

ORIGINAL

# Conocimientos sobre celiacía de los médicos de Atención Primaria de Jaén

Sánchez Palomeque A<sup>1</sup>, Ballesteros García L<sup>2</sup>,  
Rodríguez Escudero J<sup>3</sup>, Lara Serrano JJ<sup>4</sup>,  
Rosa Garrido C<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Especialista en medicina familiar y comunitaria. UGC "Virgen de la Cabeza" Andújar (Jaén). España*

<sup>2</sup> *Especialista en medicina preventiva y salud pública, Hospital "Alto Guadalquivir". Andújar (Jaén). España*

<sup>3</sup> *Especialista en medicina familiar y comunitaria. Consultorio Linares-Baeza. UGC "Los Marqueses". Linares (Jaén). España*

<sup>4</sup> *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de cuidados críticos de urgencias. Jauja (Córdoba). España*

<sup>5</sup> *Técnico de apoyo en metodología y estadística Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO). Jaén. España*

## CORRESPONDENCIA

Ana Sánchez Palomeque

E-mail: ana.sanchez.palomeque.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 27-12-2017; aceptado para publicación el 15-05-2018

Med fam Andal. 2018; 2: 125-140

## PALABRAS CLAVE

Celiacía; Diagnóstico; Grupos de riesgo; Médicos de familia; Pediatras; Conocimiento.

## RESUMEN

**Título:** Conocimientos sobre celiacía de los médicos de Atención Primaria de Jaén.

**Objetivo:** Analizar conocimientos de médicos de Atención Primaria de Jaén sobre celiacía.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** Centros de Atención Primaria de Jaén.

**Población y muestra:** Médicos de Atención Primaria de Jaén.

**Intervenciones:** Encuesta anónima ad-hoc.

**Resultados:** El 87.65% de los encuestados la definen como intolerancia al gluten, 24.7% intolerancia al gluten autoinmune. El 29.63% consideran grupo de riesgo a familiares. Los pediatras tienen mayor número de aciertos globales. Tienen mayores puntuaciones los médicos de 20-30 años, y los de menos años de práctica clínica. Para diagnosticarla, el 72.84% pediría anticuerpos anti-transglutaminasa a mayores de 2 años, el 68.15% a menores de 2 años. El 49.38% pediría anticuerpos antigliadina a menores de 2 años. Consideran imprescindible la biopsia intestinal en menores de 2 años el 22.72%.

**Conclusiones:** La celiacía es una enfermedad muy desconocida por los médicos de Atención Primaria de Jaén. Sólo la cuarta parte de los encuestados la definen como enfermedad autoinmune desencadenada tras ingerir gluten. Muchos síntomas y grupos de riesgo no son reconocidos como tales. El anticuerpo anti-transglutaminasa en sangre sí es relacionado con el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad, pero muchos médicos desconocen que puede ser negativo en menores de 2 años, por lo que es imprescindible pedir también el anticuerpo antigliadina en sangre. Creemos que este desconocimiento puede ser una de las causas del infradiagnóstico de la enfermedad.

## KEYWORDS

Celiac disease; Diagnosis; At-risk group; Physicians; Paediatricians; Knowledge.

## ABSTRACT

**Title:** Knowledge of celiac disease amongst primary care physicians in Jaén.

**Aim:** To assess knowledge of celiac disease amongst primary care physicians in Jaén.

**Design:** A cross-sectional, descriptive study

**Setting:** Primary health care centres from Jaén.

**Population and sample:** Primary health care physicians from Jaén.

**Interventions:** An anonymous ad-hoc survey.

**Results:** 87.65% of respondents define celiac disease as gluten intolerance, 24.7% as autoimmune gluten intolerance. 29.63% consider relatives to be an at-risk group. Paediatricians have greater overall score. 20-30 year-old physicians have greater scores and so do those with less years of clinical practice. For diagnostic purposes, 72.84% of the doctors would request anti-tissue transglutaminase antibody testing in patients over 2 years old, 68.15% in those under 2. 49.38% would look for antigliadin antibodies in children under 2 years old. 22.72% consider the intestinal biopsy an essential in those under 2.

**Conclusions:** There is a great lack of knowledge of celiac disease amongst primary health care physicians in Jaén. Only a quarter of the respondents define this disorder as an autoimmune disease triggered after eating gluten. Many of the symptoms and at-risk groups are not recognised as such. The presence of anti-tissue transglutaminase antibodies in blood is related to the diagnosis and the monitoring of the disease, however, many physicians are not aware that it can lead to a false-negative in children under 2 years old and, therefore, it is essential they also request an antigliadin antibody blood test. We believe that this lack of awareness may be one of the reasons for the underdiagnosis of the disease.

## INTRODUCCIÓN

La celiaquía es un trastorno sistémico mediado inmunológicamente, provocado tras la ingesta de gluten y prolaminas relacionadas, en personas con predisposición genética (principalmente HLA DQ2 y DQ8)<sup>1,2</sup>.

El gluten es una proteína estructural presente en la harina de trigo, cebada, avena y centeno.

La celiaquía no es la única respuesta patológica a la ingesta de gluten, pudiéndose presentar intolerancia al gluten no celíaca, sensibilidad al gluten o alergia al gluten<sup>2,3</sup>.

En los últimos años, se ha objetivado una prevalencia de celiaquía de 1:100, con un rango entre 0.5-1.26%, al incluir en los estudios el despistaje en población sana asintomática. Existen muchos casos sin diagnosticar; se estima que por cada caso diagnosticado hay entre 5 y 10 sin diagnosticar<sup>4</sup>.

Pudiendo ser asintomática, las manifestaciones son muy inespecíficas: diarrea, estreñimiento, anorexia, retraso de la menarquia, irregulares menstruales, abortos de repetición, cefalea, aftas orales de repetición, neuropatía periférica, hipertransaminasemia, osteopenia, anemia ferropénica, hipoproteinemia, déficit de ácido fólico y vitamina B12<sup>1,2</sup>.

Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes. Dicha asociación parece ser mayor con DM tipo I, déficit de IgA, tiroiditis autoinmune, hepatitis crónica autoinmune o anemia hemolítica autoinmune. Son también grupo de riesgo para desarrollar la enfermedad familiares de pacientes celíacos o personas con síndrome de Down. La dermatitis herpetiforme se considera la celiaquía de la piel<sup>2</sup>.

Algunas de las complicaciones están en relación con el retraso diagnóstico, siendo posibles complicaciones la detención del crecimiento, la crisis celíaca, síndromes linfoproliferativos, linfoma no Hodgkin y carcinomas digestivos (faringe, esófago, estómago y recto). Se cree que a los 5 años de dieta sin gluten el riesgo de estas complicaciones se equipara a la prevalencia de dichas enfermedades en población general. Hasta el momento, la dieta sin gluten es el único tratamiento efectivo<sup>2</sup>.

A pesar de su elevada prevalencia, es aún una enfermedad muy desconocida, incluso entre los profesionales sanitarios. La variabilidad de síntomas, y el hecho de que con frecuencia sea asintomática, puede ser una de las razones del infradiagnóstico. Nos preguntamos si los médicos de Atención Primaria sabemos diagnosticar esta enfermedad, siendo el objetivo de este estudio determinar el nivel de conocimientos que los médicos de Atención Primaria de Jaén tienen sobre la celiacía.

La prevalencia de la enfermedad, las potenciales y graves complicaciones si el diagnóstico es tardío, el fácil acceso de los médicos de Atención Primaria a las pruebas diagnósticas serológicas, y el hecho de que la Atención Primaria sea la puerta de entrada de nuestro sistema sanitario, hacen que sea fundamental que los médicos de Atención Primaria sepamos diagnosticarla.

## SUJETOS Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo transversal sobre los conocimientos en celiacía de los médicos de Atención Primaria (AP) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de la provincia de Jaén.

Para la evaluación de los conocimientos hemos utilizado una encuesta anónima no validada, sino creada ad-hoc para el trabajo, llevándose a cabo un pilotaje con las 10 primeras encuestas realizadas para evaluar su comprensión. Tras este pilotaje se decidió añadir el perfil profesional al cuestionario. Las encuestas se han recogido entre Mayo de 2015 y Junio de 2016.

La población de estudio son los médicos de AP que trabajan en el SAS, en la provincia de Jaén (médicos de familia, médicos generales, pediatras y residentes de medicina de familia) que voluntariamente han contestado la encuesta anónima.

Los centros de AP del SAS en Jaén están integrados en 2 áreas sanitarias, Jaén- Jaén Sur y Jaén Norte- Jaén Nordeste. A su vez, cada área está dividida en varias zonas básicas de salud, que integran centros de salud, consultorios y consultorios auxiliares.

En Jaén trabajamos, a fecha de Junio de 2016, 577 médicos. De estos, 111 son residentes de

Medicina Familiar y Comunitaria (29 de primer año, 26 de segundo año, 24 de tercer año y 32 de cuarto año).

En el estudio no se ha llevado a cabo una estimación del tamaño de muestra ya que el estudio tiene carácter censal. Del total de profesionales de Atención Primaria que se encontraban trabajando durante el desarrollo del trabajo de campo contestaron al cuestionario 405, lo que supone un 70,2% de participación. Esta muestra obtenida se corresponde con una precisión del 2,43% en la estimación de las proporciones, por lo que se considera que la muestra es suficiente para dar respuesta a los objetivos del estudio.

La variable principal del estudio es el grado de conocimiento de la enfermedad celíaca medida como una puntuación numérica. El resto de variables del estudio están reflejadas en la encuesta del anexo 1, donde pueden comprobarse las clasificaciones consideradas.

El método de recogida de las encuestas se ha adecuado a las circunstancias de cada centro. Hemos contactado con los responsables de todas las zonas básicas de salud de la provincia, y con la Unidad Docente de MFyC de Jaén.

En algunos casos, un miembro del equipo investigador ha ido personalmente a la reunión del equipo, repartiendo y recogiendo las encuestas antes de impartir una sesión formativa sobre el tema. En otros casos, hemos entregado las encuestas a los colaboradores un día, y las hemos recogido rellenas unos días después. A las zonas básicas más alejadas enviamos por correo electrónico el cuestionario, devolviéndonoslo relleno posteriormente por correo postal corporativo, y en 2 casos, por correo electrónico.

Para los análisis estadísticos se usó SPSS v21. Para determinar las diferencias de proporciones entre grupos se calculó el test Chi-cuadrado. Y para estudiar las diferencias de las puntuaciones se usaron los test no paramétricos U-Mann Whitney y el test Kruskal Wallis por falta de normalidad, que fue estudiado con el test de Kolmogorov Smirnov. Se ha considerado significativo un valor  $\alpha=0.05$ .

El cuestionario consta de 16 preguntas de respuesta cerrada (anexo 1). De la 1 a la 4, datos

demográficos. De la 5 a la 8, preguntas generales sobre molestias abdominales en consulta. Desde la 9 hasta la 16, específicas sobre celiacía (definición, prevalencia, grupos de riesgo, síntomas, diagnóstico y seguimiento). Las preguntas 9 y de la 11 a la 16 admiten más de una respuesta. A las respuestas de este último bloque se les asignó un valor, -1, 1 ó 2 según corresponda. En el anexo se puede ver el valor asignado a cada respuesta. En las preguntas que admiten más de 1 respuesta, los porcentajes suman más del 100%.

### Aspectos éticos de la investigación

Al tratarse de una encuesta anónima se solicitó al Comité de Ética de Investigación de la provincia Jaén que eximiera al equipo investigador de solicitar a los participantes su consentimiento informado, ya que se considera que se perdería el

anonimato. El Comité de Ética de la Investigación de Jaén emitió Informe Favorable en la reunión del día 26 de Noviembre de 2015. Todos los sujetos fueron informados e invitados a participar voluntariamente y se siguieron los principios de la declaración de Helsinki y de la LOPD.

### RESULTADOS

El porcentaje de participación ha sido del 70.19%. A continuación, se presentan las características sociodemográficas de la población encuestada:

(TABLA 1)

La distribución de los perfiles profesionales encuestados en ambas áreas no difieren significativamente ( $p=0,293$ ).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población encuestada

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	194	47,90
	Mujer	210	51,85
	Perdido	1	0,25
Edad	20-30 años	49	12,10
	31-40 años	59	14,57
	41-50 años	73	18,02
	51-60 años	195	48,15
	Más de 61 años	28	6,91
	Perdidos	1	0,25
Perfil profesional	Médico de familia	171	42,22
	Médico general	50	12,35
	Pediatra	17	4,20
	Residente	26	6,42
	Perdidos	141	34,81
Años de práctica clínica	Menos 5 años	60	14,81
	De 5 a 10 años	39	9,63
	De 10 a 20 años	82	20,25
	Más de 20 años	221	54,57
	Perdidos	3	0,74
Área Sanitaria	Norte	215	53,09
	Sur	190	46,91

El 83% suele pensar en intolerancia alimenticia cuando algún paciente consulta por molestias abdominales; el 81% cuando consultan por gases y alteración del hábito intestinal.

(GRÁFICO 1)

El 62% de los médicos contestan que la prevalencia de la celiacía es del 1%.

A la pregunta “¿Qué es la celiacía?” solo el 24,7% contesta la respuesta completa definiéndola como una intolerancia al gluten y como enfermedad autoinmune.

(GRÁFICO 2)

Respecto a cuáles son los grupos de riesgo para desarrollar la enfermedad, el 29.63% de los

Gráfico 1. ¿Qué es la celiacía?



Gráfico 2. ¿Cuál cree que es la prevalencia de la celiacía?



médicos consideran que lo son los familiares de enfermos celíacos. El 2.96% considera que ninguno de estos grupos son de riesgo para padecer la enfermedad celíaca.

(GRÁFICO 3)

No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por los profesionales de las dos áreas sanitarias, ni según el sexo del profesional.

Como puede verse en la tabla 4, todos los síntomas recogidos en el cuestionario son posibles síntomas de la enfermedad. En el gráfico número 1 se recogen las respuestas a la pregunta "De entre los siguientes, ¿cuáles cree que pueden ser síntomas de la celiaquía?". Frente al 88.89% que relacionan la diarrea crónica, la pérdida de peso (86.67%), el dolor abdominal (86.67%) y problemas digestivos, como síntomas posibles de la enfermedad, sólo alrededor del 32% lo relacionan con la infertilidad y los abortos de repetición.

(GRÁFICO 4)

Respecto a las manifestaciones dérmicas de la enfermedad, el 25.19% la relacionan con la der-

matitis herpetiforme, el 20% con la estomatitis aftosa recidivante.

(GRÁFICO 5)

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de conocimientos respecto al perfil profesional en 2 aspectos: el nivel global de aciertos de síntomas identificados y la puntuación global de aciertos en el test. Son mayores las puntuaciones obtenidas por los pediatras, tanto en la puntuación global de aciertos como en la identificación de síntomas (tabla 2).

(TABLA 2)

Al analizar el nivel de conocimientos según edad, se aprecian diferencias significativas en las puntuaciones en las preguntas referentes a los grupos de riesgo y en las pruebas de seguimiento, siendo las puntuaciones mayores en los médicos de entre 20-30 años.

También se detectan diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos de los encuestados según sus años de práctica clínica en las preguntas sobre los grupos de riesgo, manifestaciones dérmicas y en las pruebas de se-

Gráfico 3. Entre los siguientes, ¿cuál o cuáles cree que son grupos de riesgo para la celiaquía?



guimiento. Se puede comprobar que son mayores las puntuaciones obtenidas por los médicos con menos años de práctica clínica.

Respecto a las pruebas diagnósticas, hemos desdoblado en 2, según si el paciente es mayor o menor de 2 años. Las respuestas al cuestionario pueden

Gráfico 4. De entre los siguientes, ¿cuáles cree que pueden ser síntomas de la celiaquía?

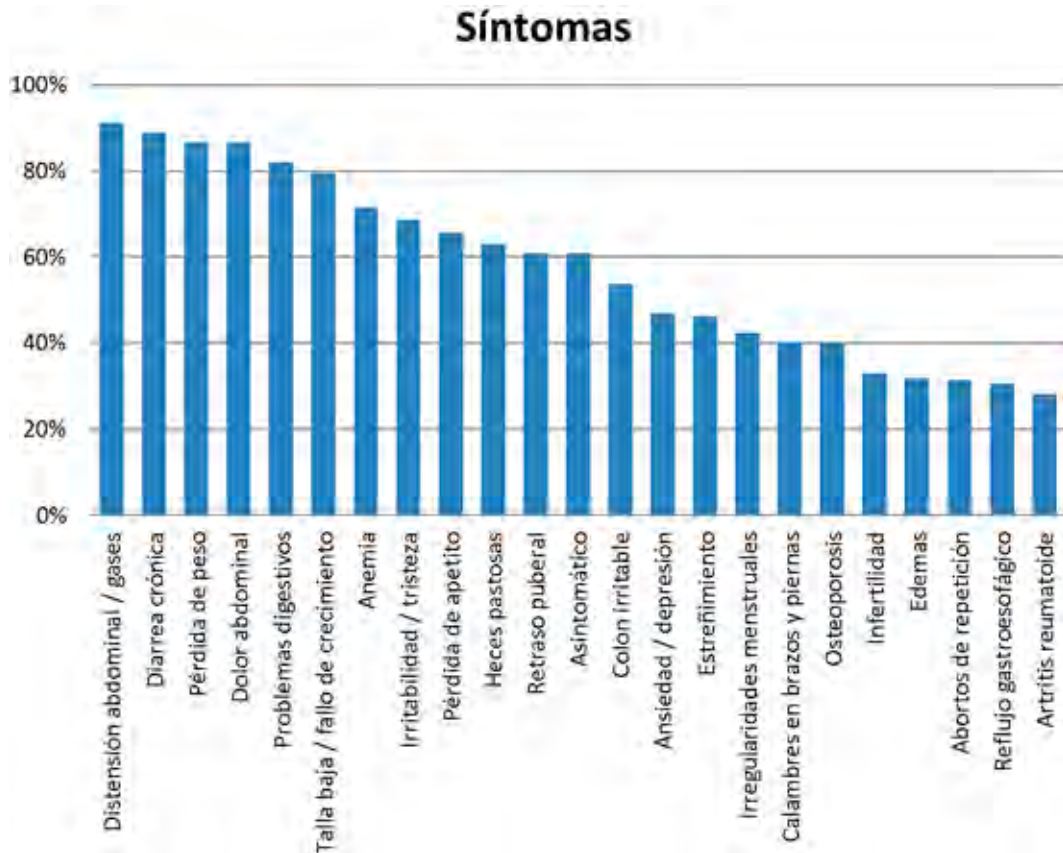


Gráfico 5. ¿Cuáles pueden ser manifestaciones dérmicas de la enfermedad celiaca?

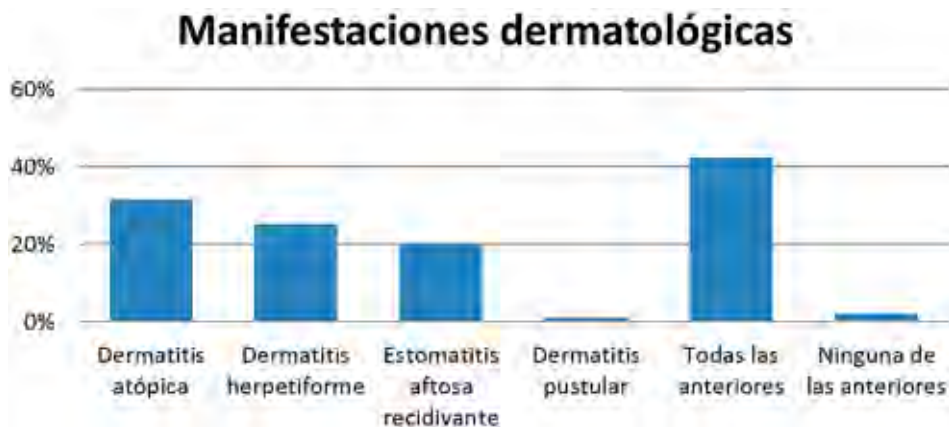


Tabla 2. Comparación del nivel de conocimientos respecto al perfil profesional, la edad y los años de práctica clínica

	Puntuación Síntomas				Puntuación Global								
Perfil Profesional	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor					
Médico de familia	171	19,71	7,476	0,012	171	29,20	8,530	0,001					
Médico general	50	17,94	8,277		50	25,24	8,644						
Pediatra	17	25,00	6,548		17	34,59	6,481						
Residente	26	19,42	6,706		26	29,73	6,334						
	Puntuación Grupos de Riesgo				Puntuación Pruebas seguimiento								
Grupo de Edad	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor					
20-30 años	49	2,04	,351	0,002	49	1,41	1,189	0,013					
31-40 años	59	1,73	,762		59	1,00	1,414						
41-50 años	73	1,81	,700		73	,93	1,427						
51-60 años	195	1,66	,717		195	,88	1,401						
Más de 61 años	28	1,57	,836		28	,25	1,456						
	Puntuación Grupos de Riesgo				Puntuación Manifestaciones				Puntuación Pruebas seguimiento				
Años de Práctica clínica	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor	
Menos 5 años	60	1,97	,367	0,007	60	,38	1,552	0,003	60	1,27	1,287	0,002	
De 5 a 10 años	39	1,59	1,069		39	,23	1,495		39	1,54	1,097		
De 10 a 20 años	82	1,83	,644		82	,09	1,363		82	,85	1,450		
Más de 20 años	221	1,66	,706		221	-,29	1,200		221	,74	1,427		

verse en el gráfico 6. En el apartado de resultados se recoge el algoritmo diagnóstico según la Guía ESPGHAN 2012 (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica)<sup>10,11</sup>.

(GRÁFICO 6)

El 72.84% pedirían anticuerpos antitransglutaminasa en sangre a los mayores de 2 años, y el 68.15% a los menores de 2 años. El 50.62% pediría anticuerpos antigliadina en sangre a los mayores de 2 años, y el 49.38% a los menores de 2 años.

Consideran imprescindible la biopsia intestinal en mayores de 2 años el 29.38% y el 22.72% en menores de 2 años.

El 52,94% de los pediatras han contestado “Anticuerpos antigliadina en sangre” como una prueba para el diagnóstico en menores de 2 años.

La última pregunta se refiere al seguimiento de los pacientes. El 63.21% solicitarían anticuerpos antitransglutaminasa en sangre, el 47.65% anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa en sangre, el 3.95 % anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa en orina, 16.05% “todas las anteriores”, 13.58% “ninguna de las anteriores”. En la tabla 4 se recoge el protocolo de seguimiento.

(GRÁFICO 7)



Gráfico 6. ¿Qué pruebas pediría para diagnosticar/descartar la celiacía?

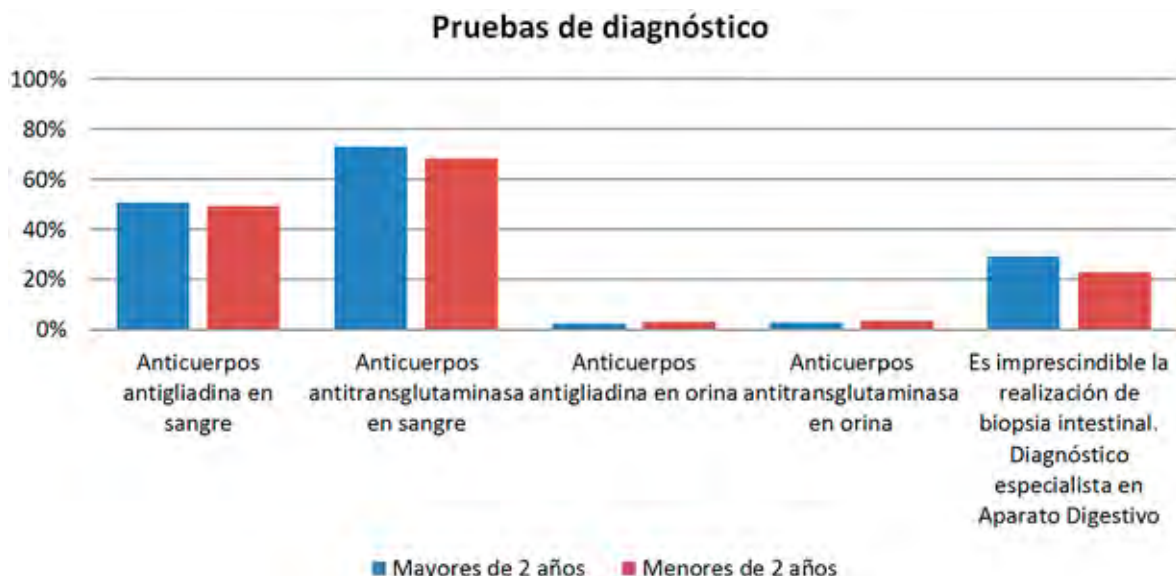


Gráfico 7. ¿Qué pruebas pediría para seguimiento de una dieta exenta de gluten?



## DISCUSIÓN

La prevalencia real de la celiacía no se conoce dado el importante infradiagnóstico de la misma. Se trata de una enfermedad autoinmune, habitualmente fácil de diagnosticar, con complicaciones potencialmente muy graves si se retrasa

el diagnóstico. Con este estudio, pretendemos despertar el interés de nuestros compañeros por la enfermedad. Vamos a desarrollar las conclusiones más importantes a las que hemos llegado.

La primera de todas es que es una enfermedad muy desconocida aún por los médicos de Aten-

ción Primaria de nuestra provincia, a pesar de que más de la mitad consideran que la prevalencia de la enfermedad es del 1%, lo cual no es nada desdeñable. Sólo 100 de los 405 médicos que han respondido el cuestionario han definido correctamente la enfermedad como intolerancia al gluten de base autoinmune. Se confunde lo que es alergia con lo que es intolerancia, que pueden o no ir unidas.

En nuestro análisis, hemos constatado que los profesionales que dicen haber diagnosticado algún caso de intolerancia alimenticia, los que suelen pensar en dichas intolerancias cuando un paciente consulta por molestias abdominales, gases y alteraciones del hábito intestinal han obtenido mejores puntuaciones en el test. Aunque a priori cabe pensar que va a ser así, queremos destacar que es estadísticamente significativa esta relación.

Son grupos de riesgo para desarrollar la celiaquía todos los recogidos en el cuestionario (tabla 3). Si bien puede ser más difícil relacionar la celiaquía con otras enfermedades autoinmunes, nos ha llamado la atención que sólo el 29.63% de los encuestados hayan respondido que los familiares de enfermo celíaco son grupo de riesgo.

(TABLA 3)

Todos los síntomas recogidos en el cuestionario son posibles síntomas de celiaquía. La mayoría relaciona los síntomas digestivos con la celiaquía, pero no los demás síntomas.

(TABLA 4)

Respecto a las manifestaciones dérmicas, todos los pacientes con dermatitis herpetiforme son celíacos<sup>2</sup>. Sólo el 25.19 % de los médicos encuestados la han relacionado con la celiaquía. El 20% la relacionan con la estomatitis aftosa recidivante; no es patognomónico de celiaquía, pero dado que puede haber déficit nutricional, sí que se asocian con frecuencia.

Los pediatras tienen unos conocimientos algo superiores al resto de los compañeros. Creemos que esto puede ser porque hasta hace poco se consideraba que la celiaquía era una enfermedad de diagnóstico en la edad infantil. De hecho, la mayor parte de la bibliografía que hemos encontrado al hacer la revisión está escrita por pediatras, o referida a población pediátrica. Sin embargo, nos llama la atención que sólo el 52,94% de los pediatras han contestado que pediría el anticuerpo anti gliadina a menores de 2 años para diagnosticar la enfermedad. El anticuerpo antitransglutaminasa puede ser negativo en menores de 2 años, de ahí la importancia de pedir el anticuerpo anti gliadina.

Los médicos más jóvenes, y los de menos años de práctica clínica, tienen un mayor conocimiento de la enfermedad. Podría deberse a tener más reciente tanto la carrera como la preparación del examen MIR.

Respecto a si hay diferencia en el nivel de los conocimientos según se trabaje en la capital o fuera, se ha encontrado diferencia significativa en la pregunta referente al seguimiento del paciente. El seguimiento del paciente consiste en pedir anticuerpo antitransglutaminasa una vez al año, una vez que se han normalizado los

Tabla 3. Pacientes pertenecientes a grupos de riesgo<sup>2,11</sup>

Grupos de riesgo
- Diabetes mellitus tipo 1
- Síndrome de Down
- Enfermedad tiroidea autoinmune
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Williams
- Déficit selectivo de inmunoglobulina tipo A
- Hepatitis autoinmune
- Familiares de primer grado con enfermedad celíaca

Tabla 4. Síntomas y signos de la celiacía<sup>2</sup>

	Niños	Adolescentes	Adultos
<b>Síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diarrea</li> <li>-Anorexia</li> <li>-Vómitos</li> <li>-Dolor abdominal</li> <li>-Irritabilidad</li> <li>-Apatía</li> <li>-Tristeza</li> <li>-Laxitud</li> <li>-Introversión</li> <li>-Hipotonía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Frecuentemente asintomáticos</li> <li>-Dolor abdominal</li> <li>-Cefaleas</li> <li>-Artralgias</li> <li>-Menarquia retrasada</li> <li>-Irregularidades menstruales</li> <li>-Estreñimiento</li> <li>-Hábito intestinal irregular</li> <li>-Disconfort abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dispepsia</li> <li>-Diarrea crónica</li> <li>-Dolor abdominal</li> <li>-Síndrome intestino irritable</li> <li>-Vómitos</li> <li>-Estreñimiento</li> <li>-Astenia</li> <li>-Dolores articulares y óseos</li> <li>-Infertilidad</li> <li>-Abortos recurrentes</li> <li>-Parestesias</li> <li>-Tetania</li> <li>-Ansiedad, depresión</li> <li>-Irritabilidad</li> <li>-Epilepsia</li> <li>-Ataxia</li> </ul>
<b>Signos y alteraciones analíticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Malnutrición</li> <li>-Distensión abdominal</li> <li>-Hipotrofia muscular</li> <li>-Retraso pondero-estatural</li> <li>-Ferropenia</li> <li>-Anemia ferropénica</li> <li>-Hipoproteinemia</li> <li>-Hipertransaminasemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aftas orales</li> <li>-Hipoplasia del esmalte</li> <li>-Distensión abdominal</li> <li>-Debilidad muscular</li> <li>-Talla baja</li> <li>-Artritis</li> <li>-Osteopenia</li> <li>-Ferropenia</li> <li>-Anemia ferropénica</li> <li>-Hipertransaminasemia</li> <li>-Queratosis folicular</li> <li>-Pérdida de peso</li> <li>-Alteraciones de la piel y dentición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aftas orales</li> <li>-Malnutrición con o sin pérdida de peso</li> <li>-Edemas periféricos</li> <li>-Talla baja</li> <li>-Neuropatía periférica</li> <li>-Miopatía proximal</li> <li>-Ferropenia</li> <li>-Anemia ferropénica</li> <li>-Anemia megaloblástica</li> <li>-Hipertransaminasemia</li> <li>-Hipoesplenismo</li> <li>-Osteopenia</li> <li>-Disminución del tiempo protrombina</li> <li>-Déficit de ácido fólico</li> <li>-Déficit de vitamina B<sub>12</sub></li> <li>-Hipoalbuminemia</li> </ul>

anticuerpos. En ambas áreas sanitarias, hasta el momento, tenemos esa prueba en cartera de servicios. Desconocemos la razón que pueda justificar esta diferencia.

Según la Guía ESPGHAN 2012 en niños con clínica compatible, anticuerpos positivos y estudio genético positivo, no es necesario hacer biopsia intestinal. Sí que se suele hacer biopsia a los adultos, y en los casos cuyo diagnóstico es dudoso, independientemente de la edad, o en los pacientes que no responden a la dieta sin gluten<sup>9</sup>. Así, el estudio varía en función de que el paciente esté sintomático o, no teniendo síntomas, pertenezca a uno de los grupos de riesgo, como puede verse a continuación<sup>2, 10, 11</sup>.

(GRÁFICO 8)

En los pacientes asintomáticos o pertenecientes a grupos de riesgo debe realizarse en primer lugar el estudio genético.

(GRÁFICOS 9 y 10)

### Dificultades y limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio es la posible falta de respuesta a las encuestas, especialmente en los centros en los que ningún miembro del equipo investigador ha podido estar presente. Con el fin de obtener el mayor número de respuestas el equipo investigador se ha personado en la mayoría de los centros de trabajo, contado con la ayuda de colaboradores en el resto.

Para motivar a los médicos a su participación se les ha informado previamente de la utilidad del estudio, habiéndose impartido, con posterioridad a la encuesta, una sesión clínica formativa sobre celiacía en los centros en los que ha sido posible.

Otra limitación del estudio es que, al haberse contestado por correo electrónico o haber sido

Gráfico 8. Algoritmo diagnóstico en niños/adolescentes con síntomas sugestivos de enfermedad celíaca<sup>2, 10, 11</sup>

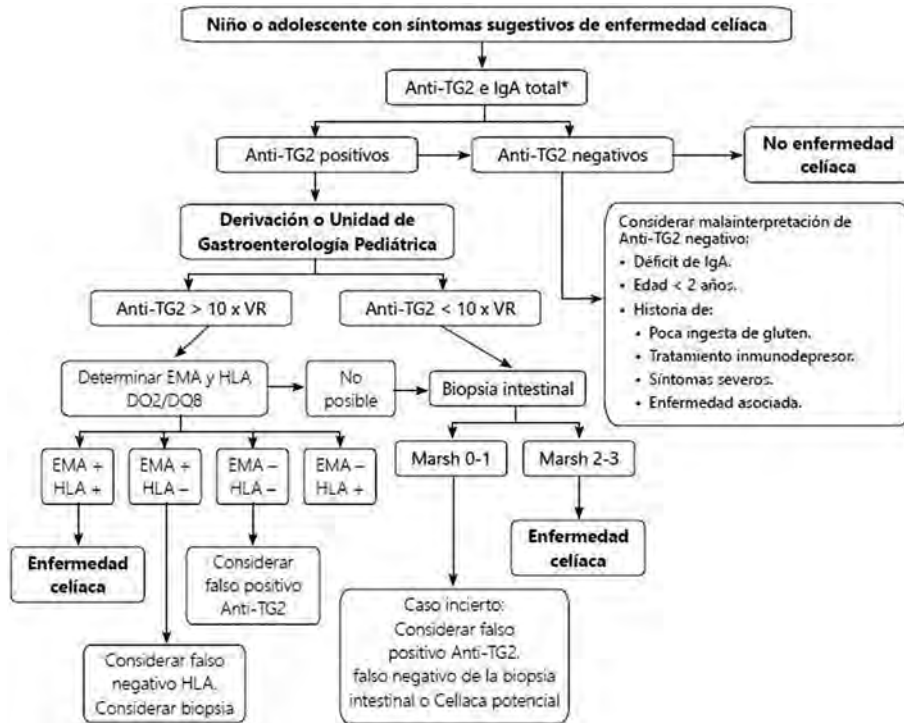


Gráfico 9. Algoritmo diagnóstico en niños/adolescentes asintomáticos pertenecientes a grupos de riesgo<sup>2, 10, 11</sup>

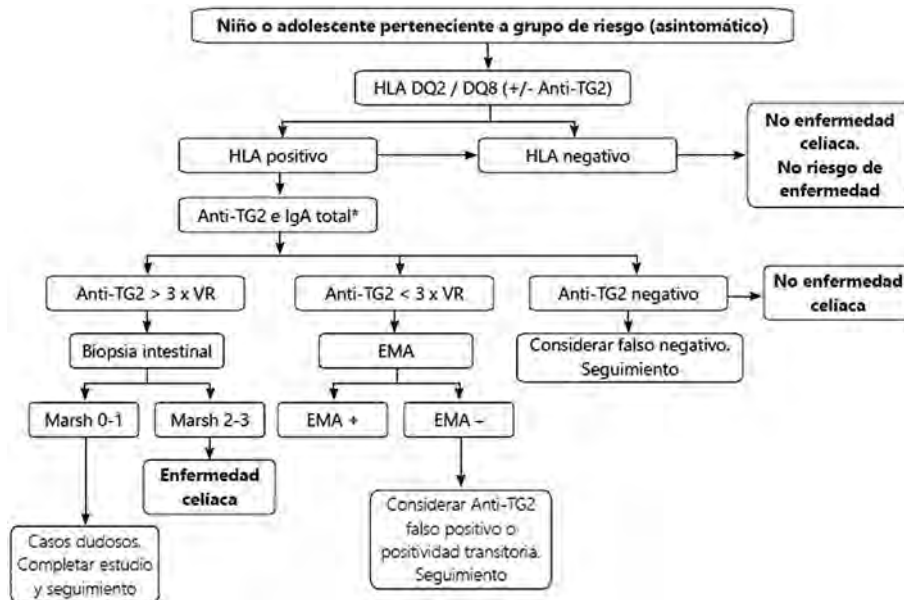
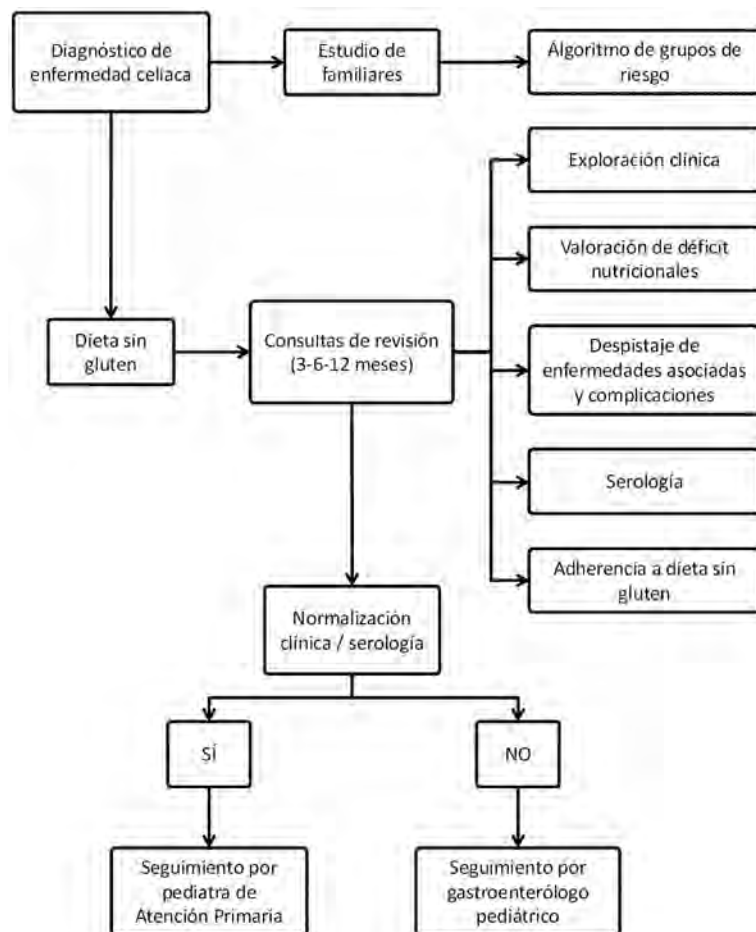


Gráfico 10. Seguimiento de enfermedad celíaca<sup>2, 10, 11</sup>



enviado por correo postal, algunos profesionales han podido revisar el tema para contestar el cuestionario. Se ha hecho hincapié en contestar fielmente, insistiendo en el anonimato, para no falsear el estudio.

Nos parece interesante incluir a los residentes a la hora de valorar conocimientos en relación con los años de experiencia clínica y la edad. Pero nos encontramos con el problema de que en el cuestionario está recogido ser residente, pero no el año de residencia, ya que éste cambiaba durante la realización del estudio.

Puede ser una limitación la falta de respuesta en el perfil profesional, ya que en el 34,81% de las encuestas no consta dicha información.

Pero esta limitación está asociada al uso de encuestas.

## CONCLUSIONES

A raíz de este estudio, parece evidente la necesidad de intensificar la formación en celiacía de los médicos de Atención Primaria. Además, creemos positiva su realización para llamar la atención de los profesionales sobre esta realidad. En esta línea, hemos impartido sesiones clínicas formativas en varias zonas básicas de salud tras responder a la encuesta, y a fecha de hoy seguimos dando formación en los centros de Atención Primaria de nuestra provincia.

Creemos que este desconocimiento de la enfermedad puede ser una de las causas de su infra-diagnóstico. Pero para analizar estas causas sería necesario realizar otro estudio.

Hemos sabido que en los próximos meses el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tiene programada la publicación de un protocolo diagnóstico que será de gran utilidad.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia.

### AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales que han contestado el cuestionario.

A todos los que nos han ayudado como intermediarios, médicos, enfermeros y personal administrativo.

A Verónica Rodríguez García, Gestora de Proyectos de la Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO). Complejo Hospitalario Universitario de Jaén.

A Josefa García Blanco, directora de la Unidad Clínica de Andújar "Virgen de la Cabeza", que nos ha dado todas las facilidades posibles.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Polanco Allué I. Enfermedad celíaca presente y futuro. Fundación Carlos Vázquez. Madrid: Ergón; 2013.
2. Coronel Rodríguez C, Espín Jaime B, Guisado Rasco MC. Enfermedad celíaca. En *Pediatría integral* [en línea] Marzo 2015 [fecha de acceso 12 de Marzo de 2015]; XIX (2). Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-02/enfermedad-celiaca>.
3. Rodrigo L, Peña AS. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celiaca. Barcelona: OmniaScience; 2013.
4. Román Riechmann E, Cilleruelo Pascual ML, Gutiérrez Junquera C. Epidemiología de la enfermedad celíaca. En: Polanco Allué I. *Enfermedad celíaca, presente y futuro*. Madrid: Ergón; 2013. p 29-32.
5. FACE. Cuaderno de la enfermedad celíaca. 2ª Ed. Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuétara. Madrid: IMC; 2011.
6. Calleja S, Vivas S, Santiuste M, Arias L, Hermandero M, Nistal E et al. Dynamics of non-convencional intraepithelial lymphocytes-NK, NKT, and gd T- in celiac disease: relationship with age, diet, and histopathology. *Dig Dis Sci* 2011; 56: 2042-9.
7. García Ruiz de Morales S, Calleja Antolín M, Llorente Herranz M. Utilidad de los marcadores serológicos: Anticuerpos anti-gliadina y antipeptidos desaminados de gliadina. En: Polanco Allué I. *Enfermedad celíaca, presente y futuro*. Madrid: Ergón; 2013. p. 47-50.
8. Arranz Sanz E, Garrot e Adrados JA. Utilidad de los marcadores genéticos. En: Polanco Allué I. *Enfermedad celíaca, presente y futuro*. Madrid: Ergón; 2013. p 43-46.
9. Beltrí Orta P. Anomalías del esmalte dentario y enfermedad celíaca. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología; 2004.
10. Ortigosa L. Guía ESPGHAN 2012 para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en niños y adolescentes: ¿son necesarios nuevos criterios diagnósticos? *Revista Gastrohnp* 2012; 14(3): 101-105.
11. Miranda Díaz M. Enfermedad celíaca: nuevos criterios diagnósticos. *Vox Paediatrica* 2012; XIX (2):28-33.

## Anexo 1. Cuestionario para los profesionales

1. Sexo:
  - a. Mujer
  - b. Hombre
2. Edad:
  - a. 20-30 años
  - b. 31-40 años
  - c. 41-50 años
  - d. 51-60 años
  - e. Más de 61 años
3. Perfil profesional:
  - a. Médico de familia
  - b. Médico general
  - c. Pediatra
  - d. Residente
4. Años de práctica clínica:
  - a. <5
  - b. de 5 a 10
  - c. de 10 a 20
  - d. >20
5. ¿Recuerda si tiene algún paciente en su cupo con intolerancia a algún alimento?
  - a. Sí
  - b. No
6. En caso afirmativo, ¿alguno de estos casos lo ha diagnosticado usted?
  - a. Sí
  - b. No
7. ¿Suele pensar en intolerancia alimenticia cuando un paciente consulta por molestias abdominales?
  - a. Sí
  - b. No
8. ¿Suele pensar en intolerancia alimenticia cuando un paciente consulta por gases y alteraciones del hábito intestinal?
  - a. Sí
  - b. No
9. ¿Qué es la celiacía? Puede marcar más de 1 respuesta.
  - a. Intolerancia a lactosa (-1 punto)
  - b. Intolerancia al gluten (2 puntos)
  - c. Intolerancia al arroz (-1 punto)
  - d. Enfermedad autoinmune (1 punto)
  - e. Alergia al gluten (1 punto)
10. ¿Cuál cree que es la prevalencia de la celiacía?
  - a. Menos del 0.1 %
  - b. 1 %
  - c. 5%
11. Entre los siguientes, ¿cuál o cuáles cree que son grupos de riesgo para la celiacía? Puede señalar más de 1 opción.
  - a. Familiares de enfermo celíaco (1 punto)
  - b. Diabéticos tipo I (1 punto)
  - c. Síndrome de Down (1 punto)
  - d. Enfermedades tiroideas (1 punto)
  - e. Todos los anteriores (2 puntos)
  - f. Ninguno de los anteriores (-1 punto)
12. De entre los siguientes, ¿cuáles cree que pueden ser síntomas de la celiacía? (puede señalar todas las opciones que considere)
  - i. diarrea crónica (2 puntos)
  - ii. pérdida de apetito (1 punto)
  - iii. distensión abdominal/ gases (2 puntos)
  - iv. pérdida de peso (2 puntos)
  - v. talla baja/ fallo de crecimiento (2 puntos)
  - vi. retraso puberal(1 punto)
  - vii. anemia (2 puntos)
  - viii. irritabilidad/tristeza (1 punto)
  - x. asintomático (1 punto)
  - xi. irregularidades menstruales (1 punto)
  - xii. heces pastosas (1 punto)
  - xiii. estreñimiento (2 puntos)
  - xiv. dolor abdominal (2 puntos)
  - xv. problemas digestivos (1 punto)
  - xvi. infertilidad (1 punto)
  - xvii. abortos de repetición (1 punto)
  - xviii. calambres en brazos y piernas (1 punto)
  - xix. osteoporosis (1 punto)
  - xx. edemas (1 punto)
  - xxi. ansiedad/depresión (1 punto)
  - xxii. colon irritable (1 punto)
  - xxiii. artritis reumatoide (1 punto)
  - xxiv. reflujo gastroesofágico (2 puntos)

### Anexo 1 (continuación)

13. ¿Cuáles pueden ser manifestaciones dérmicas de la enfermedad celiaca? Puede marcar más de una respuesta.

- a. Dermatitis atópica (-1 punto)
- b. Dermatitis herpetiforme (2 puntos)
- c. Dermatitis pustular (-1 punto)
- d. Estomatitis aftosa recidivante (1 punto)
- e. Todas las anteriores (-1 punto)
- f. Ninguna de las anteriores (-1 punto)

14. ¿Qué pruebas pediría para diagnosticar/descartar la celiacía en mayores de 2 años?

- a. Anticuerpos antigliadina en sangre (1 punto)
- b. Anticuerpos antitransglutaminasa en sangre (2 puntos)
- c. Anticuerpos antigliadina orina (-1 punto)
- d. Anticuerpos antitransglutaminasa en orina (-1 punto)
- e. Es imprescindible la realización de biopsia intestinal. El diagnóstico debe hacerlo un especialista en Aparato Digestivo (1 punto)

15. ¿Qué pruebas pediría para diagnosticar/descartar la celiacía en menores de 2 años?

- a. Anticuerpos antigliadina en sangre (2 puntos)
- b. Anticuerpos antitransglutaminasa en sangre (2 puntos)
- c. Anticuerpos antigliadina orina (-1 punto)
- d. Anticuerpos antitransglutaminasa en orina (-1 punto)
- e. Es imprescindible la realización de biopsia intestinal. El diagnóstico debe hacerlo un especialista en Aparato Digestivo (1 punto)

16. ¿Qué pruebas pediría para seguimiento de una dieta exenta de gluten?

- a. Anticuerpos antigliadina en sangre y antitransglutaminasa en sangre (1 punto)
- b. Anticuerpos antigliadina orina y antitransglutaminasa en orina (-1 punto)
- c. Antitransglutaminasa en sangre (2 puntos)
- d. Todas las anteriores (-1 punto)
- e. Ninguna de las anteriores (-1 punto)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN