

## Manejo dietético en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) Resumen del Consenso de la ECCO: Primera Parte

### Objetivo del consenso

Establecer recomendaciones basadas en la evidencia para integrar la alimentación como parte fundamental del manejo de la EII, no sólo como soporte nutricional, sino como terapia de la enfermedad.

### Metodología del consenso

Para el desarrollo del mismo se seleccionó un panel de 25 expertos conformado por 12 dietistas/nutricionistas, 8 gastroenterólogos de adultos y 5 gastroenterólogos de niños. A cada grupo se le asignó un representante de pacientes de la EFCCA (European Federation of Crohn 's and Ulcerative Colitis Association). Se aplicó el método de preguntas PICO (Población, Intervención, Comparación, Resultado) y se realizaron búsquedas sistemáticas en PubMed, Embase y Cochrane. Las declaraciones de consenso debían alcanzar, al menos, el 80% de acuerdo.

### Declaraciones del consenso

**Declaración 1:** En ausencia de una intervención dietética específica recomendada por un profesional de la salud especializado, las personas con EII deben recibir pautas de alimentación saludable, tal como se recomienda para la población en general. [Consenso 100%].

Las dietas restrictivas, deben ser diseñadas y monitoreadas por un licenciado en nutrición con experiencia en EII que debe diseñar y monitorear las diferentes intervenciones dietéticas, especialmente las dietas restrictivas ya que pueden implicar riesgos nutricionales y psicosociales.

**Declaración 2:** Todas las personas con EII deben tener acceso a un licenciado en nutrición con experiencia en EII. [Consenso 96%]. Esta declaración fue considerada la más importante del consenso.

La participación de licenciados en nutrición especializados es esencial para fomentar la inclusión de la dieta, como parte de una terapia primaria y complementaria en el tratamiento de la EII, como así también, para promover investigaciones dietéticas de calidad.

## **Terapia dietética para la inducción y el mantenimiento de la remisión.**

La NEE es una forma de tratamiento nutricional a través de la cual, la totalidad de la ingesta calórica se aporta con suplementos nutricionales orales y/o fórmulas enterales, excluyendo el consumo de todos los alimentos de la dieta por un periodo de 6 a 8 semanas. Para el caso de la NEP, se sustituye una parte de los alimentos con suplementos nutricionales orales y/o fórmulas enterales.

En los dos casos hay pocos estudios que evalúen los criterios radiológicos, bioquímicos, endoscópicos y la durabilidad de la respuesta en la inducción a la remisión. Posicionar las terapias dietéticas en los algoritmos de tratamiento aún es un desafío, por lo que sería apropiado considerar la intervención dietética junto con la terapia médica.

### **Declaración 3 y 4: Nutrición enteral exclusiva (NEE) y nutrición enteral parcial (NEP).**

**3.1 La NEE es eficaz para la inducción de la remisión clínica y endoscópica en niños y adultos con Enfermedad de Crohn (EC) leve a moderada. [Consenso 96%]**

**3.2 La NEP administrada en grandes cantidades podría mejorar la actividad de la enfermedad, aunque no se conocen las dosis óptimas. No se recomienda un aporte menor o igual al 50% para la inducción de la remisión en EC. [Consenso 90%]**

**3.3 Las fórmulas poliméricas para NEE y NEP son igualmente eficaces que las fórmulas elementales y semielementales, por lo cual deberían recomendarse [Consenso 89.7%]**

**3.4 No se recomienda el uso de NEE o NEP como terapia de inducción de remisión para la Colitis Ulcerosa (CU). [Consenso 100%]**

**4.1 La NEP (con un aporte mayor al 35% de las necesidades energéticas diarias) podría considerarse para el mantenimiento de la remisión en la EC, incluso como complemento del tratamiento médico. Sin embargo, se desconocen los detalles de la duración óptima y el impacto psicológico a largo plazo. [Consenso 96%]**

**4.2 No hay evidencia suficiente para recomendar la NEP para el mantenimiento de la remisión en CU. [Consenso 88%]**

### **Declaración 5: Dieta de exclusión para la EC (CDED, por sus siglas en inglés "Crohn Disease Exclusion Diet").**

La CDED combinada con la NEP es una terapia de inducción de 6 semanas de duración que comprende, el aporte del 50% de las necesidades energéticas a través de un suplemento nutricional oral polimérico, la inclusión obligatoria de cinco alimentos con una dosis específica para consumir diariamente y una asignación de 14 alimentos permitidos.

Varios estudios en niños evaluaron la eficacia de la CDED para inducir la remisión de la EC activa y evidenciaron que la CDED combinada con un 50% de NEP, fue mejor tolerada que la NEE e igual de efectiva. Ambas terapias redujeron significativamente la calprotectina fecal a las 3 semanas. En adultos se evidenció

que la CDED junto con la NEP durante 6 semanas, indujo la remisión en el 77% de la muestra estudiada.

**5.1 La CDED con NEP se recomienda para la inducción de la remisión en niños y podría considerarse en adultos con EC leve a moderada. [Consenso 100%]**

**5.2 No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de la CDED sin NEP como terapia de inducción para la EC. [Consenso 100%]**

**5.3 No hay evidencia que respalde el uso de CDED con o sin NEP para la inducción en la CU. [Consenso 100%]**

**5.4 No hay evidencia suficiente para recomendar la CDED para el mantenimiento de la remisión en EC [Consenso 96%]**

#### **Declaración 6: Nutrición Parenteral**

**6.1 La nutrición parenteral total (NPT) es efectiva como terapia de inducción para la EII (principalmente en EC), pero no se recomienda debido al riesgo de complicaciones. [Consenso 90%]**

**6.2 No se recomienda NPT para el mantenimiento de la remisión en EC ni en CU. [Consenso 100%]**

Se observaron tasas similares de inducción de la remisión con NEE o NPT para la EC. Aunque el riesgo de disfunción hepática e infecciones asociadas fue mayor en pacientes con NP.

#### **Declaración 7: Dieta Mediterránea (DM).**

**7.1 No hay evidencia suficiente para recomendar la DM como terapia de inducción para EC o CU [Consenso 100%]**

**7.2 La DM podría considerarse para el mantenimiento de la remisión en CU, como complemento del tratamiento médico. No existe suficiente evidencia para la EC. [Consenso 83%]**

#### **Declaración 8: Dieta Carbohidratos específicos (SCD, por sus siglas en inglés "Special Carbohydrates Diet").**

La SDC excluye los disacáridos y polisacáridos que se encuentran en los granos, legumbres, verduras con almidón, productos lácteos y alimentos industrializados.

**8.1 No existe evidencia suficiente para respaldar el uso de la SDC como terapia de inducción para EC o CU. [Consenso 96%]**

**8.2 No hay evidencia suficiente para recomendar la SDC para el mantenimiento de la remisión en EC o CU. [Consenso 100%]**

#### **Dieta Semi-Vegetariana.**

Esta dieta incluye arroz, verduras, frutas, papas, pescados una vez por semana, carne con baja frecuencia. Con estas recomendaciones es difícil atribuir los

beneficios, por lo cual, no se llegó a un consenso sobre el papel de la dieta semi-vegetariana en el tratamiento de la EII.

**Declaración 9: Carnes rojas: Se podría considerar una reducción en la ingesta de carnes rojas frescas y envasadas para mantener la remisión en la CU. [Consenso 96%]**

El papel de la carne roja en la EII no está claro y su función en la predicción de recaídas se ha evaluado mediante estudios observacionales.

**Declaración 10: Reducción de productos lácteos: No se recomienda la eliminación de la proteína de la leche de vaca como terapia de inducción complementaria para la CU. [Consenso 100%]**

**Declaración 11: Dietas bajas y altas en fibra.**

**11.1 No existe evidencia consistente para hacer recomendaciones sobre el uso de dietas bajas o altas en fibra como terapia inducción para EII. [Consenso 95%]**

**11.2 No se recomiendan dietas bajas ni altas en fibra para el mantenimiento de la remisión en EC o CU. [Consenso 96%]**

**Declaración 12: No se recomienda una dieta baja en FODMAP para el mantenimiento de la remisión en EC y no hay evidencia que respalde su uso para el mantenimiento de la remisión en CU. [Consenso 100%]**

La dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables [FODMAP] es una dieta terapéutica comúnmente utilizada para el tratamiento del SII.

**Declaración 13: No se recomienda una dieta guiada por IgG específica de cada alimento como terapia para la inducción de EII. [Consenso 100%]**

A pesar de que las personas con EII pueden presentar intolerancias alimentarias específicas, la medición de la inmunoglobulina G (IgG) sérica para guiar la eliminación de alimentos, no tiene estudios que respalden dicha práctica hasta el momento.

**Declaración 14: No se recomienda una dieta baja en micropartículas como terapia de inducción para la EC. [Consenso 100 %]**

Las micropartículas, entre ellas el dióxido de titanio y los aluminosilicatos, se utilizan como aditivos alimentarios.

**Declaración 15: Otras dietas dirigidas a la EII activa**

**15.1. No hay suficiente evidencia para respaldar el uso de la dieta CD Treatment-with-EATing (CD TREAT) como terapia de inducción para la EC o la CU. [Consenso 100%]**

**15.2 No hay suficiente evidencia para apoyar el uso de la dieta del Protocolo Autoinmune, la dieta antiinflamatoria, la dieta de 4 estrategias para la reducción de sulfuros [Dieta 4 SURE] o dieta de exclusión para CU (UCED) como terapia de inducción para EC, CU o ambas. [Consenso 100%]**

**15.3 No existe evidencia para hacer recomendaciones sobre el beneficio de una dieta sin gluten para la inducción de la remisión en la EI. [Consenso 100%]**

**Declaración 16:** Suplementos dietarios para inducir y mantener la remisión en EI.

**16.1 La curcumina podría utilizarse como terapia complementaria a la mesalazina para la inducción de la remisión en la CU leve a moderada. Sin embargo, la formulación, la duración y las dosis óptimas no están claras debido a su posible toxicidad, por lo que se recomienda su utilización bajo supervisión médica. [Consenso 100%]**

**16.2 No se recomienda la curcumina para el tratamiento del mantenimiento en la EC. [Consenso 96%]**

**16.3 Qing Dai con o sin curcumina puede considerarse un complemento para la inducción de la remisión en CU leve a moderada. Debido a su posible toxicidad se recomienda supervisión médica. [Consenso 100%]**

**Declaración 17:** No existe evidencia suficiente para recomendar el psyllium, la cebada germinada, el almidón resistente, el salvado de avena, el salvado de trigo y los polisacáridos no amiláceos como tratamiento de inducción, ni para el mantenimiento de la remisión en la EC o la CU. [Consenso 100 %]

**Declaración 18:** No se recomiendan los prebióticos como terapia de inducción, ni para el mantenimiento de la remisión en la EC o la CU [Consenso 100 %]

No se menciona sobre el uso de probióticos.

**Declaración 19:** No se recomienda la suplementación con vitamina D, Omega 3 ni glutamina para la terapia de inducción o mantenimiento de la remisión en la EC o CU. [Consenso 100%]

Aunque existen beneficios potenciales para la salud al optimizar estos nutrientes, no se ha demostrado su impacto en la actividad de la enfermedad EI

### **Referencia bibliográfica:**

Svolos et al. ECCO Consensus on Dietary Management of Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn's and Colitis.2025.Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaf122>

**Comité Editorial, Subcomisión de nutrición GADECCU**

**Participación especial y redacción:** Lic. Inés Maturano

**Colaboración en redacción:** Mg. Lic. Paola Corts

**Coordinadora:** Lic. Marisa Canicoba.

**Secretarías:** Lic. Constanza Echevarría, Lic. Carolina Campos.