



Hospital Alemán

Curso anual de Auditoría Médica 2012

Auditoría en Enfermedad Celíaca



Director: Dr. Agustín Orlando
Autores: Dra. Claudia Abraham
Dra. Adriana Beguiriztain
Dr. Carlos Lemos
Dra. Paula Nicolini

INDICE



Introducción	Página 3
Desarrollo	Página 11
Conclusión	Página 23
Bibliografía	Página 24



Dada la reciente legislación en Argentina de la Enfermedad Celíaca, desde la auditoría médica debemos conocerla, como también conocer el valor de la alimentación como único medicamento de esta patología, que afecta a 1/100 habitantes y que lleva sin el debido tratamiento, a enfermedades de un costo económico mayor y a una disminución de la calidad de vida de los pacientes.

DEFINICION

La enfermedad celíaca (EC) se define como un proceso multisistémico, de tipo autoinmune que afecta, fundamentalmente, al intestino proximal, producida por una sensibilidad al gluten, de carácter permanente, que se desarrolla como resultado de la interacción entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales.

DATOS ESTADISTICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

La prevalencia mundial de EC es de 1/266. En estudios recientes en Europa y USA la prevalencia en una población de adultos sanos varía notablemente entre 1 en 100 y 1 en 300, siendo en la Argentina de 1:100. La relación entre hombres y mujeres es 2:1. La incidencia media encontrada fue de 1 por cada 1000 nacidos vivos.

La epidemiología de la EC tiene las características de un iceberg. Son muchos más los casos que quedan sin diagnóstico (por debajo de la línea de agua) que los casos diagnosticados (por encima de la línea del agua). La relación de la EC diagnosticada y no diagnosticada en Europa es de alrededor de 5:1 a 13:1.

Los pacientes con enfermedad celíaca activa (manifiesta clínicamente) tienen un mayor riesgo de muerte que la población general. Sin embargo, esta mayor tasa de muerte se normaliza después de tres a cinco años de mantener una dieta estrictamente libre de gluten.

En los adultos, la enfermedad celíaca (EC) es diagnosticada en promedio > 10 años después de que el paciente presenta sus primeros síntomas.

PATOGENIA Y PREDISPOSICION GENETICA



Se conoce que la EC es provocada por la activación de la respuesta inmune tanto de la mediada por células (células T) como la humoral (células B) ante la exposición a los glútenes (prolaminas y gluteninas) del trigo, cebada, centeno y rara vez avena, en personas genéticamente susceptibles. Hasta 95% de los pacientes con EC presentan los heterodímeros de los alelos DR3-DQ2 y DR5/DR7-DQ2 del sistema HLA de clase II (Situado en el cromosoma 6), mientras en el resto predomina el alelo DR4 (HLA-DQ8). La expresión de estas moléculas HLA-DQ2 o HLA-DQ8 es necesaria pero no suficiente para que se desarrolle la enfermedad.

La presencia de autoanticuerpos contra el elemento del tejido conectivo que rodea al músculo liso-entodermio-, es altamente específico para la EC. Actualmente se sabe que el blanco de estos autoanticuerpos es la enzima transglutaminasa tisular (tTG). Esta enzima puede jugar un papel prominente en la patogenia de la EC al producir la deamidación de la gliadina, resultando en una mayor respuesta proliferativa de las células T de la gliadina, lo que contribuye a la inflamación de la mucosa y a una mayor activación de las células B en pacientes con HLA, DQ2 o DQ8.

Sigue sin quedar claro si la EC es un trastorno inflamatorio con reacciones autoinmunes secundarias o si es una enfermedad primariamente autoinmune inducida por un factor exógeno conocido.

CONDICIONES ASOCIADAS

Si no se reconoce la EC en un individuo, esta entidad no reconocida puede aumentar el riesgo de complicaciones que amenacen la vida.

- **Enfermedades malignas** son más frecuentes en los pacientes con EC clásica de larga data y no tratada. Los adenocarcinomas del intestino delgado, carcinoma escamocelular orofaríngeo y esofágico y el linfoma no Hodgking ocurren con mayor frecuencia en los pacientes con EC que en los individuos control sanos. Se piensa que una dieta libre de gluten protege contra el desarrollo de las neoplasias, si bien esto podría no ser el caso para el desarrollo de los linfomas de células T asociados a enteropatía en pacientes

celíacos diagnosticados más allá de los 50 años.

- **Osteoporosis:** La densidad mineral ósea mejora después de una dieta libre de gluten, pero puede no retornar al rango normal.
- **Fertilidad:** puede estar asociada con un retraso de la menarca, menopausia prematura, amenorrea, abortos recurrentes y menor número de hijos. Algunos estudios han reportado infertilidad en subgrupos de pacientes con EC como también bebés con menor peso al nacer, con mayor mortalidad perinatal y una lactancia más breve. La EC puede manifestarse clínicamente por primera vez durante el embarazo o en el puerperio. Se ha detectado EC no diagnosticada en mujeres infértiles que fueron estudiadas en *screenings* buscando la enfermedad, aunque este hallazgo no se ve en todos los estudios. Los hombres con EC también pueden presentar infertilidad. Además, los hombres con esta enfermedad tienden a tener hijos producto de gestaciones más breves y menor peso al nacer que aquellos sin la enfermedad.
- **Trastornos autoinmunes:** La frecuencia de los trastornos autoinmunes es 10 veces mayor en los pacientes adultos con EC que en la población general, entre los que se destacan: Diabetes insulino dependiente tipo 1, enfermedad tiroidea, Síndrome de Sjögren, Enfermedad de Addison, hepatopatías, miocardiopatías y neuropatías.
- **Dermatitis herpetiforme:** se diagnostica mediante biopsia cutánea y se la trata con una dieta libre de gluten (DLG) y medicación para controlar la erupción con dapsona o sulfapiridina.

CLASIFICACION Y SINTOMATOLOGIA

- ***Clásica:*** Fundamentalmente síntomas gastrointestinales:
 - Adultos:** Diarrea crónica (síntoma más común, pérdida de peso, anemia, distensión abdominal, lasitud y malestar).
 - Niños:** Trastornos del desarrollo y crecimiento, pérdida de peso, desplazamiento del percentil de peso o de altura, estatura baja, vómitos, diarrea, dolor abdominal recurrente, emaciación muscular, intestino irritable, hipoproteinemia, irritabilidad y descontento.
- ***Atípica:*** Fundamentalmente síntomas no gastrointestinales (habitualmente monosintomática u oligosintomática): Deficiencia de hierro/anemia, dermatitis herpetiforme, neuropatía periférica, deficiencia del ácido fólico, densidad ósea reducida, infertilidad no explicada.
- ***Silente:*** Sin síntomas a pesar de la presencia de una lesión intestinal

característica.

DIAGNOSTICO



Patrón de oro: endoscopia con biopsia del intestino delgado más una serología positiva de la EC brindan un diagnóstico definitivo.

Endoscopia: hallazgos característicos incluyen: pliegues festoneados con fisuras y patrón en mosaicos, pliegues aplanados y menor tamaño y desaparición de los pliegues con insuflación máxima.

Biopsia intestinal: Se toman biopsias múltiples de la segunda o la tercera parte del duodeno. La biopsia por aspiración (cápsula de Crosby) brinda las mejores muestras.

Características histológicas: afecta la mucosa del intestino delgado proximal, con daño gradualmente decreciente en severidad hacia el intestino delgado distal y en casos severos pueden alcanzar el íleo. El grado de daño proximal varía enormemente dependiendo de la gravedad de la enfermedad, es decir que en casos "silentes", el daño proximal puede ser muy leve, con poca o ninguna anomalía detectable histológicamente en el yeyuno medio. En algunos casos pueden observarse anomalías en la mucosa gástrica y rectal.

Ocasionalmente, la lesión del duodeno y del yeyuno superior pueden ser en parches, lo que puede justificar una segunda biopsia inmediatamente en pacientes seleccionados con anticuerpos antiendomiso positivos (AEM). Sin embargo, esto sólo se justifica si las primeras tres muestras de la biopsia muestran una histología normal.

Clasificación de Marsh de las lesiones del intestino delgado:

- **Estadío 0:** Mucosa preinfiltrativa; 5% de los pacientes con DH presentan piezas de biopsia de intestino delgado que parecen normales.
- **Estadío I:** Aumento del número de los linfocitos intraepiteliales (LIEs) a más de 30 por 100 enterocitos.
- **Estadío II:** Hiperplasia de las criptas. Además de los LIEs hay un aumento de la profundidad de las criptas sin una reducción de la altura de las vellosidades. La provocación con gluten puede inducir estas alteraciones, que se observan en 20% de los pacientes con DH no tratada y pacientes con EC.
- **Estadío III:** Atrofia vellositaria; A parcial, B subtotal, C total. Esta es una lesión celíaca clásica. Se encuentra en 40% de los pacientes con DH y 10 a 20%

de los parientes de primer grado de los pacientes celíacos. A pesar de los cambios marcados en la mucosa muchos individuos son asintomáticos y por lo tanto son clasificados como casos subclínicos o silentes. Esta lesión es característica pero no patognomónica de EC y puede también observarse con giardiasis severa, sensibilidades alimentarias en el niño, enfermedad injerto vs huésped, isquemia crónica del intestino delgado, esprue tropical, deficiencias de las inmunoglobulinas y otras deficiencias inmunes y rechazo al injerto.

- Estadio IV: Atrofia vellositaria total. Se la puede considerar como la lesión terminal en un muy pequeño grupo de pacientes que no responden a la suspensión del gluten y pueden desarrollar complicaciones malignas. Puede haber un depósito de colágeno en la mucosa y submucosa (esprue del colágeno, un trastorno que puede estar relacionado con la EC).

Los pacientes con lesiones tipo 4 habitualmente no responden al tratamiento con corticoides, agentes inmunosupresores o quimioterapia.

Anticuerpos séricos

- Anticuerpo antiendomiso IgA (IgA AEM; la más alta exactitud diagnóstica).
- Anticuerpo IgA antitransglutaminasa tisular (IgA tTG).
- Anticuerpo IgA antigliadina (IgA AGA).
- Anticuerpo IgG antigliadina (IgG AGA).

Los estudios serológicos para la enfermedad celíaca pueden ser divididos en dos grupos, de acuerdo a los antígenos buscados:

- *Pruebas de anticuerpos anti-tTG.*
- *Pruebas de anticuerpos antigliadina.*

Anticuerpos IgA EMA: Los anticuerpos IgA antiendomiso se unen al endomiso, el tejido conectivo que rodea el músculo liso, produciendo un patrón característico en la tinción, visualizándose mediante inmunofluorescencia indirecta.

El resultado del análisis se informa simplemente como positivo o negativo, dado que inclusive los títulos bajos de anticuerpos séricos IgA antiendomiso son específicos para la EC. El antígeno objetivo ha sido identificado como transglutaminasa tisular (tTG o transglutaminasa 2).

La prueba de anticuerpos IgA antiendomiso es moderadamente sensible y altamente específica para la EC no tratada (activa).

Anticuerpos transglutaminasa anti tisular (IgA tTG): El antígeno contra el cual se dirigen los anticuerpos antiendomiso es tTG. Los anticuerpos anti tTG son altamente sensibles y específicos para el diagnóstico de EC.

El ensayo de inmunoabsorción ligada a enzimas (ELISA) para los anticuerpos IgA anti- tTG están actualmente disponibles ampliamente y son más fáciles de realizar, dependen menos del observador y son menos costosos que el ensayo de inmunofluorescencia utilizado para detectar los anticuerpos IgA del endomiso. La exactitud diagnóstica de los inmunoensayos IgA anti-tTG ha mejorado aún más gracias al uso de tTG humana en lugar de los preparados de tTG no humanos utilizados en los primeros kits de inmunoensayo.

Ensayos de anticuerpo antigliadina (IgA AGA y IgG AGA): Las gliadinas son las principales proteínas de las proteínas de almacenamiento de trigo denominadas colectivamente gluten. La gliadina purificada está fácilmente disponible y es utilizada como antígeno para las pruebas de ELISA para detectar anticuerpos antigliadina séricos.

Los niveles de anticuerpos antigliadina séricos están frecuentemente elevados en la EC no tratada, y se han utilizado ensayos antigliadina durante varios años como ayuda diagnóstica.

Si bien estas pruebas demuestran sensibilidad y especificidad moderadas, siendo las pruebas de IgA superiores, su valor predictivo positivo en la población general es relativamente malo.

Las pruebas de AGA de rutina ya no se recomiendan debido a su menor sensibilidad y especificidad.

Si no se dispone de biopsia, la "serología aislada" sigue siendo un método factible para el diagnóstico de EC, también debido a que las pruebas serológicas son más baratas que la endoscopia y la biopsia y su valor estadístico es muy similar.

En ausencia de una biopsia, los criterios son:

- Presencia de autoanticuerpos.
- Dependencia del gluten del título de autoanticuerpos.
- Síntomas clínicos, cuando están presentes.
- Mejoría de los síntomas y reducción de los títulos de los anticuerpos anti tTG cuando el paciente consume una dieta sin gluten

TRATAMIENTO



El tratamiento actual para EC es una dieta estricta libre de gluten de por vida. En la dieta libre de gluten se evitan trigo, cebada y centeno. La avena no es tóxica en > 95% de los pacientes con EC o dermatitis herpetiforme, pero hay un pequeño subgrupo (< 5%) para quien la avena no es segura.

Además, en algunos países los profesionales de la salud son reticentes a ser liberales en la indicación del uso de avena porque es difícil garantizar que la avena disponible comercialmente no esté contaminada con otros granos. El arroz y el maíz pueden ser parte de una dieta libre de gluten (DLG).

Abordaje inicial:

- Indicar una dieta "natural" libre de gluten.
- Derivar al paciente a nutricionista y/o grupo de apoyo (ver los sitios web a continuación).
- Realizar el *screening* de la deficiencia de hierro y folato.
- Aconsejar pruebas de densidad ósea (en algunos casos).
- Indicar suplemento de vitamina D y calcio si el paciente tiene osteoporosis.
- Aconsejar el *screening* serológico de los parientes de primer y segundo grado.

La mayoría de los pacientes tienen una rápida respuesta clínica a una dieta libre de gluten (dentro de las 2 semanas), aunque la tasa de respuesta varía. Los pacientes que están extremadamente enfermos pueden requerir ingreso al hospital, repleción de líquidos y electrolitos, alimentación intravenosa, y, ocasionalmente, esteroides (Prednisona). Debe aconsejarse a los pacientes que ingieran alimentos naturales altos en hierro y en folatos, especialmente si se documenta una deficiencia de estos minerales.

Cuando un adulto elimina el gluten de su dieta, mejora la calidad de su vida, inclusive en aquellos casos en los que la enfermedad fue detectada mediante *screening*. Los niños con una dieta libre en gluten reportaron una calidad de vida comparable a la de la población de referencia. Los adolescentes tienen dificultades en cumplir con la dieta.

Sitios útiles en la web

- www.msal.gov.ar/celiacas
- www.acel.org.ar



Enfermedad celíaca refractaria

Se considera el diagnóstico de EC refractaria en los pacientes que presentan características de EC con persistencia de síntomas, atrofia vellositaria, y que no responden a la dieta libre de gluten. Esto puede ocurrir en la presentación, o después de una respuesta inicial a una dieta libre de gluten.

Se considera que la EC refractaria es una forma de linfoma intraepitelial de bajo grado, revelado por una malabsorción severa que no responde a una dieta sin gluten.

Este diagnóstico debe ser considerado en particular en los pacientes con enfermedad celíaca a los que se diagnostica la enfermedad después de los 50 años.

Screening para enfermedad celíaca y futuro

Las razones del *screening* son la buena salud y el crecimiento, así como la calidad de vida. La EC también reduce la expectativa de vida debido a que entraña un mayor riesgo de neoplasias (linfoma y adenocarcinoma de intestino delgado, carcinoma esofágico, yeyunitis ulcerosa, EC refractaria, linfoma de células T asociado a enteropatía).

Por lo tanto la idea del *screening* es atractiva pero aun la visión actual es que no hay evidencias suficientes como para respaldar un *screening* masivo en la población general, ni hay suficiente evidencia como para evaluar los riesgos de una EC no detectada.

LEGISLACION

LEY 26.588

Declárase de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca.



Sancionada: Diciembre 2 de 2009.

Promulgada de Hecho: Diciembre 29 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1° — Declárase de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, su difusión y el acceso a los alimentos libres de gluten.

Artículo 2° — La autoridad de aplicación de la presente ley será el Ministerio de Salud de la Nación.

Artículo 3° — La autoridad de aplicación debe determinar la cantidad de gluten de trigo, de avena, de cebada o de centeno (TACC) que contengan por unidad de medida de los productos alimenticios para ser clasificados libre de gluten.

En la medida que las técnicas de detección lo permitan la autoridad de aplicación fijará la disminución paulatina de la toxicidad.

Artículo 4° — Los productos alimenticios que se comercialicen en el país, y que cumplan con lo dispuesto por el artículo 3° de la presente ley, deben llevar impresos en sus envases o envoltorios, de modo claramente visible, la leyenda "Libre de gluten" y el símbolo que establezca la autoridad de aplicación.

Artículo 5° — El Ministerio de Salud debe llevar un registro de los productos alimenticios que se comercialicen en el país y que cumplan con lo dispuesto por el artículo 3° de la presente ley, que actualizará en forma bimestral y publicará una vez al año, por los medios que determine la autoridad de aplicación.



Artículo 6° — La autoridad de aplicación debe promover el cumplimiento de las condiciones de buenas prácticas de manufactura para la elaboración y el control de los productos alimenticios que se comercialicen en el país y que cumplan con lo dispuesto por el artículo 3° de la presente ley, coordinando acciones con los laboratorios de bromatología.

Artículo 7° — Los productores e importadores de productos alimenticios destinados a celíacos deben acreditar para su comercialización en el país la condición de "Libre de gluten", conforme lo dispuesto en el artículo 3°.

Artículo 8° — Los productores, importadores o cualquier otra persona física o jurídica que comercialice productos alimenticios que cumplan con lo dispuesto por el artículo 3°, deben difundirlo, publicitarlos o promocionarlos acompañando a la publicidad o difusión la leyenda "Libre de gluten". Si la forma de difusión, publicidad o promoción lo permiten, la leyenda debe ser informada visual y sonoramente.

Artículo 9° — Las obras sociales enmarcadas en las Leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas y premezclas libre de gluten, cuya cobertura determinará la autoridad de aplicación.

Artículo 10° — El Ministerio de Desarrollo Social debe promover acuerdos con las autoridades jurisdiccionales, para la provisión de las harinas y premezclas libres de gluten a todas las personas con celiaquía que no estén comprendidas en el artículo 9° de la presente ley, conforme lo establezca la reglamentación.



Artículo 11° — El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva y las universidades integrantes del Sistema Universitario Nacional, debe promover la investigación sobre la celiacía, con el objeto de mejorar los métodos para la detección temprana, el diagnóstico, y el tratamiento de la enfermedad. El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe desarrollar programas de difusión en los ámbitos educativos, con el objeto de promover la concientización sobre la celiacía y con los organismos públicos nacionales competentes promover medidas de incentivo para el acceso a los alimentos libres de gluten.

Artículo 12° — El Poder Ejecutivo debe adaptar las disposiciones del Código Alimentario Argentino a lo establecido por la presente ley en el plazo de noventa (90) días de su publicación oficial.

Artículo 13° — Serán consideradas infracciones a la presente ley las siguientes conductas:

a) La impresión de la leyenda "Libre de gluten" en envases o envoltorios de productos alimenticios que no cumplan con lo previsto en el artículo 3° de la presente ley;

b) El incumplimiento de las buenas prácticas de manufacturas que se establezcan para la elaboración y el control de los productos alimenticios que se comercialicen en el país y que cumplan con lo dispuesto en el artículo 3°;

c) Cualquier forma de difusión, publicidad o promoción como "Libre de gluten", de productos alimenticios que no cumplan con lo dispuesto en el artículo 3°;

d) La falta de prestación total o parcial de la cobertura asistencial prevista en el artículo 9°, por parte de las entidades allí mencionadas;

e) El ocultamiento o la negación de la información que requiera la autoridad de aplicación en su función de control;

f) Las acciones u omisiones a cualquiera de las obligaciones establecidas, cometidas en infracción a la presente ley y sus reglamentaciones que no estén mencionadas en los incisos anteriores.



Artículo 14° — Las infracciones a la presente ley, serán sancionadas con:

a) Apercibimiento;

b) Publicación de la resolución que dispone la sanción en un medio de difusión masivo, conforme lo determine la reglamentación;

c) Multa que debe ser actualizada por el Poder Ejecutivo nacional en forma anual conforme al índice de precios oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos —INDEC—, desde pesos mil (\$1.000) a pesos un millón (\$1.000.000), susceptible de ser aumentada hasta el décuplo en caso de reincidencia;

d) Suspensión del establecimiento por el término de hasta un (1) año;

e) Clausura del establecimiento de uno (1) a cinco (5) años; y

f) Suspensión de la publicidad hasta su adecuación con lo previsto en la presente ley.

Estas sanciones serán reguladas en forma gradual y acumulativa teniendo en cuenta las circunstancias del caso, la naturaleza y gravedad de la infracción, los antecedentes del infractor y el perjuicio causado, sin perjuicio de otras responsabilidades administrativas, civiles y penales, a que hubiere lugar. El producido de las multas se destinará a las campañas de difusión y capacitación establecidas en la presente ley.

Artículo 15° — La autoridad de aplicación de la presente ley debe establecer el procedimiento administrativo a aplicar en su jurisdicción para la investigación de presuntas infracciones, asegurando el derecho de defensa del presunto infractor y demás garantías constitucionales. Queda facultada a promover la coordinación de esta función con los organismos públicos nacionales intervinientes en el ámbito de sus áreas comprendidas por esta ley y con las jurisdicciones que hayan adherido. Asimismo, puede delegar en las jurisdicciones que hayan adherido la sustanciación de los procedimientos a que den lugar las infracciones previstas y otorgarles su representación en la

tramitación de los recursos judiciales que se interpongan contra las sanciones que aplique. Agotada la vía administrativa procederá el recurso en sede judicial directamente ante la Cámara Federal de Apelaciones con competencia en materia contencioso-administrativa con jurisdicción en el lugar del hecho. Los recursos que se interpongan contra la aplicación de las sanciones previstas tendrán efecto devolutivo. Por razones fundadas, tendientes a evitar un gravamen irreparable al interesado o en resguardo de terceros, el recurso podrá concederse con efecto suspensivo.

Artículo 16° — Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

Artículo 17° — Deróganse las Leyes 24.827 y 24.953.

Artículo 18° — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

RESOLUCION 102/2011

Apruébase e incorporase al Programa Médico Obligatorio la pesquisa a través del marcador sérico IgA para la detección de la enfermedad celíaca.

Bs. As., 2/2/2011

VISTO el Expediente N° 1-2002-21630/10-3 del registro del MINISTERIO DE SALUD, la Ley N° 26.588, el Decreto 492 del 2 de septiembre de 1995, y la Resolución del ex MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE N° 1991 del 28 de diciembre de 2005, complementarias y modificatorias, y

CONSIDERANDO:

Que la enfermedad celíaca es una condición permanente de intolerancia al gluten y se manifiesta como una enteropatía mediada por mecanismos inmunológicos.

Que por Ley N° 26.588 se declara de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, su difusión y el acceso a los alimentos libres de gluten.

Que conforme al informe técnico científico elaborado por la Unidad Coordinadora de Evaluación de Tecnología Sanitaria del MINISTERIO DE SALUD, en Argentina existe un caso cada 79 niños y uno cada 167 adultos.

Que la Ley mencionada determina que las obras sociales enmarcadas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma.



Que varias de las prácticas y tratamientos que forman parte del tratamiento integral de la enfermedad celíaca ya están incluidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO hoy vigente por Resolución MS 1991/2005, complementarias y modificatorias.

Que, sin embargo, resulta necesario incorporar otras prácticas y tratamientos destinados a su efectiva detección y diagnóstico, ya que la detección temprana y el tratamiento oportuno revisten fundamental importancia para evitar complicaciones secundarias de esta patología.

Que el análisis con el Anticuerpo IgA Anti Transglutaminasa tisular humana (a-tTG-IgA) y la biopsia endoscópica del duodeno proximal son herramientas costo-efectivas para el diagnóstico de la enfermedad celíaca.

Que la DIRECCION NACIONAL DE REGULACION SANITARIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD, la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS han prestado conformidad a esta propuesta.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa conforme a las disposiciones de la "Ley de Ministerios - T.O. 1992", modificada por Ley N° 26.338, la Ley N°26.588 y el Decreto 492/1995.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébase e incorporase al PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO la pesquisa a través del marcador sérico IgA Anticuerpos anti transglutaminasa tisular humana (a-tTG-IgA) para la detección de la enfermedad celíaca.

Artículo 2° — Apruébase e incorpórese al PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO la biopsia del duodeno proximal para el diagnóstico de la enfermedad celíaca.

Artículo 3° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

DECRETO 528/2011



Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.588 que declara de Interés Nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca.

Bs. As., 4/5/2011

VISTO el Expediente N° 1-2002-15.365/10-4 del Registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 26.588, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ley N° 26.588 se declaró de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca.

Que la enfermedad celíaca es una condición permanente de intolerancia al gluten contenido en diversos alimentos, que ocurre en individuos genéticamente predispuestos, y se manifiesta como una enteropatía mediada por mecanismos inmunológicos, cuyo único tratamiento disponible, hasta el momento, es una dieta libre de gluten. En este sentido, la detección temprana y el tratamiento oportuno revisten fundamental importancia para evitar complicaciones secundarias de esta patología.

Que mediante Resolución N° 1560 de fecha 27 de noviembre de 2007, el MINISTERIO DE SALUD ha creado el PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD CELIACA, con el objeto de contribuir a la promoción de la detección temprana de la enfermedad celíaca y fortalecer el Sistema Nacional de Control de Alimentos en lo referente a alimentos libres de gluten.

Que la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), organismo descentralizado que funciona en la órbita de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del MINISTERIO DE SALUD, por medio del INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS (INAL) es el organismo encargado de autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los alimentos incluyendo los suplementos dietarios, así como los materiales en contacto con los alimentos, en coordinación con las jurisdicciones sanitarias federales y sus delegaciones.

Que el Decreto N° 815 de fecha 26 de julio de 1999 establece el SISTEMA NACIONAL DE CONTROL DE ALIMENTOS, con el objetivo de asegurar el fiel cumplimiento del Código Alimentario Argentino.

Que la mencionada normativa crea, además, la COMISION NACIONAL DE ALIMENTOS (CONAL) como organismo asesor, de apoyo y de seguimiento del SISTEMA NACIONAL DE CONTROL DE ALIMENTOS, encargada de velar por el cumplimiento del Código Alimentario Argentino, así como de proponer su actualización. Esta Comisión está integrada por UN (1) representante de la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca del MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERIA Y PESCA; UN (1) representante de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del MINISTERIO DE SALUD; UN (1) representante de la autoridad de aplicación de las Leyes N° 22.802 y N° 24.240 (Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Secretaría de Comercio Interior del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS); DOS (2) representantes del SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA (SENASA); DOS (2) representantes de la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT); y TRES (3) representantes de las Provincias y la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.

Que, en este sentido, la COMISION NACIONAL DE ALIMENTOS (CONAL) resulta el ámbito adecuado para consensuar y definir las características y condiciones que deben reunir los alimentos, esto es, por ejemplo, determinar qué cantidad de gluten de trigo, avena, cebada y centeno (TACC) debe poseer un alimento para ser considerado "libre de gluten", y de esta forma asesorar al MINISTERIO DE SALUD en el dictado de la norma conveniente.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.



Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.588 que "DECLARA DE INTERES NACIONAL LA ATENCION MEDICA, LA INVESTIGACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA, LA CAPACITACION PROFESIONAL EN LA DETECCION TEMPRANA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELIACA" que como ANEXO I, forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 2° — El presente decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 3° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Amado Boudou. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

REGLAMENTACION DE LA LEY N° 26.588

ARTICULO 1°.- Sin reglamentar.

ARTICULO 2°.- Facúltase al MINISTERIO DE SALUD, como Autoridad de Aplicación de la presente ley, a dictar las disposiciones complementarias que considere necesarias para garantizar el pleno funcionamiento de lo previsto por la ley que se reglamenta.

ARTICULO 3°.- Facúltase a la COMISION NACIONAL DE ALIMENTOS (CONAL) —creada por Decreto N° 815 de fecha 26 de julio de 1999— para que determine las características que debe reunir un alimento para ser considerado "libre de gluten", y recomiende su normatización al MINISTERIO DE SALUD.

ARTICULO 4°.- Los productos que posean las características determinadas por la COMISION NACIONAL DE ALIMENTOS (CONAL), conforme al artículo precedente, se rotularán con la denominación del producto que se trate seguido de la leyenda "libre de gluten" con caracteres de buen realce, tamaño y visibilidad, debiendo incluir además el símbolo que la mencionada Comisión establezca oportunamente.

ARTICULO 5°.- La ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), mediante el INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS (INAL), confeccionará, actualizará y hará público el registro de alimentos libres de gluten.

ARTICULO 6°.- La ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), por medio del INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS (INAL), coordinará acciones con los laboratorios de bromatología provinciales, a fin de elaborar una Guía de Buenas Prácticas para la elaboración y el control de los productos alimenticios libres de gluten, la que será propuesta a la Autoridad de Aplicación como marco regulatorio para la elaboración de dichos alimentos.

ARTICULO 7°.- Sin reglamentar.



ARTICULO 8°.- El MINISTERIO DE SALUD articulará con la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual —creada por la Ley N° 26.522— y los organismos que correspondan, las acciones necesarias a fin de verificar el cumplimiento del artículo que se reglamenta.

ARTICULO 9°.- Las obras sociales y entidades que se mencionan en el artículo que se reglamenta brindarán una cobertura a sus afiliados del SETENTA POR CIENTO (70%) de la diferencia del costo de las harinas y pmezclas libres de gluten respecto de aquellas que poseen gluten, por tratarse de una enfermedad crónica.

A tal efecto, el INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS (INAL) establecerá las cantidades de harinas y pmezclas que deben consumir las personas celíacas en base a criterios nutricionales, las que deberán ser cubiertas mensualmente por las entidades previstas en el artículo que se reglamenta. Estos productos deberán encontrarse inscriptos en el registro de alimentos libres de gluten previsto en el artículo 5° de la presente reglamentación.

ARTICULO 10.- El MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL determinará el procedimiento a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo que se reglamenta.

ARTICULO 11.- El Programa Nacional de Detección y Control de la Enfermedad Celíaca —creado por Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 1560 de fecha 27 de noviembre de 2007— tendrá a su cargo el desarrollo de un plan de promoción de la investigación científica en materia de celiaquía, actuando como espacio de coordinación entre diferentes instituciones.

Del mismo modo, tendrá a su cargo la elaboración de un plan de acción para el desarrollo de contenidos educativos que contribuyan a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos sobre la enfermedad, promoviendo la conciencia y articulando intersectorialmente.

ARTICULO 12.- Instrúyese a la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), a fin de que eleve a la Autoridad de Aplicación las modificaciones necesarias para la adaptación dispuesta por el artículo que se reglamenta.

ARTICULO 13.- Sin reglamentar.

ARTICULO 14.- Sin reglamentar.

ARTICULO 15.- Instrúyese a la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT), para que por medio del INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS (INAL) ordene las acciones correspondientes para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo que se reglamenta.

ARTICULO 16.- Sin reglamentar.

RESOLUCION 561/2011

Apruébase la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Celíaca en el Primer Nivel de atención, el Díptico para el Equipo de Salud y el Díptico para Pacientes.

Bs. As., 9/5/2011

VISTO el Expediente N° 2002-25938/10-2 del registro del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas en Salud tienen por objetivo primero y prioritario asegurar acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.



Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de práctica clínica basadas en evidencias científicas de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías; directrices de organización y funcionamiento de los servicios de salud, grillas de habilitación categorizante, como así también acciones ligadas a la seguridad del paciente y gestión de los riesgos sanitarios.

Que las citadas herramientas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas, Deontológicas y de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD ha coordinado el proceso de elaboración de la GUIA DE PRACTICA CLINICA SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Que la misma ha sido elaborada con la participación de las siguientes entidades: ASOCIACION ARGENTINA DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS DIETISTAS, FEDERACION ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA, HOSPITAL PEDIATRICO DR. AVELINO L. CASTELAN, HOSPITAL DE PEDIATRIA "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN", HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA "DR. CARLOS BONORINO UDAONDO", HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MEDICAS DR. ALFREDO LANARI, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL CHACO, SOCIEDAD ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA, SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, ASISTENCIA AL CELIACO DE LA ARGENTINA, ASOCIACION CELIACA ARGENTINA.

Que la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION, Coordinadora General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992" modificada por Ley N° 25.233.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébase la GUIA DE PRACTICA CLINICA SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION, el DIPTICO PARA EL EQUIPO DE SALUD Y EL DIPTICO PARA PACIENTES que como ANEXO figuran en la presente Resolución.

Art. 2° — Incorpórase la presente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.



Art. 3° — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa el citado Anexo, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación del mismo en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2° precedente.

Art. 4° — El Anexo que se aprueba por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de SESENTA (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observada entrará en vigencia a los NOVENTA (90) días de dicha publicación.

Art. 6° — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación al presente Anexo para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 7° — Agradecer a las entidades participantes, ASOCIACION ARGENTINA DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS DIETISTAS, FEDERACION ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA, HOSPITAL PEDIATRICO DR. AVELINO L. CASTELAN, HOSPITAL DE PEDIATRIA "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN", HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA "DR. CARLOS BONORINO UDAONDO", HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MEDICAS DR. ALFREDO LANARI, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL CHACO, SOCIEDAD ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA, SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, ASISTENCIA AL CELIACO DE LA ARGENTINA, ASOCIACION CELIACA ARGENTINA por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 8° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial. Cumplido y archívese. — Juan L. Manzur.

RESOLUCION 407/2012

Bs.As., 28/3/2012

VISTO el expediente N° 2002-19310/11-8 del MINISTERIO DE SALUD; la Ley N° 26.588 y el Decreto N° 528/11, Y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26.588 declara de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, su difusión y el acceso a los alimentos libres de gluten.

Que el artículo 9° de la mencionada Ley establece que "las obras sociales enmarcadas en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, la obra social del PODER JUDICIAL DE LA NACION, la DIRECCION DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACION, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas y premezclas libres de gluten, cuya cobertura determinará la autoridad de aplicación".

Que la reglamentación a dicho artículo (Decreto N° 528/11 Anexo I, Artículo 9°) obliga a las entidades aludidas a brindar una cobertura a sus afiliados del SETENTA POR CIENTO (70%) de la diferencia del costo de harinas y premezclas libres de gluten respecto de aquellas que poseen gluten. Este Decreto agrega que el INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS (INAL) —dependiente de la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT)— establecerá las cantidades de harinas y premezclas que deben consumir las personas celíacas en base a criterios nutricionales, las que deberán ser cubiertas mensualmente.

Que, en este sentido, el INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTOS (INAL) indicó —en un estudio avalado por la SOCIEDAD ARGENTINA DE NUTRICION— el consumo recomendado, por día y por persona, de harinas libres de gluten y de premezclas para elaborar alimentos libres de gluten, en base a un plan de alimentación diario en el que se eliminaron totalmente el consumo de trigo, avena, cebada, centeno, sus derivados (TACC) y alimentos que pudieran estar adicionados de sus harinas.



Que a los fines de establecer los costos mensuales a cubrir por todas las entidades alcanzadas por la mencionada normativa, la DIRECCION DE ECONOMIA DE LA SALUD de este Ministerio elaboró un informe con una estimación de los costos adicionales que deben afrontar las personas con enfermedad celíaca, debido a que se enfrentan a alimentos con precios más elevados. Para ello se consideraron los precios de las harinas y premezclas comunes y libres de gluten, y se utilizaron a su vez precios de productos elaborados.

Que como conclusión de este informe, surge el valor que deberá ser cubierto mensualmente por las entidades alcanzadas por el Artículo 9° de la Ley N° 26.588 a sus afiliados con diagnóstico de celiaquía. Dicho valor asciende a un total de mensual de PESOS DOSCIENTOS QUINCE (\$ 215.-), el que deberá ser actualizado periódicamente.

Que, finalmente, cada una de las entidades mencionadas podrá determinar la forma y modalidad de cumplimiento de la cobertura mencionada.

Que la DIRECCION DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en virtud de lo dispuesto por los artículos 2° y 9° de la Ley N° 26.588.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTICULO 1° — Determinar que las entidades alcanzadas por el artículo 9° de la Ley N° 26.588 deberán brindar a cada persona con celiaquía, cobertura en concepto de harinas y premezclas libres de gluten por un monto de mensual de PESOS DOSCIENTOS QUINCE (\$ 215.-), conforme lo dispuesto por el Decreto N° 528/11. Dicho importe deberá actualizarse periódicamente.

ARTICULO 2° — Cada una de las entidades referidas en el artículo precedente podrá establecer las formas y modalidades de cumplimiento de la cobertura mencionada.

ARTICULO 3° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. JUAN L. MANZUR, Ministro de Salud.



CONCLUSION

El único tratamiento para la enfermedad celíaca al día de hoy es la total y estricta ausencia de gluten en la dieta.

Desde que quedo reglamentada la ley 26588 se fijaron estándares de calidad alimentaria y acceso al diagnóstico oportuno para quienes sufren enfermedad celíaca.

En ese encuadre y con el trabajo conjunto de las organizaciones abocadas a dicha problemática (Asociación Celíaca Argentina-ACELA) se estableció un logo oficial para la identificación de los alimentos libres de gluten .

Se dispuso la obligatoriedad para obras sociales y entidades de medicina prepaga que cubran parte de los costos en harinas y premezclas (\$ 215) ya que los gastos en alimentación de los pacientes celíacos son hasta un 100% del costo de los alimentos de uso corriente. De ésta forma la cobertura ayuda a promover una mejor alimentación y calidad de vida de los afectados y reconocer el valor del alimento como tratamiento de la enfermedad.

Desde 2007 el Programa nacional de Salud de la Nación elaboro un plan de trabajo para avanzar en el abordaje y tratamiento de esta patología.

Entres los logros se destacan:

*Actualmente hay 100 hospitales bajo el programa, en 23 provincias cada una de las cuales recibe kit de diagnóstico serológicos que permiten determinar la existencia de la enfermedad.

*Se elaboró guía práctica para diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca en la atención primaria de la salud.

*Se elaboró cuadernillo para escuelas destinada a padres, docentes, trabajadores de comedores escolares, a fin de contribuir en la difusión de las características y cuidados que requiere esta enfermedad.

*Se creo una página web del Programa, sitio en el se publican temas de alimentación y salud que contribuyen a la adquisición de hábitos saludables así como también difunden aspectos de la patología ([www.msal.gov .ar/celiacas](http://www.msal.gov.ar/celiacas)).

*Se realiza capacitación a equipos de salud provinciales.

Todavía queda pendiente la rotulación de todos los alimentos al igual que la implementación de menús libres de gluten en colegios, clubes, servicios de hotelería y restaurantes que harían más fácil y placentero el seguimiento de la dieta de los afectados por la enfermedad celíaca.



BIBLIOGRAFIA/ FUENTES

- 1.- P. Farreras Valenti, C. Rozman. Medicina Interna 2009; vol I: 201-205.
- 2.- Marin Gabriela M. Archivos Argentinos de Alergia e Inmunología Clínica 2000; Vol 31 (supl12):86-88.
- 3.- Enteropathy. Pediatr. Clin. North Am, 1996; 43:355. J. Meneghello R. Diálogos en Pediatría. 1992; Vol 3:100-105.
- 4.- Mora M, Litwin N, Toca MC, Azcona MI, Nefta R, Ortiz G, Wagener M, Olivera J, Rezzónico G, Marchisone S, Oropeza G, Bastianelli C, Solaegui M, González A, Battiston F. Prevalencia de enfermedad celíaca: estudio multicéntrico en Población Pediátrica en cinco distritos urbanos de Argentina. Rev Argentina Salud Pública; 2010; 1(4):26-31.
- 5.- Lara Alcántara JE, Kulay YE, Sosa de López Amaya OB. Enfermedad celíaca: clínica y tratamiento. Revista Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, UNNE, Marzo 2002, 113:17-23.
- 6.- Uscanga-Dominguez LF. Avances en enfermedad celíaca. Revista Gastroenterología México 2011; Supl.1(76):57-60.
- 7.- Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC. Enfermedad celíaca. Pediatría Integral 2011; XV(2):109-125.
- 8.- National Institutes of Health Consensus Development Conference on Celiac Disease: final statement. June 28-30, 2004. http://consensus.nih.gov/cons/118/118cdc_intro.htm
- 9.- Agency for Healthcare Research and Quality. Celiac disease: summary. Evidence report/technology assessment no. 104. AHRQ Publication Number 04-E029-1, June 2004-09-14. <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/celiacsum.htm>
- 10.- American Gastroenterological Association medical position statement: Celiac sprue. Gastroenterology 2001; 120: 1522-1525. Pubmed-Medline.
- 11.- Ciclitira PJ, King AL, Fraser JS. AGA technical review on celiac sprue. American Gastroenterological Association. Gastroenterology 2001; 120: 1526-1540. Pubmed-Medline.
- 12.- British Society of Gastroenterology. Interim guidelines for the management of patients with coeliac disease (revised by Professor P Ciclitira April 2002). http://www.bsg.org.uk/clinical_prac/guidelines/celiac.htm

- 
- 13.- Children's Digestive Health and Nutrition Foundation/ North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Celiac disease. 2004. <http://www.naspgn.org/assets/diseaseInfo/pdf/Celiac.pdf>
 - 14.- Abdulkarim AS, Murray JA. Review article: the diagnosis of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 987- 995. Pubmed-Medline.
 - 15.- Arentz-Hansen H, Fleckenstein B, Molberg O, Scott H, Koning F, Jung G, et al. The molecular basis for oat intolerance in patients with celiac disease. *PLoS Med* 2004; 1 (1): e1. Pubmed-Medline Pubmed-Central.
 - 16.- Bolognesi E, Karell K, Percopo S, Coto I, Greco L, Mantovani V, et al. Additional factor in some HLA DR3/ DQ2 haplotypes confers a fourfold increased genetic risk of celiac disease. *Tissue Antigens* 2003; 61: 308-316. Pubmed-Medline.
 - 17.- Catassi C, Ratsch IM, Gandolfi L, Pratesi R, Fabiani E, El Asmar R, et al. Why is coeliac disease endemic in the people of the Sahara? *Lancet* 1999; 354: 647-648. Pubmed-Medline.
 - 18.- Catassi C, Fanciulli G, D'Appello AR, El Asmar R, Rondina C, Fabiani E, et al. Antiendomysium *versus* antigliadin antibodies in *screening* the general population for coeliac disease. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 732-736. Pubmed-Medline.
 - 19.- Dieterich W, Esslinger B, Schuppan D. Pathomechanisms in celiac disease. *Int Arch Allergy Immunol* 2003; 132: 98-108. Pubmed-Medline.
 - 20.- Farrell RJ, Kelly CP. Celiac sprue. *N Engl J Med* 2002; 346: 180-188. Pubmed-Medline.
 - 21.- Fasano A. Celiac disease: how to handle a clinical chameleon. *N Engl J Med* 2003; 348: 2568-2570. Pubmed_Medline.
 - 22.- Fasano A. European and North American populations should be screened for coeliac disease. *Gut* 2003; 52: 168- 169. Pubmed-Medline.
 - 23.- Fasano A, Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum. *Gastroenterology* 2001; 120: 636-651. Pubmed-Medline.
 - 24.- Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, Not T, Colletti RB, Drago S, et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Arch Intern Med* 2003; 163: 286-292. Pubmed-Medline.
 - 25.- Gandolfi L, Pratesi R, Cordoba JC, Tauil PL, Gasparin M, Catassi C. Prevalence of celiac disease among blood donors in Brazil. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 689-692. Pubmed-Medline.

- 
- 26.- Green PH, Jabri B. Coeliac disease. *Lancet* 2003; 362: 383-391. Pubmed-Medline.
 - 27.- Karpati S. Dermatitis herpetiformis: close to unravelling a disease. *J Dermatol Sci* 2004; 34: 83-90. Pubmed-Medline.
 - 28.- Kumar PJ. European and North American populations should be screened for coeliac disease. *Gut* 2003; 52: 170- 171. Pubmed-Medline.
 - 29.- Louka AS, Sollid LM. HLA in coeliac disease: unravelling the complex genetics of a complex disorder. *Tissue Antigens* 2003; 61: 105-117. Pubmed-Medline.
 - 30.- Margaritte-Jeannin P, Babron MC, Bourgey M, Louka AS, Clot F, Percopo S, et al. HLA-DQ relative risks for coeliac disease in European populations: a study of the European Genetics Cluster on Coeliac Disease. *Tissue Antigens* 2004; 63: 562-567. Pubmed-Medline.
 - 31.- Moreno ML, Vazquez H, Mazure R, Smecuol E, Niveloni S, Pedreira S, et al. Stratification of bone fracture risk in patients with celiac disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 127-134. Pubmed-Medline.
 - 32.- Mulder CJJ, Bartelsman JFWM. Case finding in coeliac disease seems beneficial, mass *screening* is still controversial. *Scand J Gastroenterol* [in press].
 - 33.- Percopo S, Babron MC, Whalen M, De Virgiliis S, Coto I, Clerget-Darpoux F, et al. Saturation of the 5q31-q33 candidate region for coeliac disease. *Ann Hum Genet* 2003; 67: 265-268. Pubmed-Medline.
 - 34.- Robins G, Howdle PD. Advances in celiac disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2004; 20: 95-103. Pubmed-Medline.
 - 35.- Schuppan D, Hahn EG. Gluten and the gut-lessons for immune regulation. *Science* 2002; 297: 2218-2220. Pubmed- Medline.
 - 36.- Tesei N, Sugai E, Vazquez H, Smecuol E, Niveloni S, Mazure R, et al. Antibodies to human recombinant tissue transglutaminase may detect coeliac disease patients undiagnosed by endomysial antibodies. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 1415-1423. Pubmed-Medline.
 - 37.- Thompson T. Oats and the gluten-free diet. *J Am Diet Assoc* 2003; 103: 376-379. Pubmed-Medline.
 - 38.- United European Gastroenterology Week Working Group. When is a coeliac a coeliac? Report of a working group of the United European Gastroenterology Week in Amsterdam, 2001. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 1123- 1128. Pubmed-Medline.
 - 39.- Vader LW, Stepniak DT, Bunnik EM, Kooy YM, de Haan

- 
- W, Drijfhout JW, et al. Characterization of cereal toxicity for celiac disease patients based on protein homology in grains. *Gastroenterology* 2003; 125: 1105-1113. Pubmed- Medline.
- 40.- Vjero K, Martucci S, Alvisi C, Broglia F, Viera FT, Perego M, et al. Defining a proper setting for endoscopy in coeliac disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 675-678. Pubmed-Medline.
- 41.-Wahab PJ, Meijer JW, Dumitra D, Goerres MS, Mulder CJ. Coeliac disease: more than villous atrophy. *Rom J Gastroenterol* 2002; 11: 121-127. Pubmed-Medline.
- 42.- WGO World Gastroenterology Organistation- Practice Guideline on Celiac Disease - J. Bai et al. *Gastroenterol. latinoam* 2010; Vol 21, N° 1: 34-44.
- 43-Información legislativa-Ministerio de Economía y Finanzas Públicas-Centro de Documentación e Información- www.infoleg.gov.ar
- 44.-Portal del Ministerio de Salud de la Nación- www.msal.gov.ar/celiaco