población general sana, lo que hace sospechar que existan, además, otros genes fuera de la región del complejo mayor de histocompatibilidad que estén involucrados en su desarrollo.^{1,8,9,11}

La mayoría de los pacientes celíacos presentan la molécula HLA-DQ2, la cual es un heterodímero α/β situado en la superficie celular de las células implicadas en la respuesta inmune. La susceptibilidad se encuentra asociada a los haplotipos DR3-DQ2 (principalmente éste) y DR5/7-DQ2. Sólo una pequeña proporción presentan la molécula HLA-DQ8, del cual se cree que el haplotipo relacionado con la celiaquía es el DR4-DQ8.^{11,17}

Cuando las personas celíacas consumen gluten, las fracciones tóxicas de éste (principalmente la gliadina) no se degradan y se unen a las moléculas HLA provocando una respuesta inmunológica humoral y celular, ya que induce un proceso inflamatorio crónico en el intestino delgado y un desarrollo de la lesión intestinal, ambas son secundarias a la activación secuencial.^{1,8}

En la mucosa intestinal normal podemos encontrar los linfocitos T tanto en la lámina propia como entre los enterocitos, a los que se denomina o conoce como linfocitos **intraepiteliales** o **LIE**. Éstos, en la enfermedad celíaca, se encuentran aumentados y son, mayoritariamente, del tipo CD8⁺.^{1,11}

Normalmente, el 90% de los LIE, en las personas sanas, expresan el receptor de célula T (TCR) del tipo α/β , al contrario que en la población celíaca, donde los LIE expresan el receptor de célula T del tipo γ/δ . Éste receptor se puede observar en pacientes celíacos que llevan una dieta sin gluten, en personas que presenta una enfermedad celíaca silente y en personas que no padecen la enfermedad pero que son genéticamente predispuestos, aunque no es exclusivo de la enfermedad celíaca ya que también se observa en otras enfermedades del intestino delgado.¹¹



Los linfocitos T de la lámina propia son del tipo CD4⁺ y son los que reconocen a la gliadina expresada, junto al heterodímero HLA-DQ2, en la superficie de las células presentadoras de antígenos.¹¹ Estos linfocitos son los que secretan citoquinas proinflamatorias y estimulan a los linfocitos B, que son los encargados de producir los anticuerpos. Las citoquinas actúan directamente sobre los enterocitos e indirectamente en la estimulación del complejo mayor de histocompatibilidad, aumentando, de forma secundaria, la actividad de los linfocitos T citotóxicos. Según lo explicado anteriormente, hay un mayor mecanismo inmunológico celular que humoral.^{1,11}

Los anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca van contra un componente no-colágeno de la matriz celular. El autoantígeno predominante, contra el que se dirigen los anticuerpos antiendomisio, es la **transglutaminasa tisular** (TGt), enzima de distribución tanto intra como extracelular que cataliza la formación de enlaces entre residuos de glutamina y lisina, participando activamente en el ensamblaje de la matriz extracelular, adhesión celular y reparación de lesiones tisulares.^{1,11}

4- TIPOS.

La enfermedad celíaca posee distintas formas clínicas de presentación (Tabla I):

- Enfermedad celíaca clásica, sintomática o típica: es sintomática, prevaleciendo los síntomas intestinales, por lo que es más fácil de detectar o diagnosticar. Predomina en la población infantil y se da de manera excepcional en la población adulta. Se caracteriza por la aparición de síntomas graves de malabsorción, los anticuerpos séricos (también llamados anticuerpos **antiendomisio**) son positivos, existe una atrofia grave de las vellosidades intestinales y las pruebas genéticas son positivas (existencia de HLA-DQ2/DQ8).^{6,7,15,18}
- Enfermedad de pauci o monosintomática: cursa con sintomatología tanto digestiva como extraintestinal. Actualmente, es la forma de presentación más frecuente tanto en niños como en adultos. Se define por la variabilidad en la positividad de los anticuerpos séricos (en este subtipo de enfermedad suelen ser positivos aunque a veces son negativos), hay alteraciones en la mucosa intestinal y las pruebas genéticas son positivas.^{6,7,15,18}
- Enfermedad celíaca silente: cursa de manera asintomática. Se da en la población de riesgo, principalmente en la población con predisposición genética (como los familiares de primer grado). Se caracteriza por la presencia de lesiones histológicas intestinales propias de la enfermedad, los anticuerpos séricos son positivos (son un buen marcador para controlar la enfermedad celíaca en esta población) y las pruebas genéticas son positivas.^{6,7,15,18}
- Enfermedad celíaca latente: puede ser asintomática o sintomática. Se da en la población de riesgo (personas genéticamente predispuestas). Se define por la positividad de los anticuerpos séricos (también usados como marcadores séricos en el control de la enfermedad) y pruebas genéticas. Lo que la diferencia del resto es que estas personas consumen gluten y la mucosa intestinal es normal o las lesiones que posee son leves.^{6,7,15,18}



- Enfermedad celíaca potencial: cursa de manera asintomática. También se da en la población de riesgo. Se caracteriza porque los anticuerpos séricos, en este caso, son negativos y no existen modificaciones intestinales pero hay un elevado riesgo de que se altere la mucosa intestinal a ser las pruebas genéticas positivas. Así mismo, aquí se pueden incluir a aquellas personas que en la infancia fueron diagnosticadas de la enfermedad y se recuperaron completamente tras una dieta exenta de gluten, pero en la actualidad están bajo una enfermedad celíaca subclínica o asintomática con una dieta normal (con gluten).^{6,7,15,18,19}
- Enfermedad celíaca refractaria: es sintomática. En este caso, los síntomas no desaparecen después de haber excluido el gluten de la dieta durante, al menos, un periodo de tiempo de 6 meses. Se caracteriza por la presencia de atrofia en las vellosidades intestinales.^{6,7}

Antes de llegar a este diagnóstico hay que:

- Asegurarse de que el paciente no ingiere pequeñas cantidades de gluten de forma intencionada o inadvertida.^{6,7}
- Excluir condiciones clínicas asociadas a la propia enfermedad que por sí solas pueden explicar la persistencia de los síntomas (déficit secundario de disacaridasas, insuficiencia pancreática exocrina, sobrecrecimiento bacteriano y colitis microscópica);^{6,7}
- Excluir otras causas de atrofia vellositaria (por ejemplo, esprúe tropical o enfermedad de Whipple).^{6,7}

Tiene mal pronóstico puesto que la supervivencia de estos individuos es menor al 50% a los 5 años del diagnóstico y poseen una elevada predisposición para desarrollar procesos neoplásicos como el linfoma intestinal e infecciones concomitantes, entre otros. Es decir, tienen un elevado índice de morbi-mortalidad.^{15,20}

Se pueden distinguir dos tipos de enfermedad celíaca refractaria según las características de la población de linfocitos intraepiteliales o LIEs que están muy implicados en las principales complicaciones de la enfermedad celíaca: enfermedad celíaca refractaria y linfoma de células T de tipo intestinal.^{20,21}

- ✚ *Tipo I*: la población de linfocitos intraepiteliales presentan el fenotipo de marcadores de superficie similar a los pacientes con enfermedad celíaca activa sin haber comenzado la dieta sin gluten (DSG). Se suele presentar en personas más jóvenes.^{20,21}
- ✚ *Tipo II*: el fenotipo de los linfocitos intraepiteliales se encuentra alterado constituyendo una población “aberrante o anómala”. Esta población linfocitaria ha perdido los marcadores de superficie conservando el CD103 que la caracteriza como intraepitelial así como la expresión de CD3 caracterizándola, además, como intracitoplasmática. Debido a estas características también se conoce, a este subtipo, como **linfoma críptico intestinal de célula T**. Se suele presentar en adultos de edad media mayor (50-60 años).^{20,21}



FORMAS CLÍNICAS	SÍNTOMAS	TEST SEROLÓGICOS	PRUEBAS GENÉTICAS	BIOPSIA INTESTINAL
CLÁSICA	Intestinales y extraintestinales	Positivos*	Positivas	Positiva
PAUCI O MONOSINTOMÁTICA	Intestinales y extraintestinales	Positivos*	Positivas	Positiva
SILENTE	Asintomática	Positivos	Positivas	Positiva
LATENTE	Asintomática	Positivos*	Positivas	Normal
POTENCIAL	Asintomática	Negativos**	Positivas	Normal

TABLA I: Resumen y comparación de todos los tipos de enfermedad celíaca.^{6,15}

*Test serológicos positivos, pero, a veces, negativos.

**Test serológicos negativos, pero, a veces, positivos.

5- ENFERMEDADES ASOCIADAS Y POBLACIÓN DE RIESGO.

Ciertos procesos patológicos o enfermedades se asocian, de forma frecuente, a un mayor riesgo de padecer la enfermedad celíaca. Estas enfermedades asociadas, normalmente, se expresan con anterioridad al diagnóstico de la celiaquía, aunque también pueden manifestarse simultáneamente a ésta o tras su diagnóstico.^{9,22}

Todas las personas que poseen estas enfermedades asociadas están incluidas dentro de la población de riesgo puesto que tienen mayor predisposición para desarrollar la enfermedad celíaca e, incluso, el tenerlas hace que manifiesten o tenga una celiaquía subclínica, silente, etc. por lo que se encontrarán sin diagnosticar.^{9,22}

Las enfermedades asociadas a la enfermedad celíaca que encontramos son las siguientes:

- Familiares de primer grado: la enfermedad celíaca tiene un componente genético por lo que existe una alta probabilidad de una transmisión hereditaria. Por tanto, todos los parientes del primer grado de la persona que ha sido diagnosticada de enfermedad celíaca (hermanos, padres e hijos, principalmente) hay que realizarles un cribado o screening ya que tienen una alta probabilidad de padecerla también. Entre el 10-20% de estos familiares la padecen de forma subclínica o silente por lo que no saben que la tienen hasta que se les detecta a través de este protocolo.^{6,15,22}

El cribado que se les hace, en un primer momento, no tiene que ser invasivo. Por esto, se utiliza como tal los test serológicos donde se determina los anticuerpos antitransglutaminasa que son muy sensibles y específicos de la enfermedad; y/o un estudio genético donde se detecta la presencia o ausencia de los heterodímeros HLA-DQ2 y/o HLA-DQ8. Por regla general, el 90% de los familiares presentan el DQ2 y entre el 5-8% el DQ8.^{6,15,22}

Si sale positiva alguna de estas pruebas, se procedería a su confirmación con un método invasivo, la biopsia intestinal.^{6,15,22}



