

**REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY**

Ministerio de Salud Pública

Ministro

Dr. Jorge Basso

Sub Secretaria

Dra. Cristina Lustemberg

Director General de la Salud

Dr. Jorge Quian



En la elaboración de este material se ha buscado que el lenguaje no invisibilice ni discrimine a las mujeres y a la vez que el uso reiterado de “/o”, “/a”, “los y las”, etcétera, no dificulte la lectura.

Introducción

La enfermedad celiaca es una enfermedad subdiagnosticada en nuestro medio y a nivel mundial.

El diagnóstico precoz y la consecuente adhesión a la dieta libre de gluten evitan altos costos sociales y económicos en el sistema de salud, mejoran la calidad de vida del paciente y disminuyen las complicaciones a largo plazo.

La finalidad de esta guía es proporcionar las herramientas básicas para el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de esta enfermedad, con el fin de minimizar tanto el sub diagnóstico como el diagnóstico erróneo (sobre diagnóstico).

Por tanto esta guía es un aporte fundamental para el sistema sanitario en su conjunto.

Equipo Técnico

COORDINACIÓN TÉCNICA

Dra. Silvy Durán

Asesora Ministro de Salud

Dra. Calíope Ciriacos

Mag. En Epidemiología MSP

GASTROENTERÓLOGOS

Prof. Agregada Dra. Carolina Olano

Clínica de Gastroenterología “Prof. Dr. Henry Cohen”
Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Prof. Adjunta Dra. Virginia López.

Gastroenteróloga y Diplomada en Endoscopia digestiva.
Clínica de Gastroenterología “Prof. Dr. Henry Cohen”
Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Dr. Claudio Iglesias

Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica
Videoendoscopia Digestiva
Centro Hospitalario Pereira Rossell

Dr. Martín Vázquez

Prof. Adj. Clínica Pediátrica.
Gastroenterólogo Pediatra
Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell

NUTRICIONISTAS

Mag. SAN Nutrición Lic. Elisa Bandeira

Coordinadora técnica del capítulo de Nutrición.

Área Programática de Nutrición,
Ministerio de Salud.

Mag. Nutrición Lic. Marina Moirano

Prof. Adj. Departamento de Nutrición Clínica
Escuela de Nutrición. Universidad de la
República.

Mag. Nutrición Lic. Fabiana Peregalli.

Servicio de Gastroenterología,
Hepatología y Nutrición
Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Haydee Fachelli

Ex presidenta de la Asociación Celíaca
del Uruguay

Informático Pablo Bulba

Consultor informático y analista a cargo
del sistema de registro.

REVISORES

Prof. Dr. Henry Cohen

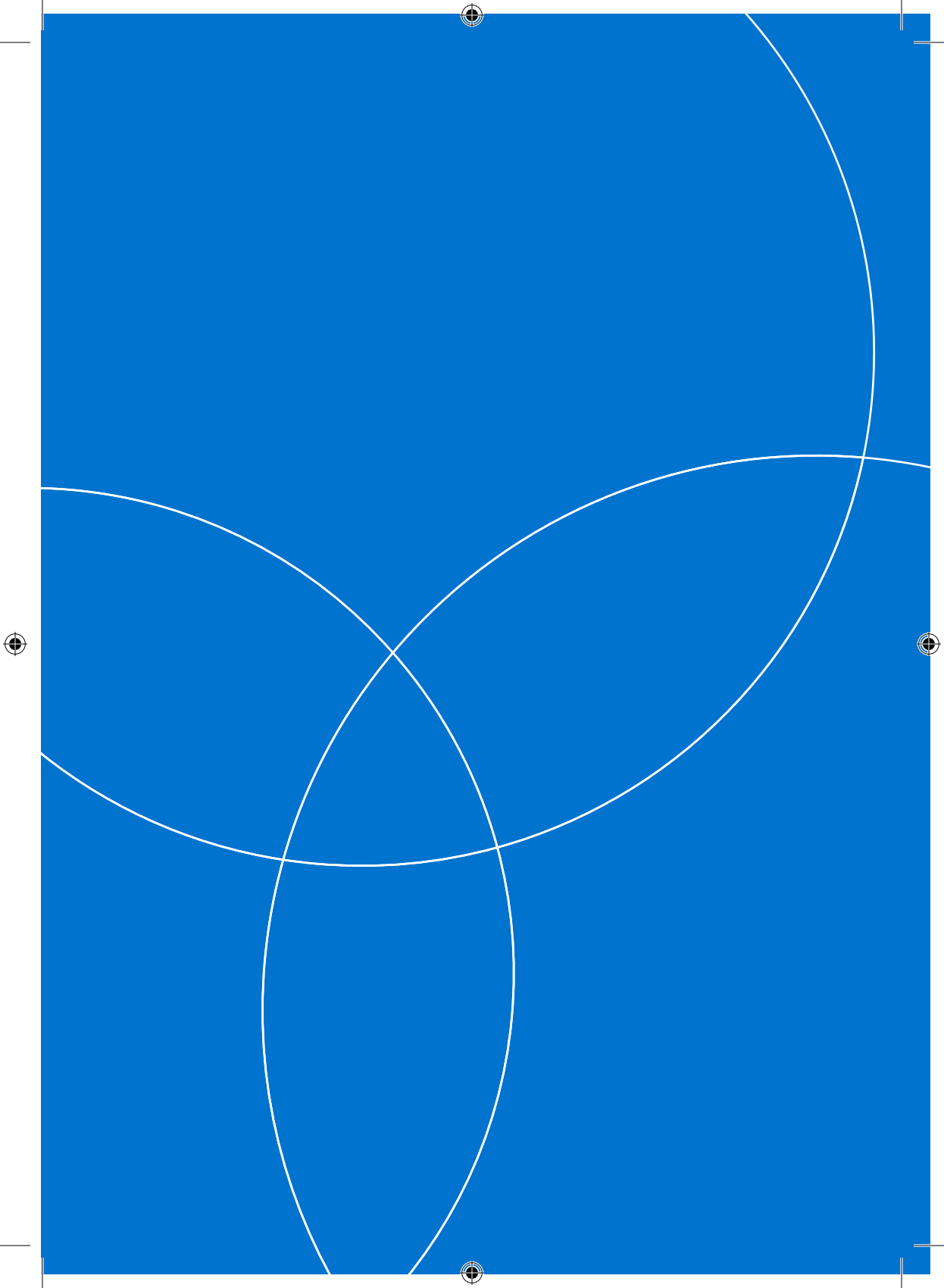
Profesor director de la Clínica de
Gastroenterología
Facultad de Medicina. Udelar.
Montevideo.

Prof. Adj. Dra. Clara Jasinski

Delegada de la Soc. Gastroenterología
del Uruguay

Dra. Elena Trucco

Jefe del Servicio de Gastroenterología
del Hospital Maciel.



Glosario

EC	Enfermedad Celiaca
AGREE	Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica de Europa *
tGT	Anticuerpos Antitransglutaminasa
EMA	Anticuerpos Antiendomiso
DPG	Péptidos deaminados de Gliadina
HLA	Antígeno leucocitario humano
IgA	Inmunoglobulina A
IgG	Inmunoglobulina G
DLG	Dieta libre de gluten
TACC	Trigo, Avena, Cebada y Centenocenteno

Propósito

Sistematizar las prácticas de detección precoz y diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC) en las instituciones en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Objetivo

Generar recomendaciones basadas en evidencia científica, orientadas a mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la EC en la población general.

Población blanco

Niños, adolescentes y adultos que asisten a los centros de salud de los diferentes subsistemas de salud del SNIS que se encuentran comprendidos en los grupos identificados en las página 10.

Población de usuarios

Los usuarios de esta guía serán, los profesionales con actividad de asistencia, educación y promoción de salud: médicos (generales, de familia, pediatras, ginecólogos, gastroenterólogos) licenciados en nutrición, en psicología, en enfermería y auxiliares de enfermería, entre otros.

Beneficios sanitarios esperados

Se espera que esta guía, basada en evidencia científica, beneficie a los profesionales del sistema, a los pacientes y a sus familias permitiendo la elaboración de estrategias de detección precoz, despistaje en población de riesgo y tratamiento adecuado de la EC.

Epidemiología

Debido a que es una enfermedad con susceptibilidad genética se ha demostrado que los familiares de primer y segundo grado tienen una prevalencia de 4-12% y en gemelos monozigóticos y una concordancia de hasta un 75%.^{1,2,3}

Ha sido considerada clásicamente una enfermedad de la infancia, sin embargo se ha demostrado que hasta 20% de los pacientes tienen más de 55 años al momento del diagnóstico.^{1,2,3,4}

* Appraisal of Guidelines Research and Evaluation for Europe

Estudios realizados en población general en Europa, Estados Unidos y diferentes países de América Latina han encontrado una prevalencia que oscila entre 1/100-1/300 individuos, con una relación mujer hombre 2-3/1. Se estima que por cada caso diagnosticado existen entre 5-10 personas no diagnosticados.

Diversas investigaciones demuestran que la EC en América Latina se comporta igual que en Europa, estando presente entre individuos con ancestros indo-africanos ya que estos poseen una base genética (HLA-DQ2) similar.^{5,6,7}

En Argentina en el año 2009 se realizó un estudio multicéntrico en niños sanos con una edad promedio de 8 años y se encontró una prevalencia de 1,26 % es decir 1 caso cada 79 niños estudiados.⁸

En el 2001 un estudio en adultos realizado en La Plata, Argentina encuentra una prevalencia de 0,6%^{*}

En Uruguay no se han realizado estudios poblacionales de prevalencia de EC.

Definición

La EC es una enfermedad sistémica, inmuno-mediada, desencadenada por el gluten y prolaminas relacionadas en individuos genéticamente susceptibles. Se caracteriza por la presencia de una combinación variable de manifestaciones clínicas gluten-dependientes, anticuerpos específicos, haplotipos HLA-DQ2 o DQ8 y enteropatía. Los anticuerpos específicos comprenden antitransglutaminasa (tGT), antiendomiso (EMA) y contra los péptidos deaminados de Gliadina (DGP).⁹

Pacientes que deben estudiarse en busca de EC

Grupo 1 niños, adolescentes y adultos que presentan signos y síntomas de diarrea crónica (continua o intermitente), fallo de crecimiento, pérdida de peso, pubertad retrasada, amenorrea, esterilidad e infertilidad anemia ferropénica, náuseas o vómitos, dolor abdominal crónico, distensión abdominal, estreñimiento, fatiga crónica, esomatitis aftosa recurrente, dermatitis herpetiforme, fracturas óseas desproporcionadas al traumatismo/osteopenia/osteoporosis, aumento de las transaminasas sin otra causa que lo explique.

Grupo 2 niños, adolescentes y adultos asintomáticos pero que presentan un riesgo aumentado de EC como Diabetes Mellitus tipo 1, Síndrome de Down, enfermedad autoinmune tiroidea, Síndrome de Turner, Síndrome de Williams, déficit selectivo de IgA, enfermedad hepática autoinmune, familiar de primer grado con EC.^{9,10}

^{*} Gómez y col. Am. J. Gastroerol. 2001, 96: 2700-2704

Clasificación

Silente: Silente: Se define como un paciente asintomático que presenta anticuerpos específicos de enfermedad celíaca con HLA y biopsia con enteropatía compatible.

Latente: Se define como un paciente con HLA compatible, que en algún momento de su vida presentó una enteropatía gluten dependiente pero que actualmente no la presenta. Puede tener o no síntomas o anticuerpos específicos.

Potencial: Se define como un paciente con HLA compatible y anticuerpos específicos de Enfermedad celíaca, sin enteropatía. Puede tener o no síntomas y desarrollar o no la enfermedad en el futuro.⁹

Genética

La EC está fuertemente asociada con genes del Complejo Mayor de Histocompatibilidad (HLA), locus CELIAC1 cromosoma 6p21, **representado el HLA-DQ2 mas del 90% y el resto el DQ8.**⁹ Estos genes muestran un efecto por la función del heterodímero HLA-DQ2 en la presentación de péptidos antigénicos a los linfocitos T, más eficaz en los homocigotos. Sin embargo, estos heterodímeros de riesgo están presentes en el 30 % de la población general y solo el 1 % desarrolla la enfermedad, por lo que DQ2 y DQ 8 parecen ser factores necesarios pero no suficientes para el desarrollo de la EC. Se ha sugerido que otros genes de acción menor podrían estar implicados en el desarrollo de la enfermedad como los genes del TNF y la linfotoxina a (LTa) y asociaciones con los genes que codifican las moléculas MICA y B así como moléculas de la familia de proteínas de estrés HSP-70.⁹

Se han identificado otras zonas del genoma distintas del HLA que podrían participar en la susceptibilidad a la EC como las localizadas en los cromosomas 2p33, 5q31-33, 15q11-13, y 19p13.1.⁹

El alto valor predictivo negativo de los test de HLA, los hace especialmente útiles para excluir la enfermedad, en pacientes cuyo diagnóstico es dudoso y en población de grupos de riesgo. Una persona que no tenga el HLA DQ2 ni DQ8 difícilmente será celíaco.

No se recomiendan como primer examen en pacientes con sospecha de EC y su indicación e interpretación debe restringirse al gastroenterólogo.⁹

Diagnóstico

Los pacientes que presenten los síntomas o signos sugestivos de EC o pertenezcan a los grupos de riesgo deben ser estudiados. La primera herramienta a utilizar son los tests de anticuerpos específicos.

Dichos pacientes deben estar consumiendo gluten al momento de la detección. Por ese motivo es fundamental que a los pacientes no se les indique dietas libres de gluten hasta la confirmación del diagnóstico de EC.

Los test iniciales deben ser los anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomio de tipo inmunoglobulina A (IgA). Estos son los más sensibles y los más específicos, siendo el tGT el más sensible y el EMA el más específico. Debido a que el déficit de IgA es más frecuente en celíacos, debe cuantificarse y aquellos pacientes con déficit de IgA deben ser derivados al gastroenterólogo.⁹

Los tGT son determinados por técnica de ELISA y deben ser expresados en forma cuantitativa. Cada laboratorio debe expresar claramente su punto de corte de normalidad (cut-off) para determinar cuales son positivos. Los EMA se detectan por inmunofluorescencia indirecta, que si bien es una prueba específica, reproducible y asequible para los laboratorios, tiene como desventajas el procesamiento manual de las muestras, la laboriosidad de su determinación y su interpretación es subjetiva, por lo que se requiere de técnicos bien entrenados para que su resultado sea confiable.¹¹

Los tests para la detección de los anticuerpos contra péptidos deaminados de Gliadina, IgA e IgG pueden ser usados en pacientes con alta sospecha clínica de Enfermedad celíaca con anticuerpos tGT y EMA negativos, especialmente en niños menores de dos años.

En pacientes en edad pediátrica con sospecha de EC junto a los anticuerpos específicos IgA tGT y EMA y la dosificación de IgA se debe realizar un estudio de crisis sanguínea ya que pueden presentar malabsorción de vitamina K y déficit de factores de la coagulación vitamina K dependientes.

Los test para la detección de anticuerpos contra péptidos nativos de gliadina (anticuerpos convencionales antigliadina AGA) no deben ser usados para el diagnóstico por su baja sensibilidad y especificidad.

Los pacientes que presentan anticuerpos positivos deben ser remitidos al gastroenterólogo pediátrico o de adultos, para confirmar el diagnóstico mediante el análisis de las biopsias duodenales realizadas obtenidas por video gastroscopia. Se recomienda la realización de cuatro biopsias de la segunda porción duodenal y por lo menos dos de bulbo duodenal ya que el compromiso mucoso puede ser parchado pudiendo estar afectado únicamente el bulbo en hasta el 10% de los pacientes. La biopsia de intestino delgado se considera el "Gold estándar" para el diagnóstico de EC.

Las lesiones observadas en la histología son típicas pero no patognomónicas e incluyen atrofia parcial o total de las vellosidades, elongación de las criptas y aumento del índice de mitosis en las mismas, disminución del cociente vellosidad/cripta, incremento de la infiltración intraepitelial de linfocitos, e infiltración de la lámina propia por parte de células inflamatorias (plasmocitos, linfocitos, mastocitos, eosinófilos y basófilos).¹¹

Para describir las lesiones histológicas de la mucosa se utilizó clásicamente la clasificación de Marsh-Oberhuber.¹²⁻¹³ En los últimos años se ha tendido a utilizar la actualización de dicha clasificación realizada por Oberhuber.¹⁰

Tabla
Nº1 Clasificación de lesiones Histológica*

Modificación de Oberhuber de los criterios de Marsh**	Criterios Histológicos			Corazza
	Incremento de Linfocitos	Hiperplasia glandular	Atrofia de la vellosidad	
Tipo 0	No	No	No	No celiaco
Tipo 1	Si	No	No	Grado A
Tipo 2	Si	Si	No	
Tipo 3a	Si	Si	Si parcial	Grado B1
Tipo 3b	Si	Si	Si subtotal	
Tipo 3c	Si	Si	Si total	Grado B2

* adaptado de Diagnosis and Managent of OFCeliacDisease, Am J Gastroenterol.

**> 40% de linfocitos intraepiteliales para Marsh modificado por (Oberhuber) > 25 % de linfocitos para Coraza

Una vez confirmado el diagnóstico deberá incluirse en el registro. A partir de la publicación de esta guía clínica se realizará a nivel nacional y de forma obligatoria el registro informatizado de los casos de EC diagnosticados. (Anexo 1)

Tratamiento

El tratamiento es la dieta libre de gluten (DLG), que debe cumplirse en forma estricta durante toda la vida. Esta es indicada por el médico, luego de confirmar el diagnóstico de EC. ^{14,15}

La DLG consiste en la exclusión total de los cereales trigo, avena, cebada y centeno (TACC), cualquiera de sus variedades e híbridos (como el triticale), sus derivados y otros productos que los contengan. (Ver Anexo 2)

La avena probablemente no ejerce un efecto nocivo por sí misma. Sin embargo, en Uruguay no hay garantías de que en su proceso de industrialización no se contamine con gluten, por lo que se desaconseja su consumo por el riesgo de contaminación cruzada. ^{16, 18}

El paciente celíaco debe recibir educación nutricional centrada en identificar los productos seguros para el consumo. Para ello, debe reconocer los alimentos naturalmente libres de gluten, los que contienen gluten evidente así como aquellos mínimamente procesados o procesados que pueden tener ingredientes o aditivos con gluten, o haberse contaminado en el proceso de industrialización. (Ver Anexo 3)

Para el consumo de alimentos con distinto grado de procesamiento, es imprescindible que se observe la declaración de “libres de gluten”, “Sin TACC”, la espiga barrada o revisar que figure en el Listado integrado de alimentos libres de gluten que publica el Ministerio de Salud Pública, que se actualiza en forma periódica y brinda garantías para el consumo.¹⁹

Cumplir un tratamiento dietético de por vida hace que la consejería nutricional cobre especial importancia. Es fundamental que el celíaco sea tratado por un Licenciado en Nutrición preferentemente integrado al equipo interdisciplinario que lo asiste. Además de asesorar en relación a la selección de alimentos, el profesional deberá advertir los cuidados requeridos en la compra, almacenamiento, manipulación y consumo para evitar la contaminación cruzada, así como orientar en los aspectos referentes a una alimentación saludable.

La Organización Mundial de Gastroenterología, recomienda que un nutricionista experto sea consultado para: Valorar el estado nutricional del paciente.

- Identificar la ingesta de macronutrientes y / o micronutrientes y detectar deficiencias y/o excesos. Es importante que los pacientes con enfermedad celíaca consuman cantidades adecuadas de calorías, tiamina, riboflavina, niacina, folato, hierro, calcio y fibra.
- Analizar los hábitos alimentarios y los posibles factores que afecten el acceso a la dieta.
- Proveer información e iniciar una dieta libre de gluten.
- Proveer educación nutricional.
- Seguir y evaluar el cumplimiento y reforzar el asesoramiento alimentario.

Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología.
Enfermedad Celíaca. 2012

A nivel internacional, se reporta que los individuos con EC pueden no alcanzar el mismo nivel de calidad de vida que la población general, debido a las dificultades que trae seguir la DLG.¹⁶

Para lograr la adhesión al tratamiento se recomienda facilitar el acceso a programas sociales, así como a grupos de apoyo. (Ver anexo 3)

Metodología

Se realizó una adaptación de guías internacionales de elevada calidad, luego de su evaluación metodológica teniendo en cuenta los estándares metodológicos propuestos por la Colaboración AGREE. Estos incluyen: la definición del alcance y objetivos de la guía, desarrollo y revisión por un equipo multidisciplinario, identificación sistemática de la evidencia científica, formulación explícita de las recomendaciones, claridad en la presentación de la guía y sus recomendaciones, su aplicabilidad en el medio, actualización periódica e independencia editorial.^{23,24}

Se tuvieron en cuenta también las propuestas por el Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) y el National Institute of Clinical Excellence (NICE) de Gran Bretaña.^{25,26}

Al no existir una guía que abordara todas las preguntas clínicas planteadas se construyeron recomendaciones “de novo” en base a la revisión de estudios primarios.

Fases de la elaboración de una guía

1. Creación del grupo elaborador de la guía
 2. Formulación de preguntas clínicas (PICO)
 3. Búsqueda y evaluación síntesis de la literatura
 4. Formulación de las recomendaciones
 5. Revisión externa
 6. Edición de la guía
- el ámbito de los Sistemas de Salud Aspectos de la atención; la promoción y prevención, el diagnóstico y tratamiento,
 - formas clínicas de la enfermedad,
 - los procedimientos empleados para el diagnóstico,
 - tratamiento.

Definición del grupo elaborador de la GPC

El proceso se inició con la conformación de un equipo elaborador interdisciplinario integrado por médicos especialistas en gastroenterología, pediatría; licenciados en nutrición; expertos metodólogos.

Formulación de los Alcances y Objetivos

El grupo definió el alcance de la GPC, para lo cual se describieron:

- el objetivo general de la misma,
- la epidemiología de la enfermedad,
- la población diana a considerar,

Formulación y priorización de las preguntas clínicas (PICO)

- ¿Cuál es la población de riesgo?
- ¿Cómo se puede disminuir el riesgo de padecer la EC?
- ¿En qué pacientes está indicada la búsqueda de la enfermedad?
- ¿Cuál es el proceso y diagnóstico de la ECC?
 1. ¿Cómo se inicia el proceso diagnóstico?
 2. ¿Cómo se confirma la enfermedad?
- ¿Cuál es el tratamiento para los pacientes con EC?
 1. ¿Cuándo iniciar el tratamiento?
 2. El rol de la avena en la dieta
 3. Suplementación nutricional.

Búsqueda Sistemática de GPC y Revisiones Sistemáticas

Se aplicó una estrategia de búsqueda de GPC y de revisiones sistemáticas (RS), para ser evaluadas con el objetivo de evaluar el grado de actualización de las recomendaciones contenidas en las guías seleccionadas para el proceso de adaptación e incorporar evidencia reciente y relevante a dicho proceso.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se tomó como criterio de consenso que para ser evaluadas las GC debían cumplir con todos los criterios de Inclusión y que se excluirían del estudio todas aquellas guías que tuvieran uno de los criterios de exclusión.

Criterios de Inclusión

1. Documentos que contengan recomendaciones explícitas para el diagnóstico y/o tratamiento de la EC en niños y adultos.
2. Documentos que en su título o resumen contengan al menos uno de los siguientes términos: “Guía de Práctica Clínica”, “Consenso” para los documentos en castellano y “Clinical-Practice Guideline” “Consensus” para los documentos en inglés.
3. Documentos cuya fecha de elaboración sea igual o mayor al año 2005

Criterios de Exclusión

1. Documentos no disponibles en idioma español o inglés.
2. Documentos que no se encuentren en versión completa.
3. Documentos que constituyan revisiones, estudios de prevalencia, observacionales o experimentales.

Evaluación de contenido adaptación y consenso de las recomendaciones

Se estudiaron las recomendaciones de las GPC y las RS con cada una de las preguntas formuladas

Se consideró que una recomendación podía ser adoptada sin modificaciones cuando se encontraban presentes los siguientes criterios de Adopción.²⁵

1. Las recomendaciones de las GPC respondían de forma clara a la pregunta;
2. Las recomendaciones contenidas en distintas guías y referidas a una misma pregunta eran concordantes;
3. Las recomendaciones contenidas en la guía eran de grado alto (equivalente a A o B al igual que C en el caso de estudios diagnósticos, según la clasificación de SIGN);
4. La probabilidad de que nueva evidencia modifique sustancialmente la recomendación era baja o muy baja;
5. La recomendación estaba claramente formulada y no era ambigua.
6. Se consideraba que la recomendación era aplicable en el contexto local.

En algunos casos el grupo elaborador consideró que era necesario formular parcial o total una recomendación; se utilizaron los siguientes métodos

- 1. La pregunta no podía responderse con ninguna de las recomendaciones contenidas en las guías seleccionadas, pero sí con la evidencia contenida en alguna de las RS;
- 2. Las guías y/o revisiones respondían de forma incompleta a la pregunta, o no estaban suficientemente actualizadas;
- 3. Existían otros motivos que aconsejaban realizar una búsqueda y evaluación adicional de estudios, por ejemplo: ligeras incongruencias, recomendaciones poco claras, recomendaciones débiles, otros motivos.

Clasificación de las guías

Se categorizaron las guías, de acuerdo a la evaluación, con el instrumento AGREE en Muy recomendadas; Recomendadas y No recomendadas.²⁵

Muy Recomendadas

- 1. Guía NICE Guidance Tools.²⁶
- 2. Guía argentina.²⁷
- 3. Guía ESPGHAN.¹⁷

Guías No recomendadas

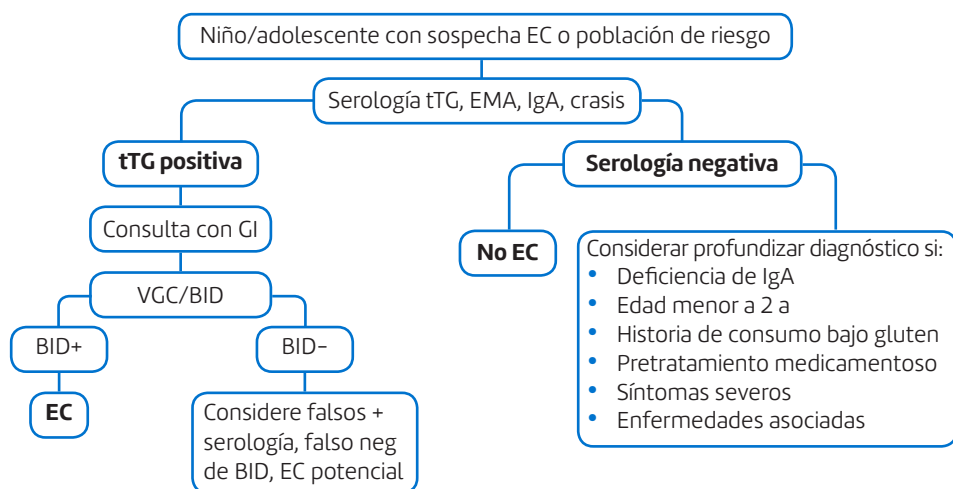
- 1. Guía WGO.
- 2. Guía FISTERRA.²⁸

Algoritmo

01.- Diagnóstico adultos



02.- Diagnóstico niños



Anexo 1

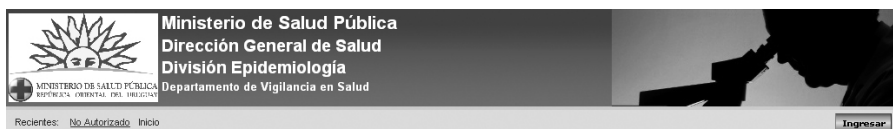




Indicaciones de registro

Instructivo

Se deberá ingresar al link: www.colo.1msp.gub.uy/devisa/servelt/kadinicio

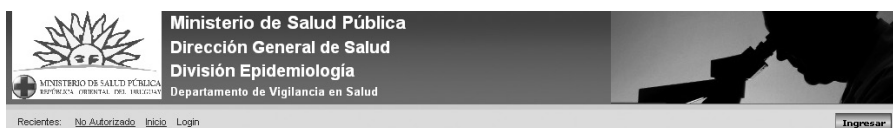


Bienvenido al Departamento de Vigilancia en Salud

Departamento de Vigilancia en Salud
Avda. 18 de Julio 1892,
of. 402. Tel.: 2409
1200, Fax: 2408 5838,
correo:
vigilanciaepi@msp.gub.uy

M.S.P -- Analisis y Desarrollo -- SG-DEVISA v5.4


A cada institución se le entregará desde el MSP un usuario



Departamento de Vigilancia en Salud
Avda. 18 de Julio 1892,
of. 402. Tel.: 2409
1200, Fax: 2408 5838,
correo:
vigilanciaepi@msp.gub.uy

M.S.P -- Analisis y Desarrollo -- SG-DEVISA v5.4

Se considera nuevo caso de enfermo celiaco aquel paciente en el cual se le ha realizado la de-
tección de anticuerpos antitransglutaminasa (tGT) y de acuerdo al punto de corte de normalidad
(cut-off) del laboratorio da positivo.



Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Salud
División Epidemiología
 Departamento de Vigilancia en Salud

Recientes: [Inicio](#) [Login](#) [Inicio Celíacos](#)


USUARIO: cciniacos
 INSTITUCION: MSP [Salir](#)

Menú de registro de celíacos

[Nuevo caso](#)
[Casos registrados](#)

M.S.P -- Analisis y Desarrollo -- SG-DEVISA v5.4

Las variables marcadas con asterisco son de llenado obligatorio.



Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Salud
División Epidemiología
 Departamento de Vigilancia en Salud

Recientes: [No Autorizado](#) [Inicio](#) [Login](#) [Inicio Celíacos](#) [Celíacos](#)

USUARIO: cciniacos
 INSTITUCION: MSP [Salir](#)

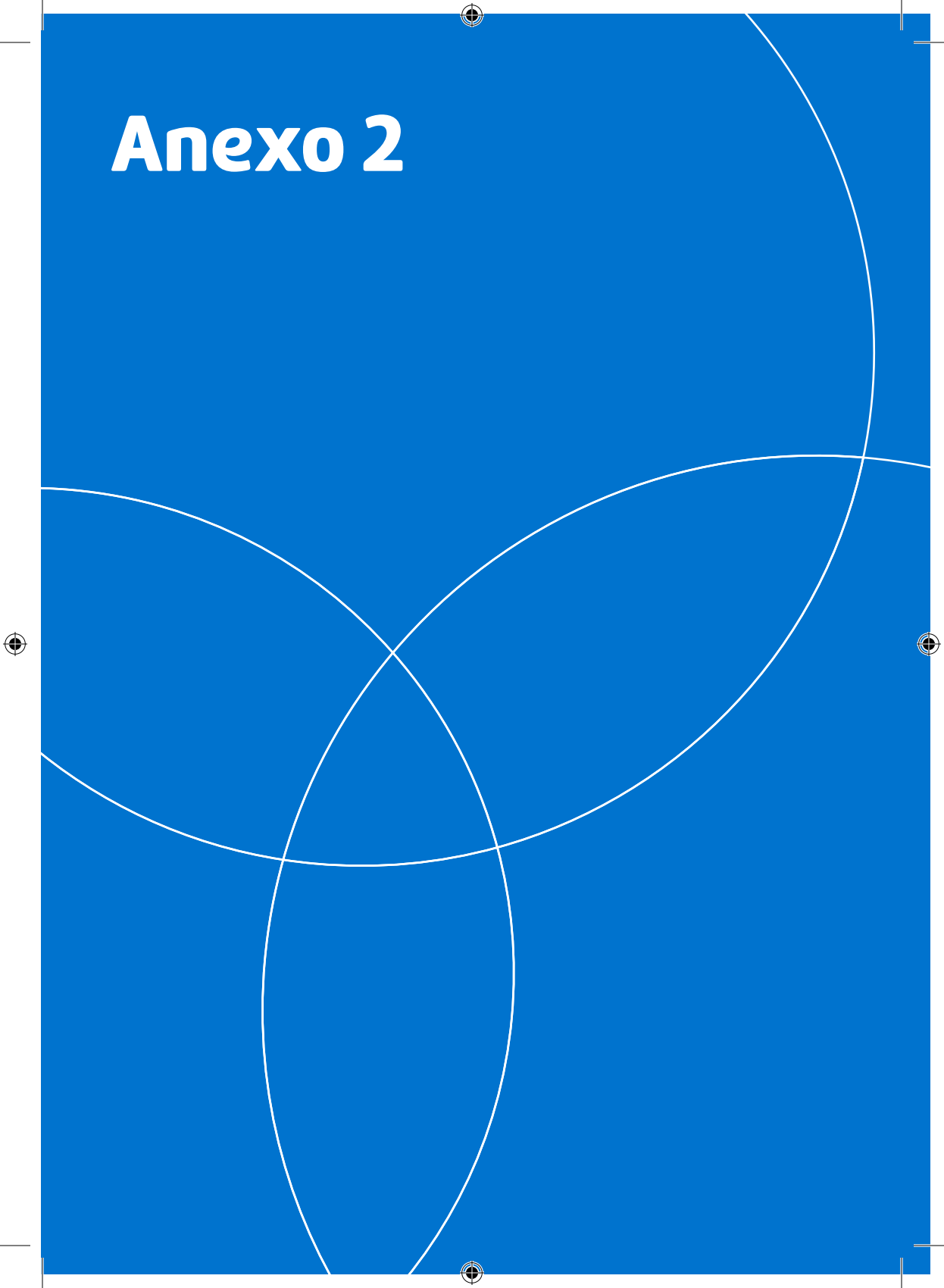
Celíacos

Información General	
C.I. *	<input type="text" value="0"/>
Persona	<input type="text" value="0"/>
1er. Nombre *	<input type="text"/>
2do. Nombre	<input type="text"/>
1er. Apellido *	<input type="text"/>
2do. Apellido	<input type="text"/>
Nombre Completo	
Nacimiento	<input type="text" value=" / / 00"/>
Edad	<input type="text" value="0"/>
Unidad de tiempo	<input type="text" value="Sin dato"/>
Edad	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text" value="Sin Dato"/>
Diagnóstico *	<input type="text" value=" / / 00"/>
Determinado por biopsia	<input type="checkbox"/>
Recibido	05/08/2016
Registra	cciniacos
Institución	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

[Confirmar](#)
[Cancelar](#)

M.S.P -- Analisis y Desarrollo -- SG-DEVISA v5.4

Anexo 2





Clasificación de alimentos según grado de procesamiento y contenido de gluten

Alimentos libres de gluten naturalmente: Alimentos naturales que no contienen gluten en su composición y que no fueron sometidos a ningún procesamiento que modifique sus características originales

- Leche
- Carnes frescas o congeladas sin rebozar
- Vísceras, Mariscos
- Huevos
- Hortalizas y frutas frescas, tubérculos, leguminosas.
- Cereales: arroz, maíz, maíz pisingallo (pop), sorgo.
- Pseudocereales: quinoa, trigo sarraceno (alforfón o soba) y amaranto.

Alimentos naturalmente libres de gluten mínimamente procesados*

- Harina de arroz, harina de maíz, harina de soja, harina de sorgo, harina de garbanzo, harina de mandioca, fécula de maíz, fécula de papa, harina de lentejas u otras legumbres, almidones de cereales que no contienen gluten.
- Frutos secos y semillas.
- Frutos deshidratados (pasas de uva, ciruelas pasas, dátiles)
- Aceitunas y otros encurtidos
- Duraznos y otras frutas en almíbar.
- Azúcar común y azúcar impalpable, miel.
- Aceites vegetales.
- Manteca.
- Crema de leche.
- Levadura fresca y seca.
- Especias naturales, en rama y/o grano.
- Sal.
- Vinagre.
- Café en grano.

Los alimentos como azúcar, aceites, sal y vinagre, si bien su procesamiento no es habitualmente riesgoso, deberían provenir de plantas elaboradoras con registro en Ministerio de Salud Pública como libres de gluten.

* Para ellos, observar declaración de "libres de gluten" o "Sin TACC" o espiga barrada o revisar que figure en el listado integrado de alimentos libres de gluten del MSP.

Alimentos procesados* que pueden contener gluten en su composición

Los que hayan sido sometidos a algún proceso de elaboración a partir de más de una materia prima o ingrediente original, en los que podría estar presente el gluten.

- Yogures, quesos y postres lácteos.
- Fiambres.
- Embutidos (panchos, chorizos, salchichas)
- Hamburguesas.
- Patés y conservas de carnes.
- Panificados y otros derivados de los cereales libres de gluten: copos de maíz, de arroz, cereales inflados, galletas de arroz.
- Frutos secos tostados.
- Mermeladas, jaleas, dulces y golosinas.
- Chocolate, cocoa
- Polvos para preparar alimentos como puré de papas, postres y gelatinas.
- Polvo de hornear
- Colorantes para repostería
- Infusiones (té en saquitos, café, yerba mate).
- Salsas y aderezos (mayonesa, ketchup, golf, soja, a base de tomate, mostaza)
- Caldos y sopas instantáneas.
- Productos para copetín (*snacks*).
- Edulcorantes.

* Para ellos, observar declaración de “libres de gluten” o “Sin TACC” o espiga barrada o revisar que figure en el listado integrado de alimentos libres de gluten del MSP.

Anexo 3





Grupos de apoyo y programas sociales de interés

- **Asociación Celiaca del Uruguay (ACELU):** Nuclea y brinda apoyo de múltiples formas a las personas celiacas y sus familias de nuestro país.
Más información en: www.acelu.org
- **Instituto Nacional de Alimentación (INDA):** Brinda a los celiacos una transferencia económica mensual para la compra de alimentos, más 1 Kg de leche en polvo fortificada con hierro para cada paciente poseedor de la Tarjeta Uruguay Social para programas alimentarios (TUS – INDA).
Más información en: www.inda.gub.uy
- **Banco de Previsión Social (BPS):** Brinda una Asignación Familiar doble a los hijos celiacos o menores a cargo de trabajadores y beneficiarios del Plan de Equidad. Varía según los ingresos del hogar.
Más información en: www.bps.gub.uy



Bibliografía

1. Fernández Salazar L., de la Torre F, Velayos B, Nocito M., et al ; Problemas diagnósticos en la enfermedad celiaca del adulto Rev. Esp. Enfer. Dig Madrid Vol. 100. N.º 1, pp. 24–28.
2. Rodrigo L., Fuentes D., Riestra S, Niño P, et al Prevalencia aumentada de enfermedad celiaca en familiares de primer y segundo grado: descripción de una familia con 19 miembros estudiados; Revista Española de Enfermedades Digestivas. Vol. 99. N.º 3, pp. 149–155, 2007
3. Sáez LR., Fuentes D., Pérez I., Álvarez N, Niño P, et al Differences between pediatric and adult celiac disease. Rev Espde Enfer Dig Madrid Vol. 103. N.º 5, pp. 238–244, 2011.
4. Catassi C. El Mapa mundial de la Enfermedad Celiaca. ActGastroenterol. Latinoam. Marzo 2005; 35(1):46–55.
5. Herrera M, Theiler G, Augustovski F, Chertkoff L, Fainboim L, et al. Molecular characterization of HLA class II genes in celiac disease patients of Latin American Caucasian origin. Tissue Antigens. 1994 Feb; 43(2):83–7.
6. Pérez-Bravo F, Araya M, Mondragón A, Ríos G, Alarcón T, Roessler JL, Santos JL. Genetic differences in HLA-DQA1* and DQB1* allelic distributions between celiac and control children in Santiago, Chile. HumImmunol. 1999 Mar; 60(3):262–7.
7. Silva EM, Fernandes MI, Galvão LC, Sawamura R, Donadi EA. Human leukocyte antigen class II alleles in white Brazilian patients with celiac disease. J PediatrGastroenterolNutr. 2000 Oct; 31(4):391–4.
8. Mora M., Litwin N., Toca M., Azcona M., et cols. Prevalencia de enfermedad celiaca: estudio multicéntrico en población pediátrica de cinco distritos urbanos de la Argentina. Arch Argent Pediatr 2012; 110(6):490–496 consultada en línea 23/4/2015
9. Husby S., I Koletzko, ZI.R. Korponay-Szabo*, §M.L. Mearin, jJA. Phillips, _R. Shamir, #R. Troncone, _K. Giersiepen, yyD. Branski, zC. Catassi, §§M. Lelgeman, jijiM. Ma'ki, _C. Ribes-Koninckx, ##A. Ventura, and _K.P. Zimmer, for the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis, on behalf of the ESPGHAN Gastroenterology Committee European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac DiseaseJPGN_ Volume 54, Number 1, January 2012.
10. Rubio-Tapia, A D Hill I, Kelly, C, Calderwood A, Murray J , American College of Gastroenterology Clinical Guideline: Diagnosis and Managent of OF Celiac Disease, Am J Gastroenterol. 2013 May ; 108(5): 656–677.
11. Polanco I. Enfermedad celiaca presente y futuro Ergon. C/ Arboleda, Madrid 2013
12. Marsh M. Gluten, Major Histocompatibility Complex, and the Small Intestine GASTROENTEROLOGY 1992; 102:330–354
13. Oberhuber G. Histopathology of celiac disease, Dossier: Gastroenterology. Biomed&Pharmacoter 2000, 54: 368–72
14. World Gastroenterology Organization Global Guidelines. Celiac disease, 2012.
15. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. JPGN 2012; 54: 136–160)
16. ADA Evidence. Evidence Based Guidelines –Guideline List –Celiac Disease Executive Summary. Analysis Library, 2010
17. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Celiac Disease in Children – NASPGHAN. JPGN 40:1–19, 2005
18. Celiac Disease and the Safety of Oats. Health Canada's Position on the introduction of oats to the diet of individuals diagnosed with Celiac Diseases. January 2007. Canadian Celiac Association –www.celiac.ca
19. <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/alimentaci%C3%B3n-para-cel%C3%ADacos>
20. Randomized Feeding Intervention in Infants at High Risk for Celiac Disease. N Engl J Med 2014; 371:1304–1315
21. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca en el primer nivel de atención.
22. Wild D, Robins G, Burley V, Howdle P. Evidence of high sugar intake and low fibre and mineral intake in the GFD. AlimentPharmacolTher. 2010
23. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II) Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día – Vol. 2 – N.º. 2 – 2003
24. Manterola C, Zavando M. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos* Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 – N.º 6, Diciembre 2009; pág. 582–595
25. Evaluation for Europe Disponible en: <http://www.agreetrust.org/index.htm>.
26. NICE Guidance tools. Disponible the AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines, Research and en <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp>
27. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca. Ministerio de Salud de la Nación Argentina disponible en: http://www.sage.org.ar/nueva/docs/guias_consensos_arg/guia-practica-clinica-enf-Celiaca.pdf
28. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: WGO Practice Guidelines: Enfermedad celiaca .Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/celiac-disease>.
29. Guía Clínica de Enfermedad Celiaca Fístera disponible en: <http://fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-celiaca/>

