



**Protocolo de Atención
Clínica:
ATENCIÓN DE LA
PERSONA CON
ENFERMEDAD CELIACA**

Código PAC.GM.DDSS. 301018

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

2019

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 2

ELABORADO POR:	Francisco Hevia Urrutia. Médico Gastroenterólogo	HSJD
	Carlos Campos Goussen. Gastroenterólogo	HRACG
	Viviana Hernández de Mezerville. Gastroenteróloga.	HGGRBC
	Vilma Carvajal Gutierrez. Microbióloga	DDSS
	Laura Lezama Fernandez. Microbióloga	HSJD
	Zianne Camacho Mora. Microbióloga	HGGRBC
	Gabriela Castro Barrantes. Nutricionista	HSJD
	Marlene Montoya Ortega. Nutricionista	AAIP-DDSS
	Bárbara Sagastume Guzmán. Nutricionista	HGGRBC
	Alfredo Mora Guevara. Pediatra Gastroenterólogo	HNN
	Carmen Loaiza Madriz . Enfermera	DDSS
Omar Alfaro M. Gastroenterólogo	HM	
APORTE AL DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES¹:	Profesionales de nutrición	
	Pilar de la O Castro	HNN
	María de la Paz Suarez Alfaro	HRACG
	Profesionales de enfermería	
	Elvia Solis Cordoba	ASG
	Jaqueline Monge Medina	CNE
María Elena Artavia Mora	CNE	
VALIDADO POR²	Rocío Cambroner Artavia	HNN
	Gabriela Vargas Hernández	HNN
	César Cerdas Quesada	HG
	Heylin Badilla Barrantes	HMTV
	Hernán José Bolaños Portuguez	ASMRH
	Grettel Calderón Montero	HEP
	Geysel Alpizar Quirós	ASAN
	María Angélica Ugalde Cardoce	HSVP
	Dora Soto Solís	HSRA
	Cindy Vega Palavicini	ASZC
	Rafael Rivero Soto	ASMRH
	Jessica Navarro Ramírez	ASA
	Teresita Gamboa Gamboa	ASTJ
	Christian Campos Núñez	HSFA
Ana Lissette Mora Gómez	CAIS Cañas	
Patricia Montero Chacón	CAIS Cañas	

¹ Los profesionales de las diversas disciplinas aportan al diseño del contenido del PAC en sesiones presenciales en las cuales se les hace una inducción del contenido del protocolo, luego ellos hacen sus aportes, estos se incluyen en el documento y se confirma su criterio via correo electrónico. Cada equipo de profesionales se convocada en días y horas diferentes para trabajar los aportes por especialidad.

² Validado por medio de la metodología de Delphi modificado RAN/UCLA, por medio de encuesta electrónica de una ronda.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Código
GERENCIA MÉDICA		PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 3

	María Lidia Montero Jiménez Olga Marta Gonzalez Calvo Robert Moya Vásquez	DRSSCS HSC HCLVV
REVISADO POR:	<i>Dr. Hugo Chacón Ramírez. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</i>	
APROBADO POR:	<i>Dra. Daisy Corrales Díaz. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud</i>	
AVALADO POR:	<i>Dr. Roberto Cervantes Barrantes. Gerente General a/c Gerente Médico GM-MDE-0469-2019</i>	
Fecha de emisión:	2019	
Próxima revisión:	2024	
OBSERVACIONES	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.</p> <p>No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>Se utiliza las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AAIP. Área de Atención Integral a las Personas. - ASA. Área de Salud de Alajuelita - ASAN. Área de Salud Alajuela Norte Dr. Marcial Rodriguez - ASFA. Hospital Saan Francisco de Asís. Grecia - ASG. Área de Salud de Guápiles. - ASMR. Área de Salud Mata Redonda Hospital - ASTJ. Área de salud Turrialba-Jiménez - ASZC. Área de Salud Zapote-Catedral - CNE. Coordinación Nacional de Enfermería - DDSS. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud - DRSSCS. Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur - HCLVV. Hospital Carlos Luis Valverde Vega - HEP. Hospital Escalante Pradilla - HGGRBC. Hospital Especializado Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. - HG. Hospital de Guápiles - HM. Hospital México - HMTV. Hospital Max Terán Valls - HNN. Hospital Nacional de Niños - HSC. Hospital de San Carlos - HSJD. Hospital Nacional San Juan de Dios. - HSRA. Hospital San Rafael de Alajuela - HSVP. Hospital San Vicente de Paul - HRACG. Hospital Nacional Rafael Angel Calderón Guardia <p>Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.</p>	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 4

INDICE

Presentación	6
Prólogo	7
Introducción	8
1. Definiciones y abreviaturas	9
2. Referencias normativas	11
3. Alcance y campo de aplicación	12
4. Justificación	12
5. Objetivos	13
6. Población meta	13
7. Personal usuario del protocolo	13
8. Metodología	14
Desarrollo del tema	15
1. Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona	16
2. Atención integral e integrada	20
3. Trabajo en red	23
4. Atención compartida	26
Enfermedad celiaca	29
Intervenciones profesionales	40
1. Intervención Médica	41
a. Manejo del niño o niña con sospecha o diagnóstico de enfermedad celiaca (menor de 13 años de edad)	41
b. Manejo de la persona a partir de los 13 años de edad con sospecha o diagnóstico de enfermedad celiaca	47
2. Intervención nutricional	52

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 5

3. Intervención de enfermería	60
Contacto para consultas	63
Validación	63
Anexos	66
Referencias bibliográficas	68

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 6

PRESENTACIÓN

La enfermedad celiaca es una enfermedad crónica, de mecanismo inmunológico, puede incluir una malabsorción crónica y un síndrome inflamatorio, que se desarrolla a cualquier edad en personas genéticamente predispuestas, presenta significativa morbilidad e impacto en la calidad de vida. La incidencia de esta enfermedad a nivel mundial es de aproximadamente 1%.

En los últimos años, con el fortalecimiento de los servicios de salud, un aumento en la prevalencia de la enfermedad celiaca a nivel mundial y un aumento en la detección de casos de enfermedad en adultos, se da una mayor concientización en relación a la sintomatología, métodos diagnósticos, importancia en la salud pública y manejo alimentario dirigido al paciente y su familia, con el fin de brindar un mejoramiento en la calidad de vida de las personas.

El propósito de este documento institucional es sistematizar la atención integral de la persona con sospecha clínica de enfermedad celiaca dirigida a una detección temprana, atención y seguimiento según red de servicios.

Dra. Daisy Corrales Díaz

Directora

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Caja Costarricense de Seguro Social

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 7

PROLOGO

Ante la elaboración de la normativa nacional en relación a la atención de las personas con enfermedad celiaca, la Caja Costarricense de Seguro Social, desde la Gerencia Médica, conforma una comisión en setiembre del 2013, coordinada por el Dr. Francisco Hevia Urrutia y la Dra. Giselle Vindas M., miembro titular y suplente, respectivamente, representantes de la CCSS para la Comisión Asesora en Celiaquía del despacho del Ministerio de Salud según Decreto N° 37716-S.

Posteriormente, participan en el proceso de legislación del etiquetado obligatorio en los productos procesados y medicamentos que contienen gluten. A la vez, realizan un análisis situacional del paciente celiaco en relación al diagnóstico y atención por parte de la Institución, considerando que no hay un orden establecido para dicho proceso.

Motivo por el cual, la Gerencia Médica conforma en noviembre del 2015, un equipo interdisciplinario constituido por gastroenterólogos, nutricionistas, enfermeras y microbiólogos de Hospitales Nacionales y Especializados y de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, con el fin de elaborar un documento de normalización técnica que permita estandarizar los criterios clínicos que generan sospecha de enfermedad celiaca para la realización de la serología como tamizaje según la red de servicios, así como estandarizar las intervenciones interdisciplinarias dirigidas a la atención y seguimiento.

Agradecemos a todos los participantes y en especial a la Dra. Maria Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, por su apertura y actitud visionaria de mejorar la atención a una enfermedad en aumento a nivel mundial y nacional, creando esta Comisión Institucional de Celiaquía que elaboró el presente documento.

Dr. Francisco J. Hevia Urrutia
Coordinador
Comisión Institucional de Celiaquía
Caja Costarricense de Seguro Social

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.301018</i>
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 8

INTRODUCCIÓN

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 9

1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen las definiciones, símbolos y abreviaturas que se indican en el documento, para su comprensión. Así mismo, se hace uso de conceptos ya existentes o formalizados en la Institución. Las definiciones y abreviaturas se describen en orden alfabético.

- Definiciones:

Alergia específica al trigo (WA): es un tipo de alergia a la proteína del trigo, que se manifiesta hasta con un shock anafiláctico, las manifestaciones son mas inmediatas. No se encuentran los anticuerpos contra el gluten ni tampoco la atrofia de vellosidades. Se encuentran niveles altos de IgE como parte del diagnóstico.

Diarrea crónica: tres o más deposiciones suaves o acuosas diarias que duren más de cuatro semanas. (Consenso de American Gastroenterological Association).

Enfermedad celiaca clásica: trastorno inmunitario sistémico, mediado por el gluten en individuos genéticamente predispuestos, caracterizado por la presencia de una combinación variable de manifestaciones clínicas dependientes del consumo de gluten, anticuerpos específicos y enteropatía. Más frecuente en edad pediátrica.

Enfermedad celiaca no clásica: pacientes con síntomas digestivos menores, sin mala absorción y manifestaciones extraintestinales, más frecuente en adultos.³

Enfermo celiaco: persona que ha sido diagnosticada con enfermedad celiaca.

Enfermo celiaco asintomático: persona que mediante métodos de tamizaje se documenta enteropatía sensible al gluten, pero que no presentan signos ni síntomas de enfermedad celiaca, con histología anormal.

Enfermo celiaco latente: persona con serología positiva para enfermedad celiaca pero con histología intestinal normal.

Enfermo celiaco no respondedor: persona que persiste con síntomas o presenta recaída de los mismos a pesar de una dieta estricta libre de gluten por más de 6 a 12 meses.

³ Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud (SECS). (2018) Protocolo para el diagnóstico precoz de la Enfermedad Celiaca.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 10

Enfermo celiaco refractario: subgrupo de pacientes no respondedores con atrofia intestinal severa sintomática a pesar de llevar una dieta estricta libre de gluten mayor a 12 meses.

Esprue No Tropical: ver enfermedad celiaca.

Enteropatía Sensible al Gluten: ver enfermedad celiaca.

Esprue Celiaco: ver enfermedad celiaca.

Gluten: término genérico utilizado para nombrar las proteínas insolubles al agua, que se encuentran en los granos de algunos cereales como el trigo, la cebada y el centeno.

Gliadina: fracción tóxica de la proteína del gluten para la persona celiaca.

Sensibilidad al gluten no celiaco (NCGS): tienen los síntomas similares a la persona con enfermedad celiaca pero no tienen anticuerpos positivos para el gluten ni tampoco los daños de atrofia en las vellosidades. Si se puede encontrar un aumento de linfocitos como un Marsh 1 en algunos casos de NCGS. El diagnóstico es difícil y la prueba de suspender el gluten con mejoría de los síntomas hacen el diagnóstico.

Trastornos relacionados con el gluten: agrupa a las condiciones relacionadas con el gluten, incluye enfermedades como ataxia por gluten, dermatitis herpetiforme, sensibilidad al trigo y enfermedad celiaca⁴

- **Abreviaturas**

- ALT. Alanino amino transferasa
- AST. Aspartato amino transferasa
- DGP. Péptido Deaminado de Gliadina
- EC. Enfermedad celiaca
- ECR. Enfermedad Celiaca Refractaria
- EGD. Esofagogastroduodenoscopia
- EMA. Anticuerpos anti- endomisio
- GGT. Gama glutamil transpeptidasa
- HLA. Antígeno leucocitario humano
- HLA-DQ2 (cis, trans) / HLA-DQ8: genotipaje de haplotipos susceptibles de enfermedad celiaca

⁴ Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud (SECS). (2018) Protocolo para el diagnóstico precoz de la Enfermedad Celiaca.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 11

- IgA. Inmunoglobulina A
- IgE. Inmunoglobulina E
- IgG. Inmunoglobulina G
- IgM. Inmunoglobulina M
- t-TG: Anticuerpos anti transglutaminasa tisular. Tipo IgA, tipo IgG.
- TACC. Trigo, avena, centeno y cebada
- T TG-IgA. Anticuerpos tisulares Transglutaminasa
- OMS. Organización Mundial de la Salud
- POE. Procedimientos Operativos Estandarizados
- POES. Procedimientos Operativos Estandarizados Sanitarios

2. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se hace mención al fundamento normativo que respalda el desarrollo de los procedimientos.

Número	Nombre de normativas	Año
Normativa Internacional		
NA	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
NA	Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969
NA	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	
NA	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1976
Leyes, Decretos, Norma y Reglamentos Nacionales		
	Constitución Política de Costa Rica	1949
Ley No. 5395	Ley General de Salud	1973
Ley No. 8239	Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2002
Decreto Ejecutivo N°32612-S.	Reglamento de la Ley 8239 “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”	2005
No. 38514-S	Norma Nacional de Atención de Personas con Enfermedad Celiaca	2014
Ley No. 8975	Ley para la Atención de las personas con Enfermedad Celiaca	2015

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 12

Reglamento a la Ley No. 8975	Reglamento a la Ley No. 8975 del 24 de noviembre de 2015 “Ley para la Atención de las Personas con Enfermedad Celiaca”	2017
Lineamientos institucionales		
7082	Reglamento del Seguro de Salud	1996
NA	Una Caja Renovada hacia el 2025. Plan Estratégico Institucional 2007-2012	2007

3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este protocolo será utilizado por el personal de salud de hospitales y áreas de salud de la institución, en consulta externa y hospitalización. Es un documento de utilidad para profesionales de gastroenterología, pediatría, geriatría, medicina familiar, medicina general, medicina interna, enfermería, nutrición, microbiología, farmacia, entre otros, con el fin de definir y homologar el manejo de las personas con sospecha clínica y diagnóstico de enfermedad celiaca.

4. JUSTIFICACIÓN

El protocolo describe los criterios clínicos que se deben considerar al atender a una persona con sospecha clínica de enfermedad celiaca o con diagnóstico de enfermedad celiaca, según los diferentes niveles de atención. La información incluida le permite identificar signos y síntomas relevantes como sospecha de la enfermedad, definir los exámenes de laboratorio y gabinete que se deben solicitar y los criterios de referencia, interconsulta y derivación por aplicar según red de servicios institucionales.

