



ORIGINAL

Percepción de la necesidad de asesoramiento dietético y modificaciones alimentarias en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Cristina Gely, Jordi Gordillo, Federico Bertoletti, Carlos González-Muñoz, Alberto López y Esther García-Planella*

Servicio de Patología Digestiva, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Recibido el 11 de julio de 2022; aceptado el 2 de octubre de 2022

Disponible en Internet el 13 de octubre de 2022



PALABRAS CLAVE

Enfermedad inflamatoria intestinal;
Enfermedad de Crohn;
Colitis ulcerosa;
Hábitos alimentarios;
Asesoramiento dietético

Resumen

Introducción: En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la dieta puede percibirse como un desencadenante de recidivas o empeoramiento clínico, siendo frecuentes las modificaciones dietéticas no derivadas de asesoramiento profesional.

Objetivos: Evaluar la percepción de necesidad de asesoramiento dietético en pacientes con EII, conocer las modificaciones dietéticas y su efecto sobre la EII.

Métodos: Se invitó a participar anónima y consecutivamente durante tres meses a todos los pacientes visitados en consulta de EII y los pacientes en hospitalización de día durante la administración de fármacos biológicos, a rellenar un cuestionario estructurado con escala visual analógica (0-10).

Resultados: Se obtuvieron 124 encuestas (54% colitis ulcerosa, 46% enfermedad de Crohn). La edad media fue de 47 ± 12 años. El asesoramiento dietético impartido en consulta se valoró con una mediana de 7,0 (IIC, 4,50-9,00). El 40% buscó asesoramiento dietético externo, frecuentemente en el primer año tras el diagnóstico (70%). Estas recomendaciones externas fueron: dieta sin lácteos (29%), baja en grasas (27%), sin gluten (23%) y baja en fibra (21%). La ayuda percibida externa se valoró con mediana de 7,50 (IIC, 5,50-9,50), con mejoría percibida de la sintomatología digestiva (73%). El 61% excluyó algún alimento (57% permanentemente) y 11% realizó ayuno por iniciativa propia.

Conclusiones: Los pacientes con EII muestran una clara necesidad de asesoramiento dietético, especialmente en el diagnóstico. Una información dietética precoz, específica incrementaría su satisfacción y evitaría la adopción de dietas de exclusión no justificadas.

© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egarciapl@santpau.cat (E. García-Planella).

KEYWORDS

Inflammatory bowel disease;
Crohn's disease;
Ulcerative colitis;
Eating habits;
Dietary advice

Perception of the need for dietary advice and dietary modifications in inflammatory bowel disease patients**Abstract**

Background and aim: In inflammatory bowel disease (IBD), diet can be perceived as a trigger for relapses or clinical worsening, dietary modifications are frequent and not derived from professional advice. The aim of this study was to evaluate the perception of the need for dietary advice in patients with IBD, to know the dietary modifications adopted and, its effect on IBD.

Methods: An anonymous structured questionnaire with a visual analog scale (0–10) was distributed to consecutive outpatients from our IBD unit.

Results: A total of 124 complete the questionnaire (54% ulcerative colitis, 46% Crohn's disease). Mean age was 47 ± 12 years. Dietary advice provided in the clinic was assessed with a median score of 7 (IIC, 4.50–9.00). 40% sought external dietary advice, often during the first year after diagnosis (70%). The most frequent dietary recommendations from an external professional were: dairy free diet (29%), low fat (27%), gluten free (23%), and low fiber (21%). Dietary advice from external source was assessed with a median score of 7.50 (IIC, 5.50–9.50), improving digestive symptoms in 73% of cases. Regarding dietary modifications, 61% excluded some foods (57% permanently) and 11% fasted on their own decision.

Conclusions: IBD patient show a clear need for dietary advice, especially at the time of IBD diagnosis. Early specific and in-depth dietary information would increase patient satisfaction and could prevent the adoption of unjustified exclusion diets.

© 2022 Published by Elsevier España, S.L.U.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se caracteriza por la activación crónica del sistema inmune intestinal probablemente como resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales, como el tabaco y las infecciones¹ que, sumados a otros como la dieta o la contaminación, condicionan una disregulación de diferentes vías de la respuesta inmune con el consiguiente daño intestinal.

La dieta es, probablemente, uno de los pocos factores (junto con el tabaco) fácilmente modificable y percibido positivamente por los pacientes. Sin embargo, disponemos de escasa evidencia sobre el papel que juega la alimentación sobre el desarrollo y evolución de la EII. Estudios recientes han demostrado cómo la nutrición puede desempeñar un papel crucial en la regulación del sistema inmune mediante compuestos específicos como la sal, así su exceso puede afectar al sistema inmune innato induciendo la expresión de IL-17A en células CD4 naïve² y en la modulación de la actividad del microbiota intestinal. Por otra parte, la dieta tiene un efecto directo en la composición de la microbiota, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Numerosos estudios han evidenciado que la microbiota de los pacientes con EII es diferente a la de las personas sanas^{3–5}; además, se ha reportado que aquellas sociedades con un mayor consumo de fibra dietética tienen una menor incidencia de enfermedades inflamatorias^{6,7}, comportando una mayor incidencia de EII en los países desarrollados en comparación con países subdesarrollados², por otra parte, se produce un incremento de la incidencia tras la adopción de hábitos de vida occidentales en países con tasas previamente más bajas^{8–11}, sugiriendo que la alimentación podría desempeñar un papel en la patogénia de la inflamación^{8,10–12}.

En la esfera clínica, la EII cursa con periodos de remisión alternados con periodos de actividad inflamatoria; sin embargo, hasta un 35% de los pacientes presentan síntomas gastrointestinales a pesar de encontrarse en remisión de su EII¹³. La etiología de estos síntomas es multifactorial y frecuentemente conlleva la adopción de conductas alimentarias de exclusión o restricción por parte del paciente con la finalidad de obtener mejoría sintomática. En este sentido, de todos los aspectos ambientales asociados a la EII y desde la perspectiva de los pacientes, los hábitos alimentarios constituyen un factor desencadenante de recaídas de la enfermedad⁸. En un estudio británico, hasta un 50% de los pacientes con EII percibían que la dieta constituía un factor desencadenante de su enfermedad y el 57% consideraba que los factores dietéticos podían precipitar una recidiva¹⁴. En la práctica clínica es patente que los pacientes asocian algunos de sus síntomas y/o recaídas con la ingesta de ciertos alimentos, siendo la dieta o tipo de alimentación a seguir una consulta frecuente y reiterativa¹⁵. Sin embargo, resulta difícil realizar recomendaciones firmes con base en la evidencia; esto motiva a los pacientes a buscar información al respecto en fuentes que pueden resultar engañosas o confusas, comportando cambios dietéticos que a menudo pueden resultar perjudiciales sobre su salud nutricional¹⁴.

Con la finalidad de conocer la necesidad real de asesoramiento dietético y, a su vez, las posibles modificaciones dietéticas y el beneficio percibido, nos planteamos el presente estudio.

Pacientes y métodos

Durante los meses de marzo a junio de 2019 se invitó de manera consecutiva a todos los pacientes que acudían

Tabla 1

1. ¿Le han diagnosticado alguna intolerancia alimentaria (a la lactosa, gluten, sorbitol...)?
0. No 1. Sí

2. ¿Cómo calificaría la información sobre la dieta que ha recibido por parte del médico que le controla de su enfermedad inflamatoria? Marque con una raya sobre la línea mínimo = malo (0) y máximo = muy bueno (10)

Mínimo Máximo

3. ¿Cree que la dieta le empeora sus síntomas?
Marque con una raya sobre la línea mínimo = malo (0) y máximo = muy bueno (10)

Mínimo Máximo

4. ¿Ha buscado asesoramiento dietético fuera de la consulta hospitalaria donde se controla de su enfermedad inflamatoria?
0. No 1. Sí

a. Si ha buscado asesoramiento dietético, ¿cuándo ha sido?

0. Estando la enfermedad inflamatoria inactiva o controlada
1. Estando en brote
2. Después de una cirugía por la enfermedad inflamatoria
3. Otro momento:

b. En relación al diagnóstico de la enfermedad inflamatoria, ¿ha buscado asesoramiento dietético?

1. Coincidiendo con el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria (primeros 6 meses)
2. Entre los 6 meses y 1 año
3. Más de los 3 años

c. ¿Qué profesional le ha hecho el asesoramiento dietético?

1. Dietista/Nutricionista del hospital donde se controla
2. Dietista/Nutricionista privado
3. Médico que le controla actualmente de su enfermedad inflamatoria
4. Cualquier otro médico
5. Enfermera
6. Otro:

d. ¿La recomendación dietética ha sido?

1. Dieta sin lácticos
2. Dieta sin gluten
3. Dieta baja en fibra
4. Dieta vegetariana
5. Dieta con exclusión de proteínas animales
6. Dieta con restricción de azúcares (frutas/vegetales...)
7. Dieta baja en grasas
8. Dieta baja en hidratos de carbono
9. Dieta astringente
10. Otra:

e. ¿Cuánto tiempo ha seguido estas recomendaciones?

1. Menos de 6 meses
2. Entre 6 meses y 1 año
3. Entre 1 y 2 años
4. Más de 2 años

f. ¿Cree que estas recomendaciones dietéticas le han ayudado?
Marque con una raya sobre la línea mínimo = malo (0) y máximo = muy bueno (10)

Mínimo Máximo

g. ¿En qué aspecto le han ayudado (marque más de una si aplica)?

1. Mejoría de los síntomas digestivos
2. Mejoría de la sensación de cansancio
3. Mejoría del descanso nocturno
4. Otro:
5. ¿Cree necesario en el control de su enfermedad disponer de un asesoramiento dietético que forme parte del equipo hospitalario que le controla?

Marque con una raya sobre la línea mínimo = malo (0) y máximo = muy bueno (10)

Mínimo Máximo

Tabla 1 (continuación)

6. ¿Ha decidido por iniciativa propia excluir alimentos de su dieta a raíz del diagnóstico/curso de la enfermedad inflamatoria?
0. No 1. Sí
- a. ¿Qué alimentos ha excluido?:
- b. ¿Ha estado una exclusión permanente?
0. No 1. Sí
- c. ¿Ha estado transitoria (< 6 meses)?
0. No 1. Sí
7. ¿Ha hecho algún periodo de ayuno de alimentos sólidos?
0. No 1. Sí
- a. Si la seguido, ¿ha estado de forma periódica (anual, semestral...)?
0. No 1. Sí

Tabla 2 Factores asociados a la búsqueda de asesoramiento dietético externo

	Asesoramiento dietético Sí	Asesoramiento dietético No	p
Tipo EII (EC) n (%)	23 (40)	25 (38)	0,779
Sexo (mujer) n (%)	31 (50)	18 (29)	0,017
Tratamiento biológico n (%)	24 (36)	25 (44)	0,361
Tratamiento inmunosupresor* n (%)	31 (40)	18 (40)	0,934
Nivel de estudios ^a	24 (49)	44 (58)	0,402

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EC: enfermedad de Crohn.

* Tratamiento inmunosupresor (tiopurinas o metotrexato) o tratamiento biológico.

^a Universitarios.

tanto a visita de control en una consulta monográfica de EII como a la administración de tratamiento biológico en régimen de hospital de día, a participar en una encuesta de forma anónima y sin la presencia del facultativo. Dado que el paciente debía rellenar personalmente la encuesta tras una explicación del estudio, se consideró que todos los participantes concedían su consentimiento informado. La encuesta constaba de un cuestionario estructurado con 14 preguntas (tabla 1) que incluían variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios), clínico-epidemiológicas (hábito tabáquico, tipo de EII, tratamiento para la EII, antecedente de diagnóstico previo de intolerancia alimentaria) y en relación con la satisfacción sobre la información recibida sobre dieta y EII (mediante una escala visual analógica comprendiendo de 0 –insatisfecho– a 10 –muy satisfecho–). También se preguntó sobre la necesidad de búsqueda de asesoramiento dietético externo al centro; cuando la respuesta era afirmativa, el paciente debía completar cuestiones en referencia al momento en que la buscó (durante la enfermedad inactiva, en brote o tras la cirugía), en relación con el momento del diagnóstico (coincidiendo con el diagnóstico, entre seis meses y 12 meses tras el diagnóstico o más allá de los tres años), a qué profesional consultó, que dieta

se recomendó y durante cuánto tiempo la siguió. Asimismo, se valoró el impacto de las modificaciones dietéticas en relación con los síntomas digestivos, la sensación de fatiga y el descanso nocturno. Por último, se evaluó la exclusión voluntaria de alimentos (qué tipo de alimentos y si fue de forma temporal o permanente) y la práctica del ayuno.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresan como frecuencias absolutas (%); las variables cuantitativas se expresan como media y derivación estándar (DE). Las escalas de valoraciones se expresan en mediana e índice intercuartil (IIC). Para el análisis de variables cualitativas se utilizó la prueba de la χ^2 , mientras que para el análisis de variables cuantitativas se utilizó la *t* de Student. El análisis estadístico se realizó con SPSS V.26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.).

Resultados

Se obtuvieron un total de 124 encuestas, de las que 46% correspondían a pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y

54% con colitis ulcerosa (CU), siendo 50% mujeres. La media de edad al diagnóstico de la EI fue $33 \pm 4,07$ años; 41% había cursado estudios secundarios y 44% universitarios. La edad media en el momento de la encuesta fue de $47 \pm 12,50$ años y el tiempo medio de evolución de la EI de $13 \pm 9,86$ años; 19% de los participantes eran fumadores activos. Respecto al tratamiento de la EI, 54% estaba bajo tratamiento biológico, 10% inmunomodulador, 25% con mesalazina y el resto sin tratamiento. Nueve por ciento refería alguna intolerancia alimentaria diagnosticada.

La percepción del asesoramiento dietético impartido por el facultativo obtuvo una mediana de puntuación de siete (IIC, 4,50-9,00); 40% refirió haber buscado asesoramiento dietético externo, 45% en los primeros seis meses tras el diagnóstico, 25% entre seis y 12 meses y 25% más allá de los tres años. En relación con la actividad de la EI, en 60% de los casos se buscó asesoramiento estando la EI activa, 20% inactiva y 8% tras la cirugía por EI. Doce por ciento de los encuestados buscó asesoramiento dietético externo por otros motivos no relacionados con la EI. En relación con el profesional que proporcionó el asesoramiento dietético externo fue un nutricionista/dietista con actividad en el ámbito privado en 36% de los casos, el facultativo de referencia de su EI en 26%, el dietista/nutricionista del hospital en 10% y 28% acudieron a otros profesionales (cualificados o no).

En cuanto a las recomendaciones dietéticas externas, fundamentalmente se reportaron cuatro recomendaciones con una frecuencia similar: dieta sin lácteos (29%), baja en grasas (27%), sin gluten (23%) y baja en fibra (21%). Estas recomendaciones se siguieron durante un mínimo de 12 meses en 53% de los pacientes. En relación con la exclusión de algún alimento o grupo de alimentos, 61% de los pacientes reconoció haber excluido alguno, siendo los más frecuentemente excluidos los lácteos, las verduras, el gluten y las grasas (26, 16, 15 y 8%, respectivamente), con exclusión permanente del alimento hasta en el 57% de los casos. La ayuda percibida en el asesoramiento dietético externo evaluado mediante una escala visual analógica obtuvo una puntuación mediana de 7,5 (IIC, 5,50-9,50), con una mejoría percibida de la sintomatología digestiva en 73% de los casos y del cansancio en 9%. Finalmente, 11% de los pacientes reconoció haber practicado ayuno con finalidad terapéutica, 38% de los cuales de forma periódica.

Cuando se analizaron diferentes factores asociados a la búsqueda de asesoramiento dietético externo, tan solo el sexo femenino mostró una asociación estadísticamente significativa hacia la búsqueda de asesoramiento (tabla 1). Respecto al tratamiento médico, los que recibían tratamiento biológico en un 49% de los casos buscaron asesoramiento seguidos de los pacientes bajo tratamiento con mesalazina (25%), y en mucho menor grado tan solo un 14% de los que estaban bajo tratamiento inmunosupresor. Tan solo un 12% de los pacientes sin tratamiento buscó asesoramiento dietético. La tabla 2 muestra también las diferencias objetivadas entre los pacientes que seguía tratamiento biológico vs. los que no recibieron este tratamiento y entre los pacientes que recibieron tratamiento inmunosupresor o biológico respecto los pacientes que no recibieron ninguno de estos dos grupos de fármacos. Ni la edad actual (no búsqueda vs. búsqueda: $47,8 \pm 13,69$ vs. $46,1 \pm 10,47$, $p = 0,489$), ni la edad al diagnóstico de la enfermedad ($34,2 \pm 14,56$ vs.

$32,2 \pm 13,4$, $p = 0,412$), ni tampoco el tiempo de evolución de la misma ($13,60 \pm 9,53$ vs. $14,38 \pm 10,48$, $p = 0,673$) mostraron una asociación significativa con la búsqueda de asesoramiento dietético.

Discusión

El tratamiento de la EI tiene como objetivo restaurar la calidad de vida mediante la utilización de fármacos o cirugía. A pesar de que el abanico terapéutico disponible en la actualidad es amplio, desde los clásicos esteroides e inmunosupresores tiopurínicos hasta los inmunosupresores selectivos biológicos o de síntesis química, la normalización de la calidad de vida no se consigue en la totalidad de los pacientes, existiendo a menudo una clara disociación entre la valoración del paciente y la del facultativo^{16–19}. A pesar de que no se ha podido demostrar que ningún alimento pueda desencadenar un brote de actividad de la EI, los pacientes tienden a relacionar la sintomatología digestiva que presentan con los alimentos ingeridos en las horas previas^{14,15,20,21} derivando a menudo en la exclusión de alimentos, incluso de forma permanente con el consecuente riesgo de inducir o empeorar el estado nutricional^{22–24}.

La malnutrición asociada a la EI suele ser multifactorial. Si bien la actividad inflamatoria es su principal causa, la anorexia y el dolor abdominal asociados a la misma, el ayuno para realización de pruebas diagnósticas o las modificaciones dietéticas inadecuadas pueden también agravarla. La malnutrición se ha asociado con una peor respuesta al tratamiento médico, mayor frecuencia de complicaciones postoperatorias, hospitalizaciones más largas y una disminución en la calidad de vida²³. Por tanto, es crucial el papel del profesional de la salud en el asesoramiento y manejo nutricional en este escenario^{24–25}. Por otra parte, los pacientes confieren un peso importante a la dieta, ya sea por el auge y popularidad de terapias «naturales» y de lo razonable y fácil que pueda parecer el manejar una enfermedad digestiva mediante modificaciones dietéticas que los pacientes pueden asumir con facilidad y a menudo reclaman información al respecto. A pesar de todo ello, las guías de práctica clínica y documentos de consenso solo incluyen recomendaciones genéricas, centrándose casi de forma exclusiva en el abordaje nutricional del paciente en un brote grave hospitalizado, con escasas recomendaciones para el resto de los escenarios clínicos, a excepción de las estenosis^{26–27}. Cuando analizamos la percepción de la calidad de información dietética recibida por nuestros pacientes, obtuvo una puntuación mediana de 7,00 (IIC, 4,50-9) pudiéndose considerar suficiente, si bien el margen de optimización en este campo parece evidente. En un estudio reciente realizado en nuestro medio, Casanova et al.²⁴ constataron que solo la mitad de los pacientes habían recibido consejos dietéticos frente a 73% comunicado en un estudio británico²⁸ y el 33% de un estudio francés²⁹. Vries et al.²¹ constataron que más de la mitad de los pacientes recibieron información nutricional de su gastroenterólogo, pero 70% afirmaron querer recibir más información, de hecho hasta un 50% de los pacientes conceden el mismo peso a la dieta que al tratamiento médico³⁰. El interés acerca del asesoramiento dietético alcanzó 90% en los pacientes españoles²⁴ y el 67% en un estudio británico¹⁴, demostrando su preocupación por

este aspecto, comportando que hasta un 40% de los pacientes encuestados buscara asesoramiento dietético externo, resultados que concuerdan con los obtenidos en otros estudios en los que si bien la demanda por parte del paciente de asesoramiento nutricional es alta, la información recibida es baja²³ y con la percepción por parte del paciente de que el facultativo no dispone de tiempo suficiente^{14,31}.

Acerca de las restricciones alimentarias se han reportado porcentajes de 65%²⁴, en nuestro estudio fueron de 61% con una permanencia en estos hábitos de hasta 57% de los casos. Acerca de las modificaciones dietéticas, pocas han demostrado realmente ser efectivas en la EII, la dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP) reduce la sintomatología de una gran parte de los pacientes con EII³², particularmente en el manejo de los síntomas intestinales persistentes en pacientes con EII inactiva¹³. Sin embargo, en la revisión del grupo de nutrición y dieta de la *European Crohn's and Colitis Organisation* se afirma que solo dos de estas dietas, la dieta de carbohidratos específicos que eliminan azúcares, alimentos procesados, conservantes, todos los granos, verduras con almidón y los lácteos y la dieta de exclusión de la EC que elimina gluten, productos lácteos, alimentos procesados, azúcares y carne roja han demostrado reducir parámetros inflamatorios²⁷. Contrariamente a lo expuesto, en nuestro estudio las recomendaciones dietéticas realizadas por parte de nutricionistas se centraron en la dieta sin lácteos, baja en grasa, sin gluten y baja en fibra. Nuevamente, nuestros resultados coinciden con estudios previos; los productos lácteos son los más frecuentemente excluidos alcanzando un 16-34% de los pacientes con EII^{24,28,29}, habiéndose reportado también la exclusión del resto de alimentos^{24,28,29,31}. Además, Casanova et al.²⁴ observaron una mayor tasa de exclusión de alimentos en pacientes con EC, dato que no ha podido ser replicado en nuestro estudio.

El 73% de los pacientes que siguieron modificaciones dietéticas consideraron obtener un beneficio terapéutico respecto a sus síntomas digestivos. En un estudio piloto sobre dieta FODMAP³³, 50% de los pacientes lograba reducir el dolor abdominal, la distensión y la diarrea. Zallot et al. reportaron que menos de la mitad de sus pacientes se beneficiaron de los consejos dietéticos obtenidos²⁹, mientras que de Vries et al.²¹ reportaron un beneficio en 70% de los pacientes en cuanto a los consejos dietéticos. Sin duda, las características de las poblaciones estudiadas (proporción de pacientes con actividad inflamatoria, grado de inflamación, proporción de pacientes con factores asociados a sobrecrecimiento bacteriano –estenosis, ausencia de válvula ileocecal, gastrectomía o *bypass* intestinal o malabsorción de sales biliares–) puede explicar la heterogeneidad de los resultados obtenidos en los diferentes estudios e incluso el efecto de determinadas dietas. La elevada proporción de percepción positiva de las modificaciones dietéticas en nuestro estudio podría explicar que se siguieran por lo menos durante un año en el 53% de los pacientes y más de dos años en el 35%. Sorprendentemente, el 61% excluyeron algún alimento y el 57% lo hicieron de forma permanente. Esto ocurrió con mayor frecuencia en mujeres, habiéndose observado ya previamente una mayor tendencia a eliminar alimentos de la dieta y a valorar la nutrición como tratamiento adicional en el sexo femenino²¹. En un estudio italiano publicado en 2019 se refleja que 70% de los pacien-

tes elimina al menos un alimento de su dieta por decisión propia³⁴. Estos datos sugieren que en los pacientes con EII eliminan alimentos que creen relacionados con los síntomas intestinales con más frecuencia que seguir un régimen dietético estricto.

La exclusión de alimentos de forma permanente puede comportar ciertos riesgos. Sabemos que los pacientes con EII tienen un mayor riesgo de padecer deficiencias nutricionales tales como calcio, vitamina D, hierro, ácido fólico, etc., a causa de la propia inflamación crónica y los fármacos para tratarla¹. En el caso de excluir los lácteos, por ejemplo, se elimina una fuente principal de calcio que puede repercutir en una mayor alteración en la mineralización ósea. Así también, realizar una dieta baja en fibra podría ser perjudicial por el efecto anticarcinogénico que provoca^{35,36}.

En conclusión, nuestro estudio constata un elevado interés en la información y asesoramiento dietético en la EII que conlleva una valoración medianamente adecuada de la información recibida en la consulta de forma habitual, una elevada proporción de pacientes buscan asesoramiento externo y excluyen alimentos o siguen dietas de exclusión de forma injustificada e inadecuada. Una correcta información y educación sanitaria podría evitar la adopción de dietas de exclusión no justificadas. Así pues, es importante considerar la dieta como un aspecto relevante en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

Conflicto de Intereses

CGV: he recibido soporte económico para actividades educativas de Janssen.

JGA: ha recibido soporte económico para actividades educativas Pfizer, Dr. Falk Pharma y Janssen.

FB: ha recibido soporte económico para actividades educativas y de viaje de Abbvie, Dr. Falk Pharma, Ferring, Janssen, Kern Pharma, MSD, Norgine, Pfizer, Takeda and Tillotts Pharma. Y ponente por parte de Pfizer.

CGM: ha recibido soporte económico para actividades educativas de Abbvie, MSD, Pfizer, Takeda, Janssen, Ferring, Norgine y Kern Pharma.

ALB: no ha recibido soporte económico para actividades educativas.

EGP: ha recibido soporte económico para actividades educativas MSD, Abbvie, Kern, Gebro, Pfizer, Takeda, Janssen, Ferring, Shire Pharmaceuticals, Faes, Tillotts Pharma y Pfizer.

Bibliografía

1. Owczarek D, Rodacki T, Domagała-Rodacka R, Cibor D, Mach T. Diet and nutritional factors in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2016;22:895–905.
2. Kleinewietfeld M, Manzel A, Titz J, Kvakan H, Yosef N, Linker RA, et al. Sodium chloride drives autoimmune disease by the induction of pathogenic T H 17 cells. *Nature*. 2013;496:518–22.
3. Weingarden AR, Vaughn BP. Intestinal microbiota, fecal microbiota transplantation, and inflammatory bowel disease. *Gut Microbes*. 2017;8:238–52.
4. Marchesi JR, Adams DH, Fava F, Hermes GD, Hirschfield GM, Hold G, et al. The gut microbiota and host health: a new clinical frontier. *Gut*. 2016;65:330–9.

5. Ni J, Wu GD, Albenberg L, Tomov VT. Gut microbiota and IBD: causation