Los que presenten un parentesco de segundo grado (primos, tíos, abuelos, etc.) con respecto a la persona celíaca también tienen cierto riesgo de padecerla, pero en menor medida ya que sólo entre el 2,5-4,1% de ellos la desarrollan.²³

- Síndrome de Down: el 16% de estas personas padecen la enfermedad celíaca. Esta población tienen un riesgo cinco veces mayor que la población general para padecerla, pero la frecuencia de presentación del HLA DQ2 y DQ8 entre ambas poblaciones es la misma.^{15,19,22}

No se conoce la causa de la asociación y no suelen presentar la sintomatología clásica.^{15,22}

- Síndrome de Turner: el 6.3% de estas mujeres están, además, diagnosticadas de la enfermedad celíaca.²²

Tampoco se conoce la causa de esta asociación.²²

- Déficit selectivo de IgA: el 4-8% de las personas que padecen este déficit también tienen la enfermedad celíaca y alrededor del 3% de las personas celíacas tienen este trastorno asociado.^{6,11,15,19,22}

- Enfermedades endocrinas: podemos destacar:

- Diabetes mellitus tipo I o insulino-dependiente (DID): la prevalencia de la enfermedad celíaca entre los pacientes insulino-dependientes se encuentra alrededor del 4-7% mientras que el 5-11% de los celíacos desarrollarán una diabetes tipo I. Aparece más en los diabéticos de larga evolución.^{10,11,19,24}

Esta asociación fue descrita por primera vez en los años 50. Se cree que se debe a que ambas muestran genes HLA parecidos (DR3 y DQ2) y, es posible, aunque no está demostrado, que posean una misma base genética.^{10,11,24}

Suele aparecer antes la diabetes que la enfermedad celíaca. Esta cursa, en los diabéticos, con síntomas extradigestivos y/o de manera asintomática.^{10,11,24}

Los anticuerpos antislotes de Langerhans están presentes en el suero de entre 4,5% y 11% de los pacientes celíacos que, una vez instaurada la dieta sin gluten, disminuyen en cantidad.²⁴

- Enfermedades tiroideas autoinmunes: engloba una serie de patologías: enfermedad de Graves-Basedow, tiroiditis de Hashimoto que es la patología tiroidea más frecuente aparece entre la población celíaca, hipotiroidismo atrófico autoinmune y tiroiditis posparto.^{11,24}

La prevalencia de la enfermedad celíaca en la población con afectación tiroidea se sitúa entre el 3-5%. El porcentaje de pacientes celíacos que presentan alguna patología tiroidea asociada es de 4-15%.^{11,24}

- Enfermedad de Addison: el 4% de esta población presenta, también, la enfermedad celíaca. Su asociación se cree que se debe a una base genética común.^{6,9,15}



- Enfermedades cutáneas: entre las que encontramos:

- Dermatitis herpetiforme o enfermedad de Dühring: se da en el 25% de las personas celíacas (uno de cada cuatro celíacos tienen, además, esta enfermedad cutánea asociada), principalmente en el género masculino.^{19,25}

Se piensa que su causa o aparición se debe a la sensibilidad al gluten.²⁵

- Psoriasis: entre el 16%-30% de los pacientes que presentan psoriasis tienen anticuerpos típicos de la enfermedad celíaca aunque sólo la mitad de éstos la presenten.¹⁵

Una dieta sin gluten, en los pacientes que presentan ambas enfermedades, mejora las manifestaciones cutáneas.¹¹

- Vitíligo.^{11,15}
- Alopecia areata: alrededor del 1.8% de la población que tiene esta afección también presenta la enfermedad celíaca. Estos suelen ser asintomáticos desde el punto de vista digestivo.^{11,15}

- Enfermedades reumáticas: cabe destacar:

- Síndrome de Sjögren: es la enfermedad reumática que más se asocia a la enfermedad celíaca ya que entre el 3-14% de las personas celíacas, además, padecen este síndrome.^{2,11,15}
- Artritis reumatoide: la enfermedad celíaca aparece entre el 1,5% y 2,5% de las personas diagnosticadas de artritis reumatoide.^{11,15,24}

En pacientes celíacos con artritis se ha observado la existencia de niveles elevados de anticuerpos anti-gladiadina.¹¹

- Enfermedades neurológicas: cabe destacar:

- Ataxia cerebelosa: es el proceso neurológico que con más frecuencia se asocia a la enfermedad celíaca.¹¹
- Síndrome de Gobbi: asociación entre la enfermedad celíaca, la epilepsia y las calcificaciones cerebrales occipitales.¹¹
- Neuropatía periférica autoinmune: esta patología se ha diagnosticado en el 40% de las personas celíacas. Estas neuropatías suelen ser crónicas, simétricas, distales y de predominio sensitivo.²⁴

- Enfermedades hepáticas: la mayoría de los pacientes que tienen enfermedad celíaca e hipertransaminasemia de forma asociada, se debe a una hepatitis reactiva, siendo la causa de su aparición gluten-dependiente. En este apartado sólo vamos a describir aquellas hepatopatías de origen autoinmune que se asocien a la enfermedad celíaca: ^{11,24}

- Cirrosis biliar primaria (CBP): entre el 0,2% y el 3% de los celíacos presentan la CBP como enfermedad asociada, mientras que el 2,5%-9% de los que tienen CBP presentan una enfermedad celíaca ya confirmada. Esta asociación se estableció en 1978.^{11,24}



- Hepatitis crónica autoinmune: la prevalencia de enfermedad celíaca está alrededor del 5% en las personas que tienen hepatitis.^{11,15,24}
- Otras enfermedades: se pone en duda su asociación con la enfermedad celíaca, ésta es poca o no se conoce el porqué de la misma:
 - Intolerancia a la lactosa: el 50% de la población celíaca la presenta en el momento del diagnóstico. Ambas se relacionan por el daño que hay en la superficie del epitelio intestinal, provocando una pérdida de la enzima lactasa.²⁶
 - Síndrome de Williams.^{2,6,9}
 - Enfermedad de Hartnup.^{6,9,15}
 - Fibrosis quística.^{6,15}
 - Lupus eritematoso sistémico.^{6,11,15,24}
 - Nefropatía por IgA o enfermedad de Berger: entre el 20% y 50% de éstos presenta, además, anticuerpos anti-glúten positivos.^{11,15,22}
 - Miocardiopatía idiopática periférica: en un estudio llevado a cabo por Curione y cols. se observó que 3 de cada 52 personas que padecen esta miocardiopatía (5,7%) presentan, también, la enfermedad celíaca.¹¹
 - Pericarditis recurrente.^{11,22}
 - Enfermedad inflamatoria intestinal: las personas que tienen esta enfermedad poseen un riesgo 5 veces mayor a la población general para desarrollar la enfermedad celíaca.^{6,9,11,15}
 - Colitis colágena o microscópica: sólo se han detectado varios casos asociados de colitis microscópica y enfermedad celíaca.^{6,9,11,15}
 - Gastritis linfocítica: esta enfermedad aparece en el 10% de los pacientes celíacos.^{6,9,11,15}
 - Cistinuria.^{6,9,15}
 - Fibromialgia.^{9,15,22}

6- MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La presentación clínica de la enfermedad celíaca es muy variable ya que depende de la edad del paciente, su grado de sensibilidad al gluten y la cantidad de éste que ingiere en su dieta, junto con otros factores no muy bien conocidos.²² A continuación, se describen y desarrollan las manifestaciones que más aparecen en la población general celíaca:

- Manifestaciones digestivas o intestinales:
 - Síntomas:
 - Dispepsia: dolor o malestar en la línea media superior del abdomen que aparece sobre todo después de comer.^{6,7,9,11,15,16,19,22}



- **Distrés postprandial:** sensación de saciedad precoz y/o plenitud después de la ingesta de alimentos que no se calma tratándolo con procinéticos.^{6,7,9,11,15,16,19,22}
- **Diarrea crónica:** heces acuosas o sueltas que duran más de cuatro semanas.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Estreñimiento:** deposiciones duras que, normalmente, son difíciles de evacuar.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Vómitos:** salida del contenido del estómago al exterior a través de la boca.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Síndrome del intestino irritable:** trastorno que cursa con dolor abdominal y cólicos, cambios en las deposiciones y otros síntomas.^{7,9,11,15,16,19,22,27}
- **Meteorismo o flatulencia:** exceso de gases en el intestino que causa espasmos intestinales y distensión abdominal.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Dolores abdominales.**^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Anorexia o inapetencia:** falta de apetito. Puede causar la pérdida involuntaria de peso.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Disconfort o malestar intestinal.**^{7,9,11,15,16,19,22}

• **Signos:**

- **Distensión abdominal:** hinchazón del abdomen.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Malnutrición por malabsorción:** deficiencia de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita por la dificultad de absorber todos los nutrientes provenientes de los alimentos.^{7,9,11,15,16,19,22}

- **Manifestaciones extradigestivas o extraintestinales:**

- **Ferropenia y/o anemia ferropénica:** alteración analítica y hematológica que se da muy frecuentemente en la enfermedad celíaca. La causa de su aparición puede ser por una malabsorción del hierro en el duodeno ya que éste se absorbe a nivel de la porción proximal del intestino delgado que en la enfermedad celíaca suele estar afectada y por una existencia de sangre oculta en heces.^{11,22}

Ambas suelen tener años de evolución con un índice de saturación de transferrina y niveles séricos de ferritina disminuidos que no responden bien al tratamiento oral de hierro. Cuando se observa esto y, además, se han descartado otras posibles causas hay que pensar en que ésta sea producida, lo más probable, por la enfermedad celíaca.^{11,22}

- **Hipoesplenismo:** disminución de las funciones del bazo.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Edemas periféricos:** hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Principalmente, en esta enfermedad, los tejidos afectados son los periféricos como son los tobillos, pies, etc.^{7,9,11,15,16,19,22,28}
- **Pérdida de peso inexplicable.**^{7,9,11,15,16,19,22}



- **Astenia:** fatiga o cansancio ante pequeños esfuerzos.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Alteraciones bioquímicas:**
 - **Hipertransaminasemia:** elevación de los niveles de transaminasas en sangre, por encima de los valores normales. Suele ser un aumento moderado que se produce por una hepatitis reactiva.^{11,22}

El 30% de los pacientes celíacos la presentan. La enfermedad celíaca es la responsable del 10% de las hipertransaminasemias criptogénicas.^{11,22}

Cuando se detecta esta hipertransaminasemia está indicado realizar un cribado serológico de la enfermedad celíaca.^{11,22}
 - **Hipoproteïnemia:** disminución de la concentración de proteínas en sangre, por debajo de las cifras normales.^{7,9,11,15,16,19,22}
 - **Hipocalcemia:** disminución de la cantidad o nivel de calcio en sangre, por debajo de las cifras normales.^{7,9,11,15,16,19,22}
 - **Hipoalbuminemia:** disminución de la cantidad o nivel de albúmina en sangre, por debajo de las cifras normales.^{7,9,11,15,16,19,22}
 - **Déficit de vitamina B₁₂:** interviene en la formación de glóbulos rojos. Se absorbe a nivel del íleon distal, el cual, en esta enfermedad, suele estar algo afectado, aunque en menor proporción, lo que puede provocar una anemia megaloblástica o perniciosa.^{7,9,11,15,16,19,22}
 - **Déficit de ácido fólico:** ayuda a descomponer, utilizar y crear nuevas proteínas, a formar glóbulos rojos y a producir ADN. Se absorbe en el sector proximal del yeyuno, algo afectado, también, en la celiaquía produciendo una anemia.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Alteraciones hematológicas:**
 - **Leucopenia:** disminución de las cifras totales de glóbulos blancos en sangre, por debajo de los valores normales.^{7,9,11,15,16,19,22}
 - **Alteraciones en la coagulación:** se produce por:
 - **Hipoprotrombinemia:** déficit de protrombina.^{7,9,11,15,16,19,22}
 - **Déficit de absorción de la vitamina K.**^{7,9,11,15,16,19,22}

Ambas hacen que aumente el tiempo de protrombina elevando, de manera secundaria, el riesgo de sangrado.^{7,9,11,15,16,19,22}
- **Manifestaciones óseo-articulares y musculares:**
 - **Osteopenia:** disminución de la densidad mineral ósea.^{7,9,11,15,16,19,22}
 - **Osteomalacia o raquitismo:** son trastornos que cursan con un defecto de la mineralización de la matriz orgánica del esqueleto. El primero afecta a los niños y el segundo a los adultos.^{7,9,11,15,16,19,22,29}



➤ Osteoporosis: término que se utiliza para definir a cualquier enfermedad que produce una reducción de la masa ósea por unidad de volumen y también para definir a cualquier grado de fragilidad del esqueleto suficiente como para aumentar el riesgo de fracturas.^{7,9,11,15,16,19,22,29}

➤ Historia de fracturas óseas frecuentes.^{7,9,11,15,16,19,22}

Estas cuatro manifestaciones se producen por una hipocalcemia, déficit en la absorción de vitamina D y calcio junto, con una disminución en la ingesta de calcio por una intolerancia a la lactosa que algunos presentan de forma asociada y puntual. El descenso de la densidad ósea, que se produce por culpa de la enfermedad celíaca responde muy bien a la dieta sin gluten, aunque de manera gradual, ya que se recupera la mineralización ósea a lo largo de los años. Tanto los dolores óseos como los articulares también van disminuyendo con la dieta sin gluten.^{11,22}

La enfermedad celíaca debería ser considerada como una de las principales causas de osteopatías metabólicas.^{11,22}

➤ Dolores óseos.^{7,9,11,15,16,19,22}

➤ Artralgias: dolores musculares.^{7,9,11,15,16,19,22}

➤ Debilidad muscular: reducción de la fuerza de uno o más músculos.^{7,9,11,15,16,19,22}

➤ Calambres musculares: contracción de un músculo o parte de éste de forma involuntaria.^{7,9,11,15,16,19,22}

➤ Tetania: trastorno caracterizado por un aumento de la excitabilidad de los nervios, espasmos musculares dolorosos, temblores y contracciones musculares intermitentes que afecta a varios músculos del cuerpo a la vez.^{7,9,11,15,16,19,22}

➤ Hipotonía: disminución del tono muscular.^{7,9,11,15,16,19,22}

➤ Hipotrofia muscular: deterioro o disminución del tamaño de un músculo sin alterar su estructura.^{7,9,11,15,16,19,22}

➤ Retraso pondo-estatural inexplicable: retraso del crecimiento y desarrollo que se manifiesta con talla y peso bajos.^{7,9,11,15,16,19,22}

• Manifestaciones gineco-obstétricas o trastornos en la esfera reproductiva:

➤ Género femenino:

○ Retraso en la menarquía.^{7,9,11,15,16,19,22}

○ Menopausia precoz.^{7,9,11,15,16,19,22}

○ Abortos frecuentes.^{7,9,11,15,16,19,22}

○ Infertilidad.^{7,9,11,15,16,19,22}

○ Hijos con bajo peso al nacer.^{7,9,11,15,16,19,22}

○ Amenorrea.^{7,9,11,15,16,19,22}



➤ Género masculino:

- Hipogonadismo: las glándulas sexuales del cuerpo, en este caso masculino (testículos), producen pocas o ninguna hormona.^{7,9,11,15,16,19,22,30}
- Impotencia o disfunción eréctil: incapacidad de mantener una erección lo suficientemente firme del pene como para tener una relación sexual.^{7,9,11,15,16,19,22,31}
- Disfunción sexual: síndrome que se caracteriza por una alteración del deseo sexual, la cual se debe a cambios psico-fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual lo que provoca malestar y problemas interpersonales. todas estas consecuencias y disfunción se presenta de forma persistente y recurrente.^{7,9,11,15,16,19,22,32}

Si la causa de estas manifestaciones es la celiaquía, se corrigen con una dieta sin gluten.^{7,9,11,15,16,19,22}

• Manifestaciones bucodentales:

- Queilitis angular o perleche: lesión inflamatoria dolorosa que aparece en ambas comisuras labiales que cursa con enrojecimiento, descamación y formación de costras.^{7,9,11,15,16,19,22}
- Estomatitis aftosa: también conocida como **aftas frecuentes**. Es una enfermedad que provoca la aparición de pequeñas úlceras en la boca, generalmente en la zona interior de los labios, las mejillas y/o la lengua.^{7,9,11,15,16,19,22}
- Hipoplasia del esmalte dentario: defectos o lesiones que aparecen a nivel del esmalte dentario que cursan de manera bilateral, simétrica y se distribuyen en los cuatro sectores de la dentición. Estas lesiones no se deben a defectos nutricionales ni se relaciona con la gravedad de la malabsorción, sino a mecanismos inmunológicos.^{11,22}

• Manifestaciones neurológicas:

- Migrañas: cefaleas frecuentes e intensas. Están presentes en el 4,4% de las personas celíacas.^{7,9,11,15,16,19,22}
- Ataxia: incapacidad para coordinar los movimientos. Es la manifestación neurológica que más se da en la población celíaca.^{7,9,11,15,16,19,22}
- Depresión: estado de ánimo triste, melancólico e infeliz que dura, al menos, durante un periodo largo de tiempo y que suele cursar con fatiga, baja autoestima, falta de concentración, etc., entre otras.^{7,9,11,15,16,19,22,33}
- Ansiedad: sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. La fuente de estos síntomas no siempre se conoce.^{7,9,11,15,16,19,22}
- Encefalopatía progresiva: alteración en la estructura o función del sistema nervioso central.^{7,9,11,15,16,19,22}



- Demencia: pérdida de la función cerebral que afecta a la memoria, pensamiento, lenguaje, juicio y comportamiento.^{7,9,11,15,16,19,22,34}
- Parestesias: pérdida de sensibilidad o sentimiento de adormecimiento u hormigueo de una parte del cuerpo. Manifestación que con frecuencia aparece en las personas celíacas.^{7,9,11,15,16,19,22}
- Epilepsia: trastorno donde una persona tiene convulsiones durante un tiempo.³⁵ Se da en el 3,5%-5,5% de los celíacos.^{7,9,11,15,16,19,22}

Un estudio demostró que el 7% de los pacientes con manifestaciones neurológicas de causa desconocida tienen niveles altos de anticuerpos antigliadina, siendo la prevalencia de enfermedad celíaca, en esta población, menor al 16%. Cuando aparecen estas manifestaciones y no se encuentra una causa, habría que indagar en búsqueda de la enfermedad celíaca.^{11,22}

• Manifestaciones psiquiátricas:

- Irritabilidad: respuesta excesiva/inadecuada a estímulos considerados como “normales”.^{7,9,11,15,16,19,22,33}
- Apatía o pasividad: falta de interés e indiferencia por todo dejando que los demás decidan por él en todos los ámbitos.^{7,9,11,15,16,19,22}
- Cambios en el estado del ánimo.^{7,9,11,15,16,19,22}

Las manifestaciones clínicas que con mayor frecuencia aparecen en la población adulta celíaca son la diarrea crónica (90%), fatiga (82%), dolores abdominales (77%), meteorismo (73%) y anemia ferropénica (63%). Frecuentemente son diagnosticados del síndrome de intestino irritable (30%). La osteomalacia, osteopenia y osteoporosis son habituales (36%) incluso en ausencia de malabsorción con el consiguiente incremento del riesgo de fracturas.^{9,11,15,16,19} (ANEXO I: Manifestaciones clínicas en la población celíaca adulta)

7-DIAGNÓSTICO.

Aunque se ha evolucionado muchísimo con respecto al conocimiento en todos los ámbitos relacionados de la enfermedad celíaca, sigue existiendo bastante retraso en su diagnóstico, fundamentalmente, por la variabilidad clínica con la que puede cursar ya que va desde los síntomas más típicos más clásico hasta las manifestaciones más dispares sin relación alguna con el aparato digestivo e, incluso, puede cursar de forma subclínica. Por esto, el diagnóstico sigue representando un gran desafío en el mundo sanitario.¹¹

El diagnóstico de la enfermedad celíaca se basa en la combinación de una serie de pruebas: anamnesis detallada unida a un examen físico minucioso para saber al detalle los síntomas y signos clínicos que presenta la persona, lo que bastaría para sospechar de la enfermedad celíaca clásica, pero sería insuficiente para el resto de los tipos. Por esto, se requiere de más pruebas como datos analíticos, pruebas serológicas, estudio histológico y, por último, la comprobación de una respuesta terapéutica a la instauración de una dieta sin gluten.^{7,11,37} (ANEXO II: Algoritmo diagnóstico)



Se puede decir que, para un correcto diagnóstico de la enfermedad celíaca, tenemos que tener en cuenta tres pilares fundamentales:

- Presencia y conocimiento de manifestaciones clínicas tanto típicas como atípicas.¹¹
- A través de una biopsia confirmar una lesión intestinal.¹¹
- Comprobación de una mejoría de los síntomas, pruebas serológicas e intestinales al llevar una dieta sin gluten.¹¹

Para el diagnóstico certero de la enfermedad celíaca hay que realizar una batería de pruebas y en el siguiente orden:

- 1) Estudio serológico: es el primer eslabón de la cadena de pruebas a realizar cuando se sospecha de enfermedad celíaca.¹¹

Este estudio se utiliza como cribado en la población de riesgo, como prueba complementaria para el diagnóstico y para monitorizar el cumplimiento de la dieta sin gluten y la respuesta del paciente a ésta.¹¹

Se requiere de la cuantificación de la IgA total del paciente porque algunos la tienen baja y podría salir falsos negativos. En estos casos habría que usar la IgG en las pruebas serológicas para diagnosticar la enfermedad celíaca.¹⁵

En este estudio se pueden usar los siguientes marcadores serológicos:

- Anticuerpos antigliadina (AGA o AAG): pueden ser de tipo IgA o IgG. Son anticuerpos que se producen contra antígenos alimentarios y se detectan a través de técnicas de enzimo-inmuno-análisis (ELISA). Su presencia evidencian una sensibilidad al gluten y una alteración en la permeabilidad intestinal por lo que no son específicos de la enfermedad celíaca porque muchas otras patologías cursan con esta alteración, aunque es muy usada en el despistaje serológico inicial de la enfermedad celíaca.^{11,15,37}
- Anticuerpos antipéptidos deaminados de gliadina: son los últimos que se han descrito por lo que su uso como diagnóstico sérico de la enfermedad celíaca está limitada. Son anticuerpos que se produce frente a péptidos sintéticos que se corresponden a secuencias de gliadina deaminada. Pueden ser de tipo IgA y/o IgG y se determinan mediante técnicas de ELISA. Esta determinación tiene una sensibilidad y especificidad superiores a los anticuerpos antigliadina.³⁷
- Anticuerpos antitransglutaminasa tisular (tTg o AAT): es el principal antígeno contra los anticuerpos antiendomiso. Su determinación se realiza a través de técnicas de ELISA y se usan más los del tipo IgA que los del tipo IgG. Se considera el método de elección para el despistaje y seguimiento de la enfermedad celíaca ya que tiene una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad entorno al 89-96%. Además, se usa por ser una técnica más barata, cómoda y sencilla.^{11,15,37}

- Anticuerpos antiendomiso (AEM o AAE): son auto-anticuerpos contra el endomiso (tejido amorfo que rodea las fibras musculares lisas) y contra la transglutaminasa extracelular. Determinan lo mismo que los anticuerpos antitransglutaminasa pero usando técnicas de inmunofluorescencia. Este método tiene una sensibilidad y especificidad mayor al 95% pero es más caro por lo que es sustituida por la medición de los anticuerpos antitransglutaminasa.^{11,15,37}

Cuando se va a determinar estos anticuerpos o se va a realizar estas pruebas, el paciente debe seguir comiendo gluten para evitar falsos negativos. Se considera que la mejor manera de detectar la enfermedad celíaca es a través de un análisis serológico de estos dos últimos marcadores (tTg y AEM) puesto que sus títulos se correlacionan con el grado de lesión intestinal existente en la persona.¹⁵

- 2) Estudio histológico: es la prueba clave de la enfermedad celíaca porque con ella se establece el diagnóstico definitivo. Consiste en realizar una biopsia duodeno-yeyunal a través, generalmente, de una endoscopia la cual se realizará antes de que la persona inicie una dieta sin gluten.¹⁵

Hay diferentes grados de lesiones histológicas detectadas a nivel de la mucosa duodenal en pacientes celíacos. Si nos basamos o utilizamos la clasificación de Marsh, estas lesiones van desde el Tipo 0 (lesión preinfiltrativa con una mucosa normal) hasta el Tipo 4 (lesión atrófico-hipoplásica).^{11,15,37} (FIGURA II).

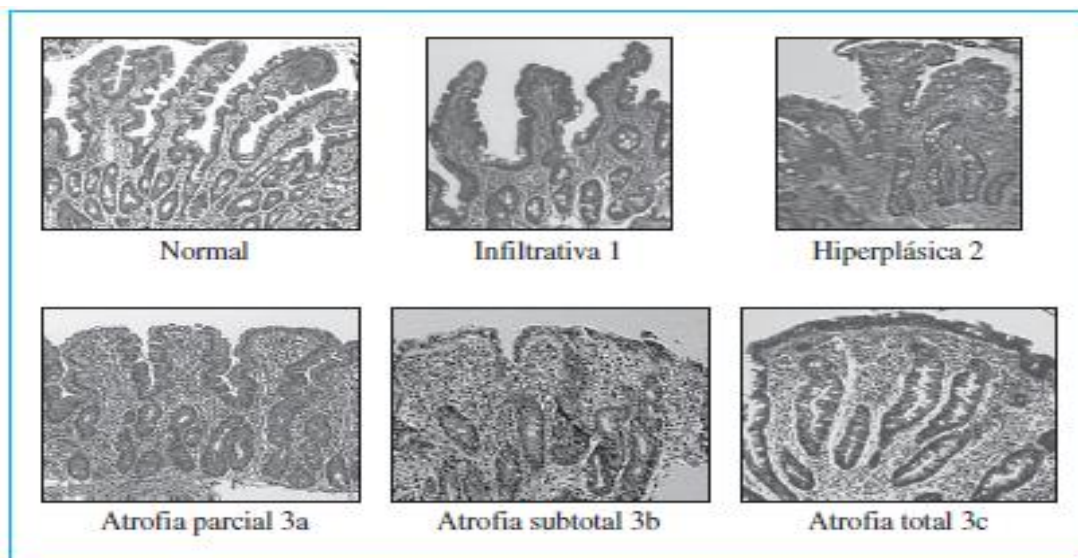


FIGURA II: Clasificación de las lesiones intestinales en la enfermedad celíaca según Marsh.¹⁷

- 3) Estudio genético: la enfermedad tiene un carácter hereditario con una fuerte asociación con los heterodímeros HLA-DQ2 y HLA-DQ8.^{15,36,37}

Como el 30-40% de la población general también posee el heterodímero HLA-DQ2 es muy importante el valor predictivo negativo de esta prueba porque nos permite excluir la enfermedad celíaca con una certeza del 99% ya que no es posible su desarrollo con la ausencia de ambos heterodímeros.^{15,36,37}

Este estudio se lleva a cabo a través de una analítica de sangre y, desde el punto de vista práctico, tiene la siguiente utilidad clínica:

- Excluir la enfermedad cuando el diagnóstico es dudoso.^{15,37}
- Excluir la susceptibilidad genética y/o detectar a la población de riesgo.^{15,37}
- Excluir la enfermedad en pacientes sintomáticos con serología negativa y biopsia normal.^{15,37}
- Refuerzo en el diagnóstico.^{15,37}

4) Otros procedimientos útiles: determinación de grasa en heces (método de Van de Kamer) y estudios radiológicos con contraste del intestino delgado.¹¹

La confirmación total y veraz del diagnóstico de la enfermedad celíaca se realiza con la positividad de todas estas pruebas, pero, principalmente, si a los seis meses de la instauración de la dieta sin gluten todo se normaliza: los marcadores séricos disminuyen, la sintomatología mejora e, incluso, desaparece y la mucosa intestinal recupera su anatomía y funcionalidad.^{7,9,11,37}

8- TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

El único tratamiento eficaz, conocido y disponible en la actualidad, de la enfermedad celíaca es llevar una dieta exenta o sin gluten de manera estricta y de por vida.^{7,8,10,15,18}

La “Dieta sin gluten” no significa, necesariamente, que los alimentos no puedan contener gluten sino que la cantidad de éste que puede contener un alimento tiene que estar por debajo de un determinado punto de corte. Esto está regulado, a nivel internacional, por el Codex Alimentarius creado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) junto con la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), donde se establece la cantidad límite que puede contener un alimento de gluten para ser considerado como alimento libre de gluten, la cual se redujo en 2009. El Codex Alimentarius, actualmente, define a todo alimento que no contenga gluten como “aquel que, además, de no tener ningún rastro de trigo, cebada, centeno y avena en su composición, cumple con el requisito que determina que la cantidad máxima de gluten admisible es de 20 miligramos por kilogramo de producto (mg/kg) o, dicho de otro modo, el alimento contiene menos de 20 partes por millón (ppm) de gluten”.^{8,9}



FIGURA III: Anagrama internacional. Contenido inferior a 20ppm.^{9,15}

La Unión Europea, en el 2012, aceptó como normativa lo dicho en el Codex Alimentarius considerando que “los productos aceptados como libres de gluten puedan contener uno o más ingredientes que sustituyan los cereales prohibidos pero con un nivel de gluten que no supere los 20ppm en los alimentos”. Luego cada país europeo adapta esta normativa a su realidad.⁸ (Figura III)



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, dependiendo del tipo de enfermedad celíaca que posea; la normalización serológica entre los 6 y 12 meses y la recuperación anatómica y funcional de las vellosidades intestinales entorno a los 2 años.^{7,10}

La ingestión de pequeñas cantidades de gluten de forma continuada, ya sea de manera consciente o inconsciente, puede causar importantes trastornos y complicaciones.⁹

La dieta sin gluten consiste en:

- Se puede consumir todo tipo de alimentos naturales que no posean gluten en su composición por su propia naturaleza como son carnes, pescados, frutas, hortalizas, legumbres, huevos, leche, tubérculos, verduras, grasas comestibles, azúcar, miel y cereales que no tienen gluten como el arroz y maíz.^{7,18,38}
- Eliminar de la dieta cualquier producto que pueda contener, como ingrediente, trigo, cebada, centeno, triticale o avena.^{7,10,15,18}
- Eliminar de la dieta todo producto a granel, los elaborados artesanalmente y los que no estén etiquetados.^{18,338}
- Si se come fuera de casa hay que consultar la forma de elaboración y los ingredientes de cada plato ya que cualquier alimento puede contaminarse en su preparación.^{18,38}
- Hay que tener cuidado con los productos importados porque sus ingredientes pueden variar de una zona a otra.¹⁸
- Comprobar siempre las etiquetas de los alimentos y evitar aquellos que contienen algún ingrediente sospechoso como gluten, cereales, almidón, fibra, espesante, malta, levadura, etc.^{7,18}
- No freír los alimentos en aceite donde se haya cocinado, previamente, alimentos con gluten ya que se contaminan.^{18,38}
- No ingerir caldos, sopas o cremas que vengan en sobre o en lata.¹⁸
- No consumir postres preparados como flanes, natillas, arroz con leche, etc.^{7,10,18}
- Tener especial cuidado con los embutidos, patés, quesos fundidos, helados, conservas de carnes y pescados, etc. ya que pueden estar contaminados de gluten en su proceso de elaboración y envase.^{7,38}
- Ante la duda, de si un alimento contiene o no gluten, no consumirlo.³⁸

Para poder realizar correctamente esta dieta y saber qué alimentos son los que pueden consumir con total seguridad, FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos en España) creó, en 2003, la marca de garantía "Controlado por FACE". Todo aquel alimento que tenga en su envase este anagrama (Figura IV), FACE asegura que ese producto tiene un contenido de gluten inferior a 10ppm.^{9,15}



FIGURA IV: Anagrama de FACE. Contenido inferior a 10ppm.^{9,15}



Además, para la correcta adquisición de productos sin gluten (PSG), FACE, también, publica y distribuye unas listas actualizadas, recogidas en un libro, con todos aquellos alimentos, marcas, medicamentos, fabricantes, etc. que pueden consumir sin peligro. Estas listas las actualizan todos los años. Igualmente, en el último año han inventado un lector de código de barras para identificar más rápidamente qué productos pueden o no consumir los celíacos ya que es caso afirmativo se enciende una luz verde y en caso negativo una luz roja. Este aparato se puede conseguir a través de FACE y cuesta 120€. ¹⁵

Se identifican una serie de obstáculos que pueden impedir que los celíacos puedan llevar a cabo una correcta y estricta dieta sin gluten como son:

- 1) Problemas sociales: comer fuera de casa, falta de información y sensibilización de la población general, muchos comedores escolares no admiten a niños celíacos, problemas de etiquetado, etc. ^{15,18}
- 2) Problemas económicos: estas personas para poder llevar una dieta equilibrada, variada y sin gluten les supone un gasto adicional porque son productos más caros que muchos no se pueden costear. ^{15,18}

En la actualidad, se están llevando a cabo una serie de investigaciones para encontrar otros tratamientos alternativos a esta enfermedad, pero que no han dado resultados concluyentes todavía, como obtener cereales sin las fracciones tóxicas del gluten a través de la ingeniería genética, tratamiento oral con enzimas exógenas que degradan las fracciones tóxicas antes de que lleguen al intestino, inmunoterapia, vacunación, etc. ^{15,36}

9- SEGUIMIENTO Y ROL DE ENFERMERÍA.

Una vez diagnosticada la enfermedad celíaca, el profesional sanitario debe realizar un seguimiento clínico y nutricional a estos pacientes. ^{5,39,40} Los objetivos de este seguimiento son:

- Confirmación del diagnóstico mediante una evaluación de la respuesta a la dieta sin gluten: desaparición de los síntomas, disminución de los anticuerpos séricos, mejoría del estado general del paciente, etc. ^{39,40}
- Monitorización y seguimiento del grado de cumplimiento o adherencia a la dieta sin gluten. ^{5,39,40}
- Educación sanitaria sobre la enfermedad celíaca tanto a la persona celíaca como, también, a algún miembro de su familia. ^{5,39,40}
- Detección precoz de posibles enfermedades asociadas y/o complicaciones. ^{5,39,40}
- Corrección de déficits nutricionales que pueden haberse detectado en el momento del diagnóstico de la enfermedad o pueden aparecer tras llevar una dieta sin gluten. ^{5,39,40}

Actualmente, no existe un consenso acerca de quién y cómo se ha de realizar el seguimiento en los pacientes celíacos. Debido a esto, en la práctica clínica, este seguimiento o control se suele llevar a cabo teniendo en cuenta las recomendaciones basadas en opiniones de expertos o siguiendo los protocolos locales existentes. ⁴⁰



Este control debe ser llevado por un equipo interdisciplinar formado por nutricionistas, médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos.^{39,40}

En función de la gravedad de los síntomas que presente el paciente en el momento del diagnóstico, durante el primer año (normalmente algo más), tras el diagnóstico, la frecuencia de los controles será cada tres o seis meses y será llevado por el especialista (gastroenterólogo).^{5,7,39,40} Una vez normalizados todos los parámetros bioquímicos, séricos (anticuerpos), etc., desaparecidos o disminuidos la presentación de los síntomas, etc. luego tiene que ser controlado por el médico y enfermera de atención primaria habitualmente, ya que en otras ocasiones, pasa a ser llevado por el nutricionista. Después del año, en función también de otros factores, parámetros, el paciente tendrá que acudir una vez al año para el seguimiento de su enfermedad al nutricionista o al médico de atención primaria.^{38,39,40}

En cada consulta, si se puede, debe acudir el paciente con algún otro miembro de su familia con el que conviva para dar una educación sanitaria a ambos con respecto a la dieta a seguir para que la otra persona se convierta en un aliado del paciente, ya que conocerá los puntos débiles que pueda tener éste a la hora de seguir correctamente una dieta sin gluten. Lo más conveniente sería que fuese una persona o pariente que se encargase de la selección, compra y preparación de los alimentos que se consumen diariamente en la casa familiar (donde vive la persona celíaca).^{39,40}

Para que este seguimiento se lleve de manera correcta y minuciosa se requiere que los profesionales sanitarios implicados estén bien formados e informados sobre este tema. Si lo están, servirán de apoyo para los pacientes, sabrán cómo guiarles y/o aconsejarles en su tratamiento, sabrán contestar a las dudas que les vaya surgiendo e, incluso, cómo muchas cosas no pueden abordar en su consulta, saber dónde derivar a los pacientes o decirles con quién pueden contactar para que puedan abordar esos temas con mayor precisión, puedan encontrar apoyo psicosocial, saber dónde pueden acudir, dónde obtener más información, etc. Para esto último, deben de conocer los recursos o asociaciones de celíacos que hay en su ciudad, en su comunidad autónoma y a nivel nacional.^{9,38,39,40}

El proceso de atención enfermera se basa en un plan de cuidados en el cual se proporciona educación sanitaria o asesoramiento informado al paciente sobre la dieta a seguir o de las complicaciones que pueden surgir sino la llevan a cabo. Se hará una cosa o la otra en función de la forma de manifestación de la enfermedad celíaca, estado en el que se encuentre el paciente y/o su edad.³⁹

A través de la educación sanitaria se puede conseguir que el paciente reflexione y entienda la situación de su enfermedad, colabore en sus cuidados de forma activa y constante y admita el tratamiento dietético. Las complicaciones con las que se puede topar la enfermera, las que debe de tener muy en cuenta para intentar solventarlas, para que el paciente se adhiera correctamente a la dieta son la alimentación que lleva, su cultura, su forma de vida, etc. porque la enfermedad celíaca afecta a todas estas dimensiones y hay que ayudar a estos pacientes a que vayan incluyendo la dieta en su vida y a que puedan ir adaptándose a estos cambios que van apareciendo y van afectando al resto de su vida.⁹



METODOLOGÍA

Este trabajo se fundamenta o se realiza en base a una revisión bibliográfica. La estrategia de búsqueda de la documentación apropiada, y en la que nos hemos basado, posteriormente, para realizar nuestro proyecto, se ha fundamentado en el título del tema escogido para el mismo: “La Enfermería y la enfermedad celíaca en el adulto”.

Después de especificar y delimitar el tema de revisión sobre el que hemos desarrollado la búsqueda, se analiza el mismo para poder extraer los conceptos primordiales y, así, poder delimitar y concretar los términos de búsqueda, los cuales se usan tanto en español como en inglés. Las palabras claves usadas son: Enfermedad celíaca, Enfermedad celiaca, Enfermedad celíaca y adultos, Celiaquía y adultos, Celiaquía, Celiacos, Celiac disease, Adults celiac disease, Rol enfermería y celiacos, Enfermería y celiacología.

La búsqueda se realiza en varios meses, desde enero hasta mayo del 2014. Las bases de datos empleadas en la búsqueda fueron:

- Google académico.
- PubMed.
- Scielo.

En la primera base de datos se encontraron artículos, capítulos de libros, libros, etc., utilizando operadores como “y” y “o”. Por el contrario, en las dos últimas, al no encontrar nada con los operadores anteriores, se emplearon otros como “and” y “or” donde obtuvimos éxito.

También utilizamos páginas web como Celiacos.org. y Celiaconline.org que nos sirvieron para encontrar artículos científicos pero donde no hicieron falta utilizar operadores.

En cuanto a los criterios de inclusión se aceptaron como válidos todos aquellos documentos que desarrollasen y/o hablasen de la enfermedad celíaca en general, que abarquen a toda la población, tanto infantil como adulta y que tengan una base científica.

Por el contrario, como límites de exclusión tenemos el año de publicación y la población abarcada. Por esto se excluyeron todos aquellos documentos que tienen más de 13 años de publicación, es decir, todos los que han sido publicados antes del 2001 fueron excluidos. Asimismo, todos los escritos que sólo hablen o tengan en cuenta a la población infantil únicamente, también han sido descartados. Otro motivo de exclusión fue que, en la búsqueda bibliográfica, se hallase un documento de forma repetida o duplicada.

En la búsqueda de información y documentación válidas nos hemos encontrado con dos limitaciones. La primera es la falta de documentos sobre la enfermedad celíaca en la población adulta ya que es una enfermedad relativamente nueva para esta población, al contrario que en la población infantil. La otra limitación es la falta de escritos, protocolos, etc. donde se describa las funciones o el papel del profesional enfermero con respecto a las personas celíacas.



DISCUSIÓN

Ha sido dificultoso encontrar trabajos relacionados con nuestros objetivos, sin embargo hemos podido alcanzarlos en la medida de lo posible. Por esto, también, se ha indagado más acerca de los subtemas del trabajo para encontrar más escritos que nos permitiesen conseguirlos de manera satisfactoria. En otras ocasiones lo que se ha intentado es hacer una recopilación de todos los escritos.

En el primer apartado del trabajo, la introducción de la Enfermedad Celíaca, nos ha parecido conveniente que, además de definir la enfermedad, habría que realizar una aclaración entre intolerancia y alergia alimentaria ya que no son lo mismo, hay mucha gente que las confunde y, así, poder concretar más aún el concepto de la celiaquía. Lo que nos ha parecido extraño, en cuanto a esta distinción, es que ningún documento hallado y usado en este trabajo definiese ambos conceptos, por lo que hemos tenido que realizar una búsqueda aparte para encontrar un escrito donde se definiese y diferenciara ambos términos para que quedase muy claro el significado de cada vocablo, lo que les diferencia a cada uno y lo que es la enfermedad celíaca.^{8,9}

Por otra parte, en la búsqueda de datos estadísticos sobre la incidencia y prevalencia de la Enfermedad celíaca, tanto a nivel mundial como nacional, hemos tenido problemas porque no pudimos hallar ninguna referencia de estudios realizados a nivel nacional o sanitario. Debido a esto, hemos investigado en otras bases de datos o páginas web relacionadas con el tema con la suerte de encontrar estudios estadísticos de la enfermedad en la página web de FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos en España). Nos ha llamado mucho la atención que estos estudios no los hayamos podido encontrar en páginas web como INS (Instituto Nacional de Estadística) o SNS (Sistema nacional de Salud) ya que son instituciones dedicadas a ello.^{13,14,15}

En cuanto a los distintos tipos de Enfermedad celíaca, todos los documentos admitidos para este trabajo reconocen la existencia de 6 formas distintas de presentación y la importancia de conocerlas todas por parte del profesional sanitario para poder diagnosticarla lo antes posible. De todos estos escritos hemos intentado hacer una síntesis para realizar una definición lo más completa y exacta posible de cada uno de ellos. Nos ha impactado que los escritos coincidían en que todos definen todas las presentaciones clínicas salvo una, la refractaria, la cual solo nombraban. Esto nos ha llevado a investigar más a fondo sobre este tipo de celiaquía en concreto, lo que nos ha resultado bastante complicado de encontrar información, porque sentíamos la responsabilidad de conocerla y definirla como a los otros tipos para realizar bien nuestro trabajo. Todo en conjunto no ha hecho pensar que esta presentación no es muy conocida y no está investigada a fondo.^{15,18,20,21,40}

En lo referente a la sintomatología con la que cursa la Enfermedad celíaca se ha podido comprobar que todos los documentos destacan que es muy dispar entre la población celíaca general. También hemos observado que todos tienen una misma base, es decir, las manifestaciones clínicas principales, o que más se presentan, todos los escritos las nombran pero varían en cuanto al resto de signos y síntomas secundarios. Por esto último, lo que hemos intentado es abarcar todo mediante una síntesis de todos los documentos utilizados y así poder realizar una descripción lo más detallada posible de la



sintomatología. Así mismo, todas las manifestaciones descritas se dan en toda la población celíaca, pero como nuestra población de estudio es la adulta hemos extraído de este resumen los signos y síntomas más típicos de esta población y los hemos plasmado en una tabla aparte para que quede bien reflejados y el lector sepa identificar cuáles de estos son generalizados y cuales corresponden a los adultos. Esto último nos ha costado un poco realizarlo puesto que sólo unos pocos trabajos tenían en cuenta a la población adulta celíaca.^{7,9,11,15}

Con respecto al diagnóstico, todos los trabajos utilizados están de acuerdo en lo referente a las pruebas a realizar y el orden de éstas a seguir para diagnosticar la enfermedad. Además, todos concluyen, cuáles son las pruebas clave para la detección y cuáles para la confirmación o descarte de la misma. Sin embargo, unos están mejor explicados y otros están más completos. Por esto, se ha intentado compaginar y sacar lo mejor de cada uno para poder explicar, de la mejor forma posible, cada prueba y los pasos a seguir para que el lector sepa en qué consiste realmente el diagnóstico.^{7,9,15,}

Por otra parte, al igual que en el diagnóstico, los escritos manejados son unánimes en cuanto al tratamiento a seguir: una dieta exenta de gluten para toda la vida. Pero con sólo esto no nos hemos conformado ya que el tratamiento es mucho más complejo de lo que parece, por lo que hemos querido ir más allá y hemos buscado información relacionada para averiguar en qué consiste la dieta realmente, las dificultades para poder llevarla a cabo, saber qué alimentos están permitidos y cuáles prohibidos, etc. Todo esto nos ha parecido importante por eso hemos llevado a cabo una búsqueda de este tema y lo hemos plasmado en nuestro trabajo de la manera más sencilla posible porque si no, al nuestro parecer, quedaba bastante flojo.^{8,9,10,15,18}

Por último, lo que nos ha desconcertado mucho es que prácticamente ningún documento hablase o describiese el rol de enfermería con respecto a la población celíaca. A consecuencia de esto, hemos querido investigar más acerca de este aspecto y en la búsqueda llevada a cabo apenas se ha obtenido éxito puesto que sólo se han encontrado tres trabajos, los cuales sólo describían las funciones del profesional enfermero de una forma general. El resto de los escritos sólo hablan de unas funciones conjuntas de todo el equipo interdisciplinar y muchos no incluían a la enfermería como miembro de este equipo. Por tanto, de esta poca bibliografía hallada hemos intentado sacar el papel de enfermería con respecto a este tema.^{38,39,40}

Los documentos válidos, en relación a las funciones de enfermería, concluyen que las personas celíacas, a partir del momento del diagnóstico, deben de tener un seguimiento por parte del profesional sanitario, tanto a nivel clínico como nutricional. Además, dicen que este control se basa o se realiza con el fin de alcanzar 5 objetivos:

- Confirmar el diagnóstico.
- Saber el grado de adherencia al tratamiento.
- Educación sanitaria tanto individual como colectiva.
- Detección precoz de posibles enfermedades asociadas y/o complicaciones.
- Corrección de probables déficits nutricionales.



En función de estos objetivos, todos reflejan la necesidad de elaborar protocolos, por lo menos uno en cada centro, sobre el número de visitas o controles a realizar, el tiempo transcurrido entre ellas, etc., para poder alcanzarlos con cada paciente. Pero solo unos pocos resaltan que, además de lo anterior, se tienen que adaptar a las demandas y necesidades de cada usuario ya que no todos presentan las mismas dificultades, complicaciones, necesidades, etc., por lo que se debe de realizar una valoración inicial y con ella programar los controles a seguir y, a medida de lo que se vaya observando o del transcurso del tiempo, se irá ajustando a cada paciente. Al contrario, todos son unánimes en lo referente a que las personas celíacas deben ser controladas, en un principio por el especialista, normalmente hasta cuando se normalizan los parámetros y la sintomatología remita y, posteriormente, por el equipo de atención primaria.^{5,7,39,40}

Todos los escritos reflejan la esencialidad de la Educación para la Salud y que la cual se debe de realizar de manera conjunta o familiar. El realizarla con el paciente junto con algún miembro de su familia, que pueda ser el que se encargue de la alimentación o compra de ésta en la casa en donde vive la persona celíaca, es muy importante porque el familiar se convertirá en un soporte vital para el paciente para que se adhiera mejor y cuanto antes a la dieta a seguir ya que conocerá mejor al usuario que nosotros.^{5,7,39,40}

Lo que complementa a esta educación es la información y enseñanza de técnicas resolutivas que permitan al paciente adaptarse mejor a la dieta a seguir, como acostumar al usuario a leerse todas las etiquetas de los productos alimenticios antes de consumirlos, enseñarle a interpretar las etiquetas de los alimentos, indicarle qué alimentos están prohibidos, cuáles están permitidos y cuáles son dudosos (también habría que evitarles), cómo cocinar los alimentos para evitar la contaminación cruzada, saber por qué alimentos cambiar los prohibidos por los permitidos que hagan una función parecida (rebozados, dar sabor, dar textura, etc.). Ambos documentos están conformes con respecto a este tema.^{39,40}

El pilar fundamental para lograr que el paciente se adhiera al tratamiento o dieta, al igual que lo describen los documentos utilizados siendo también unánimes al respecto, es la educación para la salud ya que con ella podremos conseguir que el usuario, y su familia, entienda y comprenda la importancia y necesidad de seguir de manera correcta, estricta y de por vida la dieta. Con la educación se le explicará en qué consiste la dieta, las consecuencias y complicaciones que puede aparecer en caso de no llevarla a cabo, tanto a corto como a largo a plazo, los recursos comunitarios que puede utilizar, etc., intentando lograr que el paciente colabore con nosotros y nos sea más fácil a ambos su adhesión al tratamiento. Para llevar a cabo esto y alcanzar nuestro objetivo, es fundamental que el paciente confíe en nosotros y que nos considere como una persona en la que apoyarse cuando tenga problemas, dudas, para reconocer sus logros y saber en lo que tienen que mejorar, etc. Igualmente, los escritos están conformes en que para que la educación para la salud sea eficaz, nosotros como profesionales sanitarios debemos de tener en cuenta tanto a la persona como a su entorno (cultura, economía, etc.) ya que a toda persona le afecta todo lo que le rodea y le influya y si no lo tenemos en cuenta no sabremos cuáles son sus dificultades y fortalezas para conseguir nuestro objetivo conjunto, la adhesión completa a la dieta.^{38,39,40}



CONCLUSIONES

Si nos fijamos en la incidencia y prevalencia de la Enfermedad celíaca, tanto a nivel mundial como nacional, observamos que, a pesar de ser una intolerancia en auge y, actualmente, bastante conocida, realmente es desconocida tanto por el profesional de la salud como por la población general.

Este gran desconocimiento es, sobre todo, a nivel de la población celíaca adulta. Por esto, creemos conveniente que el profesional sanitario, principalmente, sea formado sobre esta enfermedad para que sepan identificar la Enfermedad Celíaca lo antes posible. Además, deben tener en cuenta que, ante una confirmación de un caso de celiaquía, deben abordar, de la misma manera, a la familia directa de ésta persona, para que se hagan las pruebas correspondientes (estudios genéticos) porque tienen un alto riesgo de padecerla también.

Todo esto se ha reflejado en la dificultad de encontrar documentos válidos para la realización de este trabajo. Muchos de los encontrados eran investigaciones llevadas a cabo en la población infantil por lo que no eran aptos. La poca información que nos ha resultado válida ha sido porque investigaban o indagaban sobre la Enfermedad celíaca en toda la población celíaca. Ninguno de los estudios investigaba, única y exclusivamente, a la población adulta.

A nuestro parecer, el personal enfermero (donde nos incluimos nosotros) especialmente, como el resto de los profesionales sanitarios, tenemos una responsabilidad ante las personas celíacas y debemos asumirla, al igual que lo hacemos ante cualquier otro tipo de paciente o patología. En este aspecto creemos en la necesidad de definir, de una forma clara y concisa, las funciones de cada miembro del equipo interdisciplinar para así poder crear un protocolo de actuación y seguimiento con respecto a estos pacientes donde cada profesional sepa cuál es su papel o rol y que es lo que debe de realizar según la demanda o necesidad de cada usuario. Para su creación y puesta en marcha, debemos estar bien formados para poder llevarlo a cabo.

Esta formación se debe de dar o debe de ser para todo el profesional sanitario, ya que son el pilar fundamental en el que se apoyan los pacientes tanto en el tiempo que transcurre hasta el diagnóstico de la Enfermedad Celíaca como para el tratamiento a seguir, desde entonces, para toda su vida porque son a quienes van a acudir para resolver cualquier duda sobre la dieta, primordialmente, y/o enfermedad y van a tener que solucionarlas o saber dónde pueden derivar a los pacientes, en caso de no poder resolvérselas, para que tengan más información y apoyo adicional.

Desde el momento del diagnóstico hasta la confirmación de la enfermedad celíaca, la normalización de los parámetros séricos y la desaparición o mejoría de los síntomas, el que debe de encargarse del seguimiento y control de los pacientes celíacos es el médico especialista de digestivo. Éste deberá abarcarlo todo: educación para la salud, control del peso, resolución de dudas, información y enseñanza, comprobar la adherencia al tratamiento, analíticas séricas, bioquímica, comprobar la remisión de los signos y síntomas, etc.



Una vez conseguida la normalización de los niveles séricos y la desaparición o mejoría de los síntomas, se derivarán a los pacientes a atención primaria para que el seguimiento y control lo continúe el equipo profesional de atención primaria. El médico se encargará de mandar a los pacientes una analítica anual, como mínimo, para comprobar los niveles de los anticuerpos anti-endomisio y comprobar si, realmente, sigue correctamente la dieta y detectar una posible desnutrición de cualquier índole y/o enfermedad asociada que puede aparecer antes, durante o después del diagnóstico, aun llevando correctamente la dieta. No obstante, el usuario podrá demandar una visita al médico cuando lo considere necesario o note algo fuera de lo normal. Además, podrá controlar el peso, informar y enseñar sobre el tema y resolver todas las dudas, cuando el paciente se lo pida, con respecto a su enfermedad y tratamiento a seguir ya que, como profesional sanitario, es su obligación. En nuestra opinión, estas funciones corresponden más al profesional enfermero lo que no excluye a los médicos.

Con este trabajo se pretende establecer los objetivos de la enfermería en el seguimiento de la Enfermedad Celíaca:

- Adherencia al tratamiento.
- Educación para la salud, tanto individual como colectiva o familiar.
- Información y enseñanza de técnicas que permitan adherirse mejor a la dieta.
- Resolución de dudas.
- Conocer los recursos socio-sanitarios existentes en su comunidad.

El rol enfermero primordial, con respecto a los celíacos, es la adherencia al tratamiento. Nuestro trabajo consiste en averiguar cómo lleva el usuario el tratamiento, conocer las dificultades que tiene para llevar bien la dieta y solventarlas para que intente llevar convenientemente la dieta o siga llevándola bien, conocer sus virtudes y fortalezas para incentivarlas, reconocer sus logros por pequeños que sean para aumentar su autoestima y siga hacia la meta fijada, llevar la dieta correctamente y de por vida.

El pilar fundamental para lograr que el paciente se adhiera al tratamiento o dieta es la educación para la salud, la cual irá encaminada a las necesidades y demandas del usuario, con el objetivo de conseguir la implicación, de la persona afectada, en su salud y motivarla para que lleve su dieta adecuadamente. Además, para que sea completa, debe ir acompañada de información y enseñanza de técnicas para fomentar la adherencia a la dieta. También se debe resolver las dudas que tengan los pacientes en relación a su enfermedad y tratamiento

El segundo, tercero y cuarto objetivo, a ser posible, se deben de llevar a cabo con el usuario y algún miembro de su familia ya que, como hemos dicho en el anterior apartado, se podría convertir en nuestro aliado fuera de la consulta y sería, también, un pilar fundamental para el paciente, para que éste lleve correctamente su dieta.

Es fundamental que, también, la enfermera esté al tanto de los recursos socio-sanitarios existentes y disponibles que hay en su comunidad para darlos a conocer a sus pacientes celíacos y que cuando requieran de una información



más detallada y exhaustiva, que no le podamos ofrecer nosotros, sepan a donde ir y, además, obtengan un apoyo tanto psicosocial como grupal para ayudarse mutuamente con respecto a la dieta.

Como conclusión final, reflejar que, gracias a esta búsqueda bibliográfica y a la realización de este trabajo, hemos objetivado que la Enfermedad Celíaca es una intolerancia en auge en estos últimos años, fundamentalmente entre la población infantil, por lo que se está conociendo e investigando más acerca de ella. Sin embargo, es una patología muy desconocida con respecto a la población celíaca adulta a pesar de que cada vez hay más casos que se diagnostican en esta población. Por esto, esperamos que este trabajo sea el punto de partida para que, en un futuro, otros cojan el relevo y sigan investigando para aumentar los conocimientos e información con respecto a la celiaquía en los adultos y no quede aquí.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Green PHR, Cellier C. Celiac Disease. Massachusetts (USA): The new england journal of medicine (N Engl J Med) 2007 25 October;357(17):1731-1743. Disponible en: <http://www.food-detective.sk/wp-content/uploads/No-7.Celiac-Disease-Green.pdf>
- ² Rodrigo Sáez L. La enfermedad celíaca en el adulto. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. El libro blanco de la enfermedad celíaca. Primera ed. Madrid: ICM; 2008. p. 29-39. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+BLANCO+DE+LA+ENFERMEDAD+CELIACA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770620&ssbinary=true>
- ³ Fernández Salazar LI, de la Torre Ferrera N, Velayos Jiménez B, Nocito Colón M, González Hernández JM, Garrote Adrados JA. Problemas diagnósticos en la enfermedad celíaca del adulto. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2008;100(1):24-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000100005
- ⁴ Cabral Rodríguez R, Arrieta Blanco FJ, Vicente Sánchez F, Cordobés Martín FJ, Moreno Caballero B. Enfermedad celíaca oligosintomática del adulto. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 599-601. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992004001200008&script=sci_arttext
- ⁵ Heredia C, Castro F, Palma J. Enfermedad celíaca del adulto. Revista médica de Chile 2007;135(9):1186-1194. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000900015&script=sci_arttext
- ⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo (msc). Enfermedad Celíaca. Conserjería de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo (msc), editor. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Primera ed. Madrid; 2008. p. 17. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiacia/enfermedadCeliaca.pdf>
- ⁷ 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. Segunda ed. Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Df260.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271598697169&ssbinary=true>
- ⁸ Parada A, Araya M. El gluten. Su historia y efectos en la enfermedad celíaca. 2010;138:1319-1325. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n10/art%2018.pdf>



⁹ Cubero Santos A, Rodríguez Romero L, Rodríguez Martínez A, Espín Jaime B, Pizarro Martín A. Intolerancia y alergia alimentaria. Vox Paediatrica 2008;16(1):34-60. Disponible en: <http://spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed16.1pags54-60.pdf>

¹⁰ Blanco Quirós A. Evolución histórica de los conocimientos sobre la enfermedad celíaca. Arranz E, Garrote JA, editores. Enfermedad celíaca. Introducción al conocimiento actual de la enfermedad celíaca. Segunda edición. Madrid: ERGON; 2011. p. 1-21. Disponible en: https://www.celiacosmadrid.org/docus/EC_Conocimiento_actual.pdf

¹¹ Marcos Fonalleras D, Sánchez Garrido A, González Bernardo O, Rodrigo Sáez L. Enfermedad Celíaca. Manual del Residente de Aparato Digestivo (MRAD) Madrid: ENE publicidad; 2006. p. 414-434. Disponible en: <http://www.celiaconline.org/Secciones%20Web/Descargas/Archivos/Celiaca.%20029..pdf>

¹² Cueto Rúa EA, Nanfite G, Guzmán L. La Enfermedad Celíaca. Ludovica 2006;8(3):85-99. Disponible en: http://www.ludovica.org.ar/idip/revista/2006_3.pdf

¹³ Celiacos.org, FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España) [sede Web]. Madrid: FACE; [actualizada en 2011; acceso el 20 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://www.celiacos.org/sala-de-prensa/notas-de-prensa/373-aumenta-el-numero-de- diagnosticos-de-enfermedad-celiaca.html>

¹⁴ Rodrigo Sáez L, Álvarez Mieres N, Fuentes Álvarez D, Riestra Menéndez S. Enfermedad celíaca en el adulto. JANO 2008, 2-8 Mayo(1694):25-30. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1694/25/00250030-LR.pdf>

¹⁵ Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC. Enfermedad celíaca. Pediatría Integral (Pediatr Integral) 2011;15(2):109-125. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/189061718/3-109-125-Enf-celiaca>

¹⁶ Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C, et al. Enfermedad celíaca. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología de la World Gastroenterology Organisation (WGO) 2012 Abril;1-28. Disponible en: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/enfermedad_celiaca.pdf

¹⁷ Polanco Allué O, Ribes Koninckx C. Enfermedad celíaca. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (SEGHNP-AEP) Madrid: ERGON; 2010. p. 37-46. Disponible en: <http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

¹⁸ Asociación Celíaca de Castilla y León (ACECALE). Lo que usted debe saber sobre la enfermedad celíaca ¿una enfermedad o un estilo de vida? León: Caja España, obra social; 2005. Disponible en: <http://www.saber.es/web/biblioteca/libros/la-enfermedad-celiaca/la-enfermedad-celiaca.pdf>



¹⁹ Vergara Hernández J, Vergara Díaz MA. Enfermedad celíaca. Guías Clínicas 2009 25 de Noviembre;9(36):1-7. Disponible en: https://www.celiacosmadrid.org/docus/rc/2009_protocolo_fisterra.pdf

²⁰ Vivas Alegre S, Ruiz de Morales JM. Enfermedad celíaca refractaria. In: Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. Libro blanco de la enfermedad celíaca. Primera ed. Madrid: ICM; 2008. p. 69-77. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+BLANCO+DE+LA+ENFERMEDAD+CELIACA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770620&ssbinary=true>

²¹ Pallarés Manrique H, Benítez Rodríguez B. Controversias del congreso: enfermedad celíaca refractaria. RAPD online 2008;31(4):107-112. Disponible en: www.sapd.es/revista/rapd.php?capitulo=86

²² Riestra Menéndez S. Enfermedades asociadas. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. Libro blanco de la enfermedad celíaca. Primera ed. Madrid: ICM; 2008. p. 41-49. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+BLANCO+DE+LA+ENFERMEDAD+CELIACA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770620&ssbinary=true>

²³ Vitoria Cormenzana JC, Castaño González L, Bilbao Catalá JR. La enfermedad celíaca en España. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. Libro blanco de la enfermedad celíaca. Primera ed. Madrid: ICM; 2008. p. 113-121. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+BLANCO+DE+LA+ENFERMEDAD+CELIACA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770620&ssbinary=true>

²⁴ Menchén Viso L, Lo Iacono O. Procesos autoinmunes asociados a la enfermedad celíaca. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. Libro blanco de la enfermedad celíaca. Primera ed. Madrid: ICM; 2008. p.59-67. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+BLANCO+DE+LA+ENFERMEDAD+CELIACA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770620&ssbinary=true>



- ²⁵ Fonseca Capdevila E. Dermatitis herpetiforme y otras manifestaciones cutáneas. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, editor. Libro blanco de la enfermedad celíaca. Primera ed. Madrid: ICM; 2008. p. 51-57. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+BLANCO+DE+LA+ENFERMEDAD+CELIACA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770620&ssbinary=true>
- ²⁶ Vergara Hernández J, Díaz Peral R. Celiaquía y atención primaria. SEMERGEN 2001;27(1):14-23. Disponible en: <http://www.celiaconline.org/Secciones%20Web/Descargas/Archivos/Celiaquia%20y%20atencion%20primaria.pdf>
- ²⁷ Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade R. Diagnosis and management of IBS in adults. Georgia (USA): *Am Family Physician*.2012 1 September;86(5):419-26. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2012/0901/p419.pdf>
- ²⁸ O'Brien J, Chennubhotla S. Treatment of Edema. Kentucky (USA): *American Family Physician* 2005 1 June;71(11):2111-2117. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2005/0601/p2111.pdf>
- ²⁹ Krane SM, Holick MF. Enfermedad ósea metabólica. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al, editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 14ª ed. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana; 2008. p. 2557-2570.
- ³⁰ Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, et al. Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes: An Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010 June;95(6):2536-2559. Disponible en: <http://www.natap.org/2011/newsUpdates/2536full.pdf>
- ³¹ Heidelbaugh JJ. Management of erectile dysfunction. Michigan (USA): *Am Fam Physician*. 2010 1 February;81(3):305-312. Disponible en: <http://www.sonoma.edu/users/w/wilkosz/n540a-07/ManagementofED.pdf>
- ³² Sánchez Bravo C, Morales Carmona F, Pimentel Nieto D, Carreño Meléndez J, Guerra Rivera G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. *Perinatol Reprod Hum* 2002;16:16-25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip021d.pdf>
- ³³ Asociación Americana de Psiquiatría editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos el DSM-5. Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
- ³⁴ Qaseem A, Snow V, Cross T, Forciea M, Hopkins R, Shekelle P, et al. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *American College of Physicians (ACP) Clinical Practice Guidelines*. 2008 4 March(5);148:370-378. Disponible en: http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/Dementia-Clinical-Practice-Guideline.pdf



³⁵ French JA, Pedley TA. Initial management of epilepsy. Massachusetts (USA): *The new england journal of medicine (N Engl J Med) clinical practice*. 2008 10 July;359(2):166-176. Disponible en: <http://miltonmarchioli.com.br/blog/wp-content/uploads/Initial-Management-of-Epilepsy.pdf>

³⁶ Vitoria Cormenzana JC, Bilbao Catalá JR, Irastorza Terradillos I. Nuevos campos de investigación en la enfermedad celíaca. *Enfermedad celíaca: presente y futuro*, editor. Enfermedad celíaca: presente y futuro Madrid: Ergon; 2013. p. 105-112. Disponible en: http://www.idipaz.es/NoticiasAdjuntos/114_EnfermedadCeliaca.pdf

³⁷ Polanco Allué I, Roldán Martín B, Arranz Leirado M. Protocolo de prevención secundaria de la enfermedad celíaca. Madrid: Salud Madrid; 2006. Disponible en: <http://www.celiaconline.org/Secciones%20Web/Descargas/Archivos/protocolo.pdf>

³⁸ FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España), La Dieta Sin Gluten [sede Web]. Madrid: FACE; [actualizada en 2011; acceso el 3 de Febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.celiacos.org/la-dieta-sin-gluten.html>

³⁹ Strauch K, Cotter V. Celiac Disease: an overview and management for primary care nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners (JNP)* 2011 July/August;7(7):588-599. Disponible en: <file:///C:/Users/USURIO/Downloads/1-s2.0-S1555415511001243-main.pdf>

⁴⁰ Lauret Braña ME, Pérez Martínez I, Rodrigo Sáez L. Seguimiento del paciente celíaco adulto. *Enfermedad celíaca: presente y futuro* Madrid: Ergon; 2013. p. 85-94. Disponible en: http://www.idipaz.es/NoticiasAdjuntos/114_EnfermedadCeliaca.pdf



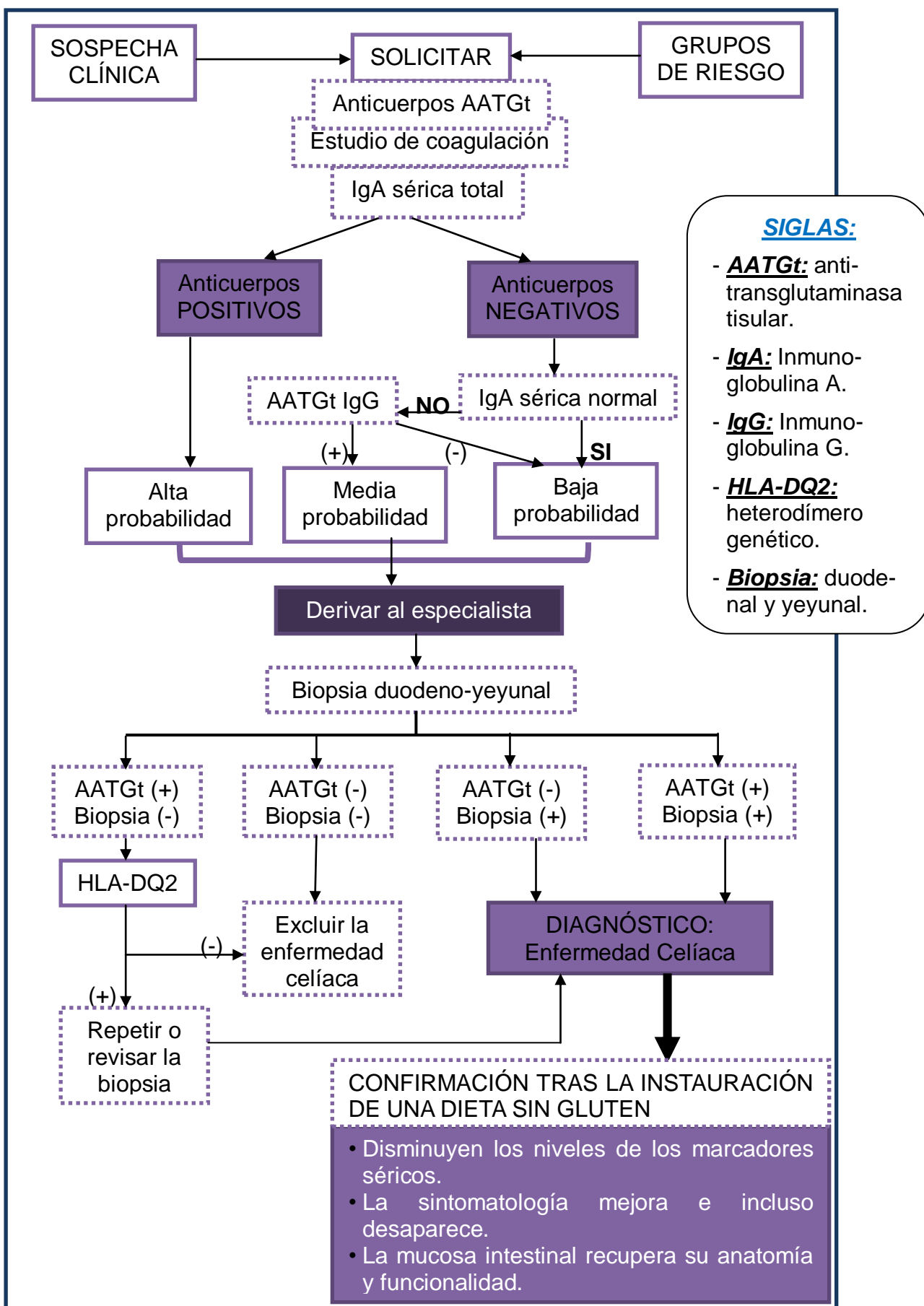
ANEXOS

ANEXO I: MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA POBLACIÓN CELÍACA ADULTA.^{7,9,15,19}

	SÍNTOMAS	SIGNOS Y ALTERACIONES ANALÍTICAS
MANIFESTACIONES INTESTINALES	<ul style="list-style-type: none"> - Dispepsia. - Diarrea crónica o estreñimiento. - Síndrome de intestino irritable. - Dolores abdominales. - Vómitos. - Meteorismo o flatulencia. - Anorexia, falta de apetito o inapetencia. - Distrés post-pandrial 	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición por malabsorción. - Hinchazón abdominal.
MANIFESTACIONES EXTRA-INTESTINALES	<ul style="list-style-type: none"> - Músculo-articulares: calambres, dolores óseos y artralgias o dolores articulares. - Trastornos reproductivos: <ul style="list-style-type: none"> •Mujeres: infertilidad, abortos frecuentes, hijos con bajo peso al nacer, menopausia precoz y amenorrea. •Hombre: hipogonadismo, disfunción sexual e impotencia. - Neurológicas: ansiedad, depresión, ataxia progresiva, parestesias, tetania, encefalopatía progresiva, demencia y cefaleas o migrañas. - Psiquiátricas: pasividad, irritabilidad y apatía. - Otras: cansancio o fatiga o astenia y pérdida de peso inexplicable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Óseos: osteopenia, osteoporosis, osteomalacia e historia de fracturas óseas. - Articulares: debilidad muscular. - Cutáneas: quelitis angular, estomatitis aftosa o aftas recurrentes e hipoplasia del esmalte dentario - Alteración en la coagulación: malabsorción de la vitamina K e hipoprotrombinemia. - Cambios en el estado del ánimo - Anemia ferropénica. - Hipertransaminasemia. - Hipoesplenismo. - Edemas periféricos por hipoalbuminemia. - Leucopenia. - Hipoalbuminemia. - Déficit de vitamina B₁₂. - Déficit de ácido fólico.



ANEXO II: ALGORITMO DIAGNÓSTICO. 7,9,11,15,37



SIGLAS:

- **AATGt:** anti-transglutaminasa tisular.
- **IgA:** Inmunoglobulina A.
- **IgG:** Inmunoglobulina G.
- **HLA-DQ2:** heterodímero genético.
- **Biopsia:** duodenal y yeyunal.