

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
GRADO DE NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA
TRABAJO FIN DE GRADO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD HUMANA Y DEL
DEPORTE

“Evaluación prospectiva de la adherencia a la dieta sin gluten
en pacientes con sospecha clínica de enfermedad celíaca y/o
sensibilidad al gluten no celíaca”

Autora:

Cristina Hernández Jordán

DNI: 18061558 A

Director:

Miguel Montoro Huguet (Departamento de Medicina)

Huesca, Septiembre 2016

Los trastornos relacionados con el gluten (TRG) representan un problema de salud de primer orden. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar el impacto de la intervención del Dietista-Nutricionista (DN) sobre la adherencia, monitorización y repercusión sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la dieta sin gluten (DSG) en una cohorte de pacientes con sospecha clínica de enfermedad celíaca (EC) o sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC). 23 pacientes (7 con sospecha clínica de EC y 16 con sospecha de SGNC, 17% varones y 83% mujeres con una mediana de edad de 36 años) fueron incluidos de forma prospectiva y consecutiva en el estudio. En todos los casos se recabó información relativa al patrón de presentación clínica, motivo principal de consulta, síntomas asociados, anticuerpos anti-Tg IgA, haplotipos DQ2-DQ8 y estudio histológico. La información obtenida permitió obtener un diagnóstico de alta, media o baja sospecha clínica. Todos los pacientes fueron entrevistados e informados por un DN antes y después de iniciar la DSG. En todos los casos se cumplimentó un cuestionario de hábitos de vida saludables y un cuestionario breve de salud (SHS) que permitió mensurar los cambios en la CVRS obtenidos tras la DSG. El patrón de presentación predominante en ambos grupos fue el de síntomas gastrointestinales inespecíficos (87.5% SGNC vs 71.4% EC). La adherencia a la DSG fue alta en ambos grupos (87.5% SGNC vs 100% EC) y la intervención del DN redundó en una mejoría significativa en la CVRS tanto de forma global (p-valor: 0,000 SGNC vs p-valor: 0,018 EC), como en cada una de las dimensiones exploradas antes y después de la DSG. Como conclusión, la intervención del DN representa un valor añadido en el manejo clínico de los pacientes con TRG, obteniendo elevadas tasas de adherencia a la DSG.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 DEFINICIÓN	2
1.2 DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	2
1.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	4
1.4 GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMEDADES ASOCIADAS	6
1.5 FORMAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	7
1.6 DIAGNÓSTICO.....	9
1.7 TRATAMIENTO	12
1.7.1 CONSIDERACIONES ACERCA DE LA DIETA SIN GLUTEN.....	13
1.8 CONTROL Y SEGUIMIENTO	16
1.9 ACTITUD ANTE LA FALTA DE RESPUESTA A LA DIETA SIN GLUTEN	16
2. OBJETIVO	19
2.1 PRINCIPAL.....	19
2.2 SECUNDARIOS.....	19
3. METODOLOGÍA Y RECURSOS	19
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	19
3.2 POBLACIÓN DIANA	20
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	20
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	20
3.5 VARIABLES DEL ESTUDIO	20
3.5.1 PARTE 1.....	20
3.5.2 PARTE 2.....	24
4. RESULTADOS	33
4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL	33
4.2 FACTORES DE RIESGO.....	33
4.3 MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA.....	34
4.4 SÍNTOMAS ASOCIADOS	35
4.5 PATRÓN DE PRESENTACIÓN CLÍNICA	36
4.6 INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI	37
4.7 CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE ROMA PARA SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII).....	37
4.8 CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA.	37
4.9 DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA EMITIDO POR EL CLÍNICO.....	40
4.10 CALIDAD DE VIDA (Cuestionario breve de salud –SHS).....	40

4.11	IMPACTO DE LA DIETA SIN GLUTEN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN FUNCIÓN DEL GRADO DE SOSPECHA CLÍNICA.....	42
4.12	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA DIETA ACONSEJADA POR DIETISTA-NUTRICIONISTA.....	44
4.13	CUESTIONARIO HáBITOS DE VIDA SALUDABLES	44
5.	DISCUSIÓN	45
5.1	DATOS DEMOGRÁFICOS	47
5.2	FACTORES DE RIESGO.....	47
5.3	MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	47
5.4	SÍNTOMAS ASOCIADOS	48
5.5	PATRONES DE PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	49
5.6	HELICOBACTER PYLORI	49
5.7	TEST GENÉTICO	50
5.8	EVALUACIÓN HISTOPATOLÓGICA	51
5.9	GRADO DE SOSPECHA CLÍNICA	52
5.10	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES	53
5.11	ADHERENCIA A LA DIETA SIN GLUTEN	54
	5.11.1 Cumplimiento de la dieta.....	54
	5.11.2 Impacto de la DSG sobre la calidad de vida relacionada con la salud....	55
6.	CONCLUSIONES	55
7.	BIBLIOGRAFÍA	57
8.	ANEXOS	59
	ANEXO I: CUESTIONARIO	59
	ANEXO II: CUADERNO RECOGIDA DE DATOS	62

ABREVIATURAS

Palabra clave	Abreviatura
Antitransglutaminasa tisular humana de clase Ig A	AALTG
Anticuerpos antigliadina	AGA
Calidad de vida relacionada con la salud	CVRS
Dieta sin gluten	DSG
Enfermedad celíaca	EC
Anticuerpos antiendomisio	EMA
Federación Asociaciones Celiacas de España	FACE
Gasto energético total	GET
Hidratos de carbono	HC
Antígeno leucocitario humano	HLA
Hospital San Jorge	HSJ
Linfocitos intraepiteliales	LIEs
No significativa	NS
Servicio Aragonés de Salud	SALUD
Sobrecrecimiento bacteriano	SBI
Sociedad Española de Nutrición Comunitaria	SENC
Sensibilidad al gluten no celíaca	SGNC
Síndrome intestino irritable	SII
Cuestionario de salud breve	SHS
Trastorno funcional digestivo	TFD
Trastornos relacionados con el gluten	TRG
Velocidad de sedimentación glomerular	VSG

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es un trastorno inflamatorio crónico de carácter inmune causado por la intolerancia permanente al gluten, una proteína ingerida a través de la dieta, generalmente presente en cereales como trigo (gliadina), cebada (hordeína), centeno (secalina), espelta, kamut, avena y triticale (híbrido de trigo y centeno). Se caracteriza por una interacción compleja de factores genéticos y ambientales y se transmite genéticamente entre individuos susceptibles, afectando aproximadamente al 1% de los caucásicos.

La sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC) es una entidad emergente caracterizada por síntomas gastrointestinales y extraintestinales dependientes del gluten en pacientes no celíacos, cuya prevalencia se estima hasta 10 veces superior a la de la enfermedad celíaca (EC). Los pacientes portadores de este síndrome no reúnen los criterios diagnósticos de EC, pero presentan un conjunto de síntomas que desaparecen rápidamente tras la retirada del gluten de la dieta, reapareciendo tras su introducción. Se requiere de un alto índice de sospecha clínica para establecer el diagnóstico de esta nueva entidad reconocida en la literatura internacional.

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad celíaca (EC) es una forma de enteropatía de base inmune que en individuos genéticamente susceptibles ocasiona una lesión histológica a nivel de la mucosa del intestino delgado, al entrar en contacto con alimentos que contienen gluten. Tal y como describió Jonh Paulley en 1957 ⁽¹⁾, esta lesión consiste en una reacción inflamatoria, cuyo espectro oscila desde casos en los que solamente se aprecia un aumento en el número de linfocitos intraepiteliales (enteritis o duodenosis linfocítica), hasta formas más avanzadas en las que se aprecia atrofia en las vellosidades intestinales e hiperplasia en la cripta. Todo ello conduce a un fallo en la absorción de macro y micronutrientes ingeridos a través de la dieta, y generar estados carenciales tales como anemia y osteoporosis responsables de gran variedad de manifestaciones clínicas, con un amplio abanico de síntomas digestivos y extradigestivos.

Los síntomas y signos de la EC han sido reconocidos desde hace más de 100 años, y fue en la década de 1940 cuando el pediatra holandés Dicke ⁽²⁾ estableció el vínculo entre la exposición de la proteína del trigo (gluten) y la enfermedad. En los últimos años las bases genéticas y la patogénesis de la EC han sido bien caracterizadas llegando a conocer que la

presencia del antígeno leucocitario humano HLA-DQ2/ DQ8 es necesario para el desarrollo de la enfermedad, aunque no suficiente.

El término de sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC), se aplica a aquellos pacientes que no cumplen de forma estricta los criterios de EC (ver más adelante Criterios propuestos por Catassi), pero que manifiestan una regresión rápida de su cortejo sintomático tras la retirada del gluten de la dieta. Estos pacientes no presentan positividad de los anticuerpos anti-TG (IgA), antiendomiso o anti péptidos de la gliadina desaminada (hasta un 50% pueden presentar positividad a los anticuerpos antigliadina), pueden o no ser portadores de los haplotipos DQ2-DQ8 del sistema HLA y no presentan lesiones histológicas en el duodeno, salvo en algunos casos que manifiestan leves incrementos en la población de linfocitos intrapiteliales (LIEs). El diagnóstico de estos casos representa un verdadero desafío para el clínico al no existir marcadores biológicos específicos sobre los que sustentar la sospecha clínica ⁽³⁾. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la respuesta a la DSG siendo esencial por consiguiente el asesoramiento y consejo dietético ya que la falta de rigor y adherencia a la dieta podría enmascarar la respuesta, abocando al paciente a un diagnóstico erróneo de trastorno funcional digestivo (dispepsia funcional, hinchazón abdominal funcional o intestino irritable).

La patogenia de los trastornos inducidos por el gluten es compleja y varía en función de que se trate de una EC o de una SGNC. En el primer caso, el gluten contenido en los cereales atraviesa las uniones intracelulares y experimenta un proceso de deamidación por la transglutaminasa tisular; los péptidos resultantes son capturados por células dendríticas (células presentadoras de antígenos) y en presencia de las moléculas DQ2 y DQ8 del sistema de histocompatibilidad (HLA) son presentados a los linfocitos T citotóxicos. Estos últimos, al reconocer los péptidos de gluten deamidados, promueven una respuesta inflamatoria mediada por citoquinas. En este proceso intervienen igualmente linfocitos B, responsables en última instancia en la producción de anticuerpos circulantes.

En lo que concierne a la patogenia de la SGNC, la hipótesis que prevalece en la actualidad es que, a diferencia de la EC, en la que existe una activación de la respuesta inmune adaptativa, en la SGNC existe únicamente una respuesta inmune innata contra el agente nocivo. Esta respuesta, que no precisa de los heterodímeros HLA-DQ2/DQ8, puede ocasionar un aumento de la permeabilidad intestinal, seguida de una respuesta inflamatoria de baja intensidad en la mucosa intestinal, con liberación de citocinas y péptidos gastrointestinales. La afectación del sistema nervioso entérico colinérgico por estos mediadores favorecería en última instancia la aparición de síntomas digestivos como dolor abdominal, flatulencia,

dispepsia o diarrea. En el momento actual no existe acuerdo acerca del agente nocivo capaz de desencadenar esta respuesta, habiéndose postulado diversos mecanismos:

- 1) Acción tóxica directa de la gliadina y otros péptidos del gluten.
- 2) Aumento de la permeabilidad intestinal secundaria a la liberación de zonulina.
- 3) Activación de una respuesta inmune innata, con liberación de IL-15 y estimulación de linfocitos intraepiteliales.
- 4) Activación de macrófagos de la lámina propia con liberación de citocinas (IFN γ , TNF- α , IL-10)
- 5) Afectación de la integridad de las uniones intercelulares, inhibición crecimiento celular e inducción de apoptosis.
- 6) Activación del sistema nervioso colinérgico 2a a liberación de acetilcolina.
- 7) Fermentación de fructanos y proteínas del gluten.
- 8) Malabsorción de fructanos, presentes en los cereales.
- 9) Producción de amonio y sulfuro de hidrógeno, secundaria a la fermentación de proteínas del gluten por bacterias reductoras de sulfatos.

Respecto al tratamiento, todavía no existe ningún fármaco que inhiba o bloquee el mecanismo de acción de esta enfermedad. Sin embargo, es relevante destacar que las manifestaciones y alteraciones de la EC son corregibles y pueden mejorar sensiblemente e incluso llegar a desaparecer al realizar una dieta de exclusión. De hecho, uno de los criterios diagnósticos vigentes en el momento actual para el caso de la EC (Criterios de Catassi) es precisamente la regresión de los síntomas y las lesiones, especialmente en formas seronegativas (formas clínicas en las que no se detectan anticuerpos circulantes). Para el caso de la SGNC es suficiente con la regresión de los síntomas y su reaparición inmediata tras la reintroducción (idealmente ciega) del gluten en la dieta.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

En el pasado, la EC se consideraba un trastorno que afectaba a personas de origen europeo y se caracterizaba por su inicio en los primeros años de vida. ⁽⁴⁾

Uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre esta enfermedad fue realizado en la década de 1950, cuando se estableció que la incidencia acumulada de EC en Inglaterra y Gales era de uno de cada 8.000, mientras que en Escocia se detectó una prevalencia de uno de cada 4.000. En ese entonces el diagnóstico de la EC se basaba en la clínica del paciente. Posteriormente, en 1960 se obtuvieron medidas de una incidencia elevada, alcanzando una prevalencia 1/450-500 mediante la técnica de biopsia oral pediátrica. Sin embargo, a finales de la década de 1990, coincidiendo con la aparición de los métodos serológicos más precisos para el diagnóstico, empezaron a desarrollarse estudios sobre prevalencia de la EC no sólo

en pacientes sintomáticos, sino también en aquellos que pertenecían a algún grupo de riesgo pero estaban aparentemente asintomáticos con respecto a la clínica. Estos trabajos son los que dieron a conocer las formas asintomáticas de la EC, y permitieron justificar que la EC estaba infradiagnosticada. De hecho, múltiples estudios realizados tanto en Europa como en el norte de África, Asia, América del Sur y Estados Unidos pusieron de manifiesto que la prevalencia real de EC era mucho más elevada de lo que se pensaba.

Actualmente, se estima que esta prevalencia se halla entre uno de cada 100 o uno de cada 250 dependiendo del área geográfica, de la metodología utilizada o de los factores genéticos y ambientales presentes en cada país. Por ejemplo, la enorme prevalencia (5.6%) de EC en el pueblo Saharai es un hallazgo atípico relacionado posiblemente con una acusada predisposición genética y cambios bruscos en la dieta durante siglos. ⁽⁴⁾

En uno de los estudios previamente citados, realizado en Europa, se observó una prevalencia del 1% con grandes variaciones entre los países (2% Finlandia, 1.2 % Italia, 0.9 % Irlanda del norte y 0.3% Alemania). Estos países presentan niveles similares de consumo de trigo y frecuencias del haplotipo HLA. Sin embargo, la prevalencia de EC muestra diferencias entre los países, lo que de nuevo evidencia la presencia de otros factores ambientales y/o genéticos. Cabe destacar que estos dos factores están muy presentes también en China.

En los países de Turquía e Irán es frecuente la presencia del HLA-DQ2, debido a un mayor consumo de trigo. Por el contrario, en países como Japón, Indonesia, Corea, Filipinas y muchas islas del Pacífico es rara la EC, debido al bajo consumo de trigo y la baja frecuencia de HLA-DQ2.

En cuanto al cultivo de cereales con gluten comenzó hace aproximadamente unos 10.000 años en las regiones del noreste (Turquía e Iraq) y el sudoeste (Palestina, Siria y Líbano) del creciente fértil.

Para representar esta compleja situación epidemiológica Logan creó, en el año 1992, el concepto de “iceberg celíaco”, el cual conceptualiza de forma eficaz la epidemiología de la EC. Pues el número global de casos de EC representa el tamaño del iceberg, en el que no solamente influye la predisposición genética, sino que también lo hacen las pautas de consumo de gluten.

En los países desarrollados por cada caso diagnosticado de EC quedan sin diagnosticar una media de cinco casos, lo que les expone a un riesgo de complicaciones de por vida. Por ello, la consulta del médico de atención primaria debe realizar un cribado selectivo con objeto de identificar personas con riesgo de EC o SGNC. Se estima que 1 de cada 100 recién nacidos vivos van a padecer la EC a lo largo de su vida cursando con manifestaciones clínicas muy

variadas. Afectando tanto a niños, con una prevalencia media de 4.5%, como a adultos. En cuanto a la relación mujer-varón, es de 2:1.

Por último, la ausencia de lactancia materna, así como la introducción temprana de los cereales con gluten en la dieta son factores de riesgo para el desarrollo de EC en personas susceptibles. También hay evidencia de que la deficiencia selectiva de inmunoglobulina A predispone al desarrollo de EC, siendo esta inmunodeficiencia 16 veces más común en pacientes con EC que en la población general.

En resumen, los datos disponibles sugieren que la incidencia de EC está en aumento, y que la enfermedad es mucho más común en algunas zonas de lo que se había valorado anteriormente.

1.4 GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

Son grupos de riesgo prioritarios los familiares de enfermos celíacos y los pacientes con enfermedades asociadas a la enfermedad celíaca.

Los familiares de primer grado constituyen un grupo de riesgo elevado en el que la prevalencia de enfermedad celíaca oscila entre el 5% y el 15%, pudiendo llegar a alcanzar el 30% si poseen un DQ2 positivo. Además, es probable que algunos de estos pacientes permanezcan asintomáticos o con formas clínicas de expresión leve, por lo que se debe llevar a cabo una búsqueda intencionada de signos y síntomas. De esta manera es fácil y común detectar signos y síntomas como astenia, ferropenia y osteoporosis que a menudo pasan desapercibidos, incluso en las formas histológicas más leves.

Por otro lado, las enfermedades asociadas suelen preceder a la enfermedad celíaca, aunque también pueden manifestarse simultáneamente o incluso después del diagnóstico. Los pacientes que las padecen son considerados grupos de riesgo, ya que su asociación se produce con una frecuencia superior a la esperada. Entre las enfermedades que pueden asociarse a la EC, se encuentran:

1. Enfermedades de origen inmune:

- Dermatitis herpetiforme.
- Diabetes Mellitus tipo I. Entre el 5-6% de los pacientes asocian la EC.
- Tiroiditis autoinmune.
- Déficit selectivo de IgA.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.

-Otras: lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Addison, nefropatía por IgA, hepatitis crónica autoinmune, cirrosis biliar primaria, Síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, vitíligo, psoriasis y alopecia areata.

2. Trastornos neurológicos y psiquiátricos:

-Encefalopatía progresiva, síndromes cerebelosos, demencia con atrofia cerebral, esquizofrenia y epilepsia.

3. Otras enfermedades:

-Síndrome de Down, Síndrome de Williams, Síndrome de Turner, fibrosis quística, cistinuria, colitis microscópica, fibromialgia, cardiomiopatía, síndrome de fatiga crónica e infertilidad.

1.5 FORMAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Dada la multiplicidad de síntomas y las diversas formas clínicas en la EC, un grupo de expertos vio la necesidad de reunirse en Oslo para darle claridad a esta nomenclatura, ya que a lo largo de la historia han ido surgiendo distintos términos descriptivos acerca de la EC que generaban confusión. Además, con la introducción de los métodos serológicos y junto al diagnóstico de nuevos casos de esta enfermedad, se propició un cambio de tendencia con respecto a la forma de presentación clínica dominante que se apreciaba hace 30 años. De este modo, la EC clásica dejó de ser la forma clínica más frecuente y en la actualidad es la forma monosintomática la predominante ⁽⁵⁾.

A continuación, se detallan las diversas formas clínicas de manifestación en la enfermedad celíaca:

-La EC clásica cursa con síntomas gastrointestinales de malabsorción como son la diarrea, la pérdida de peso y la distensión abdominal. Además, el retraso de crecimiento en la infancia también se considera una forma de presentación perteneciente a este grupo. El grado de intensidad de los síntomas suele ser notorio, razón por la que la gran mayoría de los pacientes con esta forma clínica presentan atrofia vellositaria. Hoy en día este patrón de presentación es excepcional en el adulto, un hecho por el que el término “enfermedad celíaca típica” debe evitarse para describir a este subgrupo.

-La EC no clásica (“atípica”) también descrita en la bibliografía como EC paucisintomática, es la forma más frecuente de presentación de la EC, sobre todo en la edad adulta. Por este motivo, el término “atípico” ya no resulta aplicable. Además, estos pacientes pueden no presentar síntomas digestivos, y si los tienen, suelen ser inespecíficos y clásicamente poco relacionados con la EC (pirosis, dispepsia, diarrea sin pérdida de peso, estreñimiento,

flatulencia, etc.). Aunque las manifestaciones gastrointestinales se alejan del patrón clásico de malabsorción con adelgazamiento progresivo, muchos de ellos presentan lesión duodenal con atrofia vellositaria. A menudo pacientes de este subgrupo consultan por clínica no digestiva, como anemia ferropénica, osteoporosis e infertilidad, entre otros.

-La EC silente, asintomática o subclínica cursa tal y como su nombre indica “silente”, sin manifestaciones clínicas (gastrointestinales o extraintestinales), aunque si existen lesiones histológicas. Sin embargo, los criterios de Oslo para el diagnóstico de la EC desaconsejan el uso del término silente, siendo preferible el uso de EC asintomática. Ya que la investigación de marcadores serológicos en grupos de riesgo ha permitido saber que hasta un 50% de los individuos con atrofia vellositaria se encuentran absolutamente asintomáticos. El término “EC subclínica” ⁽²⁾ hace referencia a aquellos casos cuya sintomatología está por debajo del umbral necesario para verificar la presencia de EC en la práctica clínica.

-EC latente o potencial. El término latente ha sido utilizado para describir situaciones clínicas que no son descriptivamente idénticas, por lo que en la anteriormente mencionada revisión de Oslo se describen hasta cinco situaciones que se han designado con este término. De modo que “EC latente” se aplica para definir a individuos con mucosa duodenal normal pero que tienen un riesgo aumentado de desarrollar la EC. Este riesgo viene determinado por el hecho de tener un estudio genético positivo (HLA-DQ2/8) y/o formar parte de algún grupo de riesgo para padecer la enfermedad.

También se ha utilizado este término para hacer referencia a aquellos pacientes que en el pasado habían sido diagnosticados de EC y a lo largo de su vida han reiniciado una dieta normal con gluten sin que este hecho haya desencadenado de nuevo una lesión intestinal, manteniendo una histología normal.

Por otra parte, el término latente es de los que han generado más controversia. Ya que bajo esta definición están incluidos erróneamente enfermos celíacos con una biopsia duodenal normal por el hecho de seguir una DSG, o pacientes con una serología positiva y biopsia con linfocitosis. Los criterios de Oslo recomiendan el uso de EC potencial para los pacientes que presentan una serología positiva y biopsia duodenal normal.

-En la EC refractaria se incluyen aquellos pacientes que con un diagnóstico indudable de EC han dejado de responder a la dieta sin gluten. Estos individuos son los que tienen más riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la enfermedad, como la yeyunoileítis ulcerativa o el linfoma T intestinal, ya que mantienen de forma persistente la lesión intestinal activa. Por lo que para este diagnóstico es necesario asegurarse de que el paciente está realizando correctamente la dieta sin gluten y no está ingiriendo pequeñas cantidades de

gluten de manera involuntaria o intencionada. También se deben descartar otras condiciones clínicas asociadas a la enfermedad celíaca que puedan explicar la persistencia de los síntomas, así como otras causas de atrofia vellositaria. Es fundamental el papel que desempeña el profesional Dietista-Nutricionista, para valorar los conocimientos del paciente y su adherencia a la dieta sin gluten.

1.6 DIAGNÓSTICO

Para llevar a cabo el diagnóstico de la enfermedad celíaca es necesario valorar la existencia de síntomas y signos en el paciente o la pertenencia a grupos de riesgo, ya sea por tratarse de un familiar de primer grado de un paciente con EC y/o dermatitis herpetiforme o por presentar alguna enfermedad asociada.

Además, es importante conocer las formas clínicas en las que se puede presentar la enfermedad y las pruebas que sirven de utilidad para verificar su diagnóstico. ⁽⁶⁾

A continuación se muestra una tabla con los criterios propuestos por Catassi para el diagnóstico de la enfermedad celíaca:

CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA (Al menos 4 de 5 o de 4 si no se dispone del genotipo HLA).

1. Síntomas típicos de enfermedad celíaca
2. Seropositividad para anticuerpos de tipo IgA a títulos elevados
3. Estudio genético positivo (haplotipos DQ2-DQ8 del sistema HLA)
4. Presencia de enteropatía celíaca en la biopsia de intestino delgado
5. Respuesta a la dieta sin gluten

Tabla 1.0- Criterios Catassi

1. Síntomas típicos de la Enfermedad Celíaca

La presentación clínica de la enfermedad es variable dependiendo de la etapa de la vida en la que se encuentre el paciente.

En la infancia el cuadro clínico depende del momento de introducción del gluten en la dieta. Se piensa que el momento de la exposición inicial al gluten y la duración de la lactancia materna, pueden estar involucrados en su desarrollo, aunque todavía no queda claro si estos

factores de forma permanente pueden disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca o simplemente retrasar la aparición de síntomas.⁽⁴⁾

Los síntomas más frecuentes en la edad pediátrica son la falta de apetito, vómitos, apatía, introversión, dolor abdominal recurrente, diarrea crónica, tristeza e irritabilidad. Que pueden ir asociados a signos de malnutrición, distensión abdominal, hipotrofia muscular, retrasos póndero-estatural, hipoproteinemia y anemia ferropénica.

En la adolescencia ⁽⁶⁾ pueden desaparecer los síntomas digestivos, y apreciarse solamente una anemia ferropénica sin respuesta a la ferrotterapia oral. No obstante, existen casos en los que también pueden presentarse síntomas de estreñimiento, dolor abdominal, menarquía retrasada, cefaleas y artralgias. Junto a los signos de mayor frecuencia, talla baja, aftas orales, distensión abdominal, debilidad muscular, osteopenia, queratosis folicular e hipoplasia del esmalte.

En el adulto la descripción clásica de la enfermedad celíaca se caracteriza por un síndrome de malabsorción grave con esteatorrea y signos de malnutrición. Sin embargo, existen algunos casos en adultos cuya enfermedad pasó desapercibida durante la infancia y pueden debutar con un cuadro de estas características tras un acontecimiento estresante, un embarazo o una gastrectomía.

Los síntomas gastrointestinales que llevan a considerar un posible diagnóstico de EC en la edad adulta son: la dispepsia, el síndrome del intestino irritable, la dermatitis herpetiforme, la flatulencia y/o meteorismo, y la presencia de vómitos sin causa aclarada. Es común que estos pacientes refieran igualmente una serie de síntomas extradigestivos como son: la pérdida de peso, los dolores óseos y articulares, las parestesias, la tetania, la infertilidad, los abortos recurrentes, la astenia, la irritabilidad, la ansiedad, la depresión y la ataxia.

Por otro lado, también existen algunas situaciones sin explicación demostrable que deben suscitar de igual modo sospecha clínica. Entre ellas se encuentran: la presencia de malnutrición, los edemas periféricos, la miopatía proximal, la anemia ferropénica, la osteopenia u osteoporosis, las aftas bucales, el descenso de la albúmina sérica, la disminución del tiempo de protombina, la deficiencia de vitamina B12 (ácido fólico) y la hipertransaminasemia.

2. Seropositividad para anticuerpos de tipo IgA a títulos elevados

Determinar los marcadores séricos sirve de gran utilidad en el manejo de la celiaquía, dado que son buenos indicadores y facilitan la selección de individuos con alta probabilidad de padecer la EC. Además, poseen gran utilidad en el diagnóstico de pacientes sin síntomas gastrointestinales, con enfermedades asociadas a la EC y en familiares de primer grado. No obstante, los resultados no son del todo fiables, ya que la negatividad de estos marcadores

no descarta el diagnóstico, pues no hay que olvidar que la enfermedad celíaca se asocia con el déficit selectivo de IgA. Por lo que en determinadas situaciones cuando la sospecha es elevada se requieren pruebas más desarrolladas. Estudios recientes sugieren que esto puede producirse en pacientes con lesiones histológicas leves (Marsh 1 y 2). Las pruebas serológicas ⁽³⁾ se han utilizado de forma rutinaria en la investigación de la EC desde la década de 1980.

Los marcadores séricos reconocidos y útiles en el diagnóstico de EC son los anticuerpos antigliadina (AGA), los anticuerpos antiendomiso (EMA) y los anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana de clase IgA (AAtTG), siendo estos últimos los más utilizados.

3. Estudio genético positivo (haplotipos DQ2-DQ8 del sistema HLA)

El estudio genético tiene un alto valor predictivo en el diagnóstico de la EC, puesto que se trata de una enfermedad genética donde el 90% de los enfermos celíacos son HLA-DQ2. El resto de pacientes celíacos poseen variantes que codifican HLA- DQ8 positivos. Aunque estos alelos también están presentes en el 40% de la población general ⁽³⁾. De forma que la ausencia de HLA-DQ2 y HLA-DQ8 hace que el diagnóstico sea muy poco probable.

4. Presencia de enteropatía celíaca en la biopsia de intestino delgado

La prueba para establecer el diagnóstico definitivo es la biopsia duodenoyeyunal. Un procedimiento que debe realizarse antes de retirar la ingesta de gluten de la dieta y en el que es necesario disponer de un estudio de coagulación, porque algunos pacientes pueden tener un déficit de protrombina secundario a una malabsorción por vitamina K. Debido a que en ocasiones las lesiones pueden ser parcheadas se recomienda la toma de cuatro muestras ⁽⁵⁾. De esta manera es más fácil establecer el estadio de la lesión.

Existe una clasificación de Marsh para las lesiones histológicas del intestino delgado:

-Marsh 0, mucosa preinfiltrativa (hasta 5% de los pacientes) Si la serología es positiva y el enfermo es DQ2 o DQ8 se recomienda un seguimiento y plantear una nueva biopsia en 1-2 años si los datos clínicos lo sugieren. En tales casos, puede investigarse la presencia de antitransglutaminasa de la mucosa.

-Marsh 1, aumento del número de linfocitos intraepiteliales, en adultos >25%. Existen evidencias de que los pacientes con este tipo de lesión pueden presentar síntomas similares a otras formas histológicamente avanzadas, como pueden ser flatulencias o distensión abdominal, anemia ferropénica y osteoporosis.

-Marsh 2, hiperplasia de las criptas. Además del incremento de los linfocitos intraepiteliales, hay un incremento en la profundidad de las criptas, sin una reducción concomitante en las vellosidades. En pacientes con serología positiva (DQ2 o DQ8) debe retirarse el gluten y evaluar la respuesta clínica e histológica. La desaparición o mejoría de las lesiones permite validar el diagnóstico.

-Marsh 3, atrofia vellositaria: parcial (3a), subtotal (3b), total (3c)

El espectro de las lesiones histológicas es amplio y puede ir desde formas de enteritis linfocítica (>25% linfocitos intraepiteliales) hasta formas de atrofia vellositaria grave. Ambas formas son compatibles con el diagnóstico de EC, pero no son suficientes, por ello es importante reforzar el diagnóstico con un estudio serológico y genético.

Si la serología es negativa y el test genético positivo, la presencia de una duodenitis linfocítica no es suficiente para establecer el diagnóstico, por lo que el especialista deberá valorar otras enfermedades capaces de incrementar la población de linfocitos intraepiteliales ⁽⁴⁾.

-Marsh 4, hipoplasia. Existe atrofia de vellosidades y representa el estadio final de la enfermedad en un grupo pequeño de pacientes, no responden al tratamiento y pueden desarrollar complicaciones malignas.

5. Respuesta a la dieta sin gluten

La respuesta debe de ser histológica en pacientes con enfermedad celíaca seronegativa o asociada a déficit de IgA.

En población adulta la recuperación de la lesión suele ser lenta, por lo que la siguiente biopsia de confirmación no debe realizarse hasta después de haber seguido durante 18-24 meses una dieta sin gluten.

1.7 TRATAMIENTO

A día de hoy, la única terapia eficaz para paliar y controlar las manifestaciones y alteraciones de la enfermedad celíaca y de la sensibilidad al gluten no celíaca es una dieta estricta sin gluten (DSG) que debe de mantenerse de por vida. En este punto, la labor del Dietista-Nutricionista con su consejo e intervención son fundamentales, ya que de este modo aseguramos que el paciente recibe toda la información y las pautas necesarias para el correcto cumplimiento de la DSG. Esto requiere una actitud activa por parte del paciente, basada en el esfuerzo y en prestar atención en evitar y renunciar a los alimentos elaborados con variedades de cereales que contengan gluten. No importa la cantidad, ya que se ha descrito que porciones ínfimas o restos de gluten pueden resultar dañinos. En algunos casos, el paciente no manifiesta síntomas pero sí presenta lesiones histológicas con las

consiguientes consecuencias. Por ello, es muy importante poner cuidado y adoptar estos comportamientos en el momento de adherirse a una DSG.

1.7.1 CONSIDERACIONES ACERCA DE LA DIETA SIN GLUTEN

CONTENIDO EN GLUTEN DE LOS ALIMENTOS

Respecto a los cereales, no todos contienen gluten. Existen variedades libres de gluten por naturaleza que deben ser incorporadas y utilizadas como sustitución a los cereales que si lo contienen.

A continuación, se muestra una tabla de los cereales con gluten y sin gluten:

Cereales con gluten	Cereales sin gluten
Trigo, centeno, cebada, escanda, kamut, espelta, triticale y avena*.	Arroz, maíz, mijo, amaranto, quinoa, tef y alforfón.

Avena* es un cereal sin gluten, pero por motivos de contaminación cruzada se excluye de la alimentación.

Tabla 2.0- Cereales

Seguidamente, se presenta la clasificación de los alimentos en función de su contenido en gluten:

Alimentos con gluten	Alimentos sin gluten	Alimentos que pueden contener gluten
<ul style="list-style-type: none"> -Pan y harinas con gluten. -Bollos, pasteles, tartas. -Galletas, bizcochos. -Pastas italianas -Bebidas malteadas. -Bebidas destiladas. -Oblea de comunión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Leche y derivados -Carnes y vísceras, jamón serrano y jamón cocido calidad extra. -Pescados frescos y congelados sin rebozar, mariscos y pescados en conserva al natural o en aceite. -Huevos. -Verduras, hortalizas y tubérculos. Frutas. -Azúcar, miel. -Tapioca. -Legumbres. 	<ul style="list-style-type: none"> -Embutidos. -Productos de charcutería. Pates diversos. -Yogures de sabores. -Quesos fundidos, en porciones, de sabores. -Conservas de carnes y pescados con salsas. -Caramelos y gominolas. -Sucedáneos de café y tostados con sal. -Frutos secos fritos y tostados con sal. Helados. Sucedáneos de chocolate.

	<ul style="list-style-type: none"> -Café en grano o molido, infusiones y refrescos. -Aceites y mantequillas. -Vinos y bebidas espumosas. -Frutos secos crudos. -Sal, vinagre de vino, especias en grano y rama. 	Colorante alimentario.
--	--	------------------------

Tabla 2.1- Alimentos en función del contenido en gluten

CONTAMINACIÓN CRUZADA

La pauta primordial para evitar la contaminación cruzada es que los alimentos sin gluten se manipulen en superficies limpias donde no exista la posibilidad de contaminarse con restos de gluten. Además, no se debe freír en aceites reutilizados con restos de gluten, ni hacer uso de utensilios porosos, como pueden ser las cucharas de madera. Tampoco se deben manipular los alimentos con las manos cubiertas de harina con gluten, es importante la disciplina en la higiene.

Se requiere utilizar un tostador exclusivo para el pan sin gluten, y en el almacenamiento de productos, se deben depositar en la superficie superior de los estantes los alimentos libres de gluten. Si se van a hornear productos con gluten y sin gluten, en la bandeja superior deberá colocarse el producto sin gluten y asegurarse de que el ventilador no está en marcha. Si es posible que la superficie esté contaminada, se puede utilizar papel de horno o aluminio para cubrirla.

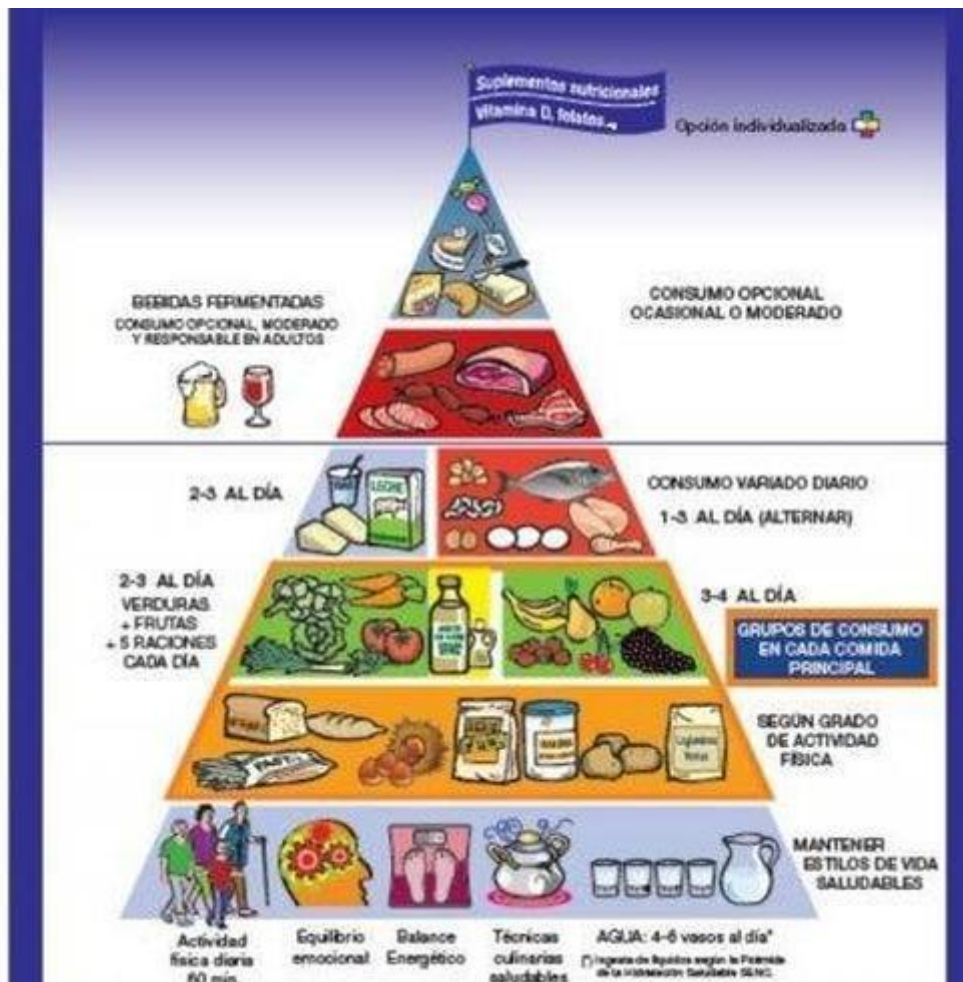
ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS

La lectura del etiquetado también es una labor importante a la hora de hacer la compra. Los pacientes celíacos deben revisar constantemente las etiquetas y marcas de los productos. Solo pueden consumir aquellos productos que son naturales o en los que en la leyenda aparece “Sin gluten”, el símbolo internacional de la espiga barrada o controlado por la Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE). No deben fiarse de aquellos productos en los que aparece escrito “puede contener trazas de gluten” ya que es posible que durante su procesado y manipulación haya existido contaminación cruzada. Los productos sin gluten deben cumplir los requisitos del reglamento; cada alimento cuyo contenido en gluten no exceda las 20 ppm (2mg/100g) se considera sin gluten o exento de gluten. Por el contrario, aquellos alimentos cuyo contenido en gluten oscile entre 21-100 ppm ya no se podrán declarar como libres de gluten.

REMISIÓN DE SÍNTOMAS Y LESIONES

Si la DSG se sigue correctamente, el paciente puede conservar un estado de salud óptimo sin necesidad de recurrir a la toma de fármacos. La correcta adherencia a la dieta sin gluten hace que mejoren e incluso desaparezcan los síntomas en tan solo dos semanas, los valores serológicos pasados seis meses y se regeneren las vellosidades intestinales en torno a los dos años. Por otro lado, los estados carenciales se atenúan y se reduce el riesgo de desarrollar otros trastornos a largo plazo. La recuperación y la respuesta clínica suelen ser más lentas en las personas adultas.

Por último, la alimentación debe ser sana y equilibrada de igual modo que para la población general. La pirámide nutricional de la SENC, muestra las raciones diarias recomendadas y es la principal referencia para establecer el patrón dietético.



Pirámide Nutricional (SENC, 2015) ⁽⁷⁾

1.8 CONTROL Y SEGUIMIENTO

Una vez establecidas las pautas de alimentación es preciso realizar un seguimiento clínico, con objeto de controlar y comprobar la evolución de los síntomas, además de vigilar el cumplimiento de la dieta y la aparición de otras enfermedades asociadas a la enfermedad celíaca, especialmente las que poseen carácter autoinmune.

Anualmente es conveniente evaluar el estado de los pacientes controlando el peso, así como los niveles circulantes de hierro, ya que a pesar de una aparente buena respuesta clínica algunos pacientes requieren suplementos de hierro por vía oral.

En caso de que el paciente no se adhiera correctamente a la dieta pueden aparecer algunas complicaciones a medio y largo plazo: insuficiencia pancreática exocrina, hipoesplenismo, osteoporosis, yeyunoileítis ulcerativa crónica y linfoma no Hodgkin. Se ha descrito también una mayor prevalencia de otros tumores, incluyendo cáncer de esófago, estómago, faringe y recto.

1.9 ACTITUD ANTE LA FALTA DE RESPUESTA A LA DIETA SIN GLUTEN

En determinadas circunstancias algunos pacientes diagnosticados de EC no responden adecuadamente a la dieta sin gluten. Antes de catalogar el caso como una enfermedad celíaca refractaria se debe poner en marcha un protocolo de actuación.

Cumplimiento de la dieta.

La causa más frecuente de falta de respuesta a la DSG es la ingesta inintencionada o voluntaria de gluten. Por tanto, es labor del Dietista-Nutricionista revisar a fondo el cumplimiento de la dieta. Hoy en día existen test inmunológicos que permiten detectar péptidos de gluten en las heces, lo que en un futuro puede constituir una valiosa ayuda a la hora de monitorizar la adherencia a la dieta. En pacientes con atrofia de vellosidades suele haber un déficit secundario de disacaridasas que explica la existencia de una intolerancia transitoria a la lactosa. Por este motivo, en pacientes no respondedores a la DSG se debe de asegurar que el enfermo ha sido instruido igualmente en la restricción de lácteos.

Otras causas de falta de respuesta a la DSG.

Básicamente existen tres circunstancias que deben contemplarse ante la falta de respuesta a la DSG, una vez revisada y corregida la adherencia a la dieta:

- 1) *Existe una condición clínica asociada a la EC que explica la persistencia de los síntomas.*

Básicamente se trata de las siguientes: intolerancia a carbohidratos (lactosa, fructosa, sorbitol), sobrecrecimiento bacteriano intestinal (disbiosis), insuficiencia exocrina del

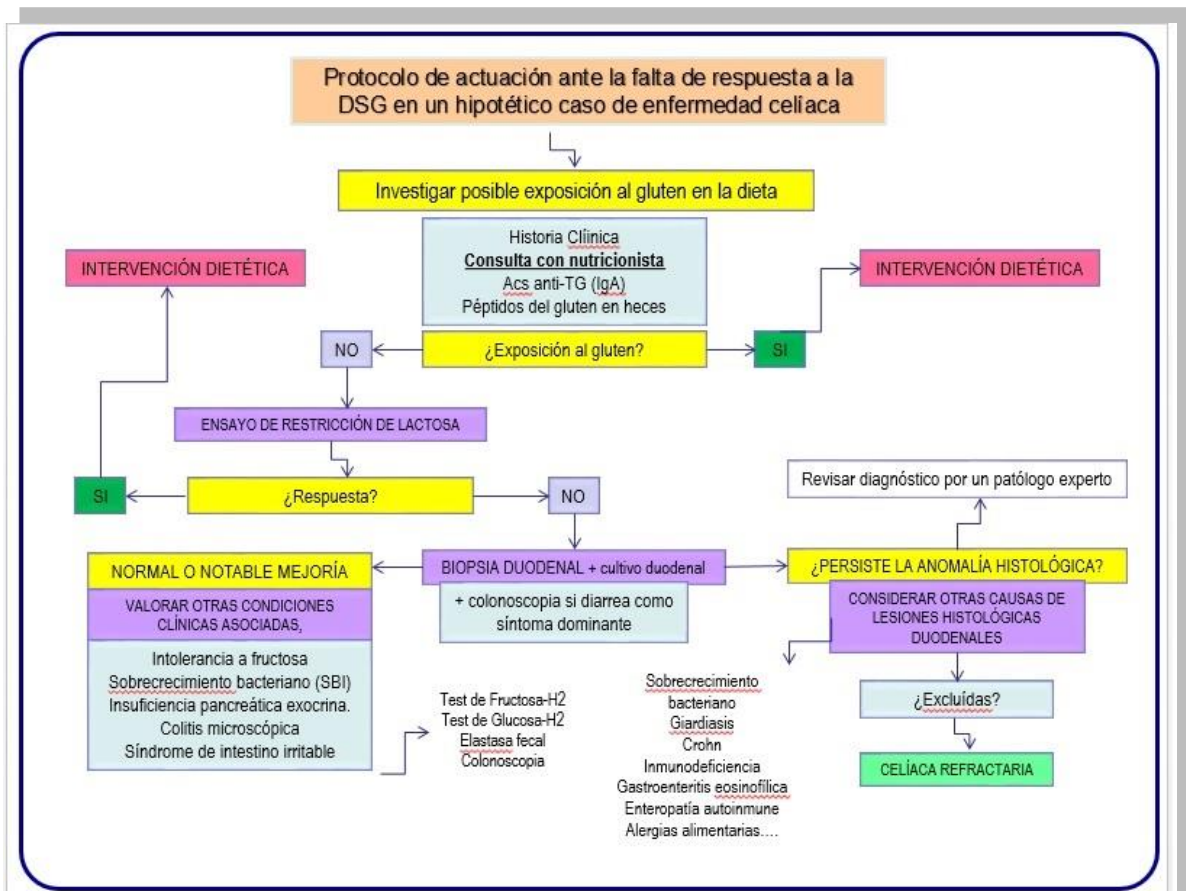
páncreas, colitis microscópica y síndrome de intestino irritable concomitante. Estas opciones obligan a realizar exploraciones dirigidas a su confirmación o exclusión, incluyendo pruebas respiratorias para identificar malabsorción de azúcares o disbiosis, pruebas para evaluar la función exocrina del páncreas (elastasa fecal, test de triglicéridos marcados o resonancia pancreática con secretina), colonoscopia con biopsias escalonadas para la identificación de casos de colitis microscópica (linfocítica o colágena) y en ocasiones pruebas para la identificación de malabsorción de sales biliares.

2) *Los síntomas del paciente obedecen a una enfermedad distinta de la EC.*

En este punto, debe considerarse que la atrofia vellositaria no es una lesión patognomónica de la enfermedad celíaca y en tal caso, ante la persistencia de atrofia vellositaria, las biopsias deberían ser revisadas por patólogos expertos a fin de descartar otras entidades. La enfermedad de Whipple, la gastroenteritis eosinofílica, ciertas parasitosis (*Giardia Lamblia*), y otras enfermedades como la mastocitosis, abetalipoproteinemia, la enfermedad de Crohn, así como la hipogammaglobulinemia, vasculitis y amiloidosis pueden cursar igualmente con atrofia de vellosidades y estas entidades deben ser firmemente consideradas en el diagnóstico diferencial. Para identificar *Giardia Lamblia*, debe tenerse en cuenta que con alguna frecuencia los cultivos en las heces pueden ser negativos, debiendo realizar una búsqueda intencionada del parásito en el aspirado del jugo duodenal.

3) *Enfermedad celíaca refractaria.* Algunos pacientes verdaderos celíacos no responden a la DSG después de un período de 12 meses o bien tras un periodo de remisión clínica presentan un recrudecimiento y exacerbación de los síntomas. Existen dos tipos de EC refractaria, la tipo 1, muestra un patrón de linfocitos intraepiteliales inmunofenotípicamente normales y suele responder a la administración de glucocorticoides sistémicos (ej: budesonida) o inmunomoduladores (azatioprina, ciclosporina). La tipo 2, afortunadamente menos frecuente se caracteriza por la expansión clonal de linfocitos intraepiteliales aberrantes, no expresa receptores de superficie CD3, CD4 y CD8, pero sí expresan CD3 en el citoplasma, lo que puede conducir al desarrollo del linfoma intracríptico de células T asociado a enteropatía. Este tipo de linfoma puede ocurrir hasta en el 60-80% de los casos de celíaca refractaria tipo II, en los 5 años siguientes al diagnóstico, con una tasa de supervivencia del 15%.⁽⁴⁾

A continuación se muestra el esquema ilustrativo del protocolo a seguir ante la falta de respuesta a la dieta sin gluten.



Protocolo de actuación ante la falta de respuesta a la DSG

2. OBJETIVO

2.1 PRINCIPAL

Evaluar el impacto de la intervención del Dietista-Nutricionista sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una cohorte de pacientes con sospecha de enfermedad celíaca (EC) o sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC).

2.2 SECUNDARIOS

- 1) Conocer el impacto que representa el consejo dietético llevado a cabo por un profesional de la Dietética-Nutrición, sobre la adherencia a la DSG en los pacientes con sospecha de EC y SGNC.
- 2) Conocer la respuesta de los pacientes a la DSG en función del grado de sospecha clínica emitido por el clínico.
- 3) Conocer los hábitos de vida de los pacientes con sospecha clínica de EC-SGNC antes del diagnóstico.

3. METODOLOGÍA Y RECURSOS

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Con el fin de evaluar la adherencia a la DSG y su efecto beneficioso en la salud de una serie consecutiva de pacientes con sospecha clínica de EC o SGNC se ha llevado a cabo un estudio piloto, cuya finalidad es la comprobación de una hipótesis de asociación, por lo que el diseño que presenta es analítico-observacional.

En cuanto a la secuencia, se trata de un estudio longitudinal (observacional-prospectivo) porque transcurre a lo largo de dos meses y precisa de un control a largo plazo. Además, carece de un punto de partida, es decir, el estudio parte de una población que no ha sido firmemente diagnosticada de EC o SGNC pero si presenta factores y variables de riesgo que han permitido al gastroenterólogo establecer una sospecha sustentada en una notable experiencia clínica en esta materia. El estudio estadístico del p-valor ha sido llevado a cabo por una empresa de profesionales (chi-cuadrado) contratados por la Fundación INDOGASTRO (Investigación y Docencia en Gastronterología) que no declaran ningún conflicto de interés.

3.2 POBLACIÓN DIANA

La población seleccionada son varones y mujeres con edades comprendidas entre los 21 y 61 años, es decir, nacidos en el intervalo de años 1955-1995 en el sector de salud que pertenece al hospital san Jorge de Huesca (incluye también el área dependiente del hospital de Jaca).

Se centra en pacientes de raza caucásica y el tamaño de muestra presenta una N=23 personas, de las cuales el 17% son varones y 83% mujeres. Once pacientes pertenecen al sector de Jaca, y doce al Hospital San Jorge de Huesca.

Además existen diferentes tipos de variables en este estudio, que pretenden medir la asociación del correcto cumplimiento de una dieta sin gluten con la EC o la SGNC. El factor de protección viene dado por la dieta sin gluten y la variable de respuesta es la mejoría sintomática e histológica en pacientes con sospecha clínica de EC o SGNC.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de edad comprendida entre 18 y 75 años, remitidos a la consulta de gastroenterología para evaluación de síntomas intestinales.
- Presencia de síntomas sugestivos o compatibles con EC o SGNC.
- Resultados disponibles de pruebas serológicas: anticuerpos anti-transglutaminasa de tipo IgA y niveles plasmáticos circulante de IgA.
- Resultados disponibles de la determinación de los genes DQ2-DQ8 del sistema HLA.
- Resultados disponibles del estudio histológico duodenal obtenido por biopsias endoscópicas (2 de bulbo y 4 de la 2ª porción duodenal) con inmunotinciones y recuento de linfocitos CD3.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Conocimiento de cualquier dolencia gastrointestinal que pueda explicar la naturaleza de los síntomas.
- Falta de comprensión o negativa del paciente para participar en la monitorización y seguimiento de la dieta.

3.5 VARIABLES DEL ESTUDIO

3.5.1 PARTE 1.

INFORMACIÓN CLÍNICA OBTENIDA EN LA CONSULTA DE APARATO DIGESTIVO.

En todos los casos se ha obtenido información relativa a:

- Edad y sexo.

- Alergias
- Hábitos tóxicos.
- Tiempo de evolución de los síntomas.
- Factores de riesgo:
 - Antecedentes familiares de 1º o 2º grado.
 - Coexistencia de enfermedades autoinmunes, en especial hipotiroidismo autoinmune o diabetes tipo 1 (insulinodependiente).
 - Cromosopatías del tipo síndrome de Down o de Turner.
- Motivo principal de consulta
- Síntomas asociados: digestivos o extradigestivos.
- Patrón de presentación clínica dominante ordenado de acuerdo a los siguientes criterios:
 - **Patrón clásico** basado en la presencia de malabsorción florida con emaciación y pérdida progresiva de peso con afectación de macro y micronutrientes.
 - **Manifestaciones gastrointestinales inespecíficas** (formas paucisintomáticas): pirosis, dispepsia, flatulencia, hinchazón abdominal, cambios en el ritmo intestinal.
 - **Manifestaciones extraintestinales:** anemia, osteoporosis, infertilidad, síntomas neurológicos, hipertransaminasemia, artropatía, como forma de expresión clínica dominante (acompañada o no de síntomas digestivos).
 - **Efecto llamada:** el paciente consulta por deseo expreso de sus familiares debido a la presencia de síntomas que el familiar interpreta como sugestivos o compatibles o debido a factores de riesgo (antecedentes familiares de 1º grado, condiciones autoinmunes concomitantes), siendo éste el motivo principal de la investigación.
- Datos proporcionados por el examen físico.
- Laboratorio:
 - Hemograma completo y VSG.
 - Bioquímica elemental incluyendo perfil hepático y renal e ionograma
 - Determinación de IgA anti-Transglutaminasa y niveles plasmáticos circulantes de IgA (en caso de inmunodeficiencia IgA, se solicitan anti-TG de tipo IgG).
- Estudio genético:
 - Investigación de los haplotipos DQ2-DQ8 del sistema de histocompatibilidad (HLA).
- Estudio histológico:
 - 2 biopsias del bulbo duodenal y 4 biopsias de la 2ª porción duodenal con estudio de la morfología de las vellosidades, estado de las criptas y

cuantificación de linfocitos intraepiteliales mediante inmunotinciones para CD3 (patológico > 25% LIEs).

Los casos fueron catalogados como sospecha de EC o de SGNC de acuerdo con los siguientes criterios:

▪ EC

El paciente cumple al menos 4 de los 6 criterios siguientes.

1. Presencia de síntomas o signos compatibles (ver patrones clínicos de presentación más arriba).
2. Positividad de Acs anti-Tg IgA.
3. Presencia de HLA DQ2-DQ8.
4. Presencia de lesiones histológicas compatibles, estratificadas en orden a la clasificación de Marsh-Oberhuber.
 - Marsh 1: LIEs \geq 25%.
 - Marsh 2: Hiperplasia de criptas.
 - Marsh 3: Atrofia de vellosidades:
 - 3a: atrofia leve.
 - 3b: atrofia moderada.
 - 3c: atrofia grave.
5. Ausencia de una dolencia orgánica gastrointestinal o sistémica que pueda explicar la naturaleza de los síntomas.
6. Resolución de síntomas y regresión de lesiones tras instaurar DSG¹.

¹ El punto 5 no sería necesario para establecer la sospecha clínica y forma parte de los criterios de Catassi para confirmar el diagnóstico en ausencia de una serología positiva.

▪ SGNC

1. Presencia de síntomas compatibles, especialmente ante la combinación de síntomas de varios trastornos funcionales digestivos: pirosis, dispepsia tipo distrés postprandial o tipo dolor epigástrico, flatulencia y cambios en el ritmo y consistencia de las deposiciones en sus diferentes subtipos (diarrea, estreñimiento o ritmo alternante), en forma similar a los diferentes subtipos de síndrome de intestino irritable (SII).
2. Presencia de síntomas extraintestinales tales como aftas orales, rinitis, dermatitis, artralgias, astenia, fatigabilidad, cefalea o trastornos del ánimo.
3. Frecuencia de los síntomas de al menos 1 vez por semana, con una duración de los mismos no inferior a 3 meses y un comienzo de aquellos de al menos 6 meses antes.

4. Ausencia de lesiones histológicas duodenales en el estudio de las biopsias duodenales (Marsh 0).
5. Ausencia de una enfermedad dolencia orgánica gastrointestinal que pueda explicar de entrada la naturaleza de los síntomas.

GRADO DE SOSPECHA CLÍNICA:

Con el propósito de cotejar la respuesta a la DSG y el grado de sospecha clínica emitido por el clínico, se estableció de forma arbitraria el siguiente sistema de estratificación de riesgo:

Tabla 3. Estratificación del riesgo de padecer EC o SGNC, fundamentada en la sospecha clínica.			Puntuación
Nº	ÍTEM		
1	SEXO	Hombre	0
		Mujer	1
2	ANTECEDENTES FAMILIARES	1º Grado	3
		2º o 3º grado	1
3	DOLENCIA AUTOINMUNE ¹	Hipotiroidismo autoinmune	2
		Diabetes tipo 1	2
		Otras (al menos 2) (Sd. Sjögren, trombocitopenia autoinmune)	1
4	HISTORIA DE RETRASO DE CRECIMIENTO EN INFANCIA		3
5	HISTORIA DE FRACTURAS		1
6	OSTEOPENIA U OSTEOPOROSIS EN ADULTO JOVEN		3
7	HISTORIA PREVIA DE ANEMIA O FERROPENIA DE LARGA EVOLUCIÓN NO ATRIBUIBLE A PÉRDIDAS ¹		3
8	HISTORIA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (al menos 2 ítems)	Menarquia (≥ 16 años)	2
		Abortos	
		Infertilidad	
		Menopausia precoz (≤ 44 años)	
9	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES		
10	DIAGNÓSTICO PREVIO DE INTESTINO IRRITABLE ²		3
11	PRESENCIA DE AL MENOS 3 DE LOS SIGUIENTES ³	Pirosis ⁴	4
		Dispepsia ("malas digestiones") definida por saciedad precoz o plenitud/hinchazón postprandial dolor epigástrico tras las comidas ("todo me sienta mal").	
		Flatulencia, meteorismo, hinchazón abdominal. Cambios en el ritmo intestinal (diarrea, estreñimiento o patrón alternante).	
12	SÍNTOMAS EXTRAINTESTINALES		
	Aftas orales recurrentes		1
	Al menos 3 de los siguientes	Rinitis vasomotora Dermatitis (eczemas, lesiones psoriasiformes, acné) Migrañas Artralgias Astenia, fatigabilidad Ánimo o humor deprimido	3

13	ALTERACIONES DE LABORATORIO	Anemia o ferropenia actual no explicables por infección por <i>Helicobacter pylori</i> o pérdidas ¹	2
		Hipovitaminosis D (< 15 mg/dL)	1
		Déficit de Vitamina B12	1
14	Positividad de haplotipos HLA DQ2-DQ8 con riesgo genético calculado de al menos 1/210.		3
15	Resultados de serología ⁵		
16	Resultados del análisis histológico	Marsh 0	0
		Marsh 1	1
		Marsh 2	2
		Marsh 3	3
		Marsh 3 ^a	3
		Marsh 3b	5
		Marsh 3c	7
PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA:			X
¹ Solo se aplica una de las puntuaciones (no se acumulan) ² Sangre oculta en heces positiva o hipermenorrea marcada ³ Sin respuesta o respuesta poco consistente al tratamiento médico. ⁴ Duración no inferior a 6 meses. ⁵ Especialmente aquellos casos que no responden bien al tratamiento con antiseoretos. ⁶ No se incluyen dada la elevada prevalencia de formas seronegativas entre la población adulta. Su positividad tiene un peso específico suficiente para establecer un alto grado de sospecha clínica de EC, sin necesidad de recurrir a otros ítems.			

Tabla 3.0- Estratificación del riesgo de sospecha

La máxima puntuación obtenida por todos los conceptos es de 35 puntos.

Estratificación de riesgo:

ENFERMEDAD CELÍACA		SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELÍACA	
< 12 puntos	Riesgo bajo	< 10 puntos	Riesgo bajo
12-20 puntos	Riesgo intermedio	10-20 puntos	Riesgo intermedio
> 20 puntos	Riesgo alto	> 20 puntos	Riesgo alto

3.5.2 PARTE 2

INFORMACIÓN OBTENIDA DURANTE LA INTERVENCIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA (EDUCACIÓN-ADHERENCIA-CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA).

- FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos se obtienen mediante una entrevista estructurada realizada de forma presencial con los pacientes, de los cuales se mantiene el anonimato.

- PLANTEAMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS

Puesto que el objetivo es educar e investigar de un modo prospectivo el cumplimiento y los resultados de la dieta sin gluten en una serie consecutiva de pacientes, además de evaluar

los factores obtenidos de la historia clínica que poseen un alto valor predictivo para el diagnóstico, se plantea el estudio de la siguiente manera:

Tras una larga revisión bibliográfica obtenida de diversas fuentes de información sobre la actualidad del tema que acontece se establece el plan de actuación. En primer lugar se elabora un cuestionario de hábitos de vida saludables (anexo I) que permite contextualizar el ambiente nutricional habitual de los pacientes en estudio. Los pacientes son citados telefónicamente, llegando a un acuerdo de fecha y hora con la Dietista-Nutricionista se les realiza la primera entrevista dietética en una consulta monográfica perteneciente a la Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSJ de Huesca y ubicada en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús. El tiempo empleado para cada entrevista ronda los 45 minutos.

A continuación, se detallan los pasos e información ofrecida en la primera consulta por parte de la Dietista-Nutricionista al paciente:

1. Explicación de la enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten no celíaca, en qué consiste y sus diferentes patrones de presentación clínica. En caso de que el paciente presente lesiones histológicas duodenales, y en especial atrofia vellositaria, se le informa que ésta es una de las razones por las que en ocasiones existe malnutrición y desnutrición, ya que no se absorben correctamente los principios inmediatos, vitaminas y minerales ingeridos en la dieta.
2. Se le recuerdan las pruebas que deben realizarse para su diagnóstico.
Explicación de la dieta sin gluten. Se trata de una dieta de exclusión y sustitución de los cereales con gluten por los cereales sin gluten. De este modo se detallan todos los cereales que debe consumir y restringir en la dieta, así como los alimentos aptos, de riesgo y prohibidos. (Tabla 2.0- Cereales, Tabla 2.1- Alimentos en función del contenido en gluten)
3. Información sobre el etiquetado sin gluten. Aprendizaje de la leyenda “Sin gluten”, logo internacional de la espiga barrada o producto controlado por FACE.
4. Se pauta una alimentación sana y equilibrada conforme a las recomendaciones establecidas por la pirámide nutricional de la SENC y se aporta una dieta y menú tipo sin gluten orientativo para que el paciente pueda llevar más fácilmente la dieta. La DSG debe basarse, fundamentalmente, en alimentos naturales y frescos que no contengan gluten: carnes, pescados, huevos, leche y derivados, frutas, verduras y hortalizas, legumbres y cereales que no contienen gluten (maíz, arroz, mijo y sorgo), combinándolos entre sí de forma variada y equilibrada. Además, el consumo de productos manufacturados conlleva

riesgos potenciales. Como regla general, deben eliminarse de la dieta los productos a granel, elaborados artesanalmente o los que no estén etiquetados donde no se pueda comprobar los ingredientes.

5. Recomendaciones saludables:

- a. Hay que beber diariamente entre 1,5-2 L de agua. Lo mejor es tomar agua mineral, zumos de frutas (naturales y no edulcorados para evitar sobrecarga de carbohidratos fermentables) u hortalizas diluidos, o bien té o frutas sin azúcar.
- b. El menú está preparado con bajo contenido en grasa y respetando las propiedades nutritivas de los alimentos, optando por la cocción a la plancha, al vapor, al papillote y hervidos.
- c. Se debe comer despacio, masticando bien.
- d. El consumo de alcohol debe ser moderado (dos dedos de vino tinto en la comida).
- e. Debe realizar deporte y ejercicio con regularidad. Caminar al menos 45 minutos al día.

6. Se realiza el cuestionario de hábitos de vida SHS (escala breve de salud) que permite mensurar la intensidad con que se perciben los síntomas, el grado en que interfieren en las actividades cotidianas, la preocupación que suscitan en el paciente y el impacto de los síntomas sobre el bienestar general de la persona. Todos los ítems son puntuados de 1-10 de acuerdo con una escala de Likert, donde 0 representa nula percepción, ausencia total de interferencia con las actividades cotidianas, ninguna preocupación acerca de las consecuencias de los síntomas sobre la salud y excelente estado de bienestar y 10 una intensidad máxima de los síntomas, grave interferencia sobre las actividades cotidianas, preocupación constante por los síntomas y muy malestar general.

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

Nº	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Malísima	
		Total

7. Registro de alimentos y síntomas. Se le propone al paciente desarrollar un cuaderno dietético, con todos los alimentos que consume cada día para valorar la evolución de los síntomas y si trasgrede la dieta. En la hoja izquierda del cuaderno deberá anotar las tomas

y alimentos que consume, y en la hoja derecha la presencia o no de síntomas y signos, así como el ritmo deposicional. De esta manera, se puede deducir también la presencia de alguna intolerancia relacionada (lactosa/fructosa/glucosa).

8. Composición de la dieta.

La dieta está adaptada para pacientes jóvenes-adultos, con la estimación de un gasto energético total (GET) de 2000 kcal. Siendo el reparto de kcal de los macronutrientes de la siguiente manera:

- ✓ (1g proteína = 4kcal) 75 g de proteína → 300 kcal (15%)
- ✓ (1g hidratos de carbono= 4 kcal) 275 g de hidratos de carbono → 1100 kcal (55%)
- ✓ Y por último se ha calculado el porcentaje de grasa de la dieta: $100 - (15 + 55) = 30$ %) 600 kcal de grasa la aportan 66 g de grasa. (1g grasa= 9kcal)

A continuación se muestra la tabla con el reparto de intercambios asignados:

INTERCAMBIOS	Nº	HC (g)	PROTEÍ- NAS(g)	GRASAS(g)	Kcal
Lácteos semidesnatados	2	9x2= 18	7x2=14	3x2=6	91x2=182
Verduras	2	4x2= 8	2x2=4	0.5x2=1	28.5x2=57
Frutas	3	15x3= 45	1x3=3	0.25x3= 0.75	66.25x3= 198.75
Azúcar/miel/mermelada	1	1x10=10	0	0	1x40=40
Total HC		81			
Pan y cereales	14	14x14= 196	2x14= 28	0.5x14= 7	68.5 x 14= 959
Total PROTEINAS			49		
Alimentos proteicos I	2	0	7x2=14	0.5x2= 1	32.5x2=65
Alimentos proteicos II	2	0	7x2=14	2x2=4	46x2=92
Alimentos proteicos III					
Alimentos proteicos IV					
Alimentos proteicos V					
Total GRASA				19.75	
Grasas	9	0	0	5x9=45	9x45=405
TOTAL DIETA		277	77	65	1999
<i>Fórmula dieta inicial</i>		275	75	66	2000

Tabla 4.0-Reparto de intercambios.

TOMA DEL DÍA	DISTRIBUCIÓN KCAL
DESAYUNO (20-25%)	22.5%
ALMUERZO (10%)	12.5%
COMIDA (25-30%)	28.6%
MERIENDA (10%)	10.2%
CENA (25%)	26.3%

Tabla 4.1-Distribución calórica.

DIETA SIN GLUTEN

DESAYUNO

- 1 vaso de leche semidesnatada (200 ml) ó 2 yogures semidesnatados natural o sin lactosa (250 g) ó 1 vaso de bebida de soja/almendras/arroz (200ml)
- 1 porción mediana de fruta. Ejemplo: 1 kiwi mediano (140 g) ó 1 pera mediana ó 1 manzana mediana ó 2 mandarinas pequeñas (170 g) ó 1 naranja grande (290 g) ó 1 melocotón mediano (320 g) ó 1 rodaja mediana de piña sin piel (120 g) ó 1 plátano grande (165 g) ó 1/2 vaso de zumo de naranja natural/manzana envasado (150 ml) ó 1 rodaja de melón (250g) u 8 fresas medianas (250g) ó 6 uvas.
- 2 rebanadas pequeñas de pan blanco sin gluten (60 g) ó 4 unidades de pan tostado sin gluten (40 g) ó 2 rebanadas de pan de molde sin gluten (60 g) ó 8-10 cucharadas soperas colmadas (1/2 de bol) de cereales integrales de desayuno sin gluten (60 g).
- 5 galletas tipo María sin gluten (El día que lo consuma, no tomará pan ni ningún alimento del apartado Complemento*)
- Complemento: 1 cucharada de postre aceite de oliva (5 g) ó 2 nueces grandes (con cáscara; 14 g) ó 8 unidades de almendras (8 g) ó 1 cucharilla de café de mantequilla (5 g).

ALMUERZO/ MERIENDA

- 1 porción mediana de fruta. Ejemplo: 1 kiwi mediano (140 g) ó 2 mandarinas pequeñas (170 g) ó 1 pera mediana ó 1 manzana mediana ó 1 naranja grande (290 g) ó 1 melocotón mediano (320 g) ó 1 rodaja mediana de piña sin piel (120 g) ó 1 plátano grande (165 g) ó 1/2 vaso de zumo de naranja natural/manzana envasado (150 ml) ó 1 rodaja de melón (250g) u 8 fresas medianas (250g) ó 6 uvas.
- 1 café con leche semidesnatada o sin lactosa (200ml) ó 2 yogures semidesnatados natural (250 g).

- 2 rebanadas pequeñas de pan blanco sin gluten (60 g) ó 4 unidades de pan tostado sin gluten (40 g) ó 2 rebanadas de pan de molde sin gluten (60 g).
- 2 lonchas finas de jamón de york (60 g) ó 2 lonchas finas de jamón serrano magro (60 g) ó 12 ruedas finas de lomo embuchado (40 g).
- 8 unidades de almendras (8 g) ó 1 cucharilla de café de mantequilla sin lactosa (5 g).

COMIDA

1er PLATO

VERDURA:

- 1 plato pequeño de verdura (150 g). Acelga: 1 plato mediano en crudo (150 g); Brócoli: 1 plato pequeño en crudo (150 g); Calabacín: 1/2 unidad pequeña en crudo (150 g); Cardo: 1 plato pequeño en crudo (150 g); Champiñones: 5 unidades medianas en crudo (100 g); Escarola: 1 plato grande (150 g); Espinacas: 1 plato grande en crudo (150 g); Judía verde fresca/congelada/conserva: 1 plato pequeño en crudo.

CEREAL, PASTA SIN GLUTEN, ARROZ, LEGUMBRE:

- 2 rebanadas pequeñas de pan sin gluten (60 g) + 4 cucharadas soperas de arroz (80 g) u 8 cucharadas soperas colmadas de macarrones sin gluten (80 g) u 80 unidades de espagueti sin gluten (80 g) u 8 cucharadas soperas de garbanzos/alubias blancas/rojas (120 g) u 8 cucharadas soperas colmadas de lentejas ó garbanzos (120 g).

2º PLATO

CARNE:

- 2 porciones pequeñas de conejo (100 g) ó 2 ruedas pequeñas de grosor mediano de lomo de cerdo (60 g) ó 1 de muslo mediano de pollo sin piel (160 g) ó 3 filetes de pechuga de pavo/pollo (90g) ó 1 filete de ternera grande de grosor fino.

PESCADO:

- 1 gallo mediano (140 g) ó 1 rodaja mediana de merluza (100 g) ó 2 chipirones medianos (140 g) ó 16 langostinos medianos (200 g) ó 1 plato mediano de mejillones (12 unidades medianas; 240 g) ó 1 plato pequeño de pulpo (80 g) ó 2 latas pequeñas de atún en conserva al natural (80 g) ó 1 porción muy pequeña de atún/bonito (80 g) ó 4 sardinas medianas (130 g) ó 1 media trucha (160 g) ó 2 latas pequeñas de atún en conserva al natural (80 g).

ACEITE PARA COCINAR: 3 cucharadas de postre aceite de oliva (15 g).

POSTRE (fruta o lácteo)

CENA

1er PLATO

VERDURA:

- 1 plato pequeño de verdura (150 g). Acelga: 1 plato mediano en crudo (150 g); Brócoli: 1 plato pequeño en crudo (150 g); Calabacín: 1/2 unidad pequeña en crudo (150 g); Cardo: 1 plato pequeño en crudo (150 g); Champiñones: 5 unidades medianas en crudo (100 g); Escarola: 1 plato grande (150 g); Espinacas: 1 plato grande en crudo (150 g); Judía verde fresca/congelada/conserva: 1 plato pequeño en crudo.

CEREALES, PASTA, ARROZ:

- 1 rebanada pequeña de pan blanco/integral sin gluten (30 g) + 1 patata grande (300 g) ó 3 cucharadas soperas de arroz (60 g) ó 6 cucharadas soperas colmadas de macarrones sin gluten ó 60 unidades de espaguetis sin gluten (60 g) ó 6 cucharadas soperas de garbanzos/alubias rojas/blancas (90 g)

2º PLATO

1 loncha fina de jamón de york (30 g) ó 1 tarrina pequeña de queso blanco desnatado (75 g) ó 1 gallo pequeño (70 g) ó 1 rodaja muy pequeña de merluza (50 g) ó 2 porciones pequeñas de conejo (100 g).

MONITORIZACIÓN

3-4 semanas después de iniciar la DSG los pacientes son nuevamente citados para una entrevista con la Dietista-Nutricionista, para evaluar la adherencia al tratamiento y ponderar la respuesta clínica y el impacto sobre su CVRS. En algunos casos, debido a la lejanía del paciente y/o las dificultades orográficas la entrevista se concierta con el paciente de forma telefónica.

En aquellos casos que los pacientes hayan realizado el cuaderno dietético, es necesario citar en la consulta y realizar una profunda valoración y revisión dietética.

MENÚ SEMANAL SIN GLUTEN

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
Desayuno	1 vaso de leche semidesnatada 1 manzana mediana Tostada pan molde sin gluten con aceite oliva	1 vaso de leche semidesnatada 1 zumo de naranja ½ bol Cereales sin gluten	1 vaso de leche semidesnatada 1 pera mediana Tostada de pan sin gluten con mantequilla y mermelada	1 vaso de leche semidesnatada 1 manzana mediana Tostada de pan sin gluten con aceite de oliva	1 vaso de leche semidesnatada 1 zumo de naranja 5 galletas tipo maría sin gluten	1 vaso de leche semidesnatada 1 manzana mediana Tostada pan molde sin gluten con aceite oliva	1 vaso de leche semidesnatada 1 zumo de naranja 5 nueces
Almuerzo	Bocata sin gluten de jamón serrano	Pulga sin gluten de tortilla de patata	Bocadillo sin gluten de jamón de york y queso	5 almendras	1 pera mediana	1 plátano 5 almendras	1 tostada pequeña con aceite de oliva
Comida	Judía verde con patata 3 filetes de pechuga pollo a la plancha 1 melocotón mediano	Garbanzos 75 g Lechuga y 1 tomate mediano 1 kiwi mediano	Risotto de setas Filete de merluza al papillote 2 rodajas de melón	Acelgas con patata Filete de ternera a la plancha con pimiento verde 1 rebanada de pan sin gluten 1 kiwi mediano	Brócoli 1 filete de lenguado a la plancha 1 rebanada de pan sin gluten 1 kiwi mediano	Lentejas con arroz y chorizo sin gluten 1 flan de huevo sin gluten	3 espárragos con lechuga Macarrones al horno sin gluten con tomate Orlando y carne picada 1 manzana mediana
Merienda	Yogur natural con miel 5 nueces	1 plátano mediano	1 manzana mediana	1 naranja mediana	1 yogur natural	1 kiwi mediano	1 yogur natural
Cena	Ensalada (lechuga, tomate, cebolla, maíz, atún, queso fresco) 1 rebanada de pan sin gluten 1 vaso de bebida de arroz	1 tortilla francesa con jamón de york sin gluten 2 rebanadas de pan sin gluten 1 vaso de bebida de arroz	Ensalada de aguacate y mango Albóndigas con tomate 1 rebanada de pan sin gluten	Sandwich de jamón serrano y queso 1 vaso de bebida de arroz	2 filetes de pechuga a la plancha con lechuga 1 vaso de bebida de arroz	1 plato de sopa sin gluten 2 pechugas a la plancha Lechuga con tomate	1 tortilla francesa con jamón de york sin gluten 2 rebanadas de pan sin gluten 1 vaso de leche semidesnatada

- CRONOGRAMA

AÑO 2016	MES	
PACIENTE	<u>JULIO</u>	<u>AGOSTO</u>
1	08/07/2016	01/08/2016
2	08/07/2016	12/08/2016
3	08/07/2016	05/08/2016
4	11/07/2016	05/08/2016
5	11/07/2016	04/08/2016
6	13/07/2016	12/08/2016
7	14/07/2016	12/08/2016
8	14/07/2016	12/08/2016
9	20/07/2016	17/08/2016
10	29/07/2016	17/08/2016
11	29/07/2016	12/08/2016
12	29/07/2016	12/08/2016
13	29/07/2016	17/08/2016
14	02/08/2016	18/08/2016
15	02/08/2016	18/8/2016
16	03/08/2016	22/08/2016
17	03/08/2016	18/08/2016
18	03/08/2016	18/08/2016
19	03/08/2016	18/08/2016
20	03/08/2016	22/08/2016
21	05/08/2016	24/08/2016
22	05/08/2016	24/08/2016
23	05/08/2016	24/08/2016

4. RESULTADOS

Una vez se ha realizado el plan de análisis y se han recopilado todos los datos, se han obtenido los siguientes resultados:

4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

Durante el período del estudio se han reclutado 23 pacientes (83% mujeres, 17% hombres) con una mediana de edad de 36 (rango: 21 y 61 años). 16 (69.6%) de ellos con sospecha clínica de sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC) y 7 (30.4%) con sospecha de enfermedad celíaca (EC). De los 16 pacientes con sospecha de SGNC, 2 (15 %) eran fumadores, y 1 (6.2%) bebedor de menos de 30g alcohol. Por otro lado, de los 7 pacientes con EC solamente 1 (14%) era fumador.

4.2 FACTORES DE RIESGO

Un 34.7 % de la serie global reunían la condición de pertenecer a grupos de riesgo para el padecimiento de EC (Tabla 5).

Condición de riesgo	SGNC ¹	EC ²	(p)
	n (%)	n (%)	
Antecedentes familiares de EC	4 (17.4)	1 (4.3)	NS
Enfermedades autoinmunes			
Hipotiroidismo autoinmune	2 (8.7)	1 (4.3)	NS
Diabetes mellitus tipo 1	0	0	
Cromosomopatías (ej. Sd Down)	0	0	

¹ SGNC: sensibilidad al gluten no celíaca. / ² EC: enfermedad celíaca

Tabla 5.0- Pertenencia a grupos de riesgo

*NS: no significativo

4.3 MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA

Globalmente, el motivo de consulta más frecuente en toda la serie ha sido el de dispepsia (malestar o disconfort en la línea media superior del abdomen, relacionado o no con la ingesta). Este síntoma afectó a 10 de los **23** pacientes (43.4%). Otros síntomas que fueron el motivo principal de derivación del paciente al especialista en Aparato Digestivo han quedado reflejados en la tabla 6, y aparecen agrupados en función de la sospecha diagnóstica (SGNC vs EC).

Síntoma	SGNC ¹	EC ²	(p)
	(16 casos)	(7 casos)	
	n (%)	n (%)	
Ardor o pirosis	0,0 (00)	1(14.3)	0,304
Dispepsia	8,0 (50)	2(28.6)	0,405
Distrés postprandial ¹	0,0 (00)	0,0 (00)	
Dolor epigástrico			
Náuseas y vómitos	2,0(12.5)	1 (14.3)	1,000
Gas / hinchazón / distensión ³	2,0 (12.5)	0,0(00)	1,000
Cambios en el ritmo intestinal	3,0 (18.75)	2 (28.5)	0,621
Diarrea	3,0 (18.75)	2,0 (28.5)	0,621
Estreñimiento	0,0 (00)	0,0 (00)	
Patrón mixto o alternante	0,0 (00)	0,0 (00)	
Anemia o ferropenia	1 (6.25)	1(14.3)	0,526
Osteopenia / Osteoporosis	0,0 (00)	0,0 (00)	
Hipertransaminasemia	0,0 (00)	0,0 (00)	
Otros	0,0 (00)	0,0 (00)	

¹ Distrés postprandial: sensación de plenitud o llenura postprandial, saciedad precoz. / ² Dolor en línea media superior

³ En inglés se emplea “*bloating*” para definir tanto la hinchazón como la distensión.

Tabla 6.0-Motivo principal de consulta

4.4 SÍNTOMAS ASOCIADOS

Un total de 23 casos de la serie global (100%) presentaban además del síntoma principal que fue motivo de la consulta, un conjunto de síntomas gastrointestinales y/ o extraintestinales.

La tabla 7 describe el conjunto de estas manifestaciones sintomáticas agrupadas en función de que la sospecha fuese de SGNC o de EC.

Síntomas gastrointestinales	SGNC ¹	EC ²	(p)
	(16 casos)	(7 casos)	
	n (%)	n (%)	
Ardor o pirosis	00,00 (00)	02,00 (28.6)	NS
Dispepsia	05,00 (31)	02,00 (28.6)	NS
Distrés postprandial ¹	03,00 (18.75)	01,00 (14.2)	NS
Dolor epigástrico	02,00 (12.5)	01,00 (14.2)	NS
Náuseas y vómitos	03,00 (18.75)	03,00 (18.75)	NS
Gas / hinchazón / distensión ³	11,00 (68.75)	05,00 (71.4)	NS
Cambios en el ritmo intestinal	11,00 (68.75)	03,00 (18,75)	NS
Diarrea	08,00 (50)	03,00 (18.75)	NS
Estreñimiento	04,00 (25)	00,00 (00)	NS
Patrón mixto o alternante	00,00 (00)	00,00 (00)	NS
Manifestaciones extraintestinales			
Pérdida de peso	01,00 (6.25)	02,00 (28.6)	NS
Aftas orales	04,00 (25)	01,00 (14.2)	NS
Rinitis	01,00 (6.25)	01,00 (14.2)	NS
Dermatitis	02,00 (12.5)	00,00 (00)	NS
Cefalea	05,00(31.25)	01,00 (14.2)	NS
Artralgias	05,00 (31.25)	01,00 (14.2)	NS
Astenia / fatigabilidad	06,00 (37.5)	02,00 (28.6)	NS
Estado de ánimo deprimido	02,00 (12.5)	00,00 (00)	NS
Anemia o ferropenia	04,00 (25)	03,03 (18.75)	NS
Fracturas (Osteopenia/osteoporosis)	00.00 (00)	01,00 (14.2)	NS
Otros	05,00 (31.25)	03,00 (18.75)	NS
Retraso en el crecimiento	00.00 (00)	01,00 (14.2)	NS

¹ Distrés postprandial: sensación de plenitud o llenura postprandial, saciedad precoz. ² Dolor en línea media superior

³ En inglés se emplea “*bloating*” para definir tanto la hinchazón como la distensión.

Tabla 7.0- Síntomas asociados

*NS: no significativo

4.5 PATRÓN DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

Del total de la serie presentada, únicamente 1 (4.4%) se manifestó por un patrón clásico de manifestaciones clínicas, de acuerdo con las definiciones de Oslo. La mayoría de los casos 19/23 (82.6%) se presentaron por un patrón de manifestaciones gastrointestinales inespecíficas, y 2 (8.6%) presentaron manifestaciones extraintestinales como motivo principal de consulta [8.6% anemia o ferropenia]. 1/23 (4.4%) acudieron a la consulta por requerimiento de un familiar por entender que su sintomatología podría responder al padecido por el caso índice (familiar de 1º grado) (efecto llamada).

De modo que para observar las diferencias entre ambos grupos de pacientes, como las variables en estudio toman valores cualitativos se aplicará el test de Chi-cuadrado de Pearson, con la corrección de Yates o la Prueba exacta de Fisher si es necesario. Escogiendo un nivel de confianza del 95%.

La tabla 8 muestra los diferentes patrones de presentación clínica tanto de la serie global, como ordenada en función de su categorización como SGNC o EC, respectivamente.

Patrón de presentación clínica	SGNC ¹	EC ²	Total	(p)
	n (%)	n (%)	n (%)	
Patrón « clásico » ¹	00,00 (00)	01,00 (14.3)	01,00(4.4)	0,304
Síntomas gastrointestinales inespecíficos ²	14,00 (87.5)	05,00(71.4)	19,00 (82.6)	0,557
Manifestaciones extraintestinales ³	01,00 (6.3)	01,00(14.3)	02,00 (8.6)	0,526
Efecto llamada ⁴	01,00 (6.25)	00,00 (00)	01,00 (4.4)	1,000

¹Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.
²Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema o por pertenecer a un grupo de riesgo.

Tabla 8.0-Patrones de presentación clínica

-Viendo el p-valor=0,304 (>0,05) de la prueba exacta de Fisher se observa que, no existe asociación entre Patrón clásico y Grupo.

-Viendo el p-valor=0,557 (>0,05) de la prueba exacta de Fisher se observa que, no existe asociación entre Síntomas gastrointestinales inespecíficos y Grupo.

-Viendo el p-valor=0,526 (>0,05) de la prueba exacta de Fisher se observa que, no existe asociación entre Manifestaciones extraintestinales y Grupo.

-Viendo el p-valor=1,000 (>0,05) de la prueba exacta de Fisher se observa que, no existe asociación entre Efecto llamada y Grupo.

El hecho de que no existan diferencias significativas en los patrones de presentación Clínica entre ambos trastornos refuerza la hipótesis de una base patogénica común.

4.6 INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Un total de 9 (30.1%) de la serie global mostraron un test del aliento positivo (Breath test-H₂) para *Helicobacter Pylori*. De ellos el 100% fueron erradicados siguiendo las pautas de tratamiento antibiótico presentadas en la IV Conferencia Nacional de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *H. pylori*. En todos los casos la erradicación se llevó a cabo antes de la toma de biopsias para estudio histológico duodenal.

4.7 CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE ROMA PARA SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

En la serie que se presenta, únicamente 4 de 23 (17.4%) cumplían criterios de Roma IV para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable (SII), el 100% pertenecían al subtipo diarrea.

4.8 CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA.

Al evaluar el cumplimiento de los criterios propuestos por Catassi para el diagnóstico de enfermedad celíaca (regla del 4 sobre 5), solo 7 de 23 (30.4%) cumplen las condiciones requeridas para un diagnóstico categórico de EC. Los 16 pacientes restantes (69.6%) fueron categorizados como casos de SGNC. Globalmente, solo 2 de 23 (8.7%) presentaban

resultados positivos en la determinación de anti-transglutaminasa de tipo IgA. Las tabla 9 y 10 muestran la distribución de los diferentes haplotipos del sistema HLA DQ2-DQ8 y los diferentes grados de afectación histológica de acuerdo con la clasificación de Marsh-Oberhuber.

Tabla 9. Distribución de los haplotipos del sistema HLA DQ2-DQ8				
Caso	Categorización	Descripción		Riesgo genético
Caso 1	SGNC	DQA1*03/DQB1*0302/DRB1*04	DQ2 cis	1/86
Caso 2	SGNC	DQA1*05/DQB1*02/DRB1*03	DQ2 cis +DQ8	1/7
Caso 3	SGNC	DQ2	DQ2 trans	1/110
Caso 4	EC	DQA1*05/DQB1*08/DRB1*03	DQ2 cis	Medio
Caso 5	EC	DQ8	DQ8 cis	1/86
Caso 6	EC	DQ2(cis) + H DQ2 (Trans)		1/10
Caso 7	SGNC	DQ2		Bajo
Caso 8	SGNC	NO documentado		
Caso 9	SGNC	DQ2		Bajo
Caso 10	SGNC	No documentado		
Caso 11	SGNC	DQ2	DQ2 Cis	Bajo
Caso 12	SGNC	DQ2	DQ2 (cis)	1/110
Caso 13	SGNC	DQ2		Bajo
Caso 14	EC	DQA1*05/ DQB1*08/DRB1*03		1/20
Caso 15	SGNC	DQ8		Bajo
Caso 16	SGNC	No documentado		
Caso 17	EC	DQ2(cis) + H DQ2 (Trans)		1/7
Caso 18	SGNC	DQ2		1/110
Caso 19	SGNC	DQ8		Bajo

Caso 20	EC	DQ2		1/7
Caso 21	SGNC	DQ2	DQ2 Cis	1/110
Caso 22	EC	DQ2(cis) + H DQ2 (Trans)		1/10
Caso 23	SGNC	DQ2		Bajo

Tabla 9.0- Haplotipos

Tabla 10. Grado de lesión histológica duodenal (Clasificación de Marsh-Oberhuber)¹

Caso	Categorización	Marsh-Oberhuber ¹	Linfocitos intraepiteliales
Caso 1	SGNC	0	8%
Caso 2	SGNC	0	13%
Caso 3	SGNC	0	11%
Caso 4	EC	1	25%
Caso 5	EC	1	29%
Caso 6	EC	3 ^a	58%
Caso 7	SGNC	1	31%
Caso 8	SGNC	0	14%
Caso 9	SGNC	0	12%
Caso 10	SGNC	0	15%
Caso 11	SGNC	0	17%
Caso 12	SGNC	0	15%
Caso 13	SGNC	0	10%
Caso 14	EC	1	30%
Caso 15	SGNC	0	16%
Caso 16	SGNC	ND	ND
Caso 17	EC	1	31%
Caso 18	SNGC	0	14%
Caso 19	SGNC	0	16%
Caso 20	EC	1	29%
Caso 21	SGNC	0	14%
Caso 22	EC	1	32%

Caso 23	SGNC	0	17%
1 CLASIFICACIÓN DE MARSH – OBERHUBER PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LESIONES HISTOLÓGICAS DUODENALES.			
Marsh 0: ausencia de lesión histológica.			
Marsh 1: ≥ 25% de linfocitos intraepiteliales (LIEs).			
Marsh 2: Hiperplasia de criptas			
Marsh 3: Atrofia de vellosidades			
✓ 3ª: atrofia vellositaria leve			
✓ 3b; atrofia vellositaria moderada.			
✓ 3c Atrofia vellositaria grave			

Tabla 10.0-Grado de lesión histológica.

4.9 DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA EMITIDO POR EL CLÍNICO

Al analizar el grado de sospecha emitido por el clínico para ambas categorizaciones de trastornos (SGNC versus EC), se constata que para el grupo de pacientes categorizados como SGNC, el grado de sospecha fue alto en 1 (4.3%), medio en 9 (39.1%), y bajo en 6 (26%), en tanto que para el grupo de pacientes categorizados como EC, el grado de sospecha fue alto, medio o bajo en 2 (8.6%), 4 (17.4%) y 0 (0%), respectivamente.

4.10 CALIDAD DE VIDA (Cuestionario breve de salud –SHS)

El impacto de los síntomas sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido evaluado en ambos trastornos (SGNC y EC) por la escala breve de salud (SHS). Para ello se ha estudiado si existen diferencias en cada una de las dimensiones antes y después de la dieta.

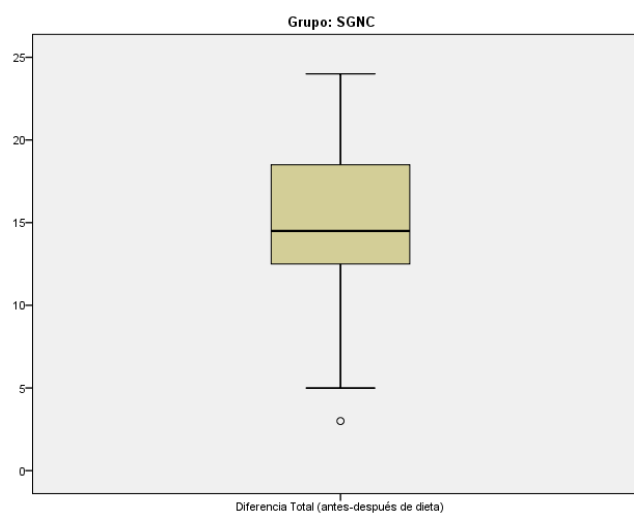
Como las variables toman valores cuantitativos, se plantea aplicar el test de la T-Student para muestras relacionadas y de este modo observar si se cumplen las hipótesis necesarias (normalidad de los datos de la variable diferencia). Si no es posible se utiliza la técnica no paramétrica de la Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. El nivel de confianza escogido para los diferentes test es del 95%.

Para realizar el análisis se crean variables de Diferencia con cada dimensión (antes-después de dieta), para ver si se cumple la hipótesis de normalidad.

Las tablas 11.1 y 11.2 muestran los resultados de la valoración antes y después del comienzo de la dieta sin gluten.

GRUPO SGNC	ANTES DE DSG	DESPUÉS DE DSG	(p)
<i>Intensidad síntomas</i>	7 +/- 1.49	3 +/- 1.46	0.000
<i>Act.cotidiana</i>	5 +/- 2.45	2 +/- 1.57	0.000
<i>Preocupación</i>	6 +/-2.17	3 +/- 1.86	0.000
<i>Bienestar</i>	7 +/- 1.5	3+/-1.84	0.000
TOTAL	25 +/-6.79	11 +/- 6.67	0.000

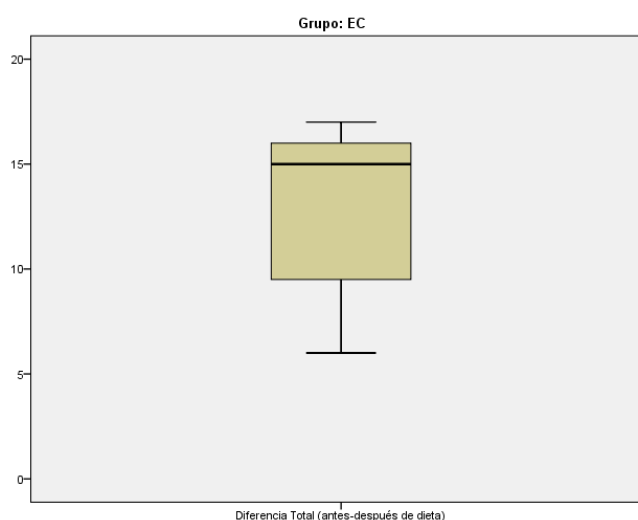
Tabla 11.1



Viendo el p-valor=0,000 ($\leq 0,05$) del test de la T-Student para muestras relacionadas se observa que, existen diferencias significativas en el Total de pacientes con sospecha de SGNC antes de la dieta y después de la dieta. Observando los valores de las variables se puede concluir que el Total antes de la dieta es mayor que el Total después de la dieta.

GRUPO EC	ANTES DE DSG	DESPUES DE DSG	(p)
<i>Intensidad síntomas</i>	6 +/- 2.21	3 +/-1.38	0.000
<i>Act.cotidiana</i>	5 +/- 2.79	2 +/- 1.35	0.004
<i>Preocupación</i>	6 +/- 2.51	2+/- 1.81	0.001
<i>Bienestar</i>	6 +/- 3.31	3 +/-1.41	0.026
TOTAL	23 +/-9.98	10+/- 5.77	0.018

Tabla 11.2



Viendo el p-valor=0,018 ($\leq 0,05$) de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon se observa que, existen diferencias significativas en el Total de pacientes con sospecha de EC antes de la dieta y después de la dieta. Por lo que observando los valores de las variables se puede concluir que el Total antes de la dieta es mayor que el Total después de la dieta.

4.11 IMPACTO DE LA DIETA SIN GLUTEN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN FUNCIÓN DEL GRADO DE SOSPECHA CLÍNICA

En el análisis del impacto de la dieta sin gluten sobre la calidad de vida relacionada con la salud en función del grado de sospecha clínica medido por el SHS, se han obtenido los siguientes resultados:

Tras retirar el gluten de la dieta, el grupo de pacientes con alta sospecha clínica de SGNC experimentó un 40% de mejoría de la CVRS medida por el SHS, correspondiendo un 10% de mejora a la dimensión que evalúa la intensidad de los síntomas, 10% en la que evalúa la preocupación de los pacientes, 10% en la realización de las actividades cotidianas y 10% en el bienestar general. Por otro lado, se observó un 37.5% de mejora en pacientes con sospecha media de SGNC perteneciendo un 10% de la mejora a la disminución de los síntomas, 7.5%

en la preocupación del paciente ,7.5% en el desarrollo de las actividades cotidianas y un 2.5% de mejora en el bienestar general. La mejoría en la paciente con baja sospecha de SGNC fue de un 12,5 % obteniendo un 5% de mejora en los síntomas, un 7.5% en la dimensión que evalúa la preocupación, 2.5% en las actividades cotidianas y 2.5% en el bienestar general.

Respecto a la EC, se observó un 30% de mejora en pacientes con alta sospecha correspondiendo un 10% de mejora a la disminución en la intensidad de los síntomas, 7.5% a la preocupación que estos generan, 7.5% en la realización de las actividades cotidianas y 5% en la dimensión que evalúa el bienestar general. Por último, en pacientes con sospecha media de EC se observó una mejoría del 37.5% con una mejora del 10% en la intensidad de los síntomas, 10% en la preocupación por la enfermedad, 7.5% de mejora en el desarrollo de las actividades diarias y 10% en la dimensión que evalúa el bienestar general del paciente.

La tabla 12 muestra los resultados de la clasificación de pacientes según los criterios de estratificación del riesgo, y la tabla 13 muestra los resultados del impacto de la DSG sobre la calidad de vida en función del grado de sospecha clínica.

Tabla 12. Clasificación de pacientes según los criterios de estratificación del riesgo de padecer EC o SGNC, fundamentada en la sospecha clínica (ver tabla 3.0)		
Parámetro	SGNC (16 casos)	EC (7 casos)
Sospecha clínica alta	06,00(37.5%)	06,00 (85.7%)
Sospecha clínica media	09,00(56.25%)	01,00(14.3%)
Sospecha clínica baja	01,00 (6.25%)	00,00

Tabla 12.0-Clasificación de pacientes según sospecha clínica

Tabla 13. Impacto de la dieta sin gluten sobre la calidad de vida relacionada con la salud en función del grado de sospecha clínica, medido por el SHS (Escala breve de salud).						
Parámetro	SGNC			EC		
	Antes	Después	% diferencia total 40 pts	antes	después	% diferencia total 40 pts
Sospecha clínica alta	29	13	40%	21	9	30%
Sospecha clínica media	23	8	37.5%	33	18	37.5%
Sospecha clínica baja	33	28	12.5%	0	0	0

Tabla 13.0-Impacto de la DSG sobre la calidad de vida en función de sospecha clínica

4.12 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA DIETA ACONSEJADA POR DIETISTA-NUTRICIONISTA

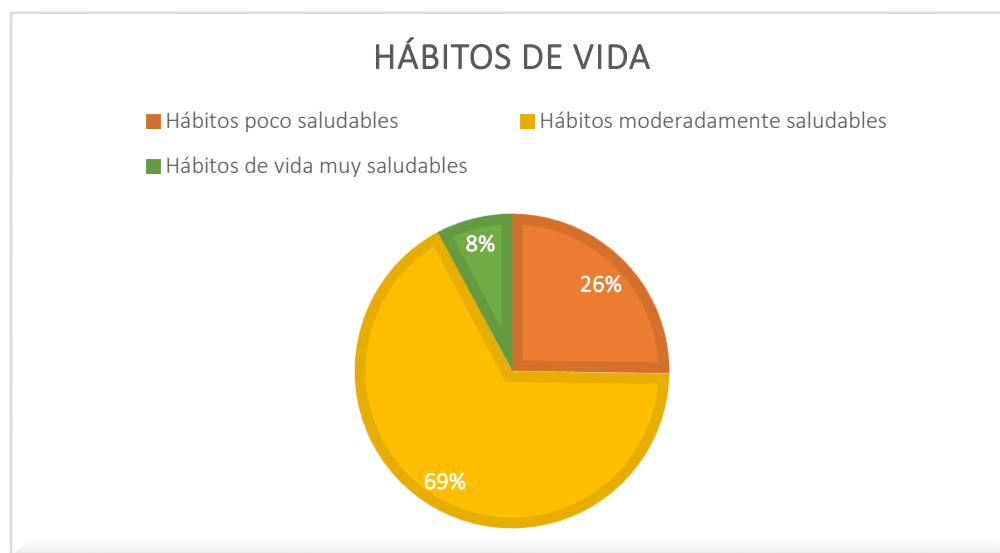
En la valoración del cumplimiento de la dieta sin gluten, se ha observado que 14/16 (87.5%) pacientes con SGNC se adhirieron correctamente a la dieta. Sin embargo, 2/16 (12.5%) pacientes con SGNC trasgredieron en algún momento la dieta. Uno de ellos de forma involuntaria, ingiriendo un alimento con contenido en gluten, el otro paciente reconoció la toma de manera intencionada justificándose por su escasa sintomatología.

La totalidad de los casos con EC 7 (100%) realizó la dieta correctamente y notaron mejoría.

CUMPLE DIETA	SGNC (16 Casos)	EC (7 casos)
	n(%)	n(%)
SI	14,00 (87.5)	07,00 (100)
NO	02,00(12.5)	00,00

4.13 CUESTIONARIO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

En el análisis y valoración del cuestionario de hábitos de vida saludables se ha observado que tan solo el 8% de la muestra (2 personas) mantiene unos hábitos de vida muy saludables frente a un 26% con hábitos de vida poco saludables. El 69% restante (15 personas) siguen unos hábitos de vida moderadamente saludables.



Representación gráfica cuestionario hábitos de vida

Detalladamente, en lo que respecta a los hábitos dietéticos y detección de puntos críticos se ha observado que ninguno de los pacientes realiza un desayuno completo todos los días, ya

que la mayoría de los pacientes exponen que no disponen del tiempo suficiente por las mañanas para poder realizar un desayuno completo. Por otro lado, solo dos pacientes toman suplementos vitamínicos (vitamina D) y minerales (hierro oral) a causa de un déficit vitamínico y a la presencia de anemia ferropénica.

En cuanto al consumo de frutas y verduras se observa que el 40% de la muestra ingiere las cantidades diarias recomendadas, aunque algunos en exceso, puesto que llegan a incorporar cinco frutas en su alimentación diaria y en forma de batidos, lo que en determinados casos puede ser la causa que justifique la sintomatología de la distensión abdominal.

Son pocos los pacientes que incluyen en su alimentación los frutos secos y el pescado. Así como escasamente tampoco consumen alimentos precocinados, ni bollería industrial.

Por otro lado, se observa que la mayoría de los pacientes se adecúan a las dos raciones diarias recomendadas de leche y derivados lácteos. Aunque también incluyen las bebidas estimulantes, la mayor parte opta por el consumo de café.

La totalidad de los pacientes refiere utilizar aceite de oliva para aliñar y cocinar, aunque el 21% utiliza también el aceite de girasol.

Respecto a la actividad física, los pacientes están habituados a un ritmo de vida sedentario. Únicamente 4 pacientes refirieron hacer algún tipo de deporte.

Dos pacientes eran fumadores, y uno consumía alcohol en las comidas. El ritmo de actividad diaria que llevan no es muy estresante aunque todos reconocieron que en ocasiones no disponen o emplean el tiempo necesario para cocinar. Tratan de asumir la vida con optimismo. El 100% de los pacientes indicó realizar la lectura de las etiquetas e ingredientes en el momento de hacer la compra. También consideraron que la información facilitada durante la entrevista dietética fue suficiente para comenzar la DSG.

5. DISCUSIÓN

La trascendencia de los trastornos relacionados con el gluten (TRG) ha sobrepasado el mundo científico y múltiples medios de comunicación han alertado sobre su creciente prevalencia⁽⁸⁻⁹⁾, que ha llegado a ser estimada hasta del 1% en lo que respecta a la EC y del 6%-10% en lo que concierne a la SGNC en EE.UU. y Europa, respectivamente⁽⁸⁻¹⁰⁾ En paralelo, se ha incrementado exponencialmente la venta de productos sin gluten, especialmente en EE. UU., donde supone un mercado que mueve un billón de dólares al año y que ha crecido un 19% en 2012⁽¹¹⁻¹²⁾ La principal motivación, por parte de la población no celiaca para adoptar una DSG es la percepción de que se trata de una dieta saludable⁽¹³⁾. De hecho, la integración del trigo en la dieta durante siglos ha sido considerada por algunos autores y partidarios de la

medicina natural como un «error evolutivo»⁽⁹⁻¹⁴⁾, dada la incapacidad del hombre para digerir las proteínas y azúcares de los mismos. En el otro lado de la balanza, la DSG es cara, no se encuentra financiada en muchos países (por ejemplo, España) y puede producir limitaciones sociales importantes, ya que el trigo es la base de la alimentación, especialmente en los países mediterráneos como España⁽¹⁵⁾.

“Entonces doctor ¿Soy celíaco?”, es una pregunta que ha comenzado a ser frecuente en las consultas de medicina general y gastroenterología. La respuesta es, en muchos casos, compleja y difícil y requiere de la compilación y análisis de un conjunto de datos entre los que se incluye la presentación clínica (los patrones de presentación son heterogéneos), la presencia o ausencia de factores de riesgo (antecedentes familiares, condiciones autoinmunes concomitantes), los resultados de las pruebas de laboratorio (macro y micronutrientes, serología y estudio genético), el estudio histológico de las biopsias duodenales, y el curso de los síntomas y las lesiones tras la retirada del gluten de la dieta (DSG). Este último punto es crucial por dos razones: 1) En población adulta la prevalencia de EC seronegativa (ausencia de marcadores serológicos del tipo antitransglutaminasa-IgA o IgG en plasma) es alta, especialmente entre formas histológicamente leves, pero clínicamente relevantes (Marsh1-3a)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. En estos casos y de acuerdo con los criterios propuestos por Catassi⁽¹⁾ resulta obligado verificar tanto la regresión de los síntomas como de las lesiones un tiempo después de la retirada del gluten de la dieta. Una dieta llevada sin el debido rigor o de forma poco responsable representa un hándicap importante para la ponderación de este criterio y en este sentido, el consejo y asesoramiento del Dietista-Nutricionista es crucial para incentivar la adherencia a la DSG, a la vez que evitar errores derivados de la contaminación cruzada, principal causa de ingestas inintencionadas de gluten; 2) La intervención del Dietista-Nutricionista es, si cabe, aún más importante en el caso de la SGNC, ya que en esta entidad no disponemos de biomarcadores que permitan monitorizar la respuesta como ocurre en la población celíaca, donde la negativización de las pruebas serológicas o la regresión de las lesiones histológicas permiten corroborar la buena respuesta a la DSG. En el caso de la SGNC, la respuesta ha de guiarse únicamente por la regresión de los síntomas y el impacto que la DSG sobre la calidad de vida de los pacientes (CVRS). Nuevamente, en este punto, es crucial la labor del Dietista-Nutricionista en su papel de asesor y consejero tanto para incentivar el buen cumplimiento de la dieta, como para asegurar que la dieta seguida por el paciente es además nutricionalmente completa y correcta.

El presente TFG presenta los resultados de la intervención del Dietista-Nutricionista sobre una serie corta de pacientes (estudio piloto) con sospecha clínica de TRG (EC y SGNC) y representa el comienzo de una estrecha relación entre un equipo de gastroenterólogos motivados por el estudio de esta entidad y pertenecientes al Servicio Aragonés de la Salud

(SALUD) con sede en el hospital san Jorge de Huesca y estudiantes del grado de Nutrición y Dietética Humana, con interés en este campo.

A continuación se exponen las fortalezas y debilidades del estudio, desglosadas en función de los hallazgos obtenidos:

5.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

Aunque se trata de una serie corta, el análisis de la distribución por sexos sigue poniendo de relieve un marcado predominio de TRG en la mujer, que en nuestra serie llega a ser 4 veces más frecuente que en el hombre. Otro aspecto que llama la atención es la edad media en el momento del diagnóstico (36 años (rango: 21-61 años)], datos concordantes con observaciones previas registradas en la base de datos ARETAEA (registro de lesiones histológicas duodenales) (datos no publicados) de la Unidad de Gastroenterología del HSJ de Huesca y que viene a corroborar la demora en efectuar el diagnóstico en pacientes que en su gran mayoría llevan varios años con síntomas gastrointestinales que bien no fueron objeto de la atención debida o fueron erróneamente atribuidos a un trastorno funcional digestivo (TFD).

5.2 FACTORES DE RIESGO

El análisis de los factores de riesgo sitúa en un 37,5% la presencia de antecedentes familiares y/o condiciones inmunes de riesgo (hipotiroidismo autoinmune, diabetes mellitus tipo 1) entre la población de pacientes con sospecha de padecer un TRG (EC o SGNC), dato que corrobora observaciones previas⁽¹⁷⁾. Nótese que la prevalencia de estos trastornos no ha sido diferente en ambos grupos de pacientes (SGNC vs EC [p: 0.00], lo que debería ser tomado en consideración por el clínico a la hora de ponderar la posibilidad de un TRG como responsable de los síntomas en pacientes con factores de riesgo, pero sin evidencia de lesión histológica duodenal (Marsh 0). Retirar el gluten de la dieta en este grupo de pacientes podría ser una decisión acertada en presencia de antecedentes de riesgo y ausencia de cualquier otra dolencia orgánica que pueda explicar la naturaleza de síntomas de curso crónico-continuo.

5.3 MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA

Globalmente, el motivo principal de consulta en esta serie fue la dispepsia (43%), apreciándose en el 50% de los casos con sospecha clínica de SGNC y en el 28,6% de los casos con sospecha clínica de EC (p=0,405). Éste es un hecho relevante, concordante con el resultado de estudios previos⁽¹⁸⁾ y permite subrayar dos conceptos esenciales en este escenario: 1) Un paciente con dispepsia (“término que viene del griego y que significa “mala digestión”), sin evidencia de un daño estructural o anatómico demostrable en el curso de una endoscopia, no debería ser etiquetado de dispepsia “funcional” sin antes disponer del

resultado de biopsias del duodeno, ya que no es infrecuente que éstas informen la presencia de lesiones histológicas en diferentes grados compatibles, en algunos casos, con el padecimiento de una EC; 2) Incluso en ausencia de lesiones histológicas (Marsh 0), un ensayo de retirada del gluten de la dieta en un escenario clínico de riesgo (ver más adelante) podría redundar en una regresión de los síntomas y una mejora notable en la CVRS. Otros síntomas que constituyeron el motivo principal de derivación fueron: diarrea (18,75% en ambos grupos), “gas y distensión abdominal [bloating]” (12,5% y 14,3%, respectivamente) y vómitos (12,5% vs 0%, respectivamente). Uno de los casos etiquetado como sospecha clínica de SGNC había sido remitido por anemia ferropénica, no explicable por pérdida de sangre oculta en heces, hipermenorrea o infección por *Helicobacter pylori*. Este hecho, corroborado por la observación clínica de otros casos similares, llama poderosamente la atención y viene a demostrar que una malabsorción de hierro puede formar parte del espectro de manifestaciones clínicas de la SGNC incluso en ausencia de lesiones histológicas duodenales.

5.4 SÍNTOMAS ASOCIADOS

Con independencia del motivo principal de consulta (dispepsia, diarrea, anemia), un hecho que se constata en la serie que se presenta es que el 100% de los pacientes mostraban un conjunto (no uno solo) de síntomas gastrointestinales asociados al síntoma principal, entre los que destaca la presencia de “Hinchazón, gas, distensión abdominal”, presente en el 68,75 % y 71,4% de los casos con sospecha de SGNC o de EC, respectivamente, no apreciando diferencias significativas en ambos grupos. Un cambio en el ritmo intestinal estuvo presente en el 68,75% de los TRG, siendo más frecuente en los casos de SGNC (en forma de diarrea) que en los casos de EC (50% vs 18,75%, respectivamente: [p:0.00]). Un 25% de los casos de SGNC asociaron estreñimiento y un 28,6% de los casos con sospecha de EC asociaron pirosis o ardor retroesternal.

Respecto a la presencia de síntomas extraintestinales, no hubo diferencias significativas en la prevalencia de aftas orales, rinitis, dermatitis, cefaleas, artralgias, astenia, cambios en el ánimo o ferropenia, entre ambos grupos. Al menos un 25% de los casos de SGNC mostraban ferropenia como síntoma asociado (ver apartado previo) y más de 1/3 de los pacientes presentaban síntomas sistémicos del tipo: aftas orales, cefaleas, artralgias, y astenia. Éste último síntoma estuvo presente en el 37,5% y 26,7% de los casos con sospecha de SGNC y EC, respectivamente (p= 0,00). La interpretación de estos resultados debe hacerse con cautela al no disponer de datos de prevalencia de estos mismos síntomas procedentes de un grupo control, pero debe recabar la atención del clínico y subrayar la importancia de una anamnesis completa en este grupo de enfermos, ya que con frecuencia se identifican síntomas sistémicos que podrían reflejar una respuesta inflamatoria sistémica inespecífica

como consecuencia del efecto tóxico del gluten a nivel general, una vez que éste se incorpora a la sangre. Se aduce que la malabsorción de azúcares fermentables, como parte del espectro patogénico de la SGNC y de la EC, redundaría en la producción de ácidos grasos de cadena corta en la luz del colon que podrían influir en la percepción de astenia y fatigabilidad y que los cambios en la microbiota intestinal que acompañan a los TRG (disbiosis) promueven la liberación de “psicobióticos” que influirían en el estado de ánimo de estos pacientes. En cualquier caso, llama la atención que la prevalencia de estos síntomas sistémicos es prácticamente similar en ambos grupos de pacientes (SGNC y EC), lo que podría reflejar una base patogénica común.

5.5 PATRONES DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los patrones de presentación clínica encontrados en la serie que se presenta vienen a corroborar las observaciones de estudios previos, reflejando que en el grupo de pacientes con sospecha de EC, solo el 5,4% se manifiestan por un patrón clásico de acuerdo con la nomenclatura de la clasificación propuesta por el grupo de Oslo y las Guías de Práctica Clínica vigentes ⁽¹⁹⁻²⁰⁾. El 82,6% de los pacientes restantes se presentaron con un patrón de manifestaciones gastrointestinales inespecíficas (patrón no clásico o formas paucisintomáticas). Este patrón de presentación fue similar para los pacientes con sospecha de SGNC y EC (87,5 vs 71,4%, respectivamente), sin apreciar diferencias significativas en ambos grupos. Este hecho, debe de llamar nuevamente la atención, ya que el patrón de presentación descrito como «clásico» es, hoy en día, excepcional en el adulto, siendo mucho más frecuente las formas de presentación basadas en síntomas que podrían sugerir un trastorno funcional digestivo. De hecho, en nuestra serie, un 17,4% de los pacientes referían un diagnóstico previo de síndrome de intestino irritable. En algunos casos, el patrón de presentación clínica (motivo principal que propició la consulta) fue el de síntomas o manifestaciones extraintestinales. Este hecho ocurrió en el 6,25 y 14,3% de los casos de sospecha de SGNC y EC, respectivamente, tratándose en su mayoría de casos de anemia o ferropenia.

5.6 HELICOBACTER PYLORI

Un 30,1% de la serie mostrada mostraron un test del aliento positivo (Breath test-H₂) para *Helicobacter Pylori*. Esta alta prevalencia no debe de sorprender, ya que en España, la prevalencia de infección a partir de los 50 años supera el 50%. La importancia en investigar y en su caso tratar la infección por *H. Pylori* radica en el hecho bien conocido de que esta bacteria que coloniza el estómago humano es capaz de provocar cambios morfológicos en la mucosa duodenal del tipo enteritis linfocítica o duodenosis linfocítica, similares a los

observados en enteropatías inducidas por gluten (Marsh 1). La presencia de este tipo de alteración en las biopsias duodenales añade un factor de confusión a la hora de interpretar el origen de esta anomalía, ya que ambos agentes (gluten y *H. Pylori*) pueden ser responsables. De hecho, se han comunicado casos de anemia ferropénica atribuible a la presencia de *H. pylori* que revierten (junto con las alteraciones histológicas) tras erradicar la bacteria ⁽²¹⁾. Nótese que las pautas de erradicación que dicta la IV Conferencia Española de Consenso sobre el Tratamiento de la infección incorporan algunos antibióticos como metronidazol o tetraciclina, que resultan eficaces igualmente en el control de la disbiosis (sobrecrecimiento bacteriano intestinal), un fenómeno comúnmente asociado a la enteropatía inducida por gluten ⁽²²⁻²³⁾. Por tanto, realizar las biopsias duodenales en un momento en el que ya no existe infección por *H. pylori* tras el empleo de antibióticos igualmente eficaces para atenuar la disbiosis, elimina dos sesgos importantes que pueden influir a la hora de interpretar el origen de una enteritis linfocítica. El sobrecrecimiento bacteriano intestinal es una causa igualmente reconocida de atrofia vellositaria. Es práctica habitual en la Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSJ proceder de este modo antes de indicar biopsias duodenales para valorar la posible presencia de enteropatía inducida por gluten.

5.7 TEST GENÉTICO

La EC presenta una etiología única en la que el gluten es el principal factor de riesgo medioambiental. Sin embargo, no solo se produce por la ingesta de gluten dietético, ya que para el desarrollo de la enfermedad también es necesario presentar una predisposición genética en el individuo. Por ello, se puede decir que la EC es producto de la interacción genes-medio ambiente, en la que el gluten representa una colección de péptidos deamidados ricos en prolina que tienden a ser resistentes a la degradación proteolítica intestinal siendo capaz de unirse con alta afinidad a heterodímeros específicos de HLA clase II (DQ2.5 (HLA-DQA1*05:01-HLA-DQB1*02:01), DQ2.2 (HLADQA1*02:01-HLA-DQB1*02:01) y DQ8 (HLA-DQA1*03-HLA-DQB1*03:02)) ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Por otro lado, en previos estudios realizados en poblaciones celíacas se ha observado que entre el 90-95% de los pacientes expresan el heterodímero HLA-DQ2, y el otro 5-10% restante, el HLA-DQ8. ⁽²⁶⁻²⁷⁾ Siendo los pacientes que expresan ambos heterodímeros más susceptibles para el desarrollo de la EC.

Tal y como se observa en la tabla 15, este estudio refleja según los resultados obtenidos en el cuestionario breve de salud (SHS) que tanto el 71.5% de los enfermos celíacos con alto riesgo genético, como el 28.5% con riesgo medio obtuvieron una buena respuesta a la DSG. Además, de la totalidad de la muestra reclutada (23 casos) el 21.5% de los pacientes con EC presentaron un mayor riesgo genético que los pacientes con SGNC (tan solo un 4.3%).

En cuanto al grupo de pacientes con SGNC, se ha podido observar que el 6.25% con riesgo alto y 37.5% con riesgo medio han obtenido una buena respuesta a la DSG. Por lo que se evidencia que a mayor riesgo y predisposición genética mejor es la respuesta del paciente a la DSG.

No obstante, cabe destacar que el 13% de la muestra reclutada no pudo ser clasificada mediante la respuesta gen-DSG, ya que en la historia clínica no constaba el estudio genético.

Riesgo genético	SGNC (16 casos)	EC (7 casos)
Riesgo alto (hasta 1/35)	01,00 (6.25)	05,00 (71.5)
Riesgo medio (1/210)	06,00 (37.5)	02,00 (28.5)
Riesgo bajo (>1/210)	06,00 (37.5)	00,00

Tabla 14.0-Clasificación pacientes según riesgo genético.

Riesgo genético	SGNC		EC	
	antes	Después	Antes	Después
Riesgo alto	30	14	19	6
Riesgo medio	27	10	32	16
Riesgo bajo	21	8	0	0

Tabla 15.0-Impacto de la DSG sobre la calidad de vida relacionada con el riesgo genético.

5.8 EVALUACIÓN HISTOPATOLÓGICA

Tal y como se ha explicado anteriormente, la clasificación de Marsh se establece en dependencia del número de linfocitos intraepiteliales (LIEs), de la hiperplasia de las criptas y de la atrofia vellositaria, respectivamente. Sin embargo, en los últimos años, se ha descrito que un aumento de los LIEs puede ser causa de una amplia variedad de patologías, entre las que se mencionan la presencia de *Helicobacter pylori*, el sobrecrecimiento bacteriano o las infecciones virales o parasitarias.

Por ello, este estudio tuvo previamente en cuenta la erradicación de la H.Pylori, así como el resto de parámetros que pudieran inducir a enteritis linfocítica. De este modo y asegurando la no existencia de estos factores se estableció la clasificación de Marsh.

Del total de la muestra reclutada, el 94% de los pacientes con sospecha de SGNC se clasificaron en un Marsh 0 (mucosa preinfiltrativa) y tan solo el 6% en un Marsh 1 llegando a

alcanzar un número de linfocitos intraepiteliales igual a 31% .Por el contrario, el 86% de los pacientes con sospecha de EC se clasificaron en un Marsh 1, alcanzando el mayor caso un número de LIEs igual a 32%. Por lo que se evidencia que para el diagnóstico de EC se requiere alcanzar un número de LIEs >25%, y son estos últimos los que presentan lesión histológica a diferencia de los pacientes con SGNC.

El 14% de pacientes con sospecha clínica de EC alcanzó un Marsh 3 a (parcial) caracterizado por un aumento de LIEs igual a 58%, además de presentar atrofia vellositaria leve.

Tabla 16. Comparativa sobre la categorización y clasificación de Marsh entre los grupos de SGNC y EC.		
Clasificación	Trastorno	
	SGNC (16 casos)	EC (7 casos)
Marsh 0	15,00 (94)	-
Marsh 1	01,00 (6)	06,00 (86)
Marsh 2	-	-
Marsh 3	-	-
Marsh 3 a	-	01,00 (14)
Marsh 3 b	-	-
Marsh 3 c	-	-

Tabla 16.0-Comparativa sobre la categorización y clasificación de Marsh.

5.9 GRADO DE SOSPECHA CLÍNICA

Para valorar el impacto de la DSG sobre la calidad de vida de los pacientes clasificados según el grado de sospecha clínica, se empleó el cuestionario de salud breve (SHS). El cual a través de la suma de puntos de cuatro parámetros (intensidad de los síntomas, interferencia con la actividad cotidiana, preocupación y bienestar general) se refleja y estima la calidad de vida del paciente. La puntuación máxima a alcanzar en este cuestionario es de 40 puntos, por lo que estableciendo una comparativa entre la diferencia de puntos obtenida en el cuestionario previo a la DSG y tras realizar la dieta en cada grupo de sospecha, se observó una mejoría del 40% en los que presentaron alta sospecha clínica de SGNC (10% intensidad de los síntomas, 10% preocupación por la enfermedad, 10% realización de las actividades cotidianas y 10% mejora del bienestar general). La mejoría que experimentó el grupo de pacientes con sospecha clínica media de SGNC fue de un 37.5% (10% mejora en la intensidad síntomas, 7.5% preocupación, 7.5% desarrollo actividades cotidianas y 12.5% bienestar general). Lo que sugiere que a mayor sospecha clínica en el diagnóstico, mayor respuesta clínica y mejor calidad de vida tras realizar la DSG. Aunque en estos grupos el porcentaje de mejora fue prácticamente el mismo.

En cuanto a los pacientes con sospecha baja de SGNC solamente se observó una mejoría del 12.5%, (5% mejora en síntomas, 7.5% en la preocupación, 2.5% en la dimensión que evalúa las actividades cotidianas y 2.5% en la mejora de bienestar general). Esta escasa mejoría justifica la falta de adherencia en este grupo a la DSG

Por otro lado, en la respuesta a la DSG en pacientes con alta sospecha de EC se apreció un porcentaje de mejora del 30% (10% de mejora en síntomas, 7.5% mejora de la preocupación por la enfermedad, 7.5% en el desarrollo de las actividades diarias y 5% mejora del bienestar general).

La mejoría de los pacientes con sospecha media de EC fue de un 37.5%(10% en intensidad de los síntomas, 10% en preocupación, 7.5% actividades diarias y 10% mejora del bienestar general). Lo que significa que los pacientes con sospecha clínica media se encuentran en un estado de salud más favorable que los pacientes con sospecha alta de EC.

El porcentaje de mejora de síntomas fue de un 10% sobre el porcentaje de mejora obtenido en ambos trastornos, salvo en el grupo de sospecha baja de SGNC, donde los síntomas y falta de respuesta podrían ser razón para valorar otro diagnóstico.

5.10 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

La importancia de la utilización del cuestionario de hábitos de vida saludables radica en que algunos de estos hábitos tienen influencia en la microbiota intestinal, en algunos casos provocando disbiosis. Por ello, es interesante conocer los hábitos higiénico-dietéticos de los pacientes.

Por ejemplo, un exceso de consumo de azúcares fermentables en la dieta puede provocar sobrecrecimiento bacteriano, además de síntomas gastrointestinales como meteorismo y distensión abdominal. En este estudio hemos podido detectar este punto crítico en gran parte de la población, ya que el 40% de la muestra ingería las cantidades diarias recomendadas de frutas y verduras, aunque algunos casos en exceso, puesto que llegaban a incorporar cinco frutas en su alimentación diaria y en forma de batidos.

Por otro lado, se observó que ninguno de los pacientes realizaba un desayuno diario completo, lo cual se traduce en un desajuste calórico en las tomas.

Son pocos los pacientes que incluían en su alimentación los frutos secos y el pescado (fuentes de w-3), De modo que en la intervención dietética les fue recomendado ya que sería interesante incorporarlos en la alimentación para proteger y prevenir posibles dolencias óseas. El hecho de que los pacientes consumieran de forma muy ocasional alimentos precocinados y bollería industrial fue un buen motivo para pensar en la prevención de su salud cardiovascular, ya que la bollería industrial sin gluten presenta un porcentaje mayor de grasas saturadas y esto conlleva un riesgo perjudicial.

También se observó que la mayoría de los pacientes consumían las dos raciones diarias recomendadas de leche y derivados lácteos. Este hecho sería preventivo en la salud ósea de los pacientes.

La totalidad de los pacientes refirió utilizar aceite de oliva para aliñar y cocinar, aunque el 21% también utilizaba también el aceite de girasol.

Respecto a la actividad física, los pacientes estaban habituados a un ritmo de vida sedentario, lo que es un factor de riesgo para el desarrollo de la EC y alteración de la microbiota intestinal. Por otro lado, el ritmo de actividad diaria que llevaban no era muy estresante aunque todos reconocieron que en ocasiones no disponían o empleaban el tiempo necesario para cocinar. Del total de pacientes reclutados en este estudio, dos de ellos eran fumadores y uno consumía alcohol en las comidas. El hábito tabáquico también es un factor de riesgo e influye en la salud intestinal, por lo que el paciente debe tenerlo en cuenta.

El 100% de los pacientes indicó realizar la lectura de las etiquetas e ingredientes en el momento de hacer la compra, lo cual sería un punto a favor para comenzar y llevar a cabo correctamente la DSG.

Cabe añadir que el uso de este cuestionario abre nuevas líneas de investigación sobre los hábitos higiénico- dietéticos que influyen en la microbiota intestinal.

5.11 ADHERENCIA A LA DIETA SIN GLUTEN

5.11.1 Cumplimiento de la dieta

El 87.5% de los pacientes con sospecha clínica de SGNC se adhirieron correctamente a la dieta sin gluten. Sin embargo, el 12.5% de los pacientes con sospecha de SGNC trasgredieron en algún momento la dieta. Uno de ellos de forma involuntaria, ingiriendo un alimento con contenido en gluten, concretamente levadura Royal. El otro paciente reconoció la toma de manera intencionada justificándose por su continua sintomatología, pues por decisión propia abandonó el seguimiento de la DSG, ya que consideró que la composición química de estos productos no le sentaba bien.

Por otro lado, la totalidad de los casos con EC (100%) realizó la dieta correctamente y se sensibilizaron en la sintomatología.

De manera que estableciendo una comparativa entre ambos grupos, se podría intuir que los pacientes con EC están más concienciados a la hora de llevar a cabo una dieta excluyente en gluten frente a los que presentan sospecha de SGNC, ya que los pacientes con sospecha de EC buscan paliar de forma rápida los síntomas (gastrointestinales y/o extraintestinales) que deprimen su calidad de vida.

5.11.2 Impacto de la DSG sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Gracias al uso del cuestionario breve de salud sobre la calidad de vida (SHS) se pudo medir el impacto de la DSG en los aspectos cotidianos y sintomatológicos de los pacientes. Por lo que tras iniciar la DSG, el grupo de pacientes con sospecha clínica de SGNC experimentó globalmente un 35% de mejoría de la CVRS medida por el SHS obteniendo un 10% en la dimensión que evalúa la intensidad de los síntomas, 7.5% en la que evalúa la preocupación que estos suscitan en el paciente, 7.5% en la repercusión sobre la actividad cotidiana y 10% en la dimensión que evalúa el impacto de los síntomas sobre el bienestar general. Lo cual indica que la dieta sin gluten fue efectiva y que de forma general permitió mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Respecto al grupo de pacientes con sospecha de EC, la DSG logro a las dos semanas de haber iniciado el tratamiento una mejora del 33% en la valoración global de la calidad de vida, mejorando en un 7.6% en la dimensión relativa a la intensidad de percepción sintomática, 7.6% en la preocupación del paciente, 10.1% sobre la realización de las actividades cotidianas y en un 7.6% en la dimensión que evalúa el bienestar general. De igual modo, estos porcentajes demuestran que la dieta tuvo una repercusión positiva en la calidad de vida y salud de los pacientes con sospecha clínica de EC.

Estableciendo una comparativa entre ambos grupos, el porcentaje de mejora tras realizar durante 2 semanas la DSG es mayor en los pacientes con SGNC. Este hecho puede deberse a que la sintomatología en un paciente con EC es más agresiva (diarrea, vómitos, anemia) que en un paciente con SGNC (síntomas más frecuentes; dispepsia, gas, distensión abdominal, entre otros). Además de que en el paciente con EC existe lesión histológica intestinal, lo que tarda en regenerarse. Por ello, el porcentaje de mejora en la dimensión de bienestar general es mayor en el SGNC.

Tabla 17. Impacto DSG sobre la calidad de vida relacionada con la salud en la EC y SGNC.		
% Mejora según SHS	SGNC	EC
Intensidad de los síntomas	10%	7.6%
Preocupación	7.5%	10.1%
Actividad cotidiana	7.5%	7.6%
Bienestar general	10%	7.6%

Tabla 17.0-Impacto de la DSG sobre la calidad de vida

6. CONCLUSIONES

1. La intervención del Dietista-Nutricionista constituye un valor añadido en el manejo clínico de los pacientes con SGNC y EC, al lograr elevadas tasas de adherencia a la DSG, a la vez que facilita pautas para una dieta nutricionalmente completa.
2. El patrón de presentación clínica dominante en los trastornos relacionados con el gluten (SGNC y EC) se corresponde con el de síntomas gastrointestinales inespecíficos, a menudo interpretados como un trastorno funcional digestivo. Este patrón es semejante en ambos trastornos lo que permite hipotétizar una posible base patogénica común.
3. La intervención del Dietista-Nutricionista ha conseguido reducir de forma significativa el deterioro de la CVRS documentado antes del inicio de la DSG. Este resultado se ha hecho tangible en todas las dimensiones exploradas a través del SHS y refuerza la importancia del papel de aquel en la monitorización y seguimiento de los pacientes.
4. Investigar los hábitos de vida del paciente con sospecha de SGNC o de EC permite identificar factores como el abuso de carbohidratos fermentables, el estrés o el sedentarismo, que al modificar la microbiota intestinal (disbiosis) podrían ejercer una influencia negativa al actuar como detonantes de los síntomas o contribuir en su patogenia.
5. El reducido número de pacientes incluido en el presente estudio y su carácter no controlado representa una limitación a la hora de interpretar los resultados, a la vez que abre nuevas expectativas y oportunidades de mejora en el diseño de estudios metodológicamente bien diseñados (aleatorización y grupo control).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Catassi C, Fasano A. Celiac disease diagnosis: Simple rules are better than complicated algorithms. *Am J Med.* 2010; 123:691-3
2. Jonas F Ludvigsson, D. A. (28 de December de 2012). *The Oslo definitions for celiac disease and related terms*. Obtenido de gut.bmj.com: group.bmj.com
3. Aziz I, D. K. (2016). From celiac disease to noncoeliac gluten sensitivity; should everyone be gluten free?
4. Bai JC, O. C. (17 de Abril de 2015). Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten. Clínicas Iberoamericanas de Gastroenterología y Hepatología. *Elsevier*.
5. Mariné M, E.-C. M. (2015). Enfermedad Celíaca. En *Manual de Práctica Clínica-Gastroenterología y Hepatología*.
6. Husby S, K. S.-S. (2012). European Society for pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of coeliac disease. *ESPGHAN*, 137-160.
7. SENC. (2015). <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/piramide-de-la-alimentacion-saludable-senc-2015>.
8. Beck M. *Clues to gluten sensitivity*. Wall Street J. 2011 [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704893604576200393522456636.html>
9. Biesiekierski JR, Muir JG, Gibson PR. Is gluten a cause of gastrointestinal symptoms in people without celiac disease? *Curr Allergy Asthma Rep.* 2013.
10. Un 10% de la población manifiesta sensibilidad al gluten. *El País* 2012. [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/21/actualidad/1337611982798942.html>
11. Gluten-free sector still hot in tough times. [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.spins.com/news/03.31.09 Gluten Free.php](http://www.spins.com/news/03.31.09%20Gluten%20Free.php)
12. [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.foodnavigator-usa.com/Markets/The-rise-and-rise-of-glutenfree-But-can-the-meteoric-growth-continue>
13. Vivir sin gluten. por elección. *El Mundo* 2012. [consultado 11 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/04/12/nutricion/1334234933.html>
14. Volta U, de Giorgio R. New understanding of gluten sensitivity. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2012;9:295---9.
15. Molina Infante J, Santolaria S, Montoro M, Esteve M, Fernández Bañares, F. Sensibilidad al gluten no celiaca: una revisión crítica de la evidencia actual. *Gastroenterol Hepatol.* 2014;37:362---371
16. Rosinach M, Esteve M, González C, Temiño R, Mariné M, Monzón H, et al. Lymphocytic duodenosis: aetiology and long-term response to specific treatment. *Dig Liver Dis.* 2012;44:643-8.
17. Esteve M, Rosinach M, Fernandez-Banares F, Farre C, Salas A, Alsina M, et al. Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in first-degree relatives of patients with coeliac disease: Clinical relevance of lymphocytic enteritis. *Gut.* 2006;55:1739-45.

18. Santolaria S, Alcedo J, Cuartero B, Diez I, Abascal M, García-Prats M et al. Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in patients with dysmotility-like dyspepsia. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36(1):11-20
19. Ludvigsson, J. F. et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* 62:43-52.
20. Husby, S. et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2012; 54, 136–60
21. Hudak L, Jaraisy A, Haj S, Muhsen K. An updated systematic review and meta-analysis on the association between *Helicobacter pylori* infection and iron deficiency anemia. *Helicobacter*. 2016 Jul 13. doi: 10.1111/hel.12330
22. O'Connor A, Fischbach W, Gisbert JP, O'Morain C. Treatment of *Helicobacter pylori* infection 2016. *Helicobacter*. 2016 Sep;21 Suppl 1:55-61.
23. [IV Spanish Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection treatment]. Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, Castro-Fernández M, Cuadrado-Lavín A, Elizalde JI, Gene E, Gomollón F, Lanas Á, Martín de Argila C, Mearin F, Montoro M, Pérez-Aisa Á, Pérez-Trallero E, McNicholl AG. *Gastroenterol Hepatol*. 2016 Jun 21. pii: S0210-5705(16)30058-9. doi: 10.1016/j.gastrohep.2016.05.003
24. Shan L , Molberg O ,Parrot I , Hausch F , Filiz F , Gray GM , et al. Structural basis for gluten intolerance in celiac sprue .*Science* 2002 ; 297 (5590) : 2275 - 9
25. Abadie V , Sollid LM , Barreiro LB , Jabri B . Integration of genetic and immunological insights into a model of celiac disease pathogenesis. *Annu Rev Immunol* 2011 ; 29 : 493 - 525
26. Straub RH. Evolutionary medicine and chronic inflammatory state—known and new concepts in pathophysiology. *J Mol Med (Berl)* 2012; 90:523 - 34.42 2014.
27. Okada Y, Wu D, Trynka G, Raj T, Terao C, Ikari K, et al. Genetics of rheumatoid arthritis contributes to biology and drug discovery. *Nature*

8. ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO

Encuesta de valoración hábitos de vida saludables

EDAD:

SEXO:

En cada una de las siguientes preguntas, rodee con un círculo el número que mejor se adecúe a sus hábitos de vida relacionados con la pregunta en cuestión. La escala que aparece encima de los números refleja las diferentes opciones.

PREGUNTA	FRECUENCIA					<u>Comentarios</u> <u>Y</u> <u>aclaraciones</u>
	Nunca	Ocasionalmente (2-5 veces/mes)	A veces (2días/semana)	A menudo (5días/semana)	Todos los días	
ALIMENTACIÓN						
¿Hace un desayuno completo (lácteo, fruta y cereal)?	1	2	3	4	5	
¿Realiza cinco comidas al día?	1	2	3	4	5	
¿Con qué frecuencia consume frutos secos?	1	2	3	4	5	
¿Toma suplementos vitamínicos/minerales?	1	2	3	4	5	
¿Consume tres piezas de fruta al día?	1	2	3	4	5	
¿Bebe alcohol? (vino, cerveza, otras bebidas alcohólicas...)	1	2	3	4	5	
¿Consume bebidas carbonatadas y/o azucaradas (colas, tónicas, zumos de brick, otros refrescos)?	1	2	3	4	5	
¿Consume bebidas estimulantes (café, té, red bull)?	1	2	3	4	5	
¿Consume dos lácteos al día?	1	2	3	4	5	
¿Con qué frecuencia consume pescado?	1	2	3	4	5	

¿Con qué frecuencia consume carne y productos cárnicos?	1	2	3	4	5	
¿Consumes pan en las comidas? (Tipo pan en comentarios : maíz, arroz/ panadería o casero)	1	2	3	4	5	
¿Consumes bollería industrial?	1	2	3	4	5	
¿Consumes platos y alimentos precocinados?	1	2	3	4	5	
¿Utiliza aceite de oliva para cocinar?	1	2	3	4	5	
ACTIVIDAD FÍSICA						
¿Camina 45 minutos al día?	1	2	3	4	5	
¿Con qué frecuencia realiza deporte?	1	2	3	4	5	
SALUD MENTAL						
¿Considera que lleva un ritmo de vida estresante?	1	2	3	4	5	
¿Es entusiasta y optimista respecto a la vida?	1	2	3	4	5	
¿Duerme y descansa 8 horas diarias?	1	2	3	4	5	
OTROS						
¿Fuma?	1	2	3	4	5	
¿Cree que dispone del tiempo necesario para cocinar?	1	2	3	4	5	
¿Con qué frecuencia come fuera de casa?	1	2	3	4	5	
¿Lee las etiquetas de los alimentos empaquetados para identificar los ingredientes?	1	2	3	4	5	

- ¿Considera que la Enfermedad Celíaca dificulta su ritmo de vida?
- ¿Considera que dispone de la información necesaria para seguir una dieta variada y equilibrada libre de gluten?
- ¿Presenta síntomas digestivos o manifestaciones extradigestivas tras haber retirado los alimentos con gluten de su dieta?

Valoración ítem:

Cada pregunta bien contestada equivale a 5 puntos, lo que hace referencia a un hábito saludable (según las recomendaciones de la pirámide nutricional). Los hábitos saludables aparecen subrayados, el resto de puntos va en decadencia con un valor de 3, 2, 1 y 0 puntos.

De modo que la clasificación se establece de la siguiente forma:

- Hábitos de vida poco saludables (entre 20 y 60 puntos)
- Hábitos de vida moderadamente saludables (entre 61 y 80 puntos)
- Hábitos de vida muy saludables (a partir de 81 puntos)

ANEXO II: CUADERNO RECOGIDA DE DATOS

Caso nº 1	Iniciales: EGM	Sexo: Mujer	Edad:23
-----------	----------------	-------------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
				<input type="checkbox"/> < 5	
				<input type="checkbox"/> 5-10	
				<input type="checkbox"/> 10-15	
				<input type="checkbox"/> 15-20	
				<input type="checkbox"/> > 20	
		BEBEDOR:		SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	
				² <input type="checkbox"/> < 30 g	
				<input type="checkbox"/> > 30-50g	
				<input type="checkbox"/> > 50 g	

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input checked="" type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input checked="" type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA
-------------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
--	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	1) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input checked="" type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input checked="" type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	2) EXTRAINTESTINALES SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ARTRALGIAS <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
--------------------	--

	<input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.
² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.
³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc
⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:
 Alivia con la defecación
 Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones
 Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
 Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO						
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input checked="" type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">DQ8 cis</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DQA1*03/DQB1*0302/DRB1*04</td> <td style="text-align: center;">1/86</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ej: Marsh 0</td> <td style="text-align: center;">8% LIEs</td> </tr> </table>	DQ8 cis		DQA1*03/DQB1*0302/DRB1*04	1/86	Ej: Marsh 0	8% LIEs
DQ8 cis							
DQA1*03/DQB1*0302/DRB1*04	1/86						
Ej: Marsh 0	8% LIEs						

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN¹	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	7
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	5
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	7
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 7 10 Malísima	7
	Total	26

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	3
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	3
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 3 10 Malísima	3
	Total	11

Caso nº 2	Iniciales: MPSB	Sexo: Mujer	Edad:45
------------------	-----------------	-------------	---------

ALERGIAS:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	-----------------------------	--	--------------------------------

--	--	--

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				¹ Número de cigarrillos:	
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input checked="" type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS
	<input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA
	<input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD.
	<input checked="" type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO
	<input type="checkbox"/> VÓMITOS
	<input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL
	<input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL
	<input type="checkbox"/> DIARREA
	<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO
	<input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	<input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA
	<input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS
	<input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA
	<input type="checkbox"/> OTROS: especificar.

SÍNTOMAS ASOCIADOS	2) GASTROINTESTINALES: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input checked="" type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LACTOSA
	3) EXTRAINTESTINALES <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ARTRALGIAS <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menarquia: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: ¹SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	---

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES
-------------------------------	---

	<input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA						
¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación. ² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal. ³ : Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc ⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.							
¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO						
<input checked="" type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.							
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones- Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.							
¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO						
¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO						
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input checked="" type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #800080; color: white; text-align: center;">DQ2 cis + DQ8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DQA1*05/DQB1*02/DRB1*03</td> <td style="text-align: center;">1/7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Marsh 0</td> <td style="text-align: center;">13% LIEs</td> </tr> </table>	DQ2 cis + DQ8		DQA1*05/DQB1*02/DRB1*03	1/7	Marsh 0	13% LIEs
DQ2 cis + DQ8							
DQA1*05/DQB1*02/DRB1*03	1/7						
Marsh 0	13% LIEs						
DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA						
GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA						
¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO						

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	6
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 8 10 Malísima	8
	Total	30

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	5
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	4
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 5 10 Malísima	5
	Total	14

Caso nº 3	Iniciales: SAS	Sexo: Mujer	Edad:32
------------------	----------------	-------------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		

		<input type="checkbox"/> > 20 <input type="checkbox"/> BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g
--	--	---

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca (<u>hermanos</u>) <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input checked="" type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).
---------------------------	--

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS		<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	ND	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
		<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
		<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	4) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS
---------------------------	---

	<input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input checked="" type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LACTOSA
	5) EXTRAINTESTINALES SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input checked="" type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input checked="" type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ARTRALGIAS <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <u>0</u> <input type="checkbox"/> Abortos: ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.	
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:	
<input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones- Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.	

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">DQ2 TRANS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MARSH 0</td> <td style="text-align: center;">11% LIEs</td> </tr> </table>	DQ2 TRANS		MARSH 0	11% LIEs
DQ2 TRANS					
MARSH 0	11% LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. EN ALGUNA OCASIÓN HA INGERIDO GLUTEN
--	--

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	8
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 9 10 Malísima	9
	Total	33

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	6
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	5
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	6
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 6 10 Malísima	6
	Total	23

Caso nº 4	Iniciales: ELM	Sexo: Mujer	Edad: 35
-----------	----------------	-------------	----------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
-----------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		

		BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g
--	--	--

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	ND	<input type="checkbox"/> 1-3 años <input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	6) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA
---------------------------	---

	<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input checked="" type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LACTOSA
	7) EXTRAINTESTINALES SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ARTRALGIAS <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD: <u>ND</u>	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
------------------------------	---

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas
datas de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

¹SI
 NO

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?

SI
 NO

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?

¹SI
 NO
 POSIBLE

- Clínica sugestiva o compatible
- Serología (+). Anti-transglutaminasa
- HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo
- Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs)
- Resolución de síntomas tras retirada de gluten
- Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten

DQ2 CIS
DQA1*05/ DQB1*08/DRB1*03
Marsh 1 25% LIEs

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO

SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA
 ENFERMEDAD CELÍACA

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN

ALTA
 MEDIA
 BAJA

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?

SI
 NO

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?

¹SI
 NO

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?

¹SI
 NO

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	9
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	7

3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?											
	No O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O									9	10 Malísima	9
											Total	33

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos	
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?		
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	4	
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?		
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	4	
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?		
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	5	
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?		
	Muy buena O 5 10 Malísima	5	
		Total	18

Caso nº 5	Iniciales: IMAP	Sexo: Mujer	Edad:32
------------------	-----------------	-------------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS: Rinitis vasomotora.
------------------	---	-----------------------------	---

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca		
<input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune		

	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).
--	--

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS		<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<u>ND</u>	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
		<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
		<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	--

SÍNTOMAS ASOCIADOS	8) GASTROINTESTINALES: <input checked="" type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input checked="" type="checkbox"/> VÓMITOS (<u>NÁUSEAS SIN VÓMITOS</u>) <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	9) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input checked="" type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ARTRALGIAS

<input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA (hipermenorrea) <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)
--

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: 2 <input type="checkbox"/> Abortos: ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminasemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-

Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> POSIBLE						
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">DQ8 (CIS)</td> </tr> <tr> <td>DQA1*03 DQB1*0302-DRB1*04</td> <td style="text-align: right;">1/86</td> </tr> <tr> <td>MARSH 1</td> <td style="text-align: right;">29% LIEs</td> </tr> </table>	DQ8 (CIS)		DQA1*03 DQB1*0302-DRB1*04	1/86	MARSH 1	29% LIEs
DQ8 (CIS)							
DQA1*03 DQB1*0302-DRB1*04	1/86						
MARSH 1	29% LIEs						

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	7
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Malísima	8
	Total	31

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	

	Sin síntomas O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 síntomas muy graves	4
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?											
	Nada O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfieren mucho	3
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?											
	No O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Constantemente	4
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O				4						10 Malísima	4
											Total	15

Caso nº 6 Iniciales: RLC Sexo: Hombre Edad: 37 años

ALERGIAS: SI¹ NO ¹Nombrar ALERGIAS:

HÁBITOS TÓXICOS: SI¹ NO **FUMADOR** SI¹ NO

¹Número de cigarrillos:

< 5
 5-10
 10-15
 15-20
 > 20

BEBEDOR: SI² NO

² < 30 g
 > 30-50g
 > 50 g

FACTORES DE RIESGO SI¹ NO (madre con anemia no investigada!)

Antecedentes familiares de enfermedad celíaca
 Enfermedades asociadas de base autoinmune
 Hipotiroidismo autoinmune
 Diabetes mellitus tipo 1
 Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS < 6 meses 6-12 meses

Consignar tiempo de evolución de los síntomas ND 1-3 años 3-5 años

5-10 años 10-15 años

	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años
--	-------------------------------------	------------------------------------

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	1) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	2) EXTRAINTESTINALES <input checked="" type="checkbox"/> RETRASO DE CRECIMIENTO <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input checked="" type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ARTRALGIAS <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input checked="" type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR). hipertransaminasemia

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.
² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.
³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc
⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:
 Alivia con la defecación
 Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones
 Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
 Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>? ND	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa	<table border="1"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">96 ui/L</td> </tr> <tr> <td>DQ2(cis) + H DQ2 (Trans)</td> <td style="text-align: right;">1/10</td> </tr> </table>		96 ui/L	DQ2(cis) + H DQ2 (Trans)	1/10
	96 ui/L				
DQ2(cis) + H DQ2 (Trans)	1/10				

<input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	MARSH 3a	58% LIEs
--	----------	----------

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	5
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	4
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	5
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 5 10 Malísima	5
	Total	19

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	2
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	1
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	

Muy buena O	2							10 Malísima	2
								Total	7

Caso nº 7	Iniciales: NVV	Sexo: Mujer	Edad: 39 años
------------------	----------------	-------------	---------------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input checked="" type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
ND	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA
-------------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
--	--

SÍNTOMAS ASOCIADOS	1) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	2) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input checked="" type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ARTRALGIAS <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR). HIPOVITAMINOSIS D (8.64)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <u>2</u> <input type="checkbox"/> Abortos: ¹ SI <input type="checkbox"/> <u>NO</u> .
--------------------	--

	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input checked="" type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-

Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">DQ2</td> <td style="text-align: center;">Bajo riesgo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MARSH 1</td> <td style="text-align: center;">31% LIEs</td> </tr> </table>	DQ2	Bajo riesgo	MARSH 1	31% LIEs
DQ2	Bajo riesgo				
MARSH 1	31% LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO

- SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA
 ENFERMEDAD CELÍACA

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN

- ALTA
 MEDIA
 BAJA

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?

- SI
 NO

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?

- SI
 NO

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?

- SI
 NO

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	3
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	2
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Malísima	3
	Total	8

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	3
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	0
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Malísima	1
	Total	5

Caso nº 8	Iniciales: RCL	Sexo: Mujer	Edad: 22 años
-----------	----------------	-------------	---------------

ALERGIAS:	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS: No consigna (episodios recurrentes de urticaria facial)
------------------	---	-----------------------------	--

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
ND	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input checked="" type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL
-------------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
--	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	1) GASTROINTESTINALES: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA (Bulboduodenitis erosiva en gastroscopia) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	2) EXTRAINTESTINALES <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input checked="" type="checkbox"/> DERMATITIS (alivia tras disminuir carga de gluten) <input checked="" type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ARTRALGIAS (Dolores óseos) <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) Hipovitaminosis B12

FERTILIDAD: <u>ND</u>	<input type="checkbox"/> Menarquia: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--	---

--	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.
² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.
³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc
⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:
 Alivia con la defecación
 Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones
 Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
 Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
---	--

<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo (revisar) <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">¿ND?</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MARSH 0</td> <td style="text-align: center;">14%LIEs</td> </tr> </table>	¿ND?		MARSH 0	14%LIEs
¿ND?					
MARSH 0	14%LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------------------	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	9
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	6
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 8 10 Malísima	8
	Total	31

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	4
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	4
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	3
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 4 10 Malísima	4
	Total	15

Caso nº9	Iniciales: EBB	Sexo: M	Edad:20
-----------------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	¹ Número de cigarrillos: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20				
		BEBEDOR:		SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g					

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	1 Año	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 años
	<input type="checkbox"/> 3-5 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	--

SÍNTOMAS ASOCIADOS	10) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	11) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input checked="" type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	---

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?

¹ SI
 NO

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-

Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

¹ SI
 NO

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?

SI
 NO

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?

¹ SI
 NO

Clínica sugestiva o compatible

Serología (+). Anti-transglutaminasa

HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo

Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs)

Resolución de síntomas tras retirada de gluten

Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten

[DQ2](#)

[Bajo riesgo](#)

[MARSH0](#)

[12%LIEs](#)

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO

SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA
 ENFERMEDAD CELÍACA

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN

ALTA
 MEDIA
 BAJA

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?

SI
 NO

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?

¹ SI
 NO

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?

¹ SI

NO

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	8
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	7
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 8 10 Malísima	8
	Total	31

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	3
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	1
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 2 10 Malísima	2
	Total	7

Caso nº10

Iniciales:

Sexo: M

Edad:60

ALERGIAS:

SI¹

NO

¹Nombrar ALERGIAS:

HÁBITOS TÓXICOS:

SI¹

NO

FUMADOR

SI¹

NO

¹Número de cigarrillos:

< 5

5-10

10-15

15-20

> 20

		BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g
--	--	--

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	12) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL
---------------------------	--

	<input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	13) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input checked="" type="checkbox"/> nº de embarazos:2 <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> Edad de la menopausia: 52 Menopausia precoz. <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	---

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?

¹SI
 NO

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas
datas de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

¹SI
 NO

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?

SI
 NO

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?

¹SI
 NO

Clínica sugestiva o compatible
 Serología (+). Anti-transglutaminasa
 HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo
 Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs)
 Resolución de síntomas tras retirada de gluten
 Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten

ND

Marsh0

15% LIEs

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO

SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA
 ENFERMEDAD CELÍACA

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN

ALTA
 MEDIA
 BAJA

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?

SI
 NO

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?

¹SI
 NO

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?

¹SI
 NO

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	8

3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?											
	No O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Constantemente	5
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O							7			10 Malísima	7
											Total	28

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	2
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	2
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 2 10 Malísima	2
		Total 7

Caso nº11	Iniciales: VBI	Sexo: M	Edad:27
-----------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
-----------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input checked="" type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		

		<input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g
--	--	--

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS		<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<u>3 años.</u>	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input checked="" type="checkbox"/> 3-5 años
		<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
		<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO
	<input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.

SÍNTOMAS ASOCIADOS	14) GASTROINTESTINALES:
	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input checked="" type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE

	<p>15) EXTRAINTESTINALES</p> <p><input type="checkbox"/> AFTAS ORALES</p> <p><input type="checkbox"/> RINITIS</p> <p><input type="checkbox"/> DERMATITIS</p> <p><input type="checkbox"/> CEFALEA</p> <p><input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO</p> <p><input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA</p> <p><input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)</p>
--	---

FERTILIDAD:	<p><input type="checkbox"/> Menarquia:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> < 12 años</p> <p style="padding-left: 20px;"><input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 14-15 años</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> > 15 años</p> <p><input type="checkbox"/> nº de embarazos:</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹SI <input type="checkbox"/> NO.</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO.</p>
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<p><input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS.</p> <p><input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES</p> <p><input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA</p>
-------------------------------	--

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?

¹SI

NO

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

- Alivia con la defecación
- Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones
- Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-

Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i> ?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¹ En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ2 (cis)</td> <td>Najo Riesgo</td> </tr> <tr> <td>Marsh0</td> <td>17& LIEs</td> </tr> </table>	DQ2 (cis)	Najo Riesgo	Marsh0	17& LIEs
DQ2 (cis)	Najo Riesgo				
Marsh0	17& LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
---------------------------------------	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
--	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------------------	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	7
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	2

4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O					6				10	Malísima	6
											Total	17

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	2
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	0
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	1
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 1 10 Malísima	1
		Total 4

Caso nº12	Iniciales: JBN	Sexo: V	Edad:23
-----------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
-----------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune	

	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).
--	---

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS		<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	4 años	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input checked="" type="checkbox"/> 3-5 años
		<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
		<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	16) GASTROINTESTINALES: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	17) EXTRAINTESTINALES <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input checked="" type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO

	<input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input checked="" type="checkbox"/> ACNÉ, DEFICIT VITAMINA D Y B12
--	--

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	---

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-

Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ2 (cis)</td> <td>1/110</td> </tr> <tr> <td>Marsh 0</td> <td>15% LIEs</td> </tr> </table>	DQ2 (cis)	1/110	Marsh 0	15% LIEs
DQ2 (cis)	1/110				
Marsh 0	15% LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	6
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	3
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	3
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena O 5 10 Malísima	5
	Total	21

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	

	Sin síntomas O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 síntomas muy graves	3
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?											
	Nada O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?											
	No O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Constantemente	2
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O		2								10 Malísima	2
											Total	9

Caso nº13	Iniciales: CGM	Sexo: M	Edad:61
------------------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS: Anisakis, gramíneas, cobre, b12
------------------	---	-----------------------------	--

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¹ Número de cigarrillos: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20				
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g					

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca(padre) <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consiguar tiempo de evolución de los síntomas	<u>6 años.</u>	<input type="checkbox"/> 1-3 años
	<input checked="" type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
		<input type="checkbox"/> 10-15 años

	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años
--	-------------------------------------	------------------------------------

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input checked="" type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	--

SÍNTOMAS ASOCIADOS	18) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	19) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LA LACTOSA

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia:
--------------------	-------------------------------------

	<input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input checked="" type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input checked="" type="checkbox"/> nº de embarazos:2 <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: 42 Menopausia precoz. <input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación. ² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal. ³ : Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc ⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.	
¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.	
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones: <input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones- Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.	

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> DQ2 Bajo Riesgo </div>

<input type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	Marsh 0 10% LIEs
---	---------------------

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input checked="" type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO MEJORA CONSIDERABLEMENTE
---	--

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	9
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	8
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 8 10 Malísima	8
	Total	33

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	7
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	5
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	7
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	

Muy buena O							7			10 Malísima	7
										Total	28

Caso nº14	Iniciales: SVM	Sexo: M	Edad:45
------------------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				¹ Número de cigarrillos:	
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Años	<input type="checkbox"/> 1-3 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input checked="" type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
		<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input checked="" type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	20) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	21) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT VITAMINA D

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años
--------------------	---

	<input checked="" type="checkbox"/> nº de embarazos:2 <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.
² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.
³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc
⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:
 Alivia con la defecación
 Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones
 Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
 Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">DQA1*05/ DQB1*08/DRB1*03</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Marsh 1</td> <td style="text-align: center;">30% LIEs</td> </tr> </table>	DQA1*05/ DQB1*08/DRB1*03		Marsh 1	30% LIEs
DQA1*05/ DQB1*08/DRB1*03					
Marsh 1	30% LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	4
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	2
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 2 10 Malísima	2
	Total	10

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	1
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	0
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	1
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 2 10 Malísima	2
	Total	4

Caso nº15	Iniciales: JMC	Sexo: V	Edad:30
------------------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				¹ Número de cigarrillos:	
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
-------------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
--	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	22) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input checked="" type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	23) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación. ² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal. ³ : Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc ⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.	
¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.	
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones: <input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones- Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.	

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ8</td> <td>Bajo Riesgo</td> </tr> <tr> <td>Marsh 0</td> <td>16% LIEs</td> </tr> </table>	DQ8	Bajo Riesgo	Marsh 0	16% LIEs
DQ8	Bajo Riesgo				
Marsh 0	16% LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------------------	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	4
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena O 7 10 Malísima	7
Total		21

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	2
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	1
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena O 1 10 Malísima	1
Total		5

Caso nº16	Iniciales: MPP	Sexo: M	Edad:56
------------------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	---	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR SI ¹ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		¹ Número de cigarrillos:

		<input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20 BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g
--	--	---

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.

SÍNTOMAS ASOCIADOS	24) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA
---------------------------	--

	<input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	25) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input checked="" type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input checked="" type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación. ² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal. ³ : Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc ⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.	

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.	
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:	
<input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-	
Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.	

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ND</td> <td></td> </tr> </table>	DQ8		ND	
DQ8					
ND					

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 <input checked="" type="checkbox"/> 9 10 síntomas muy graves	9
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 <input checked="" type="checkbox"/> 7 8 9 10 Interfieren mucho	7
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8 9 10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 9 10 Malísima	9
	Total	33

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	4
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	2
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 4 10 Malísima	4
	Total	11

Caso nº17	Iniciales: SLS	Sexo: M	Edad:37
-----------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
-----------	---	-----------------------------	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		
			<input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input checked="" type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20		

		BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g
--	--	--

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	3años	<input checked="" type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 5-10 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	26) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL
---------------------------	---

	<input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	27) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT VITAMINA D

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input checked="" type="checkbox"/> nº de embarazos:1 (Cesárea) <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	---

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input checked="" type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?

¹SI
 NO

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas
datas de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

SI
 NO

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?

SI
 NO

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?

SI
 NO

Clínica sugestiva o compatible
 Serología (+). Anti-transglutaminasa
 HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo
 Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs)
 Resolución de síntomas tras retirada de gluten
 Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten

[DQ2 \(cis\)](#)

[Alto
Riesgo
\(1/7\)](#)

[Marsh 1](#)

31% LIEs

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO

SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA
 ENFERMEDAD CELÍACA

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN

ALTA
 MEDIA
 BAJA

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?

SI
 NO

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?

SI
 NO

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?

SI
 NO

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	

	Sin síntomas O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 síntomas muy graves	3
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?											
	Nada O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?											
	No O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Constantemente	3
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O			3							10 Malísima	3
											Total	10

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem											Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?											
	Sin síntomas O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 síntomas muy graves	1
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?											
	Nada O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?											
	No O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Constantemente	0
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O	1									10 Malísima	1
											Total	3

Caso nº18	Iniciales: MGB	Sexo:M	Edad:21
------------------	----------------	--------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¹ Número de cigarrillos: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20 BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g				

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO
-------------------------------------	---

	<input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
--	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	28) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input checked="" type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	29) EXTRAINTESTINALES <input checked="" type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input checked="" type="checkbox"/> EZCEMA, ARTRALGIAS, DEFICIT VITAMINA D Y B12 Y COLESTEROL

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input checked="" type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input checked="" type="checkbox"/> nº de embarazos:1 <input type="checkbox"/> Abortos: <input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA				
¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación. ² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal. ³ : Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc ⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.					
¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.					
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones: <input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones- Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.					
¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO				
¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ2</td> <td>Bajo riesgo</td> </tr> <tr> <td>Marsh0</td> <td>14% LIEs</td> </tr> </table>	DQ2	Bajo riesgo	Marsh0	14% LIEs
DQ2	Bajo riesgo				
Marsh0	14% LIEs				
DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA				
GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA				

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------------------	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	7
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	6
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	5
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena O 8 10 Malísima	8
Total		26

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	2
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	1
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	1
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena O 1 10 Malísima	1
Total		5

Caso nº19	Iniciales: AGG	Sexo: M	Edad:45
------------------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			¹ Número de cigarrillos:		

		<input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20 BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g
--	--	--

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input checked="" type="checkbox"/> FAMILIAR CELÍACO
-------------------------------------	--

SÍNTOMAS ASOCIADOS	30) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA
---------------------------	--

	<input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input checked="" type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	31) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input checked="" type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input checked="" type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación. ² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal. ³ : Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc ⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.	

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.	
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:	
<input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-	
Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.	

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ8</td> <td>¿ND?</td> </tr> <tr> <td>Marsh 0</td> <td>16% LIEs</td> </tr> </table>	DQ8	¿ND?	Marsh 0	16% LIEs
DQ8	¿ND?				
Marsh 0	16% LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	6
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	7
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	5
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 7 10 Malísima	7
	Total	25

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	4
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	4
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	3
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 3 10 Malísima	3
	Total	12

Caso nº20	Iniciales: SFL	Sexo: M	Edad:32
-----------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
-----------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				¹ Número de cigarrillos:	
			<input type="checkbox"/> < 5		
			<input type="checkbox"/> 5-10		
			<input type="checkbox"/> 10-15		
			<input type="checkbox"/> 15-20		
			<input type="checkbox"/> > 20		
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		
			² <input type="checkbox"/> < 30 g		
			<input type="checkbox"/> > 30-50g		
			<input type="checkbox"/> > 50 g		

--	--	--

FACTORES DE RIESGO	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	32) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input checked="" type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	33) EXTRAINTESTINALES

	<input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input checked="" type="checkbox"/> FALTA VITAMINAD,RETRASO CRECIMIENTO, PÉRDIDA DE PESO
--	---

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> 12-14 años <input checked="" type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

- Alivia con la defecación
- Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones
- Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-

Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datas de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i> ?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹ En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ2</td> <td>1/7</td> </tr> <tr> <td>Marsh 1</td> <td>29 %LIEs</td> </tr> </table>	DQ2	1/7	Marsh 1	29 %LIEs
DQ2	1/7				
Marsh 1	29 %LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
---------------------------------------	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
--	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------------------	--

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	7
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	5
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Malísima	7

Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<u>7 años.</u>	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
		<input checked="" type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
		<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	--

SÍNTOMAS ASOCIADOS	34) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	35) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input checked="" type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LA LACTOSA Y ARTRALGIAS

--	--

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.

² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.

³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc

⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

Subtipo DIARREA. Subtipo estreñimiento Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:

Alivia con la defecación

Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones

Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-

Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
---	--

<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten		
	<u>DQ2(CIS)</u>	<u>1/110</u>
	<u>Marsh 0</u>	<u>14% LIEs</u>

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	7
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	3
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal? No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	6
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general? Muy buena O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Malísima	7
Total		23

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal? Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	3
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas? Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	2
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	

	No O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Constantemente	2
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?											
	Muy buena O			3							10 Malísima	3
											Total	10

Caso nº22	Iniciales: RM	Sexo: M	Edad:52
------------------	---------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¹ Número de cigarrillos: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20				
			BEBEDOR:	SI ² <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g					

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosomopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
-------------------------------------	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	36) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	37) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input checked="" type="checkbox"/> CEFALEA <input checked="" type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años
--------------------	--

<input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
-------------------------------	---

¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación.
² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal.
³: Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc
⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.

¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.

¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones:
 Alivia con la defecación
 Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones
 Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones-
 Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datas de al menos 6 meses.

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input checked="" type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO						
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">94</td> </tr> <tr> <td><u>DQ2(CIS)+HDQ2(TRANS)</u></td> <td><u>1/10</u></td> </tr> <tr> <td><u>MARSH 1</u></td> <td><u>32% LIEs</u></td> </tr> </table>	94		<u>DQ2(CIS)+HDQ2(TRANS)</u>	<u>1/10</u>	<u>MARSH 1</u>	<u>32% LIEs</u>
94							
<u>DQ2(CIS)+HDQ2(TRANS)</u>	<u>1/10</u>						
<u>MARSH 1</u>	<u>32% LIEs</u>						

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	7
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	8
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 7 10 Malísima	7
	Total	31

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	4
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	3
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	3
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 4 10 Malísima	4
	Total	14

Caso nº23	Iniciales: RKT	Sexo: M	Edad:39
------------------	----------------	---------	---------

ALERGIAS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¹ Nombrar ALERGIAS:
------------------	--	--	--------------------------------

HÁBITOS TÓXICOS:	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	FUMADOR	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	¹ Número de cigarrillos: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> > 20 BEBEDOR: SI ² <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ² <input type="checkbox"/> < 30 g <input type="checkbox"/> > 30-50g <input type="checkbox"/> > 50 g				

FACTORES DE RIESGO	SI ¹ <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas de base autoinmune <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo autoinmune <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Cromosopatías (Ej. Síndrome de Down).		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 meses
Consignar tiempo de evolución de los síntomas	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 años	<input type="checkbox"/> 3-5 años
	<input type="checkbox"/> 5-10 años	<input type="checkbox"/> 10-15 años
	<input type="checkbox"/> 15-20 años	<input type="checkbox"/> > 20 años

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA	<input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS
	<input checked="" type="checkbox"/> DISPEPSIA <input checked="" type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO

	<input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> HIPERTRANSAMINASEMIA <input type="checkbox"/> OTROS: especificar.
--	---

SÍNTOMAS ASOCIADOS	38) GASTROINTESTINALES: <input type="checkbox"/> ARDOR / PIROSIS <input type="checkbox"/> DISPEPSIA <input type="checkbox"/> TIPO DISTRÉS O DISMOTILIDAD. <input type="checkbox"/> TIPO DOLOR EPIGÁSTRICO <input checked="" type="checkbox"/> VÓMITOS <input checked="" type="checkbox"/> GAS-HINCHAZÓN-DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CAMBIOS DEL RITMO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> PATRÓN ALTERNANTE
	39) EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> AFTAS ORALES <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DERMATITIS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> ASTENIA / FATIGABILIDAD <input type="checkbox"/> ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO <input type="checkbox"/> ANEMIA O FERROPENIA <input type="checkbox"/> FRACTURAS / OSTEOPENIA / OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)

FERTILIDAD:	<input type="checkbox"/> Menarquia: <input type="checkbox"/> < 12 años <input checked="" type="checkbox"/> 12-14 años <input type="checkbox"/> 14-15 años <input type="checkbox"/> > 15 años <input type="checkbox"/> nº de embarazos: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> ¹ SI <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Edad de la menopausia: Menopausia precoz. ¹ SI <input type="checkbox"/> NO.
--------------------	--

PATRÓN DE PRESENTACIÓN	<input type="checkbox"/> ¹ CLÁSICO <input checked="" type="checkbox"/> ² SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS. <input type="checkbox"/> ³ MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES <input type="checkbox"/> ⁴ EFECTO LLAMADA
¹ Retraso de crecimiento, malabsorción florida con pérdida progresiva de peso, emaciación. ² Incluye cualquiera de los siguientes o una combinación de ellos: pirosis, dispepsia (tipo dolor o tipo distrés), flatulencia, cambios en el ritmo intestinal. ³ : Anemia o ferropenia, osteopenia-osteoporosis, hipertransaminaemia, manifestaciones neurológicas, etc ⁴ El paciente ha sido conducido hasta la consulta porque un familiar afectado por la enfermedad sospecha por los síntomas que puede padecer el mismo problema.	
¿CUMPLE CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Subtipo DIARREA. <input type="checkbox"/> Subtipo estreñimiento <input type="checkbox"/> Subtipo mixto o alternante.	
¹ Presencia de dolor o malestar abdominal que se asocia a 2 de las siguientes condiciones: <input type="checkbox"/> Alivia con la defecación <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la consistencia de las deposiciones <input type="checkbox"/> Se acompaña de un cambio en la frecuencia de las deposiciones- Los síntomas deben aparecer al menos una vez por semana, en los últimos 3 meses y el comienzo de los síntomas datados de al menos 6 meses.	

¿EXISTE INFECCIÓN POR <i>HELICOBACTER PYLORI</i>?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

¹En caso afirmativo ¿SE LOGRÓ LA ERRADICACIÓN ANTES DE REALIZAR LA BIOPSIA DUODENAL?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	---

¿ CUMPLE EL PACIENTE CRITERIOS DE CATASSI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?	<input type="checkbox"/> ¹ SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
<input checked="" type="checkbox"/> Clínica sugestiva o compatible <input checked="" type="checkbox"/> Serología (+). Anti-transglutaminasa <input checked="" type="checkbox"/> HLA DQ2-DQ8: mostrar patrón y riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Biopsia compatible (describir estadio de Marsh y recuento LIEs) <input type="checkbox"/> Resolución de síntomas tras retirada de gluten <input type="checkbox"/> Resolución de lesiones histológicas tras retirada de gluten	<table border="1"> <tr> <td>DQ2</td> <td>Bajo Riesgo</td> </tr> <tr> <td>MARSH0</td> <td>17% LIEs</td> </tr> </table>	DQ2	Bajo Riesgo	MARSH0	17% LIEs
DQ2	Bajo Riesgo				
MARSH0	17% LIEs				

DIAGNÓSTICO SOSPECHADO POR EL CLÍNICO	<input checked="" type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CELÍACA
--	--

GRADO DE SOSPECHA DEL CLÍNICO PARA TRASTORNO RELACIONADO CON EL GLUTEN	<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input checked="" type="checkbox"/> BAJA
---	---

¿RECIBE CONSEJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿OBTIENE ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS TRAS INICIAR LA DIETA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

¿HA CUMPLIDO LOS CONSEJOS DIETÉTICOS?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
---------------------------------------	---

Escala de salud breve (SHS) (Short health scale).

ANTES DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	8
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	7
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	7
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 7 10 Malísima	7
	Total	29

DESPUÉS DEL INICIO DE LA DIETA

Ítem	Ítem	Puntos
1	¿Cuál es la gravedad de los síntomas de su enfermedad intestinal?	
	Sin síntomas O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 síntomas muy graves	4
2	¿En qué medida interfieren los síntomas con las actividades cotidianas?	
	Nada O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfieren mucho	4
3	¿Está preocupado por su enfermedad intestinal?	
	No O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constantemente	3
4	¿Cómo es su sensación de bienestar general?	
	Muy buena O 4 10 Malísima	4
	Total	15