Para la intervención clínica de las personas con diagnóstico de enfermedad celiaca en hospitalización, consulta externa u otras modalidades de atención, se requiere de la articulación interdisciplinaria de los profesionales responsables de la atención, control y seguimiento de las personas con este diagnóstico.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 13

5. OBJETIVOS

Con la implementación de este protocolo se busca:

1. Estandarizar la identificación de los criterios clínicos que generan sospecha de enfermedad celiaca para la realización de la serología como tamizaje según la red de servicios.
2. Estandarizar las intervenciones interdisciplinarias dirigidas a la atención y el seguimiento de la persona diagnosticada con enfermedad celiaca, según red de servicios.
3. Proporcionar orientación al personal de salud sobre el tratamiento y manejo más efectivo de la persona con enfermedad celiaca basado en evidencia científica.

6. POBLACIÓN META

- Personas con criterios clínicos que generan sospecha de enfermedad celiaca
- Personas con diagnóstico reciente de enfermedad celiaca
- Personas con diagnóstico de enfermedad celiaca en control y seguimiento en consulta externa
- Personas con diagnóstico de enfermedad celiaca en hospitalización
- Familiares y cuidadores de pacientes diagnosticados con enfermedad celiaca

7. PERSONAL USUARIO DEL PROTOCOLO

- Interviene personal de Areas de Salud, Hospitales Regionales, Periféricos, Nacionales y Especializados, según red de servicios, específicamente:
 - Médico general
 - Médico de familia
 - Médico medicina interna
 - Médico geriatra
 - Médico gastroenterólogo
 - Médico pediatra
 - Microbiólogo
 - Enfermero
 - Nutricionista
 - Farmacéutico

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 14

- Entre otros

8. METODOLOGÍA

La información que se presenta se sustenta en revisiones de la evidencia disponible en diferentes bases de datos: Ovid, Access Pharmacy, Access Medicine, SpringerLink, WILEY, HINARI, PubMed, Scielo, Medline, EBSCOhost, UpToDate. La búsqueda se organiza utilizando palabras clave como: celiac disease, gluten allergy, sensitive to gluten, food allergy, sprue nontropical, sprue tropical, gluten sensitivity and wheat allergy.

Además, se utilizan documentos bibliográficos que por su relevancia o interés científico se consideran fuentes primarias en un campo disciplinar, escritas por expertos reconocidos en la materia. El análisis de la información revisada en ambos tipos de documentos fue responsabilidad del equipo que elabora este protocolo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.301018</i>
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 15

DESARROLLO DEL TEMA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 16

A continuación, se expone el marco conceptual y los enfoques teóricos que fundamentan y orientan la gestión del personal de salud.

1. Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona

El abordaje de la persona, debe fundamentarse en los siguientes enfoques teóricos, los cuales orientarán al personal de salud para la implementación de toda modalidad de atención.

Enfoque de Derechos Humanos. El enfoque de derechos propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y contribuye a que aquellas personas que en el pasado fueron excluidas, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos”⁵. Desde este enfoque, se modifica la lógica de elaboración de las leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino el de sujetos con derechos que obligan al Estado y, en este caso, a la Caja Costarricense de Seguro Social, a establecer estrategias a largo plazo para la atención en salud de la población⁶.

Enfoque de género. En todo momento se debe respetar el derecho a la identidad y contexto de pertenencia de la persona, con el propósito de evitar situaciones que contribuyan a potenciar relaciones inequitativas o discriminatorias basadas en el hecho de ser mujer u hombre, la intervención siempre debe contemplar una perspectiva de género, reconociendo las diferencias del proceso de socialización entre hombres y mujeres y que ellas generan a su vez necesidades diferenciadas.

Enfoque centrado en las personas⁷. En los últimos años, ha evolucionado el interés en la perspectiva de las personas y de como los servicios de salud pueden dar una mejor respuesta a sus necesidades de salud. La población, cada vez más informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a la prestación de servicios, exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se

⁵ Organización de Naciones Unidas. [ONU]. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.

⁶ Huenchan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Santiago de Chile. p.11.

⁷ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 27-30.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 17

les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. En respuesta a esas expectativas, el enfoque centrado en las personas pretende mejorar la atención de las personas en los servicios de salud, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad. Como característica esencial de la atención centrada en las personas se debe proporcionar una mejor respuesta a sus necesidades, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado que asegure que sean atendidas con respeto.

Desde este enfoque, los aspectos familiares y comunitarios que influyen sobre la salud y la determinan, se entrelazan y se asume que forman parte inherente de los individuos. Es imprescindible considerar a la familia como la unidad fundamental del sistema social y el más importante factor de influencia sobre las personas, incluyendo la disponibilidad de soporte social. La familia se encuentra en constante interacción con el contexto comunitario, que es donde las personas nacen, crecen, se educan, trabajan y envejecen, por lo que este ámbito debe abordarse en la prestación para mejorar la salud de la población. El enfoque centrado en las personas, por ende, incluye a individuos, familias y comunidades como sujetos de atención.

Un aspecto relevante de este enfoque, es el abordaje de los determinantes de la salud de las personas, procurando equidad en el acceso y uso de los servicios de salud por las personas, considerando la edad, sexo, etnia, idioma, lugar de procedencia o residencia, preferencias (política, sexual o religiosa), nivel educativo, ocupación, ingresos y la condición (económica, social, cultural, psíquica o ambiental). Estos factores están interrelacionados y estrechamente vinculados con las experiencias y los beneficios de la atención en salud (Figura 1).

La Prestación de Servicios de Salud se identifica como uno de los determinantes que influye en los efectos de otros determinantes y se ve influido por éstos⁸. Tiene como ámbito de responsabilidad atender o incidir sobre los determinantes proximales, “asociados a características del ámbito individual” y participar, como un actor más y como parte del Sector Salud y, eventualmente otras instituciones gubernamentales en el abordaje de los determinantes distales de la salud, “asociados a variables poblacionales”⁹.

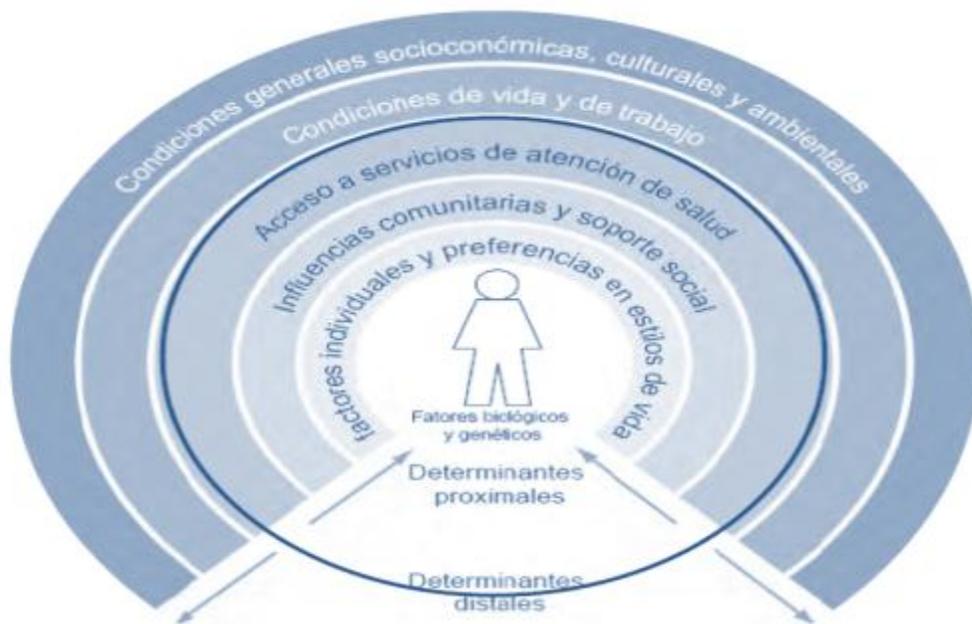
⁸ OMS. (2009). Subsana las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.

⁹ OPS/OMS. (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda Edición revisada. Washington D.C.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 18

Por ende, la Prestación debe atender a las necesidades de salud de las personas, abordando los determinantes proximales a su alcance. Esta atención debe considerar las poblaciones a las que pertenecen las personas y los espacios geográficos donde conviven y se desarrollan, como el entorno en donde se expresan los determinantes.

Figura 1. Determinantes de la salud de las personas



Fuente. Modificado de OPS/OMS. (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda edición revisada. Washington D.C. citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 28.

Desde la óptica del prestador de los servicios, visualizar a la persona desde distintas dimensiones, facilita el abordaje a las necesidades de salud, de forma más eficaz. En la prestación de servicios de salud la aplicación del enfoque tiene una serie de implicaciones (Figura 2).

Para concretar la atención centrada en las personas, es necesario mejorar la actitud del personal, de manera que los prestadores se concentren más en la persona y en la comunicación que en el abordaje de la patología, logrando una prestación humanizada, empática y con calidez, lo cual fortalece la relación entre ambas partes.

Otro elemento clave en este enfoque, es la asignación de equipos de salud responsables de espacios- población, de manera que se facilite la continuidad de la atención, condición

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 19

fundamental para una atención integrada e integral. Más que establecimientos de salud cerca de las personas, lo que se debe promover es que el personal de salud trabaje en otros escenarios, lo que permite el abordaje de los determinantes de la salud en las familias y comunidades.

Figura 2. Implicaciones del enfoque centrado en las personas



Fuente. Modificado por WHO. (2007). People-Centered Health Care-Apolicy framework. Gineva citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 29.

El informe Mundial de la Salud de la OMS relacionado con “La Atención Primaria de Salud- más necesaria que nunca”, se refiere a la contribución del enfoque centrado en las personas, sustentada en evidencia y cita los varios aspectos como: mejor integración y comprensión, aumento de la confianza, entre otros (Figura 3).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 20

Por lo tanto, colocar a las personas en el centro de la prestación consigue que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos, además, se recalca la justicia social, la participación y la colaboración intersectorial.

Figura 3. Contribución del enfoque centrado en los personas, sustentada en evidencia



Fuente. OPS/OMS. (2010). La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca, citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 30.

2. Atención Integral e integrada¹⁰

La conceptualización sobre la integralidad en salud, vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de vida, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes sociales de las necesidades y problemas en salud y atenderlos según los

¹⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 30-32.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Código
GERENCIA MÉDICA		PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 21

distintos grupos sociales, dadas sus características singulares, que no pueden ser estandarizadas¹¹. Este enfoque corresponde al Sistema de Salud y Estado.

En la Prestación de Servicios de Salud, se define la atención integral e integrada como la atención que integra las intervenciones de promoción, prevención, recuperación, mantenimiento, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos^{12,13} al tiempo que aborda todas las dimensiones de la persona al prestar el servicio. Claramente el énfasis debe darse en las primeras intervenciones, para lograr un mayor impacto en salud. Este enfoque aborda al individuo como un todo; permitiendo comprender a la persona con un problema de salud, con el objetivo de buscar soluciones más completas¹⁴.

Adicionalmente, esta integralidad implica necesariamente que la Prestación de Servicios de Salud reconozca la participación de la familia y comunidad en el proceso de salud y enfermedad¹⁵. Las dimensiones del individuo, la familia y la comunidad, están correlacionadas entre sí, influyéndose unas a otras; por tanto, la atención integral sólo está completa cuando actúa en las tres dimensiones¹⁶. Conocer las condiciones de vida familiares y comunitarias del individuo, facilita la labor preventiva, diagnóstica y terapéutica de los servicios de salud.

La atención integral procura mantener al individuo y su familia sanos. Es por ello que todo contacto con la persona y su familia, inicialmente orientado a la recuperación de la salud, idealmente debe ser aprovechado, además, para realizar intervenciones de promoción y prevención¹⁷. El espectro disponible de intervenciones para la atención de las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas es muy amplio y se puede agrupar en cinco dimensiones (Figura 4).

En la práctica de la Prestación de Servicios de Salud estas intervenciones frecuentemente se encuentran entremezcladas, y deberían serlo, si se pretende implementar la atención

¹¹ CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

¹² CCSS. (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José, Costa Rica.

¹³ OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.

¹⁴ CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

¹⁵ CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

¹⁶ Ministerio de Salud del Perú. (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2004.

¹⁷ CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 22

integral. En esta Propuesta, los servicios de salud integrados en la CCSS se pueden definir como *“la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los usuarios reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”*¹⁸. Esta definición es bastante amplia y permite abarcar muchos modos de integración de servicios. Los servicios integrados deben basarse en una fotografía de las necesidades de salud, de las barreras para una expansión equitativa de los servicios y de los recursos disponibles¹⁹.

Figura 4. Tipos de prestación en la atención integral



Fuente. Modificado de: Institute of Medicine. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academy Press. Washington DC.

¹⁸ WHO. (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva.

¹⁹ WHO. (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 23

3. Trabajo en red²⁰

El modelo de organización en Red incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial), como responsables de los resultados de salud de su población. Plantea la operación del conjunto de establecimientos, de diferentes niveles de complejidad, interrelacionados por una serie de guías, protocolos y formas de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de las personas entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud, asegurando la continuidad de la atención. En este sentido, la Red de prestación de servicios de salud en la CCSS se define como²¹:

“Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica.

Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de unos resultados de salud a la población que sirve y está dispuesto permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente.”

Bajo este concepto, una red puede tener un territorio o población determinada y puede relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible, a partir de lo cual surgen algunos modelos de integración asistencial con diversas formas de organización y gestión en Red, entre los que destacan la red temática, la red espontánea y la gestión de red (Recuadro 1).

²⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 75-76.

²¹ CCSS. (Noviembre, 2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. San José, Costa Rica: CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 24

Recuadro 1. Formas de organización en Red.

Red temática	Orientada hacia la integración de los procesos clínicos (a nivel micro). En este caso, los procesos de atención a personas con enfermedades crónicas, han recibido una atención especial y su uso está extendiéndose de forma destacable.
Red espontánea (por afinidad)	Surge cuando varios establecimientos de salud con intereses mutuos, se organizan para la prestación y/o la gestión de algunos servicios. Se producen episodios de ayuda espontánea con cierta expectativa de reciprocidad.
Gestión en Red	Se centra en la arquitectura organizacional del sistema de provisión de los servicios de salud. Reúne en una misma organización, proveedores de distintos niveles de atención y de diferente complejidad, los cuales comparten actividades de forma organizada, con objetivos y proyectos comunes, que permiten establecer acuerdos destinados a compartir recursos, vinculados por la mutua confianza. En este último caso, se da un avance gradual de la integración en red. En la primera fase, a cada establecimiento se le establecen las competencias para funcionar adecuadamente y, adicionalmente se asigna una fracción o porcentaje de presupuesto (presupuesto marginal) para estimular el trabajo y cumplimiento de objetivos en red. En la integración más efectiva y eficiente, existe una mayor complementariedad en la gestión de los recursos de la Red (humanos, equipamiento, mantenimiento, presupuestarios, otros).
<i>Fuente.</i> Adaptado de: OPS/OMS. (2008). Gestión de Redes en Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas.	

En este contexto, se define como micro red o sub red, al conjunto de establecimientos de salud cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. La agregación de micro redes o sub redes, conformará una Red²².

De forma general, el hablar de redes es hablar de integración horizontal y vertical. La integración horizontal trata de coordinación entre entes prestadores de condiciones similares (intraniveles), con los objetivos de mejorar eficiencia por medio de economías de escala, atraer inversiones y recursos, a fin de fortalecer el nivel de atención. La integración vertical es la que establece la coordinación entre niveles, promoviendo la continuidad asistencial y la integración territorial de los recursos, con la participación de proveedores de distintos niveles de atención.

Esta forma de organización facilita la complementariedad de los recursos según la complejidad de los servicios prestados, la atención oportuna en otros Niveles de Atención

²² Modificado de: Ministerio de Salud República de Perú. (Julio, 2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. República de Perú.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 25

cuando son requeridos; contribuye a: la disminución de costos, evita la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejora los procesos de decisión compartida; facilita la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de la atención continuada, pero también para conocer la realidad de los diferentes niveles de prestación y afianzar el sentido de pertenencia a la red de servicios de salud y a la Institución²³.

Con ello se espera, lograr que la población perciba un sistema de salud que le trata de una manera integral y personalizada. Además de potenciar la satisfacción profesional del personal, al facilitarse los flujos de trabajo, la visión integrada de la atención y el fomento del trabajo en equipo. La organización en redes pretende además alcanzar la propuesta institucional de que todas las unidades y los servicios se gestionarán en redes, con el propósito de generar mayor capacidad resolutive, eliminar duplicidades en el proceso de la atención, disminuir tiempos de espera, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y reducir los costos de operación²⁴.

El propósito principal de la conformación de las Redes es promover e implementar mecanismos para el acceso de la población a servicios equitativos, eficientes y de calidad, optimizando la organización y gestión en todos los niveles de atención de la Institución. En general, las Redes de prestación de servicios de salud, deben procurar alcanzar los objetivos descritos en el Recuadro 2.

Recuadro 2. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud

- Implementar estrategias de gestión y articulación de los establecimientos de salud, que permitan alcanzar los objetivos de la prestación.
- Asegurar a las personas una atención continua y oportuna para resolver sus necesidades y problemas de salud.
- Mejorar la capacidad resolutive de todos los Niveles de Atención en su ámbito de competencia, para dar una respuesta más eficiente, efectiva y de calidad a la población.
- Optimizar la asignación, distribución equitativa y el uso de los recursos, potenciando fortalezas y la complementariedad entre los establecimientos de la Red.

²³ OPS/OMS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.

²⁴ Modificado de: CCSS. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 26

Recuadro 2. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud

- Fortalecer las capacidades y competencias del personal en los establecimientos de salud, que impacten la calidad y equidad del acceso a los servicios de salud.
- Desarrollar un sistema de evaluación que evidencie los resultados obtenidos por la red asistencial en la prestación, la gestión, la asignación y utilización de los recursos, que permita el mejoramiento continuo de la calidad de la prestación.
- Orientar la adecuación o modificación futura, mediante el seguimiento y la evaluación.

Fuente. Modificado de: CCSS. (Abril, 2014). Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Plan de Gestión. San José, Costa Rica.

4. Atención compartida

La atención compartida se ha utilizado en el tratamiento de muchas afecciones crónicas porque proporciona un mejor resultado que las estrategias de atención primaria o la especializada aplicadas de manera fragmentada. Se ha definido como la participación conjunta y sincrónica de profesionales de salud de un nivel de atención con otros de un nivel diferente. Supone la prestación planificada de la atención, durante la cual se brinda un intercambio de información que incide positivamente en la gestión de la persona y la capacidad resolutoria de los equipos, más allá del alta y la referencia habitual²⁵.

Diversos estudios indican que la atención compartida mejora significativamente la prescripción apropiada y el cumplimiento de la medicación, proporcionando beneficios a largo plazo para la persona atendida. El aspecto fundamental de la atención compartida es que debe incluir una verdadera colaboración entre la atención en el I, II y III Nivel²⁶. Además, se identifica que la atención compartida puede ser más efectiva en personas con circunstancias especiales, encamados, secuestrados de ECV, traumas, adultas mayores con depresión u otras enfermedades mentales crónicas graves y en los que presentan alta morbilidad.

La atención compartida brinda la oportunidad de proporcionar los beneficios de la intervención especializada combinada con la continuidad de la atención y el tratamiento

²⁵ Hickman, M., Drummond, N. y Grimshaw, J. (1994). A taxonomy of shared care of chronic disease. *Journal of Public Health Medicine*;16(4). pp. 447-454.

²⁶ Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 27

de las comorbilidades por parte de los médicos generales u otros profesionales que brinda su servicio a nivel comunitario como responsables de todos los aspectos de la asistencia sanitaria²⁷.

Los sistemas de atención compartida incluyen protocolos clínicos predefinidos, normas de referencia, educación continua de los profesionales de salud participantes, sistemas de intercambio de información específicamente diseñados, auditoría y evaluación en el curso de los servicios administrados.

En una revisión sistemática de la literatura sobre la integración de redes de salud, se identifican los siguientes principios como importantes para ser tomados en cuenta en la implementación de atenciones compartidas²⁸.

- **Brindar un continuo en la atención.** La persona y su familia deben de experimentar durante la atención y hospitalización domiciliar compartida un continuo, donde no es dejado de lado por su equipo de cabecera, más bien otro equipo se integra a su atención para su propio beneficio. Para evitar malos entendidos, es importante explicar claramente el funcionamiento, los límites y alcances de la atención que se ofrecerá a la persona y la familia.
- **Enfoque a las Personas.** La atención y hospitalización domiciliar compartida se debe de organizar para solventar las necesidades de la persona y su familia y no las de los equipos de salud.
- **Calidad de atención sostenida a lo largo de la red.** Los roles y responsabilidades de todos los miembros de los equipos están claramente identificados para asegurar una transición suave de la persona, de un tipo de cuidado a otro. Protocolos compartidos basados en evidencia son esenciales para el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios y ayudan a normalizar la atención en todos los servicios y sitios, mejorando así la calidad de la atención. En esta modalidad la comunicación es fundamental, se debe de promover reuniones de equipo periódicas, conocer las

²⁷ Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

²⁸ Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. y Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(Spec No); pp. 16–23.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 28

aptitudes de cada uno de los profesionales de la red, hacer uso de sistemas electrónicos de información y sobre todo emplear un canal de comunicación empático y respetuoso entre los integrantes.

- **Evaluación de la atención.** Los equipos involucrados en la atención y hospitalización domiciliar compartida, deben de entender que las evaluaciones periódicas de su desempeño y labores, deben de realizarse para garantizar la calidad y la mejora continua.
- **Liderazgo.** La atención y hospitalización domiciliar compartida exige un liderazgo comprometido y visible con procesos claros de comunicación. Los líderes deben promover la nueva visión entre el personal para facilitar el proceso y reconocer la importancia del aprendizaje y cómo contribuye al unificar el objetivo general entre los diferentes equipos de la red y aquellos que si bien no están en la red, eventualmente podrían tener una participación en la atención de los usuarios.
- **Personal Idóneo.** Los profesionales de la red tienen que integrarse de manera efectiva a todos los niveles de la red, su liderazgo aplica en el diseño, implementación y operación de la misma. Es importante tener claro que, la percepción de pérdida de poder, prestigio o cambio en el estilo de práctica puede provocar descontento, resentimiento y resistencia al cambio y que para algunos profesionales trabajar en un sistema de atención integrado con capacidad de decisión compartida puede ser poco atractivo, este tipo de personal no es idóneo para el trabajo en modalidades que impliquen la atención compartida.

Fortalecer los vínculos formales pero sobre todo los informales entre los profesionales, el compartir la misma visión y misión, y fortalecer el enfoque a las personas permite integrar a los profesionales al modelo compartido. Además resulta importante que el personal de dichos equipos cuente con espacios para discutir casos, experiencias y donde se puedan actualizar en temas de relevancia.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 29

ENFERMEDAD CELIACA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 30

La enfermedad celiaca es una condición inflamatoria de la mucosa intestinal de base inmunitaria, originaria del Griego 'koiliakos'. Es un trastorno inmune que afecta al intestino delgado por reacción al gluten presente en el trigo, cebada, centeno y avena, con una predisposición genética y asociaciones autoinmunes como la diabetes mellitus tipo 1 y la tiroiditis autoinmune.

El gluten es una proteína que se encuentra combinada con el almidón, representa el 80% de la fracción proteica principal del trigo. Es el responsable de la elasticidad de la masa de harina, y confiere la consistencia elástica y esponjosa de los panes y masas horneadas. Resulta de la mezcla de proteínas individuales clasificadas en dos grupos, las *prolaminas* y las *gluteninas*. La fracción del gluten perjudicial para los celíacos pertenece al grupo de las *prolaminas* y en el trigo recibe el nombre de gliadina. La gliadina, contiene la mayor parte de los componentes tóxicos²⁹.

La hordeina de la cebada y la secalina del centeno, son otras prolaminas tóxicas, complejos proteicos, equivalentes al gluten del trigo^{30, 31}. Con respecto a la avena, probablemente no ejerce un efecto nocivo por sí misma, sin embargo, se excluye de la dieta, ya que algunos pacientes pueden presentar intolerancia. Muchos productos que la contienen pueden estar contaminados con gluten (contaminación cruzada) y se desconoce el efecto a largo plazo³².

La enfermedad celiaca presenta una prevalencia a nivel global del 1% de la población mundial, con un aumento de 4 veces en los últimos 60 años. Se considera que hay un 80% de personas no diagnosticadas.

Entre los principales síntomas clínicos, se encuentran: llenura, flatulencia, diarrea, esteatorrea, pérdida de peso, debilidad, cansancio, aftas orales recurrentes, retraso puberal, elevación de ALT y/o AST sin causa establecida a pesar de estudios, osteopenia, osteoporosis, anemia por deficiencia de hierro, folatos, B12, vitamina D y linfomas.

Un paciente no diagnosticado, puede manifestar:

1. Deficiencia nutricional, que también puede ser selectiva a déficit de hierro y Vitamina D,

²⁹ Polanco, I. (2014) Enfermedad celiaca. Revista del Laboratorio Clínico. Rev Lab Cli. (4): 141-144

³⁰ Hernández, C. y Rodrigo, L. (2103) Trastornos relacionados con el gluten y enfermedades desmielinizantes. Medicina Clínica. Barcelona: 140(7):314-319.

³¹ Bai, J. G et al. (2012). Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad Celiaca. Milwaukee, USA: World Gastroenterology Organisation.

³² Ebach. D. (2016). Celiac Disease. Updated

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 31

2. Osteopenia/osteoporosis,
3. Linfoma (o carcinoma gastrointestinal), como condición extrema

Para su diagnóstico se requiere realizar pruebas serológicas, específicamente:

1. Anticuerpos anti transglutaminasa tisular (t TG-IgA).
2. Anticuerpos anti Péptido Deaminado de Gliadina (DGP)

Es muy importante medir concomitantemente los niveles totales de Inmunoglobulina A (IgA), para definir que no hay una deficiencia específica de esta inmunoglobulina que altere los resultados en relación a este anticuerpo, considerándose realizar IgG de estas pruebas mencionadas. La serología puede tener falsos positivos y negativos y no se puede hacer el diagnóstico en forma aislada. Tampoco la genética tipo HLA (DQ2, DQ8) es diagnóstica en forma aislada, ya que hay poblaciones que tienen la presencia de estos genes en alrededor del 50 % de la población, pero solo el 1.5 % son afectados.

Para el diagnóstico de enfermedad celiaca, se requiere la demostración de atrofia de las vellosidades y recuperación de las mismas con una dieta libre de gluten, al igual que mejoría en síntomas y pruebas sanguíneas. Para realizar la biopsia la persona debe mantenerse consumiendo una dieta usual que contenga gluten. Se recomiendan 4 biopsias de la segunda porción del duodeno y dos del bulbo duodenal. Algunas limitaciones de la biopsia son: el fijarla adecuadamente (orientación y tamaño), acuerdo entre patólogos y centros de referencia. Se plantea que la relación VH (altura de la vellosidad): CrD (profundidad de la cripta) & IEL (linfocitos intra epiteliales) que corresponde a la Clasificación Corazza-Villanacci, es para algunos patólogos mejor que la clasificación de Marsh- Oberhuber.

A nivel institucional se recomienda utilizar la clasificación de Marsh-Oberhuber para unificar criterios diagnósticos. En la Tabla 1, se presenta la homologación de ambas clasificaciones.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 32

Tabla 1. Comparativo entre la clasificación de Marsh y la Clasificación Corazza-Villanacci

Clasificación Marsh-Oberhuber		Clasificación Corazza-Villanacci	
Tipo 1	Vellosidad y arquitectura de cripta normal con ≥ 30 LIEs/100 enterocitos	Grado A	Sin atrofia, con arquitectura vellositaria normal con o sin hiperplasia críptica y ≥ 25 LIEs/100 enterocitos.
Tipo 2	Arquitectura de vellosidad normal, hiperplasia de cripta y ≥ 30 LIEs/100 enterocitos		
Tipo 3a	Atrofia parcial de vellosidad con proporción de cripta/vellosidad $< 3:1$ o $2:1$, hiperplasia de cripta y ≥ 30 LIEs/100 enterocitos	Grado B1	Atrófica con proporción vellosidad/cripta $< 3:1$, $2:1$ o $1:1$, vellosidad todavía detectable y ≥ 25 LIEs/100 enterocitos.
Tipo 3b	Atrofia de vellosidad subtotal con proporción vellosidad/cripta $< 1:1$, hiperplasia de cripta y ≥ 30 LIEs/100 enterocitos		
Tipo 3c	Total atrofia de vellosidad (mucosa plana) con hiperplasia marcada de cripta y ≥ 30 LIEs/100 enterocitos	Grado B2	Mucosa atrófica y completamente plana, vellosidades no son observables y ≥ 25 LIEs/100 enterocitos.
Tipo 4	Lesión atrófica hipoplásica (mucosa plana) con sólo unas pocas criptas y conteo de LIEs cercano a lo normal.	Eliminada	

Fuente. Brenes-Pino F, Herrera A. La biopsia intestinal y su interpretación. Resultados preliminares en Costa Rica. En Rodrigo L y Peña AS, editores. Enfermedad celiaca y sensibilidad al gluten no celiaca. Barcelona, España: OmniaScience; 2013. p. 203-218.

Existen otras causas consideradas como **no específicas**, que producen inflamación del intestino delgado que alteran la histología, como:

- a) Infecciosas: *H. Pylori*, *Giardia intestinalis* (Giardia lamblia), Sprue Tropical, Enteropatía por VIH
- b) Inmunes: Inmunodeficiencia Común Variable (CVID), enfermedad de Crohn, alergia a la proteína de la leche de vaca (CMPV) y enteropatía autoinmune, amiloidosis, enteritis eosinofílica
- c) Medicamentos: Olmesartan (antagonista de los receptores de angiotensina II para la hipertensión arterial), AINES (Anti Inflamatorios No Esteroidales), entre otros.

En resumen las limitaciones de la histología del intestino delgado depende de 4 factores:

1. **Paciente:** Se requiere que consuma una dieta con alimentos fuentes de gluten.
2. **Endoscopista:** endoscopio adecuado para visualizar cambios macroscópicos y tomar las seis biopsias indicadas.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 33

3. Patólogos:

- a) fijación adecuada
- b) concordancia inter-observadores
- c) clasificación adecuada

4. No Específicas (otras causas de inflamación del intestino delgado): infecciosas, inmunes y medicamentos

Conceptos en evolución para el diagnóstico de la enfermedad celiaca:

En relación al diagnóstico de la enfermedad celiaca, existen limitaciones o situaciones que mejorar, entre ellos:

1. Limitaciones de la biopsia como “Prueba Oro” (de sus siglas en inglés *gold standard*).
2. Ampliar la disponibilidad y tiempo de respuesta de las pruebas serológicas.
3. Estandarizar la interpretación del papel de la genética.

Dieta libre de gluten

Una dieta libre de gluten corresponde a: *una alimentación que no tiene alimentos con gluten en su composición base. Que reúna las características de acuerdo a las necesidades nutricionales y según condición de cada persona con enfermedad celiaca*³³. Esto implica no consumir alimentos que contengan: trigo, avena, cebada y centeno (TACC). Es decir, no ingerir prolaminas tóxicas: gliadina en el trigo, secalina en el centeno, hordeína en la cebada y avenina en la avena; prevenir la contaminación cruzada, tanto en la fabricación de un producto, como en la elaboración o manipulación del mismo para el consumo y satisfacer las necesidades nutricionales de la persona³⁴.

Actualmente el CODEX Alimentarius Internacional, comisión dependiente de la OMS, encargada de las Normativas para el control e identificación de alimentos, permite, en alimentos naturalmente exentos de gluten, un contenido máximo de 20 ppm (20 mg de gluten/Kg)³⁵.

³³ Norma Nacional de Atención a Personas con Enfermedad Celiaca. No. 38514-S

³⁴ Rubio, A. et al. (2014). American College of Gastroenterology Clinical Guideline: Diagnosis and management of Celiac Disease. Am J Gastroenterol. 2013 may; 108(5), pp. 656-677.

³⁵ Ebach, D. (2016) Celiac disease. Updated.

Cilleruelo, P. et al. (2012). Enfermedad Celiaca. Grupo de gastroenterología pediátrica de la zona Sur-Oeste (Madrid).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 34

Los pacientes con enfermedad celiaca deben adherirse a la dieta libre de gluten de por vida. La adherencia total disminuye el riesgo de complicaciones (ACG Recomendación fuerte, Alto nivel de evidencia)³⁶.

Clasificación de grupos de alimentos y alimentos sin gluten

Para el inicio de una dieta sin gluten, se requiere previamente del diagnóstico. Esta alimentación, es el único tratamiento de la enfermedad celiaca. Según estudios de revisiones sistemáticas, la cantidad de gluten ingerido que causa síntomas gastrointestinales, varía en las personas con enfermedad celiaca, por ejemplo, estudios han reportado que 50 mg de gluten por día, puede producir lesión de las microvellosidades intestinales, aunque no siempre estas lesiones son acompañadas de síntomas clínicos³⁷.

En la Tabla 2 se detalla según grupos de alimentos aquellos que tienen y no tienen gluten en su forma.

Tabla 2. Clasificación de grupos de alimentos y productos procesados según aporte de gluten

Grupos de alimentos ³⁸	Alimentos que no contienen gluten	Alimentos o productos procesados con gluten, avena o con sospecha de contener gluten
Harinas	Arroz blanco, maíz, gallo pinto Verduras harinosas: papa, guineo, elote, plátano verde y maduro, camote, yuca, raíz de chayote, arracache, tiquizque, pejibayes, ñampi.	Pan y harinas de trigo, centeno, cebada, avena y sémola de trigo. Productos con harinas de trigo, cebada, avena y centeno: repostería, pastelería general, galletas. Pastas de harinas de trigo: fideos, macarrones, tallarines, lasaña, chop suey, ñoquis, canelones, entre otros. Cus cus, granola, avena
Leguminosas	Frijoles naturales de toda variedad (frijol blanco, negro, rojo), cubaces, lentejas, garbanzos).	
Leche y yogurt	Leche, yogurt natural, quesos	Helados y yogures procesados con sabores Quesos procesados, blancos o amarillos
Frutas	Naturales, toda variedad	
Vegetales	Naturales: crudos o cocidos	

³⁶ Ebach. D. (2016). Celiac Disease. Updated

³⁷ Catassi, C. et al. (2007) A prospective, double-blind, placebo-controlled trial to establish a safe gluten threshold for patients with celiac disease. Am J Clin Nutr. (Jan., 2007), 85 (1):160-6

³⁸ Comisión Interinstitucional PINEC, CCSS-INCIENSA. (2011) Listas de Intercambio. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 35

Carnes y sustitutos	Carne frescas de todo tipo: res, pollo, pescado, mariscos entre otros. Huevos de todo tipo	Embutidos (mortadela, salchichón, chorizo, morcilla, salchichas, paté), surimi, carnes enlatadas, carnes precocidas, derivados de soya, carnes previamente condimentadas
Grasas	Aguacate, maní entero, aceites vegetales líquidos no hidrolizados (margarina o mantequilla, natilla, queso crema)	
Condimentos y aderezos	Ajo, cebolla, chile dulce, culantro, apio, entre otros	Aderezos (salsas de tomate, mostaza, otros aderezos) Condimentos empacados
Bebidas	Frescos naturales de frutas, café chorreado (puro), infusión de hierbas	Crema instantánea (sustituto lácteo) Café instantáneo, sucedáneos de café y otras bebidas preparadas en máquinas Cremas con alcohol, digestivos, cervezas y otros licores Frescos o jugos envasados (estos aunque no contengan cereales en su composición, puede haber riesgo de contaminación cruzada) Mezclas para preparar té instantáneos
Otros	Azúcar, sal, edulcorante natural, mermeladas y jaleas caseras	Mermeladas y jaleas comerciales Chocolates, confitería: caramelos, gomitas, gomas de mascar Hostías
Productos empacados		Cereales instantáneos para niños Frescos elaborados con cebada, avena, crema, horchata, resbaladera, malta, pulpas de frutas, caramelizaciones Salsas preparadas Sopas, cremas y deshidratadas Sopas (latas, frascos y sobres) Papas deshidratadas empacadas, congeladas tipo francesa Harina para puré Conservas Productos enlatados, pre-empacados y procesados Gelatinas, flanes Empanizador Levaduras Polvo para hornear Frutos secos crudos (los tostados pueden contener gluten)

Fuentes: Manzur, J.L. et al. (2011) Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca en el primer nivel de atención. Argentina. Ministerio de Salud.
Asociación Celiaca Aragonesa. (2012) Guía práctica del niño celiaco en la escuela. España. Dirección General de Consumo del Gobierno de Aragón
Bai, J. G et al. (2012). Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad Celiaca. Milwaukee, USA: World Gastroenterology Organisation.
Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) Diagnóstico precoz de la enfermedad celiaca. España. Ministerio de Sanidad y Consumo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 36

Es importante resaltar que la mayoría de los productos procesados industrialmente contienen gluten y que comercialmente existen productos que también contienen gluten y son utilizados para:

- **cuidado bucal:** como pasta dental, enjuague bucal,
- **higiene personal:** jabones, champú, crema para el cuerpo,
- **cosméticos.**

Etiqueta nutricional

Al adquirir productos elaborados, procesados o envasados comercialmente, se debe comprobar la presencia o ausencia de ingredientes en las etiquetas que aporten gluten. Por lo tanto, no se deben consumir alimentos o productos procesados que contengan los ingredientes citados en la Tabla 3.

Tabla 3. Listado de ingredientes que aportan gluten

- Almidón	- Harinas
- Almidón de maíz (féculas)	- Jarabe de arroz tostado
- Almidón modificado	- Levaduras
- Cereales	- Maltas
- Colorantes	- Maltodextrinas
- Edulcorantes	- Monoglicéridos y diglicéridos
- Emulsionantes	- Conservantes E 140 a E 152
- Espesantes	- Proteína vegetal e hidrolizada
- Estabilizantes	- Saborizantes
- Gelatinas	- Sémola
- Goma vegetal	- Triticale

Si se consume algún suplemento nutricional, revisar etiquetas

Recomendaciones alimentarias para la vida

El gluten de acuerdo a la clasificación de peligros establecida por el Codex Alimentarius, es un peligro químico y la valoración de la gravedad de las consecuencias es de mediana a alta (pequeñas trazas de dicho contaminante pueden causar eventos severos y agudos en los individuos muy sensibilizados)³⁹. Por eso, uno de los aspectos con los que hay que

³⁹ Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). (2013). Guía Buenas Prácticas de Manufactura. Establecimientos Elaboradores de Alimentos libres de Gluten. ANMAT. En: www.msal.gov.ar/celiacos/pdf/2013-05-04_guia-BPM-elaboradores-ALG

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 37

tener un gran cuidado es la “contaminación cruzada”, que puede ocurrir en muchas situaciones cotidianas. La contaminación cruzada se produce cuando los alimentos libres de gluten entran en contacto con esta proteína y dejan de ser aptos para los celíacos. Esto puede ocurrir en la industria alimentaria, restaurantes, comedores institucionales y en el hogar⁴⁰.

- **Preparación de alimentos**

En el hogar, es donde debe existir el mayor compromiso en la preparación de los alimentos para las personas con enfermedad celíaca, por lo tanto, se deben asumir los siguientes cuidados:

1. Antes de elaborar las comidas, lavar y limpiar muy bien las superficies de trabajo (preferiblemente de material no poroso), donde se cortan o preparan los alimentos sin gluten, para evitar contaminación cruzada con otros productos con gluten que se hayan preparado previamente. Por ejemplo, las tablas de picar los alimentos deben ser de material no poroso y fácil de limpiar. De preferencia, los alimentos deberían tener un lugar exclusivo para su preparación.
2. Realizar lavado de las manos antes de preparar una comida o tocar un alimento, en especial si está trabajando con alimentos en polvo, como harinas.
3. Preparar siempre de primero las comidas libres de gluten.
4. Utilizar recipientes diferentes para cocinar los alimentos sin gluten. Si esto no fuera posible, se debe asegurar que los mismos se encuentren muy bien lavados y limpios.
5. Los aceites en que se fríen los alimentos deben ser limpios para evitar que puedan tener restos de gluten.
6. Si se prepara una parrillada, es importante tener la precaución de no juntar en la parrilla alimentos que puedan contener gluten como los embutidos, con alimentos como carne de res, pollo, entre otros.

⁴⁰ Convivir: Fundación de Intolerancia al gluten. (2016). Cocinar sin gluten. Fundación Convivir. En: www.fundacionconvivir.cl/cocinar-sin-gluten.html

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 38

7. Si va a calentar alimentos con gluten en la parrilla, cubrir con papel aluminio para evitar la contaminación. Preferiblemente, utilizar otro equipo de cocina para el calentamiento^{41,42, 43}.

- **Almacenamiento de alimentos**

El almacenamiento de alimentos puede ser otro aspecto susceptible. Se debe cuidar los siguientes aspectos básicos:

1. En las despensas, los alimentos específicos sin gluten deben ocupar un espacio diferenciado y estar correctamente etiquetados para evitar confusión en el momento de su elaboración.
2. En el refrigerador y el congelador, se debe definir una rejilla de uso exclusivo para el almacenaje de productos libres de gluten.
3. Utilizar recipientes diferenciados para almacenamiento de productos.
4. Cubrir todos los alimentos que no están envasados, con papel plástico o aluminio.
5. Congelar en bolsas la cantidad necesaria para cada ocasión e identificar la fecha. Siempre se debe descongelar primero la más antigua.
6. Las masas crudas o cocidas, se pueden congelar en bolsas o cubiertas con plástico adhesivo. Identificar el contenido y colocar la fecha de almacenamiento.
7. El pan y harinas de trigo, deben estar empacadas para evitar que entren en contacto con superficies u otros alimentos y produzcan contaminación cruzada.
8. Utilizar recipientes separados si se utilizan productos como mantequilla, margarina, jalea, mayonesa o cualquier otro alimento que pueda ser untado en el pan. Esto porque en los de uso del resto de la familia pueden quedar migas con gluten contaminándolos. También es adecuado rotularlos^{44 45}

⁴¹ Convivir: Fundación de Intolerancia al gluten. (2016). Cocinar sin gluten. Fundación Convivir. En: www.fundacionconvivir.cl/cocinar-sin-gluten.html

⁴² Humanes, J. (2001). Trucos para cocinar sin gluten. En Enfermedad Celiaca. Manual del Celiaco.(126-128). Federación de Asociaciones de Celiacos en España: Real Patronato sobre Discapacidad.

⁴³ Ortegosa, L., Armas, H. y Peña, L.. (2010). Guía Didáctica. La Enfermedad Celiaca. Canarias: Servicio de Promoción de la salud de la Dirección de Salud Pública Servicio Canario.

⁴⁴ Convivir: Fundación de Intolerancia al gluten. (2016). Cocinar sin gluten. Fundación Convivir. En: www.fundacionconvivir.cl/cocinar-sin-gluten.html

⁴⁵ Ortegosa, L., Armas, H. y Peña, L.. (2010). Guía Didáctica. La Enfermedad Celiaca. Canarias: Servicio de Promoción de la salud de la Dirección de Salud Pública Servicio Canario.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 39

- **Fuera del hogar**

Las personas con enfermedad celiaca deben garantizar que cuando se alimentan fuera del hogar lo hagan en establecimientos con productos libres de gluten de lo contrario, autoorganizarse para llevar alimentos preparados en su hogar.

En caso de niños y niñas escolarizados, el personal de salud debe recomendar llevar los alimentos preparados desde el hogar.

- **Compra de alimentos empacados**

No hay forma de garantizar que el alimento esté totalmente libre de gluten, pues la contaminación cruzada siempre puede producirse durante la fabricación o almacenamiento del mismo. Se debe tener presente lo siguiente:

1. Recuerde que libre de trigo no significa libre de gluten, pues otros granos pueden contenerlo.
2. La compra de alimentos industriales siempre conlleva un riesgo, se debe revisar lo sugerido por la Asociación Costarricense de Pacientes con Enfermedad Celiaca (ACODERPA).
3. No se debe comprar harinas de maíz, arroz, almidón de papa, en lugares donde se expenden a granel, pues la probabilidad de contaminación cruzada es alta.
4. Se debe tener el hábito de revisar las etiquetas con los ingredientes que contienen los productos envasados y siempre que sea posible mejor evitarlos como medida de precaución. Los alimentos permitidos deben ser usados preferiblemente a partir del alimento fresco y no elaborados industrialmente, donde la contaminación es más probable^{46, 47}.

⁴⁶ Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). (2013). Guía Buenas Prácticas de Manufactura. Establecimientos Elaboradores de Alimentos libres de Gluten. 2013, de ANMAT Sitio web:

www.msal.gov.ar/celiacos/pdf/2013-05-04_guia-BPM-elaboradores-ALG

⁴⁷ Convivir: Fundación de Intolerancia al gluten. (2016). Cocinar sin gluten. Fundación Convivir En: www.fundacionconvivir.cl/cocinar-sin-gluten.html

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.301018</i>
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 40

INTERVENCIONES PROFESIONALES

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 41

1. INTERVENCIÓN MÉDICA

a. Manejo del niño o niña con sospecha o diagnóstico de enfermedad celiaca

Intervención del profesional en medicina general en Areas de Salud

Se considera paciente pediátrico para su atención en el manejo de la enfermedad celiaca en el proceso de su referencia desde este nivel, a todo niño o niña hasta los 12 años de edad cumplidos (menores de 13 años), mientras que no pediátrico, corresponde a las personas a partir de los 13 años de edad (de 13 años y más).

En las Áreas de Salud, un niño o niña que presente uno o más de los signos o síntomas de alarma que están asociados con la enfermedad celiaca, descritos en el Tabla 4, deben ser considerado como sospecha clínica de enfermedad celiaca.

Tabla 4. Signos o síntomas para sospecha de enfermedad celiaca en niños y niñas menores de 13 años de edad.

1. Retardo pondoestatural, pérdida de peso mayor al 10% en las últimas dos semanas, baja talla o baja talla severa⁴⁸ o tendencia descendente en el indicador peso/talla (caída en una o dos puntaje Z), en los últimos 6 meses.
2. Desnutrición sin causa específica (según indicador peso/talla en menores de 5 años de edad o IMC a partir de los 5 años de edad)
3. Retraso del desarrollo puberal (considerando que las niñas desarrollan entre los 9 y 11 años de edad y los hombres entre los 11 y 13 años de edad)
4. Atrofia muscular sin morbilidad definida
5. Irritabilidad emocional: caracterizado por rechazo al alimento, trastorno del sueño, llanto incontrolable
6. Diarrea crónica sin etiología por más de dos semanas (frotis de heces normal y pruebas tiroideas normales)
7. Anemia crónica por deficiencia de hierro, que no responde al tratamiento con hierro (déficit de hierro, vitamina B12 y/o fólico: puede ser mixto)
8. Elevación de ALT/AST sin etiología
9. Aftas orales recurrentes
10. Vómitos biliosos o hemáticos
11. Dolor abdominal recurrente
12. Fatiga crónica: cansancio sin causa aparente, disminución del rendimiento escolar.
13. Intestino irritable
14. Hipoproteinemia
15. Dermatitis herpetiforme
16. Hipoplasia del esmalte dental en dientes permanentes

⁴⁸ Bai, C. J. et al. (2012) Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad Celiaca. Milwaukee, USA: World Gastroenterology Organisation

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 42

- 17. Artritis reumatoidea juvenil
- 18. Dermatitis atópica que no responde al tratamiento
- 19. Deficiencia de IgA
- 20. Tiroiditis
- 21. Pérdida de esmalte dental

Fuente. ESPGHAN (2012) Guidelines for Diagnosis of Coeliac Disease 54 (1)

En esos casos, el médico general según signos o síntomas identificados en el paciente debe:

- Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio básicos, según tipo de muestra:
 - Sangre total:
 - hemograma completo, morfología de globulos rojos y retis
 - Heces:
 - frotis de heces seriadas #3
 - Orina:
 - general de orina
 - Suero:
 - electrolitos (sodio, potasio y cloruro)
 - proteínas totales y fraccionadas
 - glicemia
 - pruebas hepáticas (AST, ALT)
 - pruebas de función renal: (creatinina, nitrógeno ureico)
 - pruebas de función tiroidea (TSH)
- Identificar el estado nutricional y analizar tendencia en las gráficas de crecimiento respectivas.
- Identificar historia nutricional desde la introducción de alimentos complementarios
- Programación de cita de **control en cuatro semanas** para valoración de exámenes de laboratorio y análisis de referencia según corresponda.

Si al valorar los exámenes de laboratorio se mantiene la sospecha clínica de enfermedad celiaca, se debe:

- Referir a Pediatría con **carácter prioritario** según Red de Servicios.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 43

NO SE DEBE INDICAR DIETA LIBRE DE GLUTEN AL PACIENTE ANTES DE SER VALORADO POR EL PEDIATRA Y/O GASTROENTERÓLOGO PEDIATRA (HASTA TENER DIAGNÓSTICO) PARA QUE SE PUEDAN REALIZAR SEROLOGÍAS Y BIOPSIAS ADECUADAMENTE SE DEBE RECOMENDAR MANTENER UNA DIETA CON ALIMENTOS FUENTES DE GLUTEN

Intervención del Profesional en Pediatría según Red de Servicios:

Ante la referencia del Área de Salud, el médico Pediatra valora al niño o niña considerando historia clínica, examen físico y resultados de exámenes de laboratorio. Enfatizando en:

1. Realizar historia clínica nutricional (específica de los productos ya mencionados que contienen gluten)
2. Historia clínica de otras enfermedades asociadas (alto riesgo): Dermatitis Herpetiforme, Diabetes Mellitus tipo 1, Déficit selectivo de IgA, Lupus Eritematoso Sistémico (LUS), Síndrome de Sjögren, Enfermedad de Addison, Artritis Reumatoide, Psoriasis, Vitiligo, Tiroiditis Autoinmune.
3. Historia clínica sobre otras patologías asociadas: Síndrome de Down, Fibrosis Quística, Síndrome de Turner, Síndrome de Williams.
4. Historia clínica sobre AHF de familiar de primer grado con enfermedad celiaca.

Si se mantiene la sospecha de diagnóstico de enfermedad celiaca, se debe:

1. Solicitar las siguientes Pruebas para Enfermedad Celiaca, en suero:
 - a. IgA⁴⁹, IgG, IgM, IgE (la deficiencia de IgA, es la inmunodeficiencia gastrointestinal más frecuente),
 - b. IgA e IgG anti transglutaminasa tisular,
 - c. IgA e IgG anti Gliadina deaminada

Si una de las **pruebas es positiva (b ó c)** para celiaquía, el niño o niña debe ser referido al Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional de Niños.

⁴⁹ La deficiencia selectiva de IgA puede cursar con otras comorbilidades como: Dermatitis Herpetiforme, Diabetes Mellitus tipo 1, Déficit Selectivo de IgA, Lupus Eritematoso Sistémico (LUS), Síndrome de Sjögren, Enfermedad de Addison, Artritis Reumatoide, Psoriasis, Vitiligo, Tiroiditis Autoinmune, Síndrome de Down, Fibrosis Quística, Síndrome de Turner, Síndrome de Williams.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 44

En el caso de que las **pruebas sean negativas (b ó c)** el niño o niña continua en seguimiento con el pediatra para el manejo de los signos y síntomas identificados en el niño.

EN CASO DE DESCARTAR OTRAS PATOLOGÍAS Y CON CLÍNICA ALTAMENTE SUGESTIVA Y SIN RESPUESTA TERAPEÚTICA VALORAR REFERENCIA AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA HNN PARA TOMA DE BIOPSIAS Y GASTROSCOPIA.

Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional de Niños

Ante la referencia del pediatra, se valora al niño o niña considerando historia clínica, examen físico, resultados de exámenes de laboratorio y/o la necesidad de realizar esofagogastroduodenoscopia para toma de biopsias, en casos de alta sospecha.

Una vez diagnosticado con enfermedad celiaca, el niño recibe valoración y seguimiento por parte del Profesional en Nutrición según red de servicios, en conjunto con el gastroenterólogo pediatra.

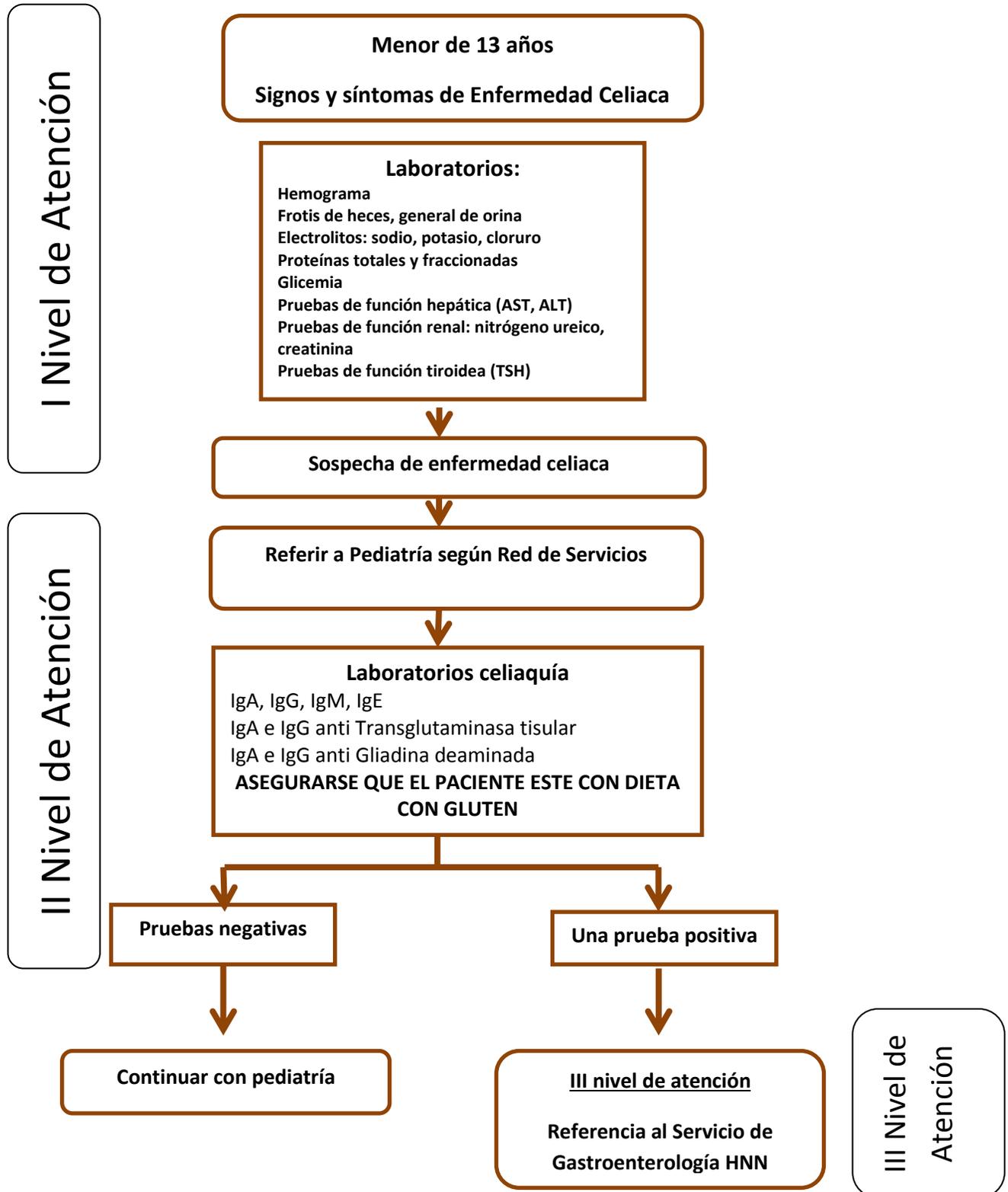
La realización de las pruebas genéticas HLA DQ2/DQ8, serán consideradas de acuerdo a criterio del pediatra gastroenterólogo.

LOS NIÑOS SINTOMÁTICOS CON TTG-IGA > 10 ULN Y EMA POSITIVA CON HLA-DQ2/8 POSITIVO = ENFERMEDAD CELIACA (NO NECESITAN BIOPSIA).

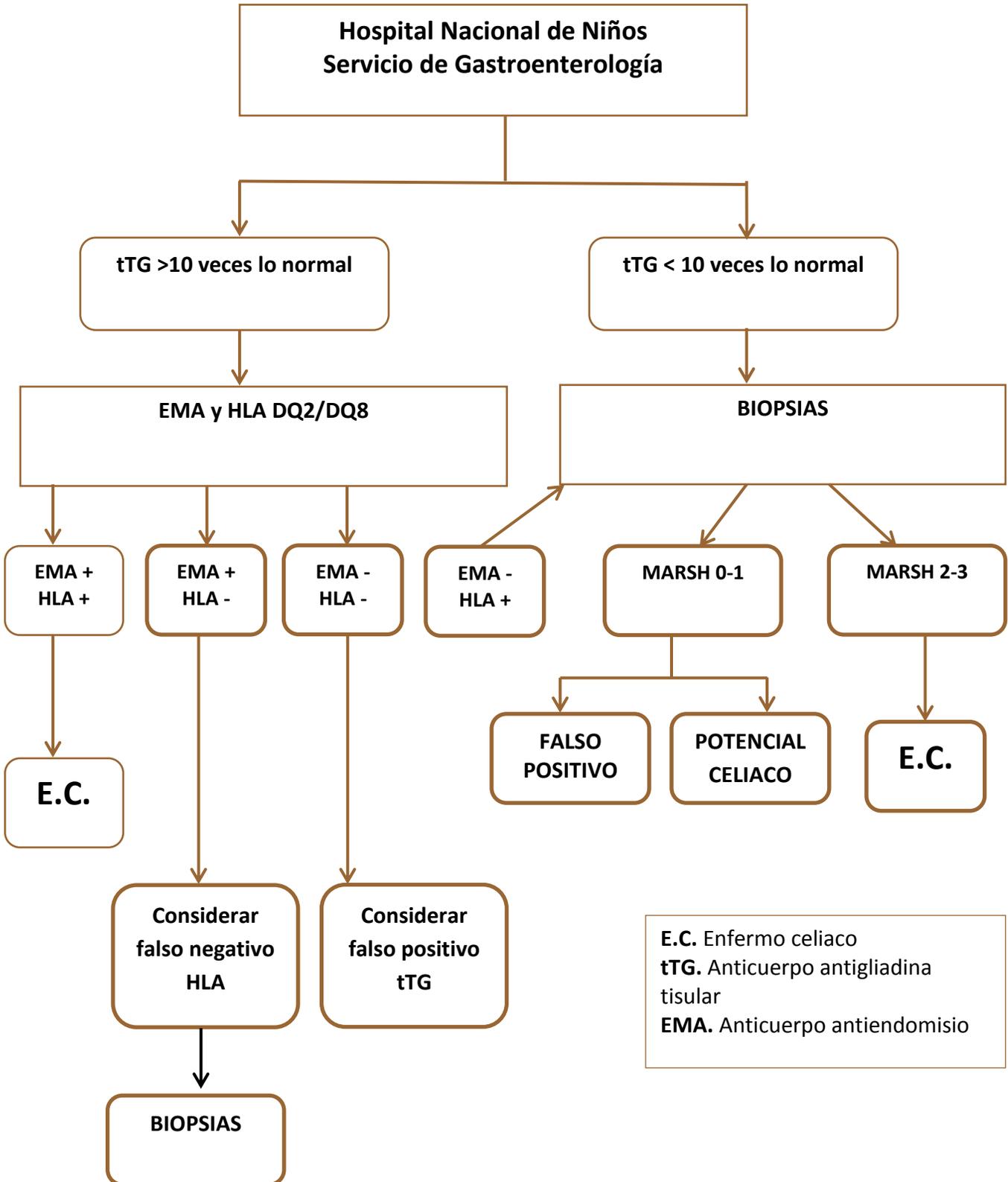
Fuente. ESPGHAN (2012) Guidelines for Diagnosis of Coeliac Disease 54 (1)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 45

Algoritmo 1. Atención del niño o niña con sospecha de enfermedad celiaca



Algoritmo 2. Atención en el Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional de Niños



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código <i>PAC.GM.DDSS.301018</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 47

b. Manejo de la persona con sospecha o diagnóstico de enfermedad celiaca (a partir de los 13 años de edad)

Las personas de 13 años de edad y más que sean atendidos en las Áreas de Salud y presentan uno o más signos o síntomas citados en la Tabla 5, deben ser considerados como pacientes con sospecha de enfermedad celiaca. Las intervenciones por realizar con estos pacientes son las siguientes:

Tabla 5. Signos o síntomas para sospecha de enfermedad celiaca en pacientes a partir de los 13 años de edad

<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarrea crónica sin etiología (frotis de heces normal y pruebas tiroideas normales) 2. Desnutrición sin causa específica (en menores de 19 años se utilizan las gráficas de IMC según edad y sexo) 3. Anemia crónica (déficit de hierro, vitamina B12 y/o ácido fólico) 4. Elevación de ALT/AST sin etiología determinada 5. Retraso puberal 6. Amenorrea de etiología no definida 7. Aftas orales recurrentes
--

Fuente. ESPGHAN (2012) Guidelines for Diagnosis of Coeliac Disease 54 (1)

Intervención del profesional en medicina general en Areas de Salud

El médico general debe solicitar y valorar los siguientes exámenes de laboratorio:

- **Laboratorio General, según tipo de muestra:**
 - **Sangre total:**
 - hemograma completo morfología de globulos rojos y retis
 - **Heces:**
 - Frotis heces
 - **Suero:**
 - proteínas totales y fraccionadas
 - pruebas hepáticas (ALT, AST)
 - pruebas de función tiroidea (TSH)
 - VIH, VDRL
 - glicemia
 - hierro sérico, capacidad de fijación de hierro, % de saturación de la transferrina, Vitamina D, folatos, Vitamina B12
 - electrolitos (sodio, potasio, cloruro)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 48

Si al valorar los exámenes de laboratorio se mantiene la sospecha clínica de enfermedad celiaca, se debe:

- Referir a Medicina Familiar o Medicina Interna según Red de Servicios.

Intervención del profesional en Medicina Familiar o Medicina Interna según Red de Servicios

Ante la referencia de sospecha de enfermedad celiaca, el especialista en Medicina familiar o Medicina Interna solicita las siguientes pruebas **por Celiaquía**:

- IgA e IgE total
- IgA anti transglutaminasa tisular
- IgA anti Gliadina deaminada.

Si el paciente tiene niveles bajos de IgA, debe hacerse IgG antiTransglutaminasa tisular y IgG antigliadina deaminada.

RECORDAR AL PACIENTE QUE SIEMPRE DEBE MANTENER LA INGESTA DE GLUTEN AL REALIZARSE LOS EXAMENES DE LABORATORIO.

Si las pruebas por celiacía son positivas:

1. El médico de familia o de medicina interna, solicita a Gastroenterología, según Red de Servicios, una Esofago-gastroduodenoscopia con biopsias de duodeno (2 de bulbo y 4 biopsias de segunda porción de duodeno).

Cuando se tiene el resultado de las biopsias de intestino delgado analiza considerando lo siguiente:

1. Serología positiva + Histología positiva: Enfermedad celiaca (EC) confirmada, debe referir el paciente al Servicio de Gastroenterología y a la Consulta Externa de Nutrición según Red de Servicios.
2. Serología positiva + Histología negativa: se continua seguimiento clínico de la persona según necesidad y se repiten biopsias al año.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.301018</i>
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 49

Si las pruebas por celiaquía son negativas:

Si se mantiene una **ALTA SOSPECHA** de enfermedad celiaca (ver tabla 6), el médico de familia o medicina interna, debe solicitar una esofagogastroduodenoscopia (EGD) con toma de biopsias de duodeno. **Estas biopsias deben realizarse en personas con alimentación sin restricción de gluten.**

El médico de familia o de medicina interna, debe referir al paciente, al Servicio de Gastroenterología para el abordaje especializado, cuando presente las siguientes condiciones:

1. Alta sospecha de enfermedad celiaca (Tabla 6).
2. Serología Negativa + Histología positiva: considerar otras causas, si no se encuentran otras causas: tratar como enfermedad Celiaca. Debe genotipificar por HLA DQ2 y DQ8.
3. Serología negativa + Histología negativa: Diagnóstico excluido (para identificar otras etiologías).

Tabla 6. Manifestaciones clínicas de la alta sospecha de enfermedad celiaca en pacientes a partir de los 13 años de edad

Se define como ALTA SOSPECHA de enfermedad celiaca a aquellas personas que presenten una o más de las siguientes manifestaciones clínicas:

- personas con diarrea crónica
- anemia crónica por deficiencia hierro, ácido fólico y B12 sin causa específica
- osteoporosis en menores de 50 años
- elevación de las transaminasas de causa idiopática y,
- familiar de primer grado con enfermedad celiaca.

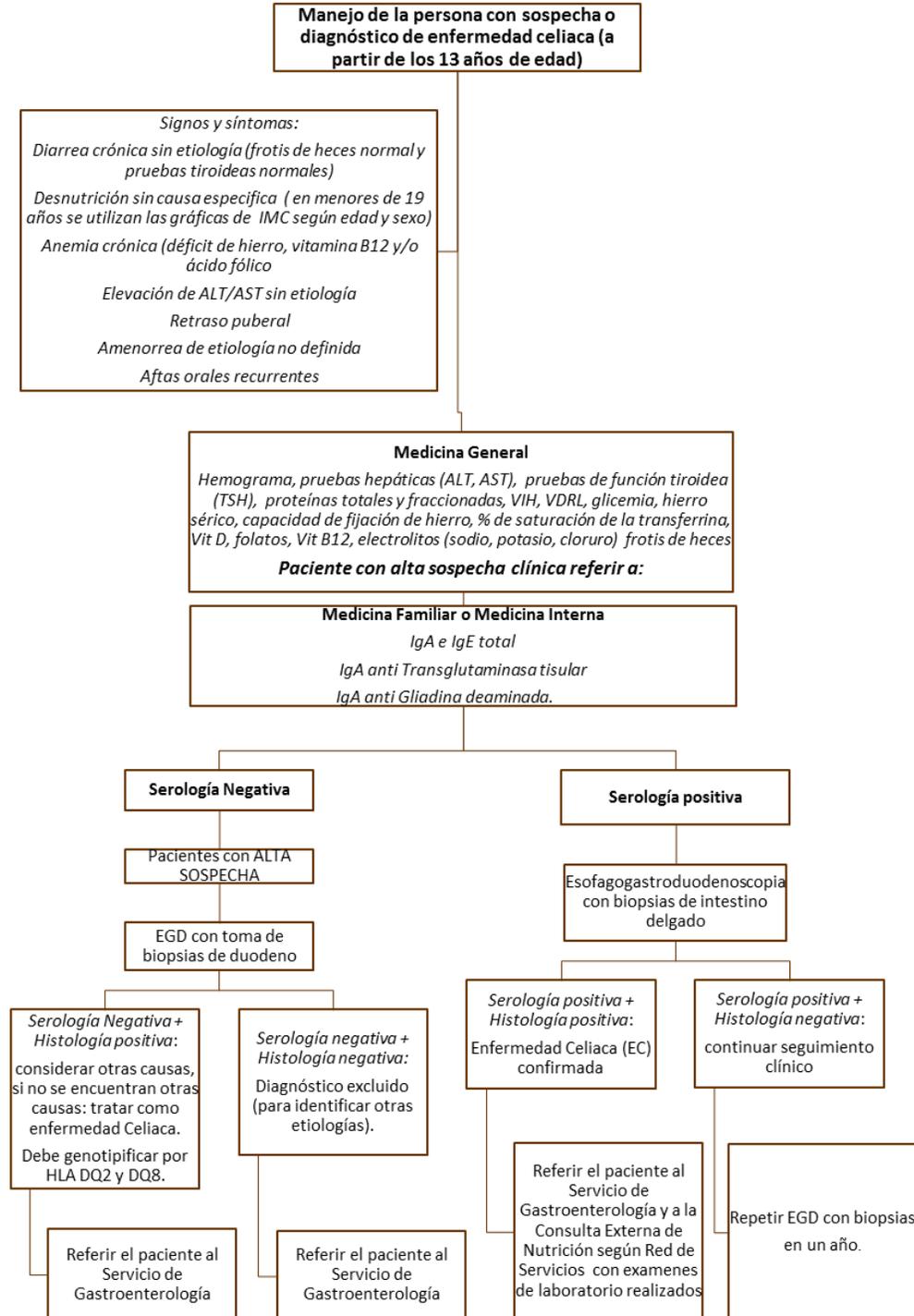
Fuente. ESPGHAN (2012) Guidelines for Diagnosis of Coeliac Disease 54 (1)

EN EL CASO DE PACIENTES CON ALERGIA AL GLUTEN/TRIGO CON SÍNTOMAS LEVES, SE REFIERE SEGÚN RED DE SERVICIOS A LA CONSULTA EXTERNA DE NUTRICION PARA EVITAR EL CONTACTO CON LA PROTEÍNA DEL TRIGO.

EN CASO DE SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACO (NCGS) SE DEBE REFERIR AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA SEGÚN RED DE SERVICIOS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Código
GERENCIA MÉDICA		PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 50

Algoritmo 3. Atención en pacientes a partir de los 13 años de edad con sospecha de enfermedad celiaca.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 51

Manejo de la persona con enfermedad celiaca refractaria en los Servicios de Gastroenterología según Red de Servicios

El médico especialista en gastroenterología debe considerar que la enfermedad celiaca refractaria (ECR) es una *enfermedad celiaca malabsortiva con signos de atrofia de vellosidades a pesar de una dieta libre de gluten estricta por 12 meses. Se puede clasificar como una variante de la enfermedad celiaca*⁵⁰.

Tipos:

Enfermedad Celiaca Refractaria Tipo I: compatible con diagnóstico de Enfermedad Celiaca Refractaria con biopsia de duodeno que muestra un aumento en el número de linfocitos intraepiteliales con fenotipo normal, marcadores de superficie CD3 y CD8 positivos.

Enfermedad Celiaca Refractaria Tipo II: compatible con diagnóstico de Enfermedad Celiaca Refractaria, con biopsia de duodeno que muestra expansión clonal anormal de linfocitos intraepiteliales, caracterizados por ausencia de marcadores CD3, CD8 y receptor de células T, con expresión de CD3 intracelular positivo. Se puede manifestar clínicamente como una enteropatía perdedora de proteínas y/o yeyunitis ulcerativa⁵¹.

Epidemiología:

La incidencia y la prevalencia real no se ha logrado determinar con precisión debido a que es una patología sumamente rara. Se calcula una incidencia acumulada de 1-4% por 10 años y una prevalencia de 0.31-0.38% entre los pacientes con enfermedad celiaca⁵².

La prevalencia en la población general se estima en un 0.002%⁵³.

Tratamiento:

1. *Enfermedad Celiaca Refractaria, tipo no determinado:* se puede utilizar azatioprina y/o budesonida, con una tasa de repuesta de 71% y 76%, respectivamente^{54, 55}.

⁵⁰ Ludvigsson, J.F. et al. (2013). The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. Gut 2013;62:43-52.

⁵¹ Malamut, G. y Cellier, C. (2014). Refractory celiac disease. Expert Rev Gastroenterol. Hepatol 2014;8:323-8.

⁵² Roshan, B. et al. (2011). The incidence and clinical spectrum of refractory celiac disease in a north american referral center. Am J Gastroenterol 2011;106:923-8.

⁵³ Ilus, T. et al. (2014). Refractory coeliac disease in a country with a high prevalence of clinically-diagnosed coeliac disease. Aliment Pharmacol Ther 2014;39:418-25.

⁵⁴ Maurino, E. et al. (2002). Azathioprine in refractory sprue: results from a prospective, open-label study. Am J Gastroenterol;97:2595-2602.

⁵⁵ Brar, P. et al. (2007). Budesonide in the treatment of refractory celiac disease. Am J Gastroenterol;102:2265-2269.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 52

2. *Enfermedad Celiaca Refractaria tipo I:* Azatrioprina más prednisona, para una respuesta clínica cercana al 100%. Se ha utilizado Mesalamina y tioguanida, con respuestas clínicas del 60% y 83%, respectivamente^{56,57}.
3. *Enfermedad Celiaca Refractaria tipo II:* se utilizan quimioterapéuticos como la Cladribina, la cual presenta una respuesta clínica de hasta un 83%. Y como segunda opción terapéutica se encuentra el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas⁵⁸.

2. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Todo paciente diagnosticado con enfermedad celiaca, debe ser referido a la Consulta Externa de Nutrición, según Red de Servicios. **Se debe dar prioridad en la atención nutricional.**

Criterios para el llenado del formulario de referencia

Para hacer la referencia se utiliza el formulario institucional para este fin, además de la información rutinaria, la referencia debe detallar:

- a. **Datos personales:** ocupación, escolaridad del paciente y encargado, antecedentes patológicos y familiares.
- b. **Resultados de los exámenes de laboratorio** previamente realizados, enviados por el Pediatra, Medicina Familiar o Medicina Interna:
 - glucosa
 - hemograma
 - proteínas totales y fraccionadas
 - pruebas de función hepática (TGO- TGP)
 - pruebas de función renal (nitrógeno ureico y creatinina)
 - pruebas de función tiroidea (TSH)
- c. **Síntomas:** pérdida de peso, diarrea crónica, dolor y distensión abdominal, anemia u otros.

⁵⁶ Goerres, M.S. et al. (2003). Azathioprine and prednisone combination therapy in refractory coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther*;18:487-494.

⁵⁷ Jamma, S. et al. (2011). Small intestinal release mesalamine for the treatment of refractory celiac disease type I. *J Clin Gastroenterol*;45:30-33.

⁵⁸ Tack, G.J. et al. (2011). Auto-SCT in refractory celiac disease type II patients unresponsive to cladribine therapy. *Bone Marrow Transplant*;46:840-846.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 53

- d. Antecedentes antropométricos**
- e. Tratamiento farmacológico**
- f. Antecedentes de alergia e intolerancia**

Atención nutricional en consulta externa

En la atención nutricional⁵⁹, en el caso de un paciente con diagnóstico reciente de enfermedad celiaca, se debe realizar:

- Historia clínico- nutricional considerando los siguientes aspectos:
 - consumo usual:
 - hábitos alimentarios
 - tiempos de comida
 - disponibilidad de alimentos y poder adquisitivo
 - consumo de suplementos
 - técnica de preparación de alimentos
 - almacenamiento de los alimentos
 - consumo de medicamentos
 - antecedentes de alergia e intolerancia alimentarias
 - otras patologías asociadas
- Evaluación antropométrica: utilizando técnica antropométrica y gráficas de crecimiento o indicadores vigentes institucionalmente, según grupo poblacional
- Valoración bioquímica: analizando los exámenes de laboratorio citados en la referencia
- Diagnóstico nutricional
- Establecer los objetivos de la intervención nutricional, en las primeras consultas se debe enfatizar en educación nutricional en el fortalecimiento la adherencia a la alimentación, posteriormente se valora la realización de la prescripción: educación nutricional y/o plan alimentario
- La prescripción dietética, establece el tipo de dieta basada en las características del paciente, en el proceso patológico y los objetivos del tratamiento. Especifica el

⁵⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. (Setiembre 2012). Documento de Organización Funcional de la Disciplina de Nutrición en los tres niveles de atención. San José Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 54

nivel de energía basado en el peso corporal, en las actividades normales y necesidades particulares de la persona; además de las cantidades de macronutrientes, micronutrientes y líquidos, fibra dietética y otros componentes de importancia nutricional

La educación nutricional debe ser dirigida al paciente, familiares y cuidadores, según corresponda, considerando el estado nutricional, síntomas gastrointestinales, otras patologías asociadas, con el propósito de lograr una adherencia total de la dieta libre de gluten y disminuir el riesgo de complicaciones⁶⁰. En la educación nutricional⁶¹ se debe dar énfasis:

- alimentos libres de gluten
 - alimentos fuentes de gluten
 - intolerancia a la lactosa
 - lectura de etiquetas
 - abordaje de deficiencias, especialmente: hierro, ácido fólico, vitamina B 12, calcio y vitamina D
 - revisión de síntomas gastrointestinales
 - control y prevención de contaminación cruzada
 - técnicas de preparación de alimentos
 - almacenamiento de los alimentos
 - manejo alimentario en situaciones sociales importantes
 - coordinaciones intersectoriales según corresponda, por ejemplo, con el Ministerio de Educación Pública
- Seguimiento: se recomienda atender al paciente una vez al mes durante los primeros 6 meses post diagnóstico o a criterio profesional y dar el seguimiento respectivo.
 - Referencia interdisciplinaria según criterio profesional: definir criterios para identificar cuándo referir y a quién: trabajo social, psicología, enfermería, entre otras
 - Referencia a Nutrición según Red de Servicios.

⁶⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (Setiembre 2012). Documento de Organización Funcional de la Disciplina de Nutrición en los tres niveles de atención. San José Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

⁶¹ NICE Guideline. (September, 2015). Coeliac disease: recognition, assessment and management . En: nice.org.uk/guidance/ng20

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 55

Atención nutricional en el paciente hospitalizado

Una vez que el paciente tenga un diagnóstico confirmado de enfermedad celiaca, el médico responsable, deberá indicar una dieta libre de gluten y solicitar la intervención al profesional en nutrición por medio de una interconsulta, con la información completa de la condición del paciente y firmada, con el fin de que se adecue la dieta del paciente y se cumpla con los cuidados establecidos para la preparación y distribución de ésta, así como dar seguimiento a la evolución y adherencia al tratamiento dietético.

Una vez recibida la interconsulta, el profesional en nutrición deberá priorizar la intervención con el fin de que en el menor tiempo posible se adecue la dieta del paciente.

El nutricionista encargado de la atención directa a pacientes portadores de EC prescribirá la dieta tomando en cuenta el Manual Técnico de Nomenclatura Dietética vigente en la institución y cualquier indicación especial o agregado que considere necesario.

Se realizará una valoración del estado nutricional, que incluye:

- anamnesis alimentaria, con el fin de conocer los hábitos alimentarios,
- revisión de los exámenes de laboratorio registrados (en caso de ser necesario algún otro examen complementario deberá coordinarse con el médico tratante) y
- valoración antropométrica y análisis de tendencia
- identificación de otras patologías asociadas
- considerar la necesidad de evaluar la ingesta real alimentaria y la adherencia a la dieta libre de gluten
- realizar la prescripción dietética

El profesional en nutrición, deberá determinar el diagnóstico nutricional, basado en la consolidación de la información. Esta información debe quedar en el expediente, junto con la intervención nutricional y el seguimiento, controles de ingesta y evolución. Deberá explicar al paciente (o familiar) los objetivos de la dieta prescrita, las características y modificaciones que se realizarán, de manera que el paciente conozca las características de los alimentos o productos que se ofrecerán y los pueda consumir con confianza.

La dieta prescrita debe aportar los nutrientes necesarios para el paciente según la edad, etapa evolutiva de la enfermedad, gravedad y estado nutricional.

Posteriormente, de acuerdo a lo planificado en la intervención y la evolución del paciente, se modificará la prescripción dietética que se utilizará durante el internamiento, la cual,

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 56

además, de las indicaciones del tipo de dieta y necesidad de modificaciones especiales, deberá indicar “libre de gluten”.

El médico debe valorar la suplementación con hierro, ácido fólico y vitamina B₁₂ en coordinación con el profesional en nutrición.

El nutricionista de atención directa al paciente, coordina inmediatamente con el nutricionista encargado de planificación de alimentos y/o producción, con el fin de que la dieta se prepare según los cuidados establecidos y se soliciten los alimentos que puedan requerirse adicionalmente. Se debe resaltar que la alimentación para estos pacientes debe procurar minimizar el contacto con alimentos potencialmente contaminantes o que podrían provocar una contaminación cruzada. La dieta a ofrecer deberá derivarse del menú hospitalario, con las modificaciones que correspondan para garantizar una dieta libre de gluten.

ESTA COORDINACIÓN DEBE REALIZARSE TANTO PARA LOS PACIENTES CON ALIMENTACIÓN VÍA ORAL COMO POR SONDA.

El tratamiento dietoterapéutico corresponde a una dieta libre de gluten. El profesional en nutrición, debe indicar solamente los alimentos que no contienen gluten. En caso que la persona presente sensibilidad o intolerancia al maíz, soya u otros alimentos, como los lácteos, el profesional en nutrición prescribirá una dieta individualizada y coordinará con la nutricionista de planificación y/o producción, opciones de preparaciones y productos según los hábitos alimentarios de la persona.

El nutricionista realizará controles de ingesta periódicos con el fin de valorar el consumo de alimentos y asegurar que satisfagan las necesidades nutricionales, aclarar dudas al paciente (o familiar) y valorar la necesidad de suplementar o complementar la alimentación, así como valorar que la evolución sea favorable y exista mejoría de la condición. La suplementación puede ayudar a minimizar los problemas de malabsorción que pueden presentarse. Se recomienda suplementar cuando el consumo de alimentos sea menor al 75%.

SE DEBE MOSTRAR MEJORÍA A PARTIR DE LA SEGUNDA SEMANA DE TRATAMIENTO. SI EL NIÑO ESTÁ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA O CONTINUADA NO DEBE RESTRINGIRSE.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 57

Si el profesional en nutrición considera necesaria la intervención y criterio de otro profesional, podrá realizar la respectiva interconsulta. Todo paciente diagnosticado, referido y tratado durante el internamiento, por un nutricionista, debe egresar con el plan de intervención que incluye las modificaciones a la alimentación, especialmente tomando en cuenta que del cumplimiento de la misma dependerá la mejoría. La información debe incluir:

- identificación de alimentos con y sin gluten
- prevención de contaminación cruzada
- estilos de vida saludable
- recomendaciones para preparación de alimentos
- recomendación de recetas.

Al egreso, además de la educación para manejo de la dieta libre de gluten, el paciente debe ser referido a la consulta de nutrición del hospital donde estuvo internado, para dar seguimiento a la evolución y apego a las recomendaciones.

Según la condición del paciente, debe intervenir la familia o cuidadores.

Verificar que el paciente cuente con seguimiento en la consulta externa de nutrición, de lo contrario deberá referirse para el respectivo control.

Preparación de alimentos en el Servicio de Nutrición para pacientes hospitalizados.

- **Preparación de la dieta prescrita**

Los encargados de planificación y programación de menús, deben identificar los alimentos sin gluten y garantizar el adecuado almacenamiento de los mismos. Así como identificar alimentos con gluten y prevenir la contaminación cruzada.

La producción deberá realizarse según las disposiciones establecidas en el proceso operativo estandarizado correspondientemente.

Con el fin de evitar contaminación cruzada, el Servicio de Nutrición, debe contar con un área específica para la preparación de alimentos destinados al consumo en pacientes con enfermedad celiaca. El profesional en nutrición, realizará un menú diario derivado de la dieta hospitalaria que se ajuste a las características de la dieta prescrita, la preparación de los alimentos indicados en dicho menú, estará a cargo de un asistente de nutrición, previamente capacitado, quien tomará en cuenta lo siguiente:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 58

- Lavarse las manos antes de iniciar sus funciones y al cambiar de actividad.
- Limpiar y desinfectar superficies de trabajo.
- Preparar los alimentos para la dieta sin gluten, según las indicaciones anotadas por el nutricionista.
- Usar utensilios exclusivos, los cuales se encuentran ubicados en un lugar específico para su almacenamiento.
- Incluir solamente los alimentos permitidos, no incluir ningún tipo de alimento con gluten.
- Conservar los alimentos o preparaciones de la dieta sin gluten en refrigeración o en caliente según corresponda, en recipientes exclusivos y tapados para evitar contaminación cruzada con otros alimentos almacenados.
- Servir las preparaciones sin gluten en vajilla exclusiva para tal fin.
- Comunicar al nutricionista cuando están listas las preparaciones.

El nutricionista asignado debe monitorear que todos los alimentos coincidan con el menú planificado. Además, deberá garantizar una supervisión del proceso de preparación con documentos de verificación de acuerdo con el POE establecido.

- **Distribución de la dieta prescrita**

Una vez que el profesional en nutrición haya confirmado que los alimentos coinciden con el menú planificado, estos serán distribuidos por un auxiliar de nutrición, que corresponda.

Se deberá utilizar vajilla diferenciada o vajilla descartable, para evitar contaminación cruzada.

- **Lavado y desinfección de alimentos**

El asistente de nutrición encargado de la preparación de las dietas libres de gluten, debe limpiar y desinfectar los empaques de los productos, tomando en cuenta lo siguiente:

- Limpiar cada paquete, caja o envase con una toalla, extender ligeramente humedecida con agua.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 59

- Con otra toalla humedecida con amonio cuaternario (tomado del dosificador), se desinfecta cada paquete, caja o envase, de la misma forma en que se efectuó la limpieza.
- Después de 30 segundos, se seca cada paquete, caja o envase con una toalla, extender seca.

El asistente de nutrición encargado de la preparación de las dietas libres de gluten, debe además, limpiar y desinfectar las frutas y vegetales, según los procedimientos vigentes en la institución, por ejemplo: se debe realizar un prelavado con cepillo o esponja exclusiva para tal fin, posteriormente, se deben sumergir en agua con cloro (100 ppm) durante 2 minutos. Posteriormente se deben retirar y enjuagar nuevamente.

- **Almacenamiento de alimentos, equipo y utensilios**

Para el almacenamiento de alimentos, equipo y utensilios, se debe considerar lo siguiente:

- Los alimentos, equipo y utensilios que se utilizan en la preparación de la dieta libre de gluten, serán almacenados únicamente en el área específica para tal fin.
- Los alimentos no perecederos, se almacenarán en estantes exclusivos, una vez que se hayan limpiado y desinfectado los empaques tal como se mencionó anteriormente.
- Los alimentos perecederos, se almacenarán en bandejas con tapa en una cámara de refrigeración exclusiva para el área de dieta libre de gluten, una vez que se hayan lavado y desinfectado.
- El equipo y utensilios, se deben utilizar exclusivamente para la preparación de la dieta libre de gluten y no se deben trasladar a otras áreas del Servicio de Nutrición.
- Diariamente y después de cada uso, se deben limpiar y desinfectar el equipo y utensilios siguiendo los POES establecidos según el caso.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 60

- **Capacitación y supervisión del personal**

El servicio de nutrición debe incluir dentro del programa de inducción y capacitación de personal, información sobre la dieta libre de gluten:

- Concepto de dieta libre de gluten
- Alimentos que contienen gluten
- Contaminación cruzada
- Limpieza y desinfección de alimentos, utensilios y superficies de trabajo
- Importancia del cumplimiento de la dieta para mejoría del paciente

Además, el profesional en nutrición a cargo, debe supervisar y capacitar a asistentes y auxiliares de nutrición, cada vez que se prepara dieta libre de gluten en el Servicio de Nutrición, de manera que se asegure, que la dieta fue preparada correctamente y que el personal maneja adecuadamente el concepto de la misma.

3.INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Entre las funciones del profesional de enfermería al atender a una persona con el diagnóstico de enfermedad celiaca, destaca el proceso de educación, para que este se responsabilice de su autocuidado, utilizando cinco modos de asistencia: guiar, apoyar, actuar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

Es necesario recordar que la enfermedad celiaca al ser una enfermedad crónica, se aborda tanto con el paciente como con su red de apoyo familiar. La presencia de la EC en las personas, no debe de ser un impedimento para que se desarrolle una vida normal⁶².

Se debe fomentar mediante las intervenciones de enfermería, un estilo de vida orientado a la necesidad de mantener un adecuado manejo y control de la enfermedad celiaca, en la persona y la familia. A través de la Educación para la Salud, se puede conseguir que el usuario reflexione y entienda la situación de su enfermedad. Para ello los profesionales de enfermería deben realizar las siguientes acciones:

⁶² Muñoz, H. y Calle, A. (2015) Ayudando a afrontar la enfermedad celiaca para mejorar la calidad de vida. Proyecto de educación para la salud. Universidad Autónoma de Madrid (UAM). p.23

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 61

- Educar a las personas y familias acerca de la enfermedad y su desarrollo, de forma clara, adecuando siempre la información a la edad y nivel de comprensión de dichos usuarios. Con esta intervención se busca que la persona comprenda que los alimentos con gluten le perjudican.
- Orientar a la familia para que se organice y pueda disponer en el hogar de alimentos con y sin gluten, para que la persona aprenda a distinguir entre los que puede comer y los que no⁶³.
- Abordar la transmisión de información como un espacio para fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adquirir medidas destinadas a favorecer la autogestión de su salud⁶⁴.
- Fomentar el autocuidado⁶⁵. En este sentido, un factor muy importante en el correcto cumplimiento de la dieta libre de gluten, que se fortalece con el acceso del paciente a una información correcta, comprensible y actualizada.
- Promover la integración en las asociaciones de celíacos porque estas desarrollan un apoyo importante para la persona diagnosticada.
- Orientar a la familia en la limpieza de los alimentos, lo cual permitirá eliminar restos de alimentos que podrían contener gluten, restos de polvo, grasa, capas de suciedad, entre otros.

El proceso de Educación para la Salud debe incluir áreas como las siguientes:

Área del conocimiento:

- Concepto de enfermedad celiaca.
- ¿Qué es el gluten?, ¿dónde se encuentra?.
- Características de la dieta sin gluten.

⁶³ Muñoz, H. y Calle, A. (2015). Ayudando a afrontar la enfermedad celiaca para mejorar la calidad de vida. Proyecto de educación para la salud. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

⁶⁴ Muñoz, H. y Calle, A. (2015). Ayudando a afrontar la enfermedad celiaca para mejorar la calidad de vida. Proyecto de educación para la salud. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

⁶⁵ Muñoz, H. y Calle, A. (2015). Ayudando a afrontar la enfermedad celiaca para mejorar la calidad de vida. Proyecto de educación para la salud. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 62

- Grupos de alimentos sin gluten.
- Signos y síntomas al ingerir un alimento con gluten.
- Alimentos recomendados y no en la Dieta Sin Gluten (DSG).
- Mitos y creencias en relación con la enfermedad celiaca.

Área de actitudes:

- Motivación y compromiso con el manejo de la EC.
- Convivencia positiva en la familia con un miembro con EC.
- Elección gustosa de alimentos sin gluten.

Área de habilidades:

- Interpretar información en etiquetas nutricionales, referente al contenido de gluten en los productos alimentarios.

Gestión del cuidado de enfermería

El profesional de enfermería:

1. Revisa el expediente y verifica el diagnóstico médico de la persona.
2. Elabora el Proceso de Atención de Enfermería, que incluye el historial de enfermería, valoración física y neurológico, diagnóstico de enfermería, intervención, clasificación de riesgo y seguimiento.
3. Realiza actividad educativa basada en la unidad didáctica referente al tema.
4. Implementa la retroalimentación mediante espacios de preguntas y respuestas, comentarios, análisis de situaciones entre otros.
5. Ejecuta en casos necesarios consulta individual o grupal, registrada en la agenda estadística.
6. Trabaja en equipo apoyando la intervención de otros profesionales de salud.
7. Documenta su gestión bajo el Modelo SOAPE en los registros correspondientes.

El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería, organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 63

de que cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

CONTACTO PARA CONSULTAS

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas.
Dr. José Miguel Angulo Castro. Correo electrónico: joangulo@ccss.sa.cr Tel. 2223-8948

VALIDACIÓN

El proceso de validación del Protocolo supuso una sesión presencial con profesionales que desarrollan procesos similares en la institución, la lista de participantes se incluye en la contraportada de este documento. Se realiza una validación por criterio de experto, en la cual se aplica una encuesta de validación estructurada al panel de expertos. Cada profesional lee el documento que se le entrega, valora numéricamente cada apartado según su juicio, anota sobre el documento cualquier observación, si hace una sugerencia de modificación de fondo y, le es posible, sugiere fuentes que pueden consultarse al respecto.

La encuesta para la primera validación cuenta con un total de 13 preguntas, respecto a cada una se aplica una escala que se organiza del 1 al 9. Una puntuación de 1 significa que el componente es extremadamente inapropiado, un 9 significa que el componente es extremadamente apropiado, y una puntuación de 5 indica que los riesgos y beneficios son aproximadamente iguales.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 66

ANEXOS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 67

Anexo 1
Aval de Gerencia Médica del Protocolo


CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Gerencia Médica
 Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 Ext 7600
 Fax: 2539-0925 / 2539-1435

C.C.S.S.
GERENCIA MEDICA
 DIRECCION DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
 16 de enero de 2019
 M-MDE-0469 -2019
 25 ENE. 2019
 Jorge Pérez Pérez
RECIBIDO 2:35pm
 25/1/19

Doctora
 Daisy Corrales Díaz. Directora a.i
 Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
 Su oficina.

Prioridad

Asunto: AVAL DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLINICA ATENCIÓN DE LA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA CÓD. PAC.GM.DDSS.311018

Estimada doctora:

En atención a lo requerido mediante oficio DDSS-1781-18, me permito comunicarle que este Despacho avala el **“Protocolo de Atención Clínica Atención de las Personas con Enfermedad Celiaca Cód. PAC.GM.DDSS.311018”**.

Se le solicita realizar las acciones para la socialización de dicho documento técnico con las dependencias institucionales pertinentes para su puesta en práctica en el marco de la prestación de Servicios de Salud Institucionales.

Sin otro particular, se suscribe Cordialmente

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
 Tratador a: **AAID**
 Fecha: **30-01-19**
 Firma: *[Firma]*

<input type="checkbox"/> Correo Elec.	<input type="checkbox"/> Bureau Cédula
<input type="checkbox"/> Grabadora	<input type="checkbox"/> Entonares
<input type="checkbox"/> Buscador	<input checked="" type="checkbox"/> Preparación de expediente
<input type="checkbox"/> Anticongelante	<input type="checkbox"/> Archivo

GERENCIA


 Dr. Roberto Cerrantes Barrantes
GERENTE GENERAL
 a/c Gerente Médico



RCB/LCQ/Lindsay

Cc: Dr. Francisco Hevia Urrutia. Coordinador Técnico. Jefe Clínico Servicio Gastroenterología, HSJD
 Dr. José Miguel Angulo Castro, Jefe, Área de Atención Integral a las Personas.
 Dra. Marlene Montoya Ortega, Área de Atención Integral a las Personas
 Archivo Ref 2901-26222-18)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.301018</i>
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 68

REFERENCIAS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELÍACA	Página N° 69

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). (2013). Guía Buenas Prácticas de Manufactura. Establecimientos Elaboradores de Alimentos libres de Gluten. ANMAT. En: www.msal.gov.ar/celiacos/pdf/2013-05-04_guia-BPM-elaboradores-ALG

Asociación Celiaca Aragonesa. (2012) Guía práctica del niño celiaco en la escuela. España. Dirección General de Consumo del Gobierno de Aragón

Bai, C. J. et al. (2012) Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad Celiaca. Milwaukee, USA: World Gastroenterology Organisation

Brar, P. et al. (2007). Budesonide in the treatment of refractory celiac disease. Am J Gastroenterol;102:2265-2269.

Brenes-Pino F, Herrera A. (2013). La biopsia intestinal y su interpretación. Resultados preliminares en Costa Rica. En Rodrigo L y Peña AS, editores. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca. Barcelona, España: OmniaScience;p. 203-218.

Caja Costarricense de Seguro Social. (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social y Universidad de Costa Rica. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISSS, SEP. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (Setiembre 2012). Documento de Organización Funcional de la Disciplina de Nutrición en los tres niveles de atención. San José Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Caja Costarricense de Seguro Social. (Noviembre, 2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (Abril, 2014). Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Plan de Gestión. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 70

Catassi, C. et al. (2007) A prospective, double-blind, placebo-controlled trial to establish a safe gluten threshold for patients with celiac disease. *Am J Clin Nutr.* (Jan., 2007), 85 (1):160-6

Cilleruelo, P. et al. (2012). Enfermedad Celiaca. Grupo de gastroenterología pediátrica de la zona Sur-Oeste (Madrid).

Comisión Interinstitucional PINEC, CCSS-INCIENSA. (2011) Listas de Intercambio. San José, Costa Rica.

Convivir: Fundación de Intolerancia al gluten. (2016). Cocinar sin gluten. Fundación Convivir. En: www.fundacionconvivir.cl/cocinar-sin-gluten.html

Ebach, D. (2016) Celiac disease. Updated.

ESPGHAN (2012) Guidelines for Diagnosis of Coeliac Disease 54 (1)

Goerres, M.S. et al. (2003). Azathioprine and prednisone combination therapy in refractory coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther*;18:487-494.

Hernández, C. y Rodrigo, L. (2103) Trastornos relacionados con el gluten y enfermedades desmielinizantes. *Medicina Clínica*. Barcelona: 140(7):314-319.

Hickman, M., Drummond, N. y Grimshaw, J. (1994). A taxonomy of shared care of chronic disease. *Journal of Public Health Medicine*;16(4). pp. 447-454.

Huenchan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Santiago de Chile. p.11.

Humanes, J. (2001). Trucos para cocinar sin gluten. En *Enfermedad Celiaca. Manual del Celiaco*.(126-128). Federación de Asociaciones de Celiacos en España: Real Patronato sobre Discapacidad.

Ilus, T. et al. (2014). Refractory coeliac disease in a country with a high prevalence of clinically-diagnosed coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;39:418-25.

Institute of Medicine. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press. Washington DC.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Código
GERENCIA MÉDICA		PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 71

Jamma, S. et al. (2011). Small intestinal release mesalamine for the treatment of refractory celiac disease type I. *J Clin Gastroenterol*;45:30-33.

Ludvigsson, J.F. et al. (2013). The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* 2013;62:43-52.

Malamut, G. y Cellier, C. (2014). Refractory celiac disease. *Expert Rev Gastroenterol. Hepatol* 2014;8:323-8.

Manzur, J.L. et al. (2011) Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca en el primer nivel de atención. Argentina. Ministerio de Salud.

Maurino, E. et al. (2002). Azathioprine in refractory sprue: results from a prospective, open-label study. *Am J Gastroenterol*;97:2595-2602.

Ministerio de Salud del Perú. (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2004.

Ministerio de Salud República de Perú. (Julio, 2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. República de Perú.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) Diagnóstico precoz de la enfermedad celiaca. España. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud (SECS). (2018) Protocolo para el diagnóstico precoz de la Enfermedad Celiaca.

Muñoz, H. & Calle, A. (2015). Ayudando a afrontar la enfermedad celiaca para mejorar la calidad de vida. Proyecto de educación para la salud. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

NICE Guideline. (September, 2015). Coeliac disease: recognition, assessment and management. En: nice.org.uk/guidance/ng20

Norma Nacional de Atención a Personas con Enfermedad Celiaca. No. 38514-S

OMS. (2009). Subsana las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.

OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 72

OPS/OMS. (2008). Gestión de Redes en Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas.

OPS/OMS. (2010). La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca, citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 30.

OPS/OMS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.

OPS/OMS. (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda Edición revisada. Washington D.C.

Organización de Naciones Unidas. [ONU]. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.

Ortegosa, L., Armas, H. y Peña, L.. (2010). Guía Didáctica. La Enfermedad Celiaca. Canarias: Servicio de Promoción de la salud de la Dirección de Salud Pública Servicio Canario.

Polanco, I. (2014) Enfermedad celiaca. Revista del Laboratorio Clínico. Rev Lab Cli. (4): 141-144

Roshan, B. et al. (2011). The incidence and clinical spectrum of refractory celiac disease in a north american referral center. Am J Gastroenterol 2011;106:923-8.

Rubio, A. et al. (2014). American College of Gastroenterology Clinical Guideline: Diagnosis and management of Celiac Disease. Am J Gastroenterol. 2013 may; 108(5), pp. 656-677.

Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código PAC.GM.DDSS.301018
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CELIACA	Página N° 73

enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. y Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly* (Toronto, Ont.), 13(Spec No); pp. 16–23.

Tack, G.J. et al. (2011). Auto-SCT in refractory celiac disease type II patients unresponsive to cladribine therapy. *Bone Marrow Transplant*;46:840-846.

WHO. (2007). People-Centered Health Care-Policy framework. Gineva citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 29.

WHO. (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.

WHO. (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva.