

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## SEGURIDAD DE LA DIETA SIN GLUTEN (DSG) EN LA MUJER CELÍACA EN EDAD FÉRTIL

**Autor principal** ANA MARIA MONTERO CATALINA

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

**Palabras clave** Celiac Disease                      Pregnancy                      Diet Gluten-Free                      Fertile Period

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten del trigo, cebada, centeno y avena que se presenta en individuos genéticamente predispuestos, caracterizada por una reacción inflamatoria, de base inmune, en la mucosa del intestino delgado que dificulta la absorción.

El tratamiento para la EC es la dieta sin gluten (DSG) de por vida, la cual, interrumpe la respuesta inmune desencadenada por el gluten en personas celíacas.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La enfermedad celíaca es la enteropatía más frecuente, con una alta prevalencia: se estima alrededor del 1% en la población mundial<sup>1</sup>, siendo más frecuente en mujeres en una relación 2:1.

La EC es una afección inflamatoria del intestino delgado de base autoinmune mediada por linfocitos T e inducida por la ingesta de gluten en individuos genéticamente predispuestos. Produce en estos individuos una intolerancia permanente al gluten. La sintomatología es variada, fundamentalmente digestiva pero también hay otros síntomas, carencias vitamínicas, osteopenia...El diagnóstico se realiza mediante analítica sanguínea y/o confirmación con biopsia de la mucosa intestinal obtenida mediante técnica endoscópica.

El tratamiento gold-standard es la dieta sin gluten (DSG), la cual proporciona una seguridad en la mujer celíaca en edad reproductiva, ya que su buen cumplimiento, minimiza el riesgo obstétrico y ginecológico a tasas similares a la población no celíaca.

En la mujer celíaca no tratada, en edad fértil, hay mayor tasa de abortos espontáneos, endometriosis y amenorrea secundaria, además, se ha observado en varios artículos que en este grupo de pacientes el periodo de vida fértil es más corto que en la población general debido a una menarquía tardía y una menopausia precoz.

En la gestante celíaca no tratada con dieta sin gluten se incrementa el riesgo obstétrico:

Mayor déficit vitamínico, en concreto anemia ferropénica<sup>2</sup> y déficit de ácido fólico, estas alteraciones pueden ser secundarias a los problemas de malabsorción<sup>3</sup> propios de la enfermedad celíaca.

Se evidencia un mayor riesgo de parto pretérmino (se incrementa en un 21%)<sup>4</sup> y bajo peso al nacer, al igual que se incrementa el riesgo de retraso intrauterino (CIR) y pequeños para la edad gestacional, también hay estudios que demuestran la influencia en el tipo de parto con un aumento en la tasa de cesáreas electivas.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Población a estudio: Mujeres en edad fértil con enfermedad celíaca.

Revisión bibliográfica de artículos mediante búsqueda sistemática on line a través de las principales bases de datos: Medline, BVS, Cochrane y Scielo, entre otras, y revisión de la literatura publicada en revistas científicas.

Palabras clave: Celiac Disease, pregnancy and Diet, Gluten-Free.

Lectura crítica de los artículos seleccionados en inglés y castellano publicados en los últimos 5 años.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten de base autoinmune en individuos predispuestos genéticamente, produce una enteropatía inflamatoria a nivel de intestino delgado que dificulta la absorción de los nutrientes y produce diversas manifestaciones clínicas, principalmente, a nivel intestinal pero también a nivel sistémico.

Es una enfermedad muy frecuente, se estima una prevalencia de alrededor del 1% de la población mundial, siendo más frecuente en las mujeres. En España según los últimos datos, la prevalencia es de 1 de cada 100-125 personas.

El único tratamiento eficaz conocido es la dieta sin gluten (DSG) que consiste en eliminar de la dieta cualquier producto que contenga trigo, avena, cebada, centeno, espelta, triticale y/o productos derivados: almidón, harina, panes, pastas alimenticias

Se permite tomar todo tipo de alimentos que no contengan gluten en su origen: cereales sin gluten (arroz y maíz), carnes, pescados, huevos, leche, legumbres, tubérculos, frutas, verduras, hortalizas, grasa comestibles y azúcar.

En alimentos manufacturados es fundamental la lectura de las etiquetas.

El seguimiento de la dieta es de por vida, pequeñas cantidades de gluten en personas intolerantes pueden tener graves consecuencias sin causar síntomas aparentes a corto plazo lo que hace más difícil la adhesión a la DSG y más importante el papel de la matrona a la hora de concienciar y asesorar a la mujer en edad fértil y/o gestante con esta patología.

EC y reproducción:

Ha sido demostrado en varios estudios que las mujeres con EC no tratada tienen un periodo de vida fértil más corto, debido a una menarquía tardía y una menopausia precoz, y un incremento de amenorrea secundaria.

Incluso, hay estudios que han asociado alteraciones ginecológicas como endometriosis y amenorrea con la EC.

Se ha encontrado una relación en mujeres con infertilidad de origen desconocido y la EC no diagnosticada (entre un 4 y un 8% mayor que la población general)

Las complicaciones obstétricas y las alteraciones en la fertilidad están probablemente relacionadas con mecanismos inmunológicos y la deficiencia de nutrientes secundaria a la malabsorción, otros posibles factores patogénicos son las alteraciones en la función placentaria de gestantes con EC, anticuerpos que se unen a la transglutaminasa placentaria y mutaciones genéticas que pueden facilitar la formación de microtrombos.

En la gestante celíaca no tratada o no diagnosticada se incrementa el riesgo de anemia ferropénica y déficit de ácido fólico, secundarios a los problemas de malabsorción propios de la enfermedad celíaca, a pesar del déficit vitamínico, hay controversia en la literatura sobre la necesidad de suplementación extra con ácido fólico a este tipo de gestantes.

Hay una mayor tasa de abortos espontáneos, mayor riesgo de parto pretérmino (se incrementa en un 21%) y bajo peso al nacer, al igual que se incrementa el riesgo de retraso intrauterino (CIR) y pequeños para la edad gestacional, también hay estudios que demuestran la influencia en el tipo de parto con un aumento en la tasa de cesáreas electivas.

Los diferentes artículos consultados muestran diferencias entre la EC no diagnosticada o no tratada con DSG y la EC ya diagnosticada y con un buen seguimiento de la dieta, siendo en este último caso el riesgo ginecológico y obstétrico similar al de la mujer no celíaca, de ahí la importancia y la seguridad que aporta a las mujeres una buena adhesión a la DSG.

El papel de la matrona es fundamental, dado su contacto directo con las mujeres en edad fértil tiene la capacidad de colaborar en el diagnóstico precoz de la enfermedad y en el asesoramiento dietético en mujeres ya diagnosticadas de EC.

La matrona en su primer contacto con la gestante debe indagar en los antecedentes personales a la hora de elaborar la historia obstétrica y/o cartilla maternal, ya que el componente genético en la EC es un factor de riesgo importante, sobre todo en familiares de 2º grado. Si hay sospecha de que la gestante pueda padecer de EC no debe iniciarse la DSG previo a un diagnóstico analítico o mediante biopsia, ya que la DSG puede enmascarar el diagnóstico. Una vez diagnosticada se debe asesorar a la paciente e insistir en la importancia de una buena adhesión a la dieta, resolver las dudas que se puedan ocasionar y poner a la gestante y a su pareja en contacto con asociaciones de celíacos y facilitar direcciones fiables on line de consulta de dudas.

#### » **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Con esta revisión se pretende concienciar al profesional de la salud de la importancia de un diagnóstico precoz y la seguridad de un buen seguimiento de la DSG en la enfermedad celíaca en general y en las mujeres celíacas en edad fértil en particular.

#### » **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Se propone como futuras líneas de investigación cuantificar el coste-beneficio del screening a mujeres gestantes con indicios de padecer EC, tales como antecedentes personales, síntomas de malabsorción o alteraciones analíticas.

#### » **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Celiac disease and reproductive disorders: meta-analysis of epidemiologic associations and potential pathogenic mechanisms. Human Reproduction Update, Vol.0, No.0 pp. 112, 2014
2. Fetal and neonatal outcome in celiac disease. Nicolae Suciú1,2, Liviu Pop2, Eugenia Panaitescu1, Ioan Dumitru Suciú2, Alina Popp1,3, and Ioana Anca1,3. J Matern Fetal Neonatal Med, Early Online: 15! 2013 Informa UK Ltd. DOI: 10.3109 / 14767058. 2013.839650
3. Reproductive changes associated with celiac disease World J Gastroenterol 2010 December 14; 16(46): 5810-5814. ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)
4. Pregnancy outcome and risk of celiac disease in offspring: A nationwide case-control study. Gastroenterology. 2012 January; 142(1): 39-45. e3. doi: 10.1053 / j. gastro. 2011.09.047.