

Recomendaciones dietéticas en la enfermedad inflamatoria intestinal según las Guías ESPEN y británicas

Marisa Canicoba¹, Julieta Hernández².

¹Licenciada en Nutrición. Jefa Servicio de Internación del Dpto. de Alimentación y Dietoterapia. Hospital Nacional "Prof. A. Posadas". El Palomar, Provincia de Buenos Aires.

²Licenciada en Nutrición. Residente de Nutrición. Hospital M.V. De Martínez. General Pacheco, Provincia de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición (MN) es un problema frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), especialmente en aquellos con Enfermedad de Crohn (EC).

La **actividad, duración y extensión de la respuesta inflamatoria** predispone a la hiporexia, la malabsorción y al aumento del catabolismo, alterando el estado nutricional.

La MN en pacientes con EII debe tratarse adecuadamente, ya que empeora el pronóstico, la calidad de vida, aumenta las complicaciones y la mortalidad.

En las últimas décadas se ha investigado el rol de la alimentación en la prevención, en la inducción y mantenimiento de la remisión en la EII.

El objetivo de este artículo es proporcionar un resumen de las recomendaciones dietéticas de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN, por sus siglas en inglés) y la Asociación Dietética Británica (BDA, por sus siglas en inglés), que han publicado en el año 2022 y 2023 respectivamente, guías de práctica clínica actualizadas basadas en evidencia, con emisión de recomendaciones para el manejo nutricional en pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) y EC.

Metodología de las guías

La guía de la ESPEN consta de 71 recomendaciones que se redactaron y clasificaron en (A/B/O/GPP), se han sometido a un proceso de consenso, determinando consenso fuerte con más del 90% de acuerdo de los participantes.

La guía de la BDA consta de 14 declaraciones GRADE y 42 declaraciones de práctica clínica, con 80% de acuerdo de los participantes.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Se han desarrollado diversas estrategias dietéticas como: la dieta de exclusión para EC (CDED, por sus siglas en inglés), la Dieta Antiinflamatoria, la Dieta Mediterránea, la Dieta de exclusión guiada por Ig-G4, la Dieta reducida en hidratos de carbono de cadena corta fermentables: oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polialcoholes fermentables forman el acrónimo de FODMAP (por sus siglas en inglés), la Dieta Semi-vegetariana, la dieta sin gluten, la enriquecida con omega 3, así como el uso de alimentos funcionales como la curcumina.

ESPEN: No existe una dieta que pueda recomendarse para promover la remisión en pacientes con EII activa.

Grado de recomendación GPP, Consenso fuerte (91% Acuerdo) ⁽²⁾.

Los pacientes deben seguir un patrón de alimentación saludable, evitando desencadenantes individuales de síntomas, con la ayuda de un nutricionista especializado.

Grado de recomendación GPP, Consenso fuerte (100% Acuerdo)

BDA: Falta evidencia para recomendar alguna dieta de eliminación específica para mantener la remisión en pacientes con EII. (85,2% Acuerdo) ⁽¹⁾.

A continuación, se detallan la CDED y FODMAPS, que presentaron recomendaciones según las dos guías. En la actualidad no hay pruebas suficientes para indicar otro tipo de dieta, debido a que están basadas únicamente en pocos estudios no controlados, con resultados inciertos para hacer recomendaciones firmes.

1. Dieta de exclusión para enfermedad de Crohn.

La CDED es un enfoque dietético que consta de dos fases. Seis semanas iniciales de nutrición enteral (NE) parcial suministrando el 50% de los requerimientos energéticos, junto a una dieta

de exclusión vía oral (50% de los requerimientos); seguidas de otras 6 semanas de NE parcial, aportando el 25% de los requerimientos, junto a una dieta de exclusión ligeramente menos restrictiva. ⁽¹⁾

La CDED se caracteriza por una cantidad moderada de carbohidratos complejos, alta ingesta en proteínas y con bajo aporte de fibra. ⁽¹⁾ En los últimos 5 años se han realizado estudios basados en el uso de CDED junto a NE parcial, en pacientes pediátricos con resultados positivos. ⁽²⁾

CDED con o sin NE parcial fue efectiva en la inducción y mantenimiento de la remisión, en adultos con actividad leve a moderada y, podría inducir a la remisión endoscópica. ⁽²⁾

ESPEN: La CDED con o sin NE, podría ser considerada en pacientes adultos con actividad leve o moderada.
Grado de recomendación O, Consenso fuerte (95% Acuerdo)

BDA: No es posible realizar recomendación sobre dietas de exclusión en el mantenimiento de la remisión.

2. Dieta baja en FODMAP

Es un enfoque dietético que consta de una fase inicial en donde se excluyen los hidratos de carbono de cadena corta fermentables.

La reintroducción se realiza acorde a la tolerancia individual, hasta la personalización de la alimentación. ⁽¹⁾

La evidencia actualmente disponible muestra un impacto favorable sobre los síntomas gastrointestinales mientras que, no se observa un efecto significativo sobre la actividad inflamatoria de la enfermedad. ^(1,2)

ESPEN: La evidencia actual sugiere que el uso de la dieta baja en FODMAP tiene un impacto positivo sobre los síntomas gastrointestinales en pacientes con EC en la fase de remisión.

BDA: La implementación de la dieta baja en FODMAP puede mejorar los síntomas intestinales funcionales en la EII inactiva o levemente activa. (90,2% Acuerdo)

3. Probióticos

Los probióticos son microorganismos viables específicos que pueden conferir beneficios para la salud. ⁽²⁾

En los estudios evaluados por la guía ESPEN para EC, no se encontró superioridad en el uso de probióticos respecto del placebo en la prevención de la recurrencia o remisión endoscópica postoperatoria. ⁽²⁾

Un estudio pequeño encontró una disminución en la tasa de recaída con 6 meses de uso de *Saccharomyces Boulardii* en comparación con el placebo. ⁽²⁾ Mientras que otro estudio demostró mejoría de los índices de actividad para EC con el uso de *Saccharomyces Boulardii* respecto del placebo. ⁽¹⁾

ESPEN: No se deben indicar probióticos para el tratamiento de la EC activa, ni para prevención de la recaída en la fase de remisión, o recurrencia postoperatoria.

Grado de recomendación B, Consenso fuerte (100% Acuerdo)

Podrían utilizarse probióticos seleccionados o preparaciones con probióticos como alternativa a la terapia estándar con 5-aminosalicilatos (5-ASA) o cuando ésta no sea tolerada, en aquellos pacientes con CU con actividad leve a moderada.
Grado de recomendación O, consenso fuerte (85% Acuerdo)

BDA: En algunos pacientes con CU levemente activa, la ingesta de probióticos específicos (las guías no hacen referencia al tipo de probiótico) en combinación con la medicación habitual, podría favorecer la inducción de la remisión.

Grado de calidad moderada, (88,7% Acuerdo).

Mientras que no existe evidencia suficiente que apoye su uso en el mantenimiento de la remisión. No existe evidencia suficiente sobre el uso de probióticos para la inducción o mantenimiento de la remisión en pacientes con EC. (81,1% Acuerdo)

Pouchitis

En pouchitis la evidencia es limitada, los datos son insuficientes para realizar recomendaciones clínicas. ⁽²⁾

ESPEN: Se puede considerar el uso de múltiples cepas probióticas en la prevención de pouchitis.
Grado de recomendación O, fuerte consenso (95% Acuerdo)

BDA: Una combinación de 8 cepas (Formulación De Simone, VSL#3), podría mantener la remisión en pouchitis crónica recurrente. No existe evidencia que apoye el uso de otros probióticos para mantener la remisión de la pouchitis
Grado de calidad baja, (85,4% Acuerdo)

4. Prebióticos y fibra

Los prebióticos son carbohidratos fermentables que se administran con el objetivo de obtener beneficios locales o sistémicos, mediante la estimulación de bacterias específicas, así como la producción de metabolitos por bacterias específicas, puede causar un efecto benéfico. La mayoría de los estudios realizados en pacientes con EII han sido realizados con oligosacáridos e inulina. ⁽²⁾

La ingesta recomendada de fibra es de 30 g/día; sin embargo, la mayoría de los pacientes con EII no alcanzan este nivel. Los pacientes perciben que la fibra exacerba los síntomas y, por lo tanto, a menudo la evitan durante un brote de la enfermedad. Sin embargo, en la enfermedad estable, sin estenosis, no hay evidencia de investigación que respalde la restricción de fibra. ⁽¹⁾

Ambas guías concuerdan en que la ingesta de fibra debe considerarse durante la consulta nutricional.

Se reconoce que muchas formas de fibra modulan la microbiota intestinal y, por lo tanto, posiblemente el mantenimiento de la remisión en la EII. Estudios recientes sugieren que las fibras prebióticas pueden ser útiles para el mantenimiento de la remisión en algunos pacientes con CU. Varios estudios pequeños controlados han demostrado los beneficios aparentes de la incorporación de fibra a la dieta de pacientes con CU. ⁽²⁾

En un estudio cruzado realizado en 2021, en pacientes con CU en remisión o con enfermedad leve, se evidenció que una dieta baja en grasas y alta en fibra disminuyó los marcadores de inflamación y redujo la disbiosis intestinal en muestras fecales. ⁽²⁾

ESPEN: No recomienda el uso de prebióticos en el tratamiento de EC activa, ni para el mantenimiento de la remisión.
Grado de recomendación B, Consenso fuerte (95% Acuerdo).

No recomienda la terapia prebiótica de rutina en pacientes con CU activa o en remisión.
Grado de recomendación 0, Consenso fuerte (100% Acuerdo).

En pouchitis no se recomienda el uso de prebióticos.
Grado de recomendación GPP, Consenso Fuerte (95% Acuerdo).

BDA: No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de fibra prebiótica en el tratamiento de la EC activa (96,3% Acuerdo), ni en la CU activa (87% Acuerdo).

5. Suplementación con ácidos grasos omega 3

Una revisión sistemática y un metaanálisis en 2020 concluyeron que, la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados tiene poco o ningún efecto en la prevención o tratamiento de la EII. Datos que se corresponden con la última revisión Cochrane 2014 que concluyó que los ácidos grasos omega 3 serían ineficaces para el mantenimiento de la remisión en la EC. ⁽²⁾

ESPEN: No recomienda la suplementación con ácidos grasos omega 3 para el apoyo del mantenimiento de la remisión en pacientes con EII.
Grado de recomendación A, Consenso fuerte (100% Acuerdo)

BDA: No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de aceite de pescado para reducir la actividad en EII activa. (88,9% Acuerdo)

6. Suplementación de Curcumina

En pacientes con CU activa, la suplementación con curcumina, además de la mesalazina puede mejorar la respuesta clínica, sin embargo, se desconoce la dosis, la formulación y la duración óptima. (81,1% Acuerdo). ⁽²⁾

7. Micronutrientes

La EII predispone a padecer déficits de micronutrientes debido a pérdidas intestinales por diarrea, malabsorción, falla intestinal e inadecuada ingesta dietética.

Ambas sociedades concuerdan en la necesidad de monitorear micronutrientes incluyendo aquellos pacientes que se encuentran en remisión. Acorde a la guía de BDA, la frecuencia de monitoreo depende de la actividad de la enfermedad, la ingesta dietética y suplementación. La valoración nutricional debe considerar: ácido fólico, vitamina B12, vitamina D, hierro, magnesio, zinc y selenio. ⁽¹⁾

Consideraciones finales

Diferentes componentes alimentarios han sido asociados con la EII. Actualmente existe considerable interés en el rol de los alimentos ultraprocesados, conservantes y emulsificantes, aunque acorde a la guía británica, no existe evidencia actual para apoyar su restricción. ⁽¹⁾

Según la guía ESPEN, estudios pilotos recientes sugieren que los alimentos procesados y, especialmente los ultraprocesados podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo de EII. Por otro lado, recomienda realizar una dieta rica en frutas y verduras, con ácidos grasos omega 3 y disminución de ácidos grasos omega 6.

La Organización Internacional para el Estudio de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales recomienda disminuir la ingesta de alimentos procesados que contengan carragenina, carboximetilcelulosa y polisorbato-80 que son emulsificantes que se añaden para mejorar la textura y la calidad de los alimentos. ⁽²⁾

Las intolerancias alimentarias son frecuentes en pacientes con EII, siendo los lácteos, hierbas, picantes, frituras y alimentos ricos en fibra, los menos tolerados. ⁽²⁾

En pacientes con EII estable y sin estenosis, se recomienda incluir variedad de frutas, verduras, frutos secos, semillas y cereales integrales. No existe necesidad de restringir la ingesta dietética de fibra. ⁽¹⁾

En aquellos pacientes con EII estenosante se debe individualizar el aporte de fibra, priorizando la inclusión de aquellos alimentos con fibra soluble acompañados de aporte de líquidos. ⁽¹⁾

Acorde a la guía británica se recomienda la inclusión de alimentos ricos en proteínas, restringiendo las grasas animales y carnes ultraprocesadas. Limitando la ingesta de carnes rojas y procesadas no más de 2 veces por semana (ingesta aproximada de 150g/ semana). ⁽¹⁾

Se sugiere limitar la ingesta de grasas saturadas, y alimentos con alto contenido en azúcar. ⁽¹⁾

El paciente con EII suele presentar conductas restrictivas a ciertos alimentos por miedo a sufrir una reagudización. Debido a que la restricción alimentaria a largo plazo puede impactar en su estado nutricional; es de vital importancia la derivación a un profesional de la nutrición el cuál pueda realizar una evaluación nutricional completa, guiar al paciente en la reincorporación de alimentos, individualizando la alimentación acorde a sus necesidades e intolerancias.

Referencias Bibliográficas

1. Lomer, M. C. E., Wilson, B., & Wall, C. L. (2023). British Dietetic Association consensus guidelines on the nutritional assessment and dietary management of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 36(1), 336–377. <https://doi.org/10.1111/jhn.13054>
2. Bischoff, S., Bager, P., Escher, J., Forbes, A., Hébuterne, X., Lodberg, C., Joly, F., Klek, S., Krznaric, Z., Ockenga, J., Schneider, S., Shamir, R., Stadelova, K., Bender, D., Wierdsma, N., Weimann, A. (2023) ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease, *Clinical Nutrition*, 42(3), 352-379. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.12.004>.