



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Ciclo de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Sede CRUZ ROJA SAN RAFAEL

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD SOBRE CELIAQUÍA Y SU INFLUENCIA EN EL DIAGNOSTICO

(Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal,
realizado en el consultorio de Pediatría del centro de salud
nº 107, en el distrito 25 de Mayo, San Rafael, Mendoza,
febrero, año 2009)

DIDIER BUSTAMANTE

NELSON MOYANO

Mendoza, Diciembre de 2009

ENFERMEDAD CELIACA

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo y no puede ser publicada en todo o en parte, sin el expreso consentimiento de las autoridades de la Escuela o de los autores del estudio.

ENFERMEDAD CELIACA

Tribunal Examinador

Presidente:.....

Vocal:.....

Vocal:.....

Nota:..... Fecha:...../...../.....

PRÓLOGO

Estudios recientes revelan que de cada cien personas, una es celiaca y por cada una diagnosticada hay ocho que no tienen un diagnóstico de certeza debido tanto a la falta de medios como de conocimientos de la enfermedad.

Por ello, esta estadística indica que sigue siendo necesario difundir la enfermedad celiaca, no solo en la población en general sino también en los equipos de salud, ya que esta patología se identifica gráficamente por un iceberg cuya punta conocemos con la triada característica: diarrea, desnutrición y dolor abdominal.

Pero lo que queda por debajo de la superficie es lo que hace que no pensemos en ella con frecuencia y por ende hagamos un diagnóstico tardío o lo que es peor erróneo.

La enfermedad requiere de un diagnóstico precoz y oportuno a fin de que el paciente realice un tratamiento adecuado consistente en una dieta estricta, libre de gluten para lograr así una calidad de vida óptima.

Es necesario que el paciente celiaco entienda que puede llevar una vida absolutamente normal, y por ello es fundamental contar en primer lugar con el apoyo familiar y luego con la contención de un equipo interdisciplinario de salud.

“La celiaquía es un modo de ser”

Dra Susana Torres

ÍNDICE GENERAL

	Página
ADVERTENCIA.....	II
APROBACIÓN.....	III
PRÓLOGO.....	IV
INDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	VI
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	3
MARCO TEORICO.....	4
DISEÑO METODOLIGICO.....	18
Tipo de estudio.....	18
Universo.....	18
Muestra.....	18
Plan de recolección y procesamiento de datos.....	18
TABLAS Y GRAFICOS.....	19
RESULTADOS.....	31
CONCLUSIÓN.....	33
DISCUSIÓN.....	34
PROPUESTAS	35
ANEXOS.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	39

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Página
Tabla y Gráfico N° 1.....	19
Tabla y Gráfico N° 2.....	20
Tabla y Gráfico N° 3.....	21
Tabla y Gráfico N° 4.....	22
Tabla y Gráfico N° 5.....	23
Tabla y Gráfico N° 6.....	24
Tabla y Gráfico N° 7.....	25
Tabla y Gráfico N° 8.....	26
Tabla y Gráfico N° 9.....	27
Tabla y Gráfico N° 10.....	28
Tabla y Gráfico N° 11.....	29
Tabla y Gráfico N° 12.....	30

PLANTEO DEL PROBLEMA

La enfermedad celiaca, es un trastorno producido por una alteración genética a nivel del cromosoma 14; pero para que la enfermedad se manifieste deben estar presentes, en forma simultánea, dos componentes fundamentales: el hereditario por un lado y por otro un externo que se da por el consumo de proteínas tóxicas que se encuentran en algunos alimentos y que son atrofiantes de la mucosa intestinal.

Su incidencia varía entre 1 en 300 (Irlanda occidental) y 1 en 5000 nacidos vivos en Suecia.¹

Es una enfermedad en la cual la membrana del intestino delgado o mucosa intestinal, se ha dañado por causa del consumo de alimentos que contienen cereales en su composición como el trigo, la cebada el centeno y posiblemente en la avena por cuestiones de contaminación cruzada, por eso se hace referencia a los alimentos sin TACC, sigla formada por las iniciales de los nombres de estos cereales.

En caso de la avena se discute sobre su toxicidad, por que se cree que es menos potente que los demás cereales, cabe destacar que el arroz y el maíz no presentan ningún grado de toxicidad.

Los cereales que identificamos como tóxicos, para el resto de la población son inofensivos, en los celíacos dañan la mucosa intestinal y atrofian las vellosidades del intestino que son como pliegues agrupados en forma de dedos que por su intermedio se produce la absorción de los nutrientes de los alimentos.

¹ Richard E Behrman, "ENFERMEDAD CELIACA (ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN)" Nelson. Manual de Pediatría 16ª edición. Pag. 1191 a 1193 Madrid. 07/10/2002

ENFERMEDAD CELIACA

Cabe aclarar que no son los cereales en si los que producen la afección, si no ciertas proteínas que se encuentran en su composición las que se conocen con el nombre de pro láminas tóxicas, las que mencionaremos a continuación según su grado de toxicidad:

- del trigo: gliadina
- del centeno: secalina
- de la cebada: hordeina
- de la avena: avenina

Lo que provoca estas toxinas, es la mala absorción de lípidos, hidratos de carbono, y en menor grado las proteínas. Esto lleva a una irritación a nivel del intestino, perdida de apetito, diarrea, y en especial esteatorrea que es una diarrea cuyo principal componente en la materia fecal, es la grasa.

Una vez introducida la problemática y de acuerdo a los conceptos vertidos que intentan justificar el tema de estudio, planteamos el problema como sigue:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre celiaquía de las personas que asisten al consultorio de pediatría del Centro de Salud N°107 del distrito 25 de Mayo, San Rafael durante febrero de 2009, y qué puede aportar enfermería para la detección precoz?

OBJETIVOS del ESTUDIO

GENERAL

- Determinar que conocimientos existen sobre Enfermedad Celiaca en una comunidad

ESPECÍFICOS

- Identificar las dudas, mitos y conocimientos sobre la Enfermedad Celiaca, posee la población en estudio
- Conocer si la baja prevalencia de pacientes diagnosticados tiene relación o no con la información con la que cuenta dicha población.
- Establecer el aporte que Enfermería puede brindar en la detección precoz y educación sobre esta enfermedad

MARCO TEÓRICO

Es una enfermedad auto inmune caracterizada por una inflamación crónica de la parte proximal del intestino delgado y yeyuno, causado por la exposición de gliadina, una proteína vegetal de algunos cereales en la dieta también llamada gluten.

Al ser expuesto a la gliadina, la enzima transglutinasas tisular modifica la proteína y el sistema inmune del individuo hace una reacción cruzada en contra del intestino delgado.

Es un trastorno que afecta a personas genéticamente predispuestas, de todas las edades a partir de la infancia.

Los principales síntomas que manifiesta esta enfermedad son diarreas crónicas, retraso en el crecimiento y/o del desarrollo infantil, estos síntomas pueden no presentarse y aparecen en ves, síntomas cualquiera de casi todos los órganos y sistemas restantes del cuerpo. La incidencia de la enfermedad varia en forma significativa de acuerdo a cada continente y hasta cada país, en la Argentina va desde un 1 a un 1,5% de la población, aunque se piensa que es sub.-diagnosticada.

Como resultados de estudios precoces, se está observando un número creciente de diagnosticados asintomático

Se puede presentar en cualquier etapa de la vida, y aunque se suele diagnosticar en la infancia, en países desarrollados se diagnostica cada vez más en adultos. Es más frecuente en raza blanca y en climas tropicales.

Para que se declare enfermedad es preciso que exista una predisposición genética y un disparador. En caso de las mujeres el disparador puede ser el primer parto y en los hombres cualquier intervención quirúrgica abdominal.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Conocida en los últimos años como la “enfermedad irlandesa”, la EC ha pasado por distintas fases a lo largo de la historia, hasta hoy.

Las primeras descripciones sobre celíacos fueron realizadas en la segunda mitad del siglo segundo después de Cristo, por Areteo de Capadocia, médico helenístico- Romano, coetáneo de Galeno. En ella Areteo hacía referencia a sujetos desnutridos, con deposiciones abundantes, malolientes, que empeoraban cuando ingerían trigo, uno de los productos que fueron base de la alimentación de la humanidad.

La palabra griega que empleó para identificar a los pacientes fue *koiliakos* (de lo cual deriva Celiaco), que significa originariamente “los que sufren de los intestinos”.

No es hasta diecisiete siglos después donde encontraron una descripción más precisa sobre la EC. En 1884, Louis Dühring describe por primera vez la dermatitis Herpetiforme (o enfermedad de Dering Broca); y ya en 1888 Samuel Gee en Gran Bretaña, profetiza que “la regulación de la alimentación es la parte importante del tratamiento”.

En 1921 y 1938 las investigaciones de la intolerancia celíaca se encaminan hacia una intolerancia a los hidratos de carbono.

En 1950, el pediatra holandés Williem Kare Dicke, en su tesis doctoral, fue el que demostró que si excluía el trigo, la avena y el centeno, la enfermedad mejoraba drásticamente. Si se sustituían por el arroz y maíz, el apetito volvía, la absorción de las grasas mejoraba y la diarrea grasa desaparecía; se percató de este hecho durante la II guerra mundial, ante la falta de aprovisionamiento de productos derivados del trigo. Tras la guerra al volver a disponer de estos

ENFERMEDAD CELIACA

productos, el índice de afectados por la enfermedad, retornó al mismo nivel que había previamente a la guerra.

En 1954, Pauly describió por primera vez la lesión intestinal: atrofia vellositaria.

En 1958, Cyrus L. Rubin y sus colaboradores, demostraron que la patología en el niño y el adulto era la misma enfermedad.

En 1960, los médicos especialistas en dermatología comienzan a relacionar la Dermatitis Herpetiforme, con la Atrofia Vellositaria, ya que con la ausencia de gluten se notaba mejoría en los pacientes.

En 1980, Michael Marea, y colaboradores, enfatizaron el rol del sistema inmune y la presencia del daño intestinal de la enfermedad

LA EC EN ARGENTINA

Un estudio realizado entre 1998 y 2000 por la unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas del Hospital "San Martín" de La Plata, a cargo de Juan Carlos Gómez, permitió diagnosticar la celiaquía en **una de cada 167 personas sanas; el 70 por ciento de ellas no tenía ningún tipo de síntomas**. El muestreo -en el que colaboró también el Hospital "Bonorino Udaondo" de Capital Federal (especializado en gastroenterología)-, fue el primer trabajo en Sudamérica de prevalencia de esta enfermedad en la población general adulta, y los valores estadísticos obtenidos fueron semejantes a los de otros países con similares patrones genéticos y de alimentación.

"Hace diez o quince años creíamos que había un enfermo cada 800 ó 1000 personas; ahora se sabe que hay uno cada 160, aproximadamente, y que en algunos países del mundo ya se habla de uno cada 50. Es decir que si antes

teníamos un celíaco por escuela, ahora podríamos decir que tenemos prácticamente uno por grado, o cada dos. El que se diagnosticaba antes era el que tenía diarrea, desnutrición o distensión abdominal, pero ahora sabemos que hay chicos que se cansan, otros que tienen anemia, otros que son callados, otros que tienen mal carácter, que les duele la panza, o que se les cae el pelo, que son celíacos, pero como no son desnutridos no se hace el diagnóstico", comenta Eduardo Cueto Rúa, jefe del servicio de Gastroenterología del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata y fundador del club de madres de niños celíacos, que es hoy la Asociación Celiaca Argentina.²

Actualmente la incidencia de la enfermedad en nuestro país es de 1 cada 150 habitantes, y se cree que por cada paciente diagnosticado, habría 8 sin diagnosticar, por lo que esas cifras podrían modificarse ampliamente.

LA ASOCIACIÓN CELIACA ARGENTINA

En el año 1978 madres convocadas por un joven médico pediatra y gastroenterólogo, el Dr. Eduardo Cueto Rúa, fundaron el "club de madres de niños celíacos" en el Hospital de niños "Sor Maria Ludovica", en la ciudad de La Plata. Eran los primeros pasos, los primeros 5 años de intensa y silenciosa labor de 12 inquebrantables voluntades para la creación luego de la Asociación Celiaca Argentina, una entidad civil sin fines de lucro, pionera en América Latina, cuyo único fin es el de ayudar y brindar apoyo a quienes padecen la enfermedad.

El trabajo de esta asociación se extiende hacia la comunidad, intentando desarrollar un buen nivel informativo a través de los medios masivos de comunicación, a fin de conectar la problemática celíaca a la sociedad. También pretenden concientizar al sector industrial ligado a la fabricación de alimentos y

² Ministerio de Salud "ENFERMEDAD CELIACA" Publicación del centro de Difusión de Celiaquia; Año 3; publicación N°. 5 pag de la Prov. de Bs. As. Febrero de 2009

medicamentos; y accionan frente a los poderes públicos en la búsqueda de medidas de asistencia al Celiaco.

Desde su creación hasta la actualidad, los logros han sido muchos. La conciencia que se ha creado en la sociedad y en algunas empresas ha aumentado considerablemente, aunque aun no lo suficiente.

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

La gliadina del trigo y las prolaminas de otros cereales son lesivas para estos enfermos. La susceptibilidad probablemente está determinada genéticamente y por factores ambientales. La enteropatía latente por el gluten puede ponerse en marcha en un segundo insulto.

En caso de los gemelos monocigóticos, muestran una coincidencia de 70 por 100 de ellos respecto al este proceso. La enfermedad manifiesta aparece en un 2-3 por 100 de los familiares de primer grado, mientras que un 10 por 100 tienen atrofia de las vellosidades sin síntomas.

La alimentación al pecho materno parece disminuir el riesgo de EC y retrasa el comienzo de los síntomas.

El mecanismo por el cual la gliadina lesiona al intestino delgado se desconocen, pero esta exaltadas tanto las respuestas de la inmunidad celular como las mediadas por células. El péptido más tóxico de la gliadina es una fracción de la misma, Los anticuerpos antigliadina de tipo IgA son indicadores fidedignos de la sensibilidad al gluten. También existe una evidente enteropatía por gluten en la dermatitis herpetiforme, como se demuestra por el aplastamiento de las vellosidades.³

³ Richard E Behrman, "ENFERMEDAD CELIACA (ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN)" Nelson. Manual de Pediatría 16ª edición. Pag. 1191 a 1193 Madrid. 07/10/2002

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la EC varían desde mal absorción intestinal grave hasta la normalidad completa o casi completa. En casos típicos, el enfermo presenta irritabilidad, anorexia, diarrea crónica al final del primer año.

Las heces son malolientes y de color pálido, el niño pesa poco y es quizás, de estatura baja y tiene poca masa muscular, sobre todo, en las partes proximales de los miembros. En los niños mayores cuya enfermedad esta en actividad es frecuente la hipoplasia de esmalte. Otros signos físicos pueden ser, úlceras de la boca, lengua lisa, sangrado excesivo con los roces, acropaquias y edemas periféricos. Sin embargo la presencia o no de los síntomas es muy variada. Algunos pacientes que padecen la enfermedad se encuentran completamente bien y no manifiestan signos de la enfermedad hasta que son adultos.

OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Disminución de la superficie de absorción de los nutrientes, como consecuencia de de la perdida de las vellosidades del intestino delgado.
- Importante mejoría al retirar el gluten de la dieta.
- Carencia nutritiva de hierro, vitamina B12, vitamina D.
- Aumento de riesgo de desarrollar linfomas, en los casos no tratados.
- Dermatitis herpetiforme.
- Distensión abdominal, estatorrea y desnutrición
- Dolor abdominal recurrente.
- Fatiga habitual
- Trastornos psíquicos, depresión, irritabilidad.
- Retardo de menarquia(mujeres)
- Infertilidad
- Abortos repetidos

ENFERMEDAD CELIACA

- Osteopenia del adulto (5% de ellas corresponde a EC)
- Otros órganos pueden dañarse como dientes, páncreas, hígado y tiroides (debido a la mal absorción de alimentos).

FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA EC

- Celiaquía Clásica: Donde predominan los trastornos intestinales, es la mas fácil de detectar y constituye la punta del iceberg celiaco.
- Celiaquía potencial: Comprende a las personas que tienen predisposición genética (familiares de 1º grado con EC) y presenten alteraciones inmunológicas pero las vellosidades de su intestino están intactas.
- Celiaquía silente: La sintomatología es prácticamente nula pero los enfermos tienen alteradas las mucosas yeyunal (atrofia de las vellosidades).
- Celiaquía Latente Los enfermos no tienen síntomas, en general se trata de personas con predisposición genética o que sufrieron la enfermedad en la infancia pero se recuperaron. Pueden desarrollar la enfermedad de manera súbita. Esta tipología es la mas difícil de diagnosticar.
- Celiaquía Refractaria: La dieta libre de gluten no elimina los trastornos intestinales, estos enfermos tienen solo 50% de supervivencia ya que la predisposición a desarrollar procesos neoplásicos, como el linfoma e infecciones concomitantes es muy alta.

DIAGNOSTICO DE LA EC

El diagnóstico precoz de la EC y el inicio de la dieta sin gluten mejora la calidad de vida del paciente, se evita el desarrollo futuro de complicaciones y de enfermedades asociadas de naturaleza auto inmune, además de reducirse

la mortalidad y disminuir los costes económicos originados en consultas y pruebas complementarias, realizadas durante años, hasta que se obtiene el diagnóstico de EC.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Si la EC se sospecha fuertemente por las manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio se requiere una biopsia intestinal para confirmar o refutar la enfermedad, y la determinación de marcadores serológicos (anticuerpos) es necesaria. Los marcadores serológicos tienen su lugar en las siguientes circunstancias:

A. Test serológicos de cribage (screening)

I. Si la probabilidad de EC es baja, o las manifestaciones son atípicas, unos anticuerpos negativos pueden evitar la realización de la biopsia intestinal.

II. Como medida de cribage (screening) en sujetos asintomáticos: por una parte familiares directos de enfermos celíacos; por otra parte en pacientes con DM (Diabetes Mellitus) tipo I, hipotiroidismo auto inmune, cirrosis biliar primaria, hepatitis crónica auto inmune, etc.

III. Como medida de control del cumplimiento de la dieta sin gluten. Si ésta se hace correctamente los anticuerpos se negativizarán.

Es importante recordar que los anticuerpos de clase IgA no se generarán en individuos que no segreguen IgA (5 % en la población), lo que puede obligar a requerir determinar anticuerpos de tipo IgG, en general menos sensibles.

□ Anticuerpos antigliadina (AAG):

Los de tipo IgA tienen una sensibilidad del 75 – 93 % y una especificidad del 95 % (algo menor en el adulto). Son los más útiles en relación al coste-beneficio. Es importante saber que algunas enfermedades que no son EC pueden cursar con AAG positivos: esofagitis por reflujo extensa y severa, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, fibrosis quística y Síndrome de Down.

□ Anticuerpos antiendomiso (AAE):

Se consideran actualmente el “patrón oro” ya que tienen una sensibilidad cercana al 100 % y una especificidad del 95 %. Técnicamente son difíciles de determinar (y más caros), ya que deben testarse en secciones de esófago de mono Rhesus o en cordón umbilical humano (éticamente preferible).

□ Anticuerpos antirreticulina (AAR):

Menos empleado debido a su menor sensibilidad (85 %) y especificidad (65 %).

□ Anticuerpos antitransglutaminasa tisular AATT):

Son en realidad el auto antígeno responsable de la positividad de los AAE en la E.C., su sensibilidad y especificidad son en la práctica del 100 % y están reemplazando al resto de los marcadores.

B. Test morfológicos de ayuda diagnóstica y diferencial

I Radiología simple y con contraste:

La radiología simple de abdomen es inespecífica. La radiología baritada tampoco proporciona datos específicos, aunque puede revelar distorsión del

patrón mucoso, interrupción de la columna de bario, dilatación y moldeado de asas intestinales y dilución del bario, con patrón en “nevada”. El principal valor de esta prueba es diferencial: en el SMA debido a EC el patrón intestinal es difuso, mientras que otros casos (por ej. Enfermedad de Crohn yeyuno-ileal) el patrón es segmentario

II Biopsia duodenal o intestinal:

El diagnóstico de certeza de la EC sólo puede obtenerse con el estudio de la biopsia duodenal (mediante gastroduodenoscopia) o de la biopsia intestinal (mediante cápsula de Crosby o de Watson). En el momento actual es preferible la duodenoscopia pues es más rápida de completar y permite la obtención de varias biopsias, no una sola, y además dirigidas.

Se basa en el hallazgo de lesiones características de la mucosa duodenal y yeyunal en biopsias por succión de la mucosa; en la mejoría clínica y analítica lograda con una dieta sin gluten; y en la reaparición de las lesiones al reanudar el contacto con el gluten. Esta última prueba puede no ser conveniente en algunos enfermos, dado el riesgo de de exacerbar la enfermedad. No debe hacerse una prueba de provocación con gluten hasta pasado 2 años, como mínimo, de haber iniciado el tratamiento, para dar tiempo a que se cure la mucosa. Conviene saber que después de curarse, muchos niños con auténtica enfermedad celiaca pueden tomar pequeñas cantidades de gluten durante meses sin que aparezcan síntomas, pueden transcurrir hasta 2 años sin síntomas.

PROTOCOLO PARA REALIZAR BIOPSIA

En 1969 la ESPGHAN (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hematology and Nutrition) fijó los criterios diagnóstico de la enfermedad Celiaca, conocidos como criterios de Interlaken, recomendando 3 biopsias intestinales para el diagnóstico de EC.

En 1990, esta misma asociación revisó estos criterios de biopsia, según los cuales sin los síntomas (típicos y atípicos) y la serología son sugestivos, se realiza una sola biopsia y si se observa mejoría con la dieta, se considera confirmado el diagnóstico. Una nueva revisión en 2000, ratificó dicho criterio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A parte de llegar al diagnóstico definitivo (que será mixto, morfológico y funcional), pueden necesitarse otras investigaciones complementarias para averiguar las deficiencias nutricionales específicas (vitaminas, minerales), evaluar el estado nutricional (peso, pliegues cutáneos, circunferencia del brazo, etc.) y excluir otras enfermedades capaces de causar SMA, o diarrea crónica con adelgazamiento, es decir; hacer el diagnóstico diferencial. Este se planteará fundamentalmente con:

- Enfermedad de Crohn yeyuno-ileal
- Insuficiencia pancreática
- Esprue tropical
- Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano crónico intestinal
- Enfermedad de Whipple
- Infestación por Giardia Lamblia
- Hipertiroidismo⁴

TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad celiaca consiste en la eliminación indefinida de la dieta de todos los alimentos que contengan gluten. La dieta sin gluten excluye todas las semillas de cereales, excepto el arroz, el maíz, y la soja. Por

⁴) Dr. Gerardo Miguel Borda, Dr. Antonio Martín Kriebaum, Dr. Fernando Ariel Sanchez, Dr. Carlos Guillermo Nicoletti "ENFERMEDAD CELIACA: AUN SUBESTIMADA Y SUBDIAGNOSTICADA" Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina - N° 159 – Pág. 26-30 BS AS Julio 2006

lo tanto, deben evitarse los productos que contengan trigo, centeno y cebada y avena, como pan, pastas, productos de pastelería, la mayoría de las conservas y también la cerveza.

Aunque en la EC activa hay disminución de la actividad de las disacaridasas de las mucosas es raro que haya intolerancia para los disacáridos. Algunos enfermos que tienen un déficit comprobado de lactosas mejoran con un breve periodo de restricción de disacáridos. En los primeros meses del tratamiento se aconsejan suplementos de vitaminas liposolubles y también deben darse los correspondientes suplementos de hierro o de folatos a quienes los necesiten.

El tratamiento dietario de por vida se realiza mejor y con mas garantías con la ayuda de especialistas en nutrición y con recetas e instrucciones detalladas por escrito.

PRONOSTICO

La mejoría clínica lograda con la dieta sin gluten es muy satisfactoria. Hay notables mejoras de humor del apetito y los episodios de diarrea van desapareciendo. En la mayoría de los casos estos cambios se ven después de una semana de iniciar el tratamiento. Los enfermos de mayor edad y los que están más enfermos tienen tendencia a mejorar más lentamente, pero una vez lograda la mejoría, el paciente con EC debe considerarse como una persona sana. No se sabe que haya complicaciones a largo plazo del tratamiento dietario sin gluten.

En pacientes adultos la incidencia de neoplasias intestinales (linfomas, adenocarcinomas) es mayor que en la población normal; los pocos datos

disponibles no indican que el tratamiento dietético evite el desarrollo de un proceso maligno.⁵

LA ENFERMEDAD CELÍACA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La relación que tiene el personal de enfermería con la EC, podemos decir que esta se basa principalmente en la colaboración que presta tanto al momento de diagnosticar como en la educación que requiere este tipo de paciente respecto a la dieta y cuidados que tiene que tener.

En el diagnóstico, es importante que el enfermero conozca los principales síntomas de la enfermedad como también otras enfermedades relacionadas con la ella, para que al momento en que este en contacto con el paciente, pueda detectar a los posibles afectados para luego sugerir tanto al paciente como al médico sobre la posibilidad de solicitar analítica y estudios complementarios para poder detectar la mayor cantidad de pacientes posibles que aun estén sin diagnosticar.

Otra función importante de enfermería es la colaboración en la realización de biopsias de mucosa intestinal para confirmar el diagnóstico como en otros estudios complementarios.

En cuanto a la educación, sería la actividad en la que el personal de enfermería puede ser de mayor ayuda para el paciente, para esto es necesario que conozca muy bien las normas básicas sobre la alimentación de un paciente celiaco para que pueda acompañar en la realización del tratamiento ya sea que está hospitalizado como también al paciente ambulatorio y su familia. Para esto es necesario que el enfermero se este actualizando constantemente sobre este tema, ya que dichas normas van cambiando permanentemente.

⁵ Richard E Behrman, "ENFERMEDAD CELIACA (ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN)" Nelson. Manual de Pediatría 16ª edición. Pag. 1191 a 1193 Madrid. 07/10/2002

Otra cosa que es importante que conozca el enfermero, es donde puede derivar al paciente recién diagnosticado, ya que existen en todo el país sucursales de la Asociación Celiaca Argentina, que lo podrán ayudar y brindar información constante a cerca de su enfermedad.⁶

PRINCIPALES CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ENFERMEDAD CELÍACA

- Vigilar la exclusión total del gluten de la dieta.
- Incluir en la educación sanitaria a los familiares y, si es posible, al paciente, sobre la importancia del control dietético y la razón de la dieta.
- Dar un listado de alimentos permitidos: carnes, pescados, huevos, verduras, frutas, lácteos, cereales (arroz, maíz).
- Dar un listado de alimentos prohibidos: cereales (trigo, cebada, centeno, avena), pastas, dulces, cerveza, etc.
- Acostumbrar a los pacientes que procedan a la lectura de las etiquetas de los alimentos, para discriminar los permitidos de los no permitidos.
- Fomentar una vida normal para el niño y su familia.

⁶ Celada C "LA ENFERMEDAD CELÍACA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA" La enfermedad Celiaca. Salud y cuidados N° 2 .Julio 2002

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado en el consultorio de Pediatría del centro de salud n° 107, en el distrito 25 de mayo, San Rafael, Mendoza, febrero, año 2009.

UNIVERSO

Total de consultas del consultorio de pediatría del mes de febrero de 2009, en el Caps. 107, del distrito de 25 de Mayo, San Rafael, Mendoza. N=191 Pacientes.

MUESTRA

Para realizar el estudio se realizaron 58 encuestas a personas elegidas al azar que concurrieron al centro de salud N° 107.

PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta donde la persona tenía formulada una pregunta y tenía que marcar en la misma su respuesta mediante una cruz por SI; NO; NO SABE; NO CONTESTA.

Una vez obtenido el total de las encuestas realizadas, se procedió a analizar los resultados. Posteriormente fueron cuantificadas todas las respuestas para luego plasmarlas en tablas con sus respectivos gráficos, lo que permitió hacer más visibles los resultados obtenidos y de ese modo justificar cada uno de los comentarios realizados al pie de los gráficos como también la conclusión final del estudio.

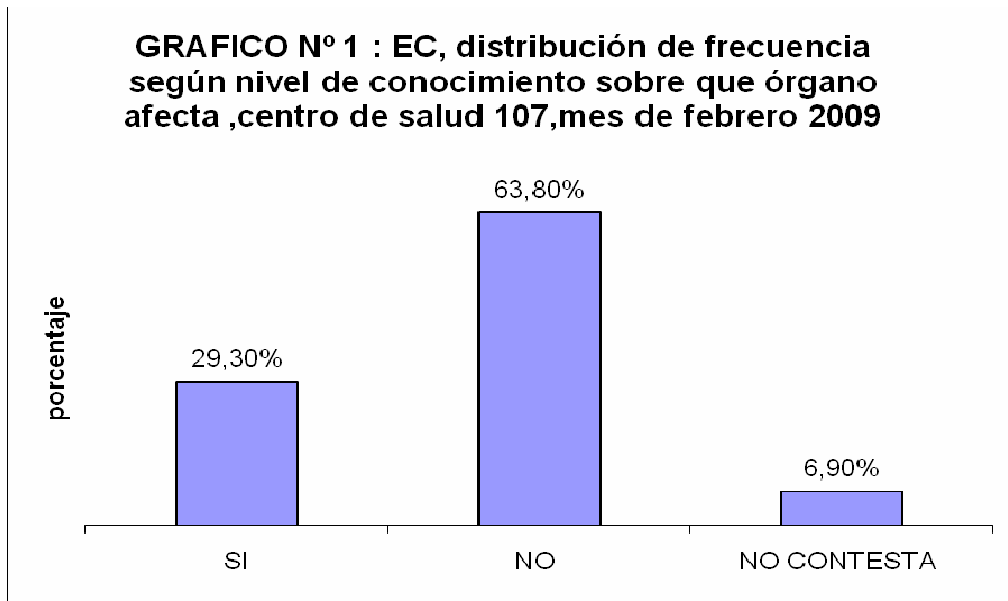
ENFERMEDAD CELIACA

TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N° 1: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre que órgano afecta, centro de salud 107, mes de febrero del 2009

RESPUESTA	F	fr%
SI	17	29,30%
NO	37	63,80%
NO CONTESTA	4	6,90%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero del 2009.



N 58

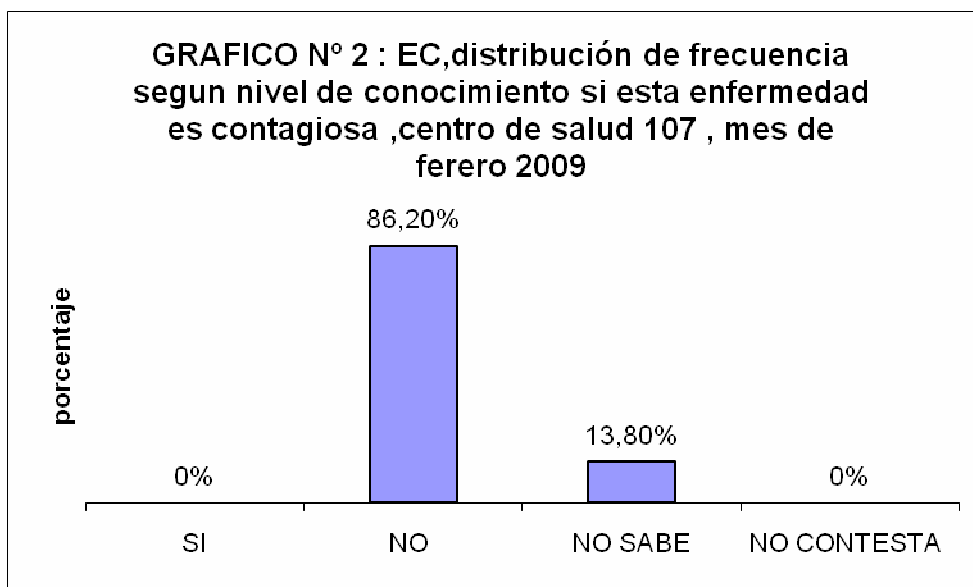
Comentario: En la EC, el órgano afectado es el intestino delgado (duodeno), que es uno de los órganos más importante ya que en esta porción se absorben la mayor parte de los nutrientes, producto de la alimentación, en nivel de conocimiento en este aspecto es bajo ya que solo el 29.3 % lo conocía

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 2: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento si esta enfermedad es contagiosa; Centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	fr %
SI	0	0%
NO	50	86,20%
NO SABE	8	13,80%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009



N 58

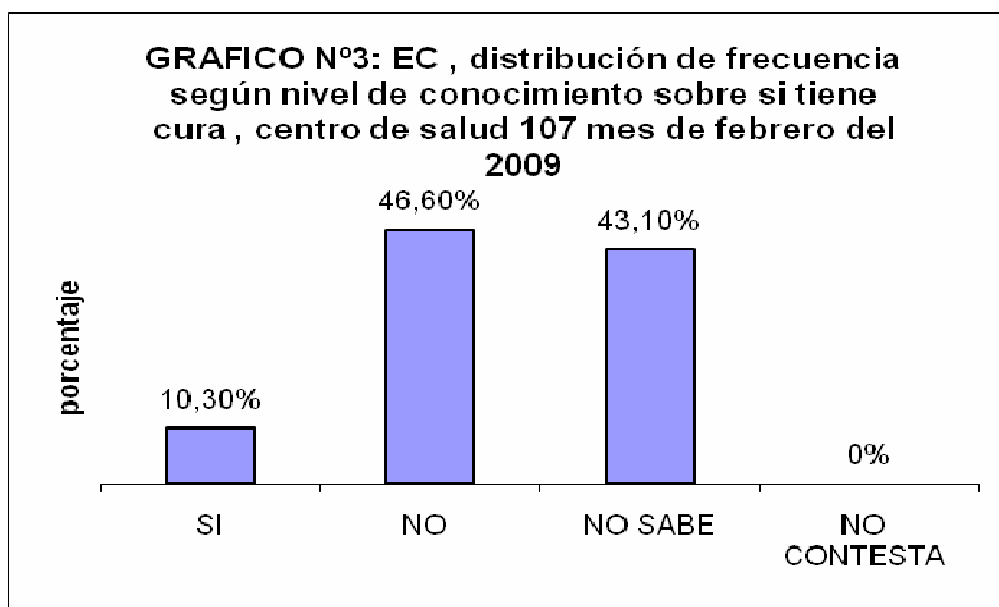
Comentario: la EC, no es contagiosa, la mayoría de los encuestado respondieron correctamente (86,2 %), solo un 13.8% no sabían

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 3: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre si tiene cura, centro de salud 107, mes de febrero del 2009

RESPUESTA	F	fr%
SI	6	10,30%
NO	27	46,60%
NO SABE	25	43,10%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo.



N 58

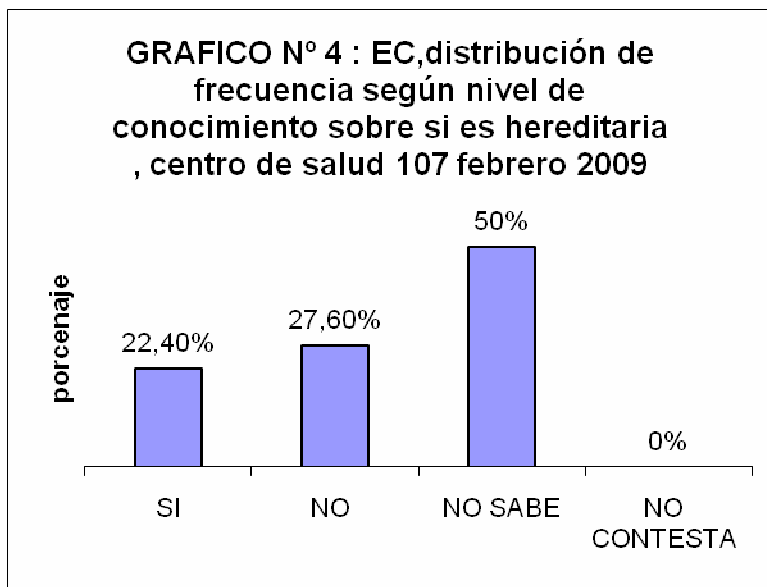
Comentario: LA EC, es una vez diagnosticada se lleva el sello para siempre, La mayor parte de los encuestados respondieron correctamente, aunque un número poco menor dijo no conocer la respuesta.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 4: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre si es hereditaria, centro de salud 107 febrero 2009

RESPUESTA	F	fr%
SI	13	22,40%
NO	16	27,60%
NO SABA	29	50%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero del 2009.



N 58

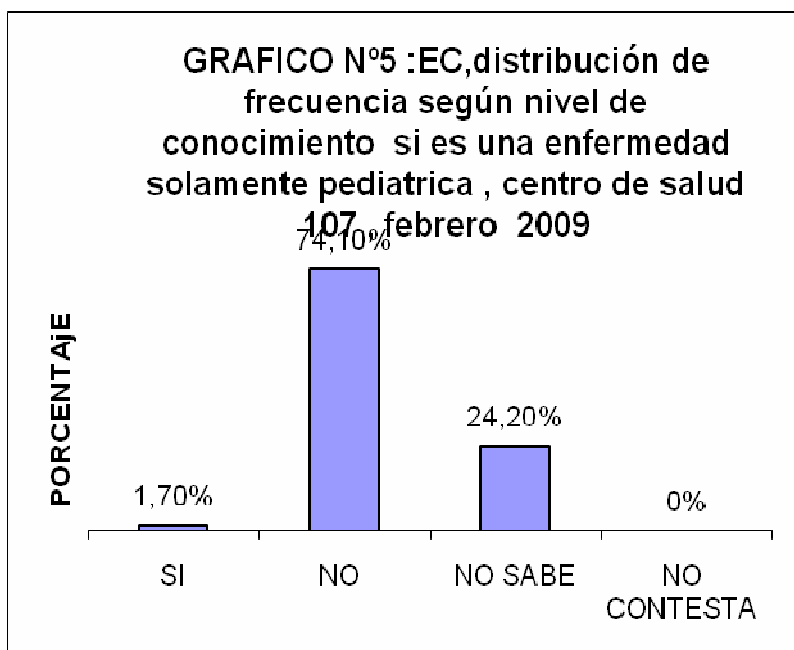
Comentario: EC, es de origen genético no hereditario, el nivel de conocimiento en este ámbito sigue siendo bajo, ya que solo el 27.6% respondieron en forma adecuada, el resto confunde hereditaria con genético los demás desconocen su origen

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 5: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento si es una enfermedad solamente pediátrica, centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	fr%
SI	1	1,70%
NO	43	74,10%
NO SABE	14	24,20%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N 58

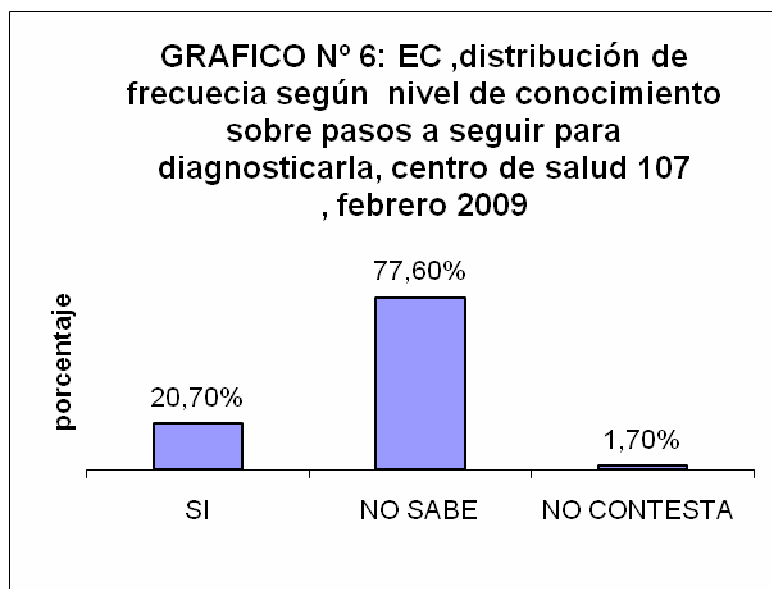
Comentario: en los últimos años se han detectado innumerables casos de celiaquía en adulto, al no poder realizar un buen estudio para determinar su prevalencia no se puede estimar el número de casos, en el análisis de este cuadro nos comprueba que el 74% de los encuestado conoce la respuesta.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 6: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre pasos a seguir para diagnosticarla, centro de salud 1007, febrero 2009

RESPUESTA	F	fr%
SI	12	20,70%
NO SABE	45	77,60%
NO CONTESTA	1	1,70%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N 58

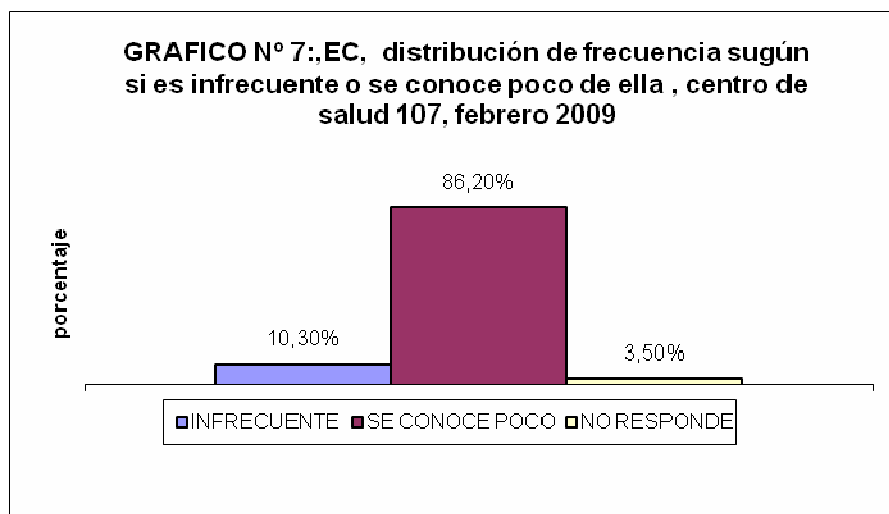
Comentario: en este cuadro nos muestra que hay una desinformación importante en cuanto a los pasos a seguir para detectar esta enfermedad solo el 20.7% de los encuestados dicen conocer como se realiza.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 7: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre si es infrecuente o se conoce poco de ella, centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	Fr %
INFRECLENTE	6	10,30%
SE CONOCE POCO	50	86,20%
NO RESPONDE	2	3,50%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N 58

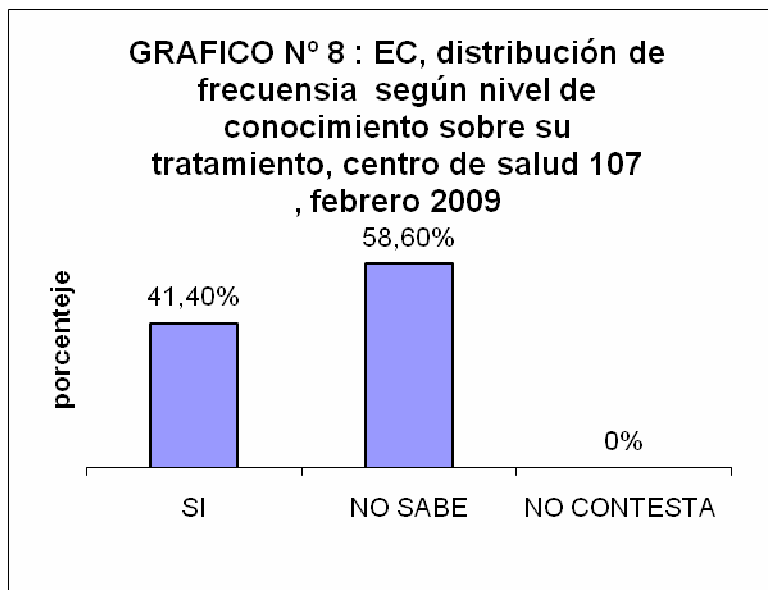
Comentario: El 86,2% de los encuestados está de acuerdo con que se conoce poco de esta enfermedad.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 8: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre su tratamiento, centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	Fr %
SI	24	41,40%
NO SABE	34	58,60%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuentes: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N 58

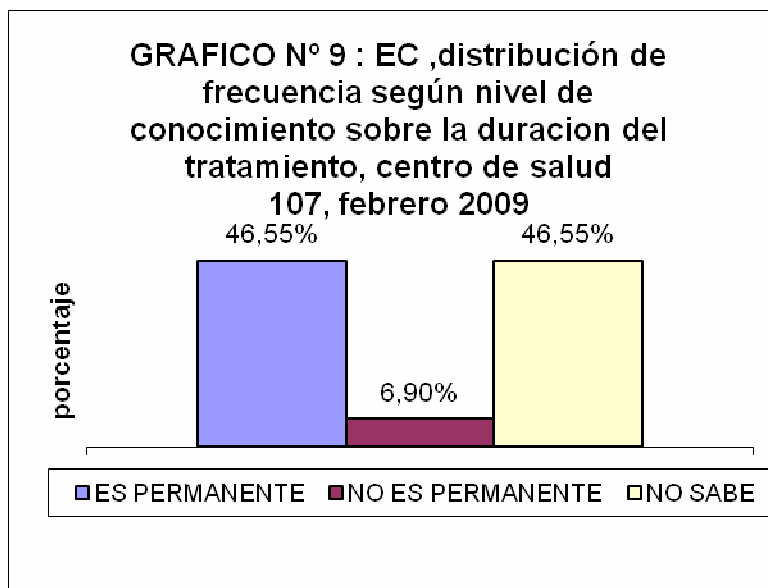
Comentario: el tratamiento es uno de los pilares de esta enfermedad, el nivel de conocimiento en este sentido nos demuestra que la mayor parte de los encuestados dice no conocer cual es este tratamiento.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 9. EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre la duración del tratamiento (si es permanente o no), centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	Fr %
ES PERMANENTE	27	46,55%
NO ES PERMANENTE	4	6,90%
NO SABE	27	46,55%
TOTAL	58	100%

Fuentes: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N 58

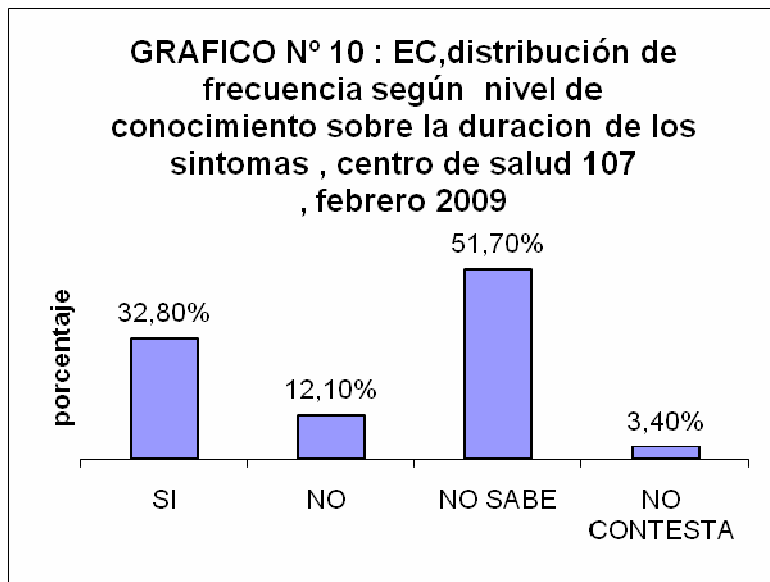
Comentario: el tratamiento de la EC, es de por vida y no se puede abandonar en ningún momento, en este caso el nivel de conocimiento es medio, ya que se contestó en forma favorable en un 46.55% pero en igual número respondieron que no sabían.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 10: EC, distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre la duración de los síntomas respecto al tratamiento, centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	fr%
SI	19	32,80%
NO	7	12,10%
NO SABE	30	51,70%
NO CONTESTA	2	3,40%
TOTAL	58	100%

Fuentes: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N 58

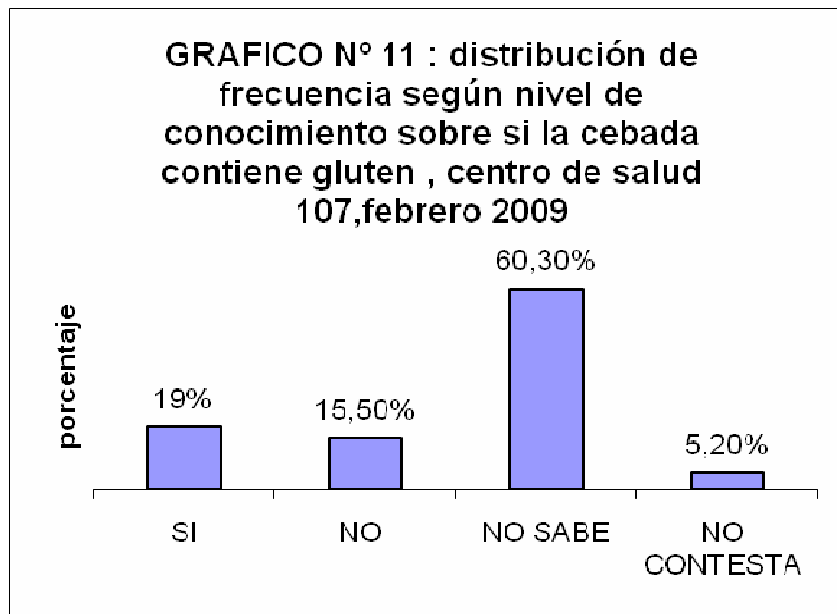
Comentario: los síntomas no desaparecen al comienzo del tratamiento por lo que hay que esperar que se reestablezcan las vellosidades intestinales, el nivel de conocimiento en este aspecto es vago, solo un 32% contestaron en forma favorable el resto lo desconoce.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 11: distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre si la cebada contiene gluten, centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	fr%
SI	9	15,50%
NO	11	19%
NO SABE	35	60,30%
NO CONTESTA	3	5,20%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N =58

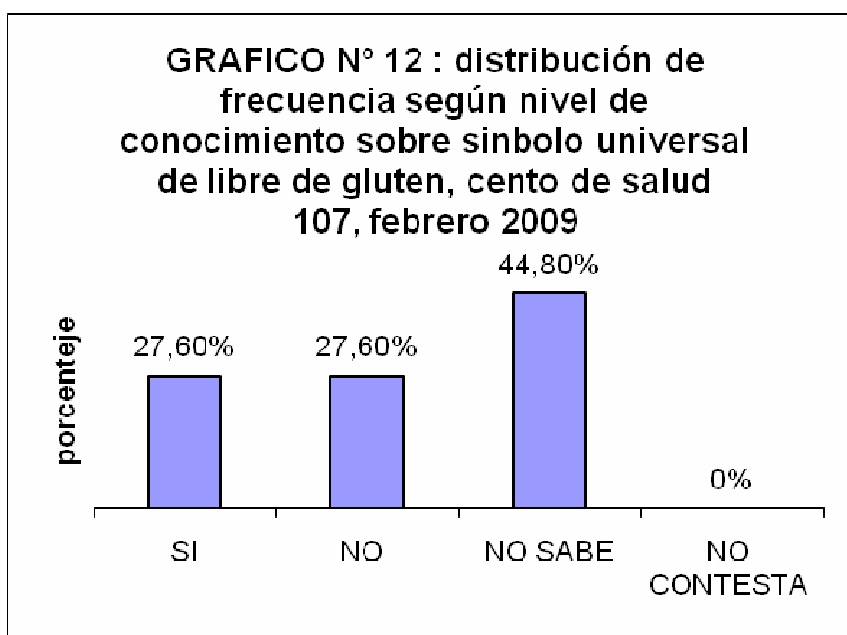
Comentario: la cebada es uno de los cereales prohibidos para un celiaco, en esta pregunta fue muy significativo el desconocimiento al respecto, solamente un 15,5% contestó correctamente.

ENFERMEDAD CELIACA

TABLA N° 12: distribución de frecuencia según nivel de conocimiento sobre símbolo universal de libre de gluten, centro de salud 107, febrero 2009

RESPUESTA	F	Fr %
SI	16	27,60%
NO	16	27,60%
NO SABE	26	44,80%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuentes: Encuesta realizada a personas que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud 107 Villa 25 de Mayo, durante el mes de febrero de 2009.



N 58

Comentario: el símbolo universal de libre de gluten es como una guía fundamental para el celiaco ya que con este logo son identificado los alimentos que pueden utilizar sin problema, en este caso el nivel de conocimiento es escaso ya que solo un 27,6 % lo conocía.

RESULTADOS

De las 58 personas encuestadas en el centro de salud sobre el conocimiento que tenía de los órganos que afectan la EC, se obtuvo que un 17 de ellas sí conocían (29.3%) que 37 personas lo desconocen (60.8 %) y 4 de ellas no contestaron (86.9%) tabla n°1

La EC, no es contagiosa, 50 de los encuestados respondieron correctamente (86,2 %), solo un 8 no sabía (13.8%) tabla n°2

Una vez diagnosticada la enfermedad es de por vida que se padece, 27 de los encuestados respondieron que desconocían si tenía cura (46.6 %) ,25 no contestaron (43.1%), solo un 6 de ellos que conocía que era para toda la vida (10.3%) tabla n° 3

Si indagó sobre si tenían conocimiento si la enfermedad era hereditaria, 16 de ellos no tiene conocimiento (27.6%) , 29 de ellos no sabían (50%), solo 13 de ellos sabían que no es hereditaria (22.4%) tabla n°4

En los últimos años se han detectado innumerables casos de celiaquía en adulto. Solamente 1 de los encuestados contestó que era solo pediátrica (1.7%) 43 que no era solo pediátrica (74.1%) 14 lo desconocían (24.2%) tabla n°5

Se indagó sobre si conocían los pasos para diagnosticarla, 12 de ellos conocían (20.7%) 45 no sabían (77.6%) el resto no contestó (1.7%) tabla n°6

Cincuenta (86,2%) de los encuestados estaba de acuerdo con que se conoce poco de esta enfermedad, 6 (10.3%) que es infrecuente y 2 (3.5%) no respondieron .tabla n°7

ENFERMEDAD CELIACA

Se pregunto sobre si sabían cuál era su tratamiento, 34 (58.6%) respondieron que no sabían y 24(41.4%) que si lo conocían. Tabla Nª 8

Teniendo en cuenta la duración del tratamiento, 27(46.55%) respondieron que si conocían su duración, (4(6.9%) que no lo conocían y 27(46.55%) que no sabían. Tabla nº9

Se pregunto sobre la duración de los síntomas ,19(32.8%) lo que conocían ,7(12.1%) no conocían ,30(51.7%) no sabían y 2(3.4%) no respondieron Tabla nº 10

Se indago sobre si tenían conocimiento si la cebada tiene gluten ,9 (15.5%) si conocían la respuesta ,11 (19%) no conocían, 35 (60.3%) no sabían y 3 (5.2%) no contestaron. Tabla nº 11

El símbolo universal de libre de gluten es como una guía fundamental para el celiaco ya que con este logo son identificado los alimentos que pueden utilizar sin problema, en este caso se pregunto si lo conocían ,16(27.6%) si lo conocían, 16(27.6%) no lo conocían, 26(44.8%) no sabían. tabla nº 12

CONCLUSIÓN

En las 58 encuestas realizadas en el centro de salud 107 de la Villa 25 de Mayo en el mes de febrero del 2009, se observa que el nivel de conocimiento existente en la comunidad es bajo ya que en un total de 12 preguntas de tipo básico solo un 25% contestaron en forma favorable, el resto tiene conocimiento erróneo o escasos sobre la misma. Y aunque hubo algunas preguntas realizadas en nuestra encuesta donde el porcentaje de respuestas correctas fue mayor, a nivel general se mantuvo en estos porcentajes. También queremos destacar que la mayor parte de las respuestas que consideramos como incorrectas, estaban encuadradas dentro de la opción de "NO SABE" lo que nos lleva a la conclusión de que es mayor el desconocimiento que los conceptos erróneos que existe sobre esta enfermedad.

A lo largo de la investigación que realizamos, nos encontramos que la escasez de material bibliográfico es importante, lo que creemos es también causal de la desinformación al respecto, ya que ni en los libros de medicina general ni tampoco así en los de la especialidad Gastroenterología, encontramos demasiada información sobre la enfermedad celiaca.

Otro tema para destacar es que no se cuenta con trabajos para saber con exactitud el grado de prevalencia de la misma ni a nivel nacional y mucho menos a nivel local, y ni si quiera existe un registro que unifique los pacientes diagnosticados, ya que son vistos en distintas instituciones o consultorios pero esa información queda solamente en el lugar. Lo que nos llevo a no poder relacionar el nivel de información con la prevalencia de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Creemos que por lo tanto se debería difundir mas información al respecto y comenzar a respetar a una enfermedad que en muchos casos es subdiagnosticadas, es decir, que otras complicaciones como la desnutrición, la infertilidad, los problemas de aprendizaje etc. podrían haberse evitado con el simple hecho de realizar un diagnostico oportuno.

Por lo dicho anteriormente y teniendo en cuenta los resultados obtenidos creemos de vital importancia la información de la ciudadanía en general y brindarle la importancia que se merece para terminar con el flagelo que padecen los pacientes que actualmente no son diagnosticados y para evitar que otros los padezcan, como también la creación de un registro de pacientes diagnosticados, donde sea obligatoria la denuncia de los mismos como se realiza con otras enfermedades crónicas, de esa manera, contando con un numero por cierto de pacientes poder tomar cartas en el asunto y así crear políticas de salud ya sea de información, como también para el tratamiento de esta patología.

La falta de interés que se observa en el personal sanitario se trasladada también a la poca información existente, esta fue la sensación que nos quedo al finalizar este trabajo.

PROPUESTAS

Debido a lo manifestado anteriormente en la conclusión final, como también la experiencia vivida en la recolección de datos para el marco teórico debido a la falta de material disponible, nuestras propuestas estarían orientadas principalmente a la difusión masiva de información sobre esta patología a la población general pero principalmente al personal de enfermería, quien tiene mayor contacto con los pacientes y que, creemos, podría detectar pacientes que presenten la sintomatología característica de esta enfermedad, para esto proponemos:

- Contactarse con la asociación Celiaca Argentina para disponer de información actualizada.
- Difundir esta información por los principales medios masivos.
- Realizar talleres informativos en salas de esperas, centros vecinales, comedores comunitarios etc.
- Realizar talleres de capacitación para enfermeros, en lo posible, dictados por personal especializado (principalmente para aquellos enfermeros que se desempeñen en la parte de pediatría)
 - Una vez capacitado, captar los pacientes ya diagnosticados para ayudarlos a llevar a cabo correctamente su tratamiento.
 - Coordinar talleres que incluyan a los nuevos diagnosticados con los que ya han comenzado el tratamiento para intercambiar información y de esa forma desmitificar un poco la enfermedad.

ANEXOS

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO.
Facultad de ciencias médicas.
Sede: Cruz roja Argentina- Filial San Rafael.
Carrera: Licenciatura en Enfermería.

Materia: Taller de creación de tesina.

Encuesta:

Titulo: Nivel de conocimiento de la comunidad y su influencia en el diagnostico.

Nombre: Sexo..... Edad.....

Ocupación:.....

Fecha: .../.../.....

1- ¿Conoce ud que órganos afecta?
Si No No sabe. No contesta

2- ¿Es una enfermedad contagiosa?
Si No No sabe No contesta

3- ¿Tiene curar?
Si..... No No sabe No contesta.....

4- ¿Es hereditaria?
Si..... No No sabe No contesta

5- ¿Es una enfermedad solamente pediátrica?
Si..... No No sabe..... No contesta.....

6-¿Conoce los pasos a seguir para detectar la enfermedad?
Si No No sabe No contesta

7-¿Es una enfermedad infrecuente o solamente se conoce poco de ella?

Infrecuente..... Se conoce poco de ella:..... No contesta:.....

8-¿Conoce cual es el tratamiento?
Si No No sabe No contesta

9- ¿Es permanente o puede dejarse con el tiempo?

ENFERMEDAD CELIACA

10- ¿Los síntomas desaparecen en el momento de comenzado el tratamiento?

Sí..... No..... No sabe.... No contesta.....

11- ¿La cebada tiene gluten?

Si.... No No sabe..... No contesta

12- ¿Conoce cuál es el símbolo universal de libre de gluten?

Si..... No. . . . No sabe..... No contesta.....

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. **BORDA, G. y cols.;** “ENFERMEDAD CELIACA: AUN SUBESTIMADA Y SUBDIAGNOSTICADA” Revista de Postrado de la Cátedra de Medicina - N° 159 – Pág. 26-30 Buenos Aires. 2006.
2. Ministerio de Salud “ENFERMEDAD CELIACA” Publicación del centro de Difusión de Celiaquia; Año 3; publicación N°. 5 pag de la Prov. de Bs. As. Febrero de 2009
3. **FERRARA ROZMAN, L.;** “SINDROME DE MALA ABSORCIÓN INTESTINAL” En: Medicina Interna volumen 1. decimotercera edición. Año 2003.Pag 167, 168, 169, 170.
4. **ARAYA, M.;** “MEJORAR EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CELIACA, UN DESAFIO URGENTE” Revista Médica de Chile. Volumen 134. Santiago. Mayo de 2006.
5. **CUETO RUA, E. y cols.;** “CELIAQUÍA, UNA ENFERMEDAD PARADIGMÁTICA” Archivo Argentino de Pediatría. Vol.106 no.2 Buenos Aires Mar./Abril. 2008
6. **DRUT, R. y cols.;** “ANÁLISIS CUANTITATIVOS E INMUNOHISTOQUÍMICO DE LA MUCOSA YEYUNAL DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA Y CON DIETA LIBRE DE GLUTEN”. *Archivo Argentino de Pediatría* 1985; 83: 20-24.
7. Comité Nacional de Gastroenterología de la Sociedad Argentina de Pediatría. Jornadas Nacionales de Intestino delgado. “CONCLUSIONES: HISTOPATOLOGÍA, CLÍNICA E INMUNOLOGÍA”. *Arch Argent Pediatr* 1986, 84: 38-39.
8. **DONANTONE, J.;** “PATRÓN ENDOSCÓPICO DE VELLOSIDADES Y ATROFIA INTESTINAL”. *Endoscopia Pediátrica* 2001; 93-8. Imprenta Gessa. La Plata, Argentina.
9. **MORENO, V.;** **GASULL, M.A.;** “SÍNDROMES DE MALABSORCIÓN. ETIOLOGÍA Y CLÍNICA GENERAL. FORMAS CLÍNICAS MÁS IMPORTANTES”. Tratado de Nutrición. Pág. 985-992. Editorial Díaz de Santos. Madrid. 1999.

- 10. BAI, J.C. y cols.;** “ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO”
Enfermedades Digestivas. Pag.979-998. 2 ed. Editorial Aula Médica.
Madrid. 1999.
- 11. POLANCO, I. y cols.;** “ASPECTOS ACTUALES DE LA NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD CELÍACA” Alim Nutr Salud 2000; 7 supl 2: 34–36.
- 12. ROCANDIO, A.M.;** “DIETA CONTROLADA EN GLUTEN”. pag 259-270eds. Nutrición y dietética clínica. Barcelona: 2000;.
- 13. CELADA, C.;** “LA ENFERMEDAD CELÍACA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA” La enfermedad Celiaca. Salud y cuidados Nº 2 .Julio 2002.
- 14. BEHRMAN, R.;** “ENFERMEDAD CELIACA (ENTEROPATIA SENCIBLE AL GLUTEN)” Nelson. Manual de Pediatría 16ª edición. Pag. 1191 a 1193 Madrid. 2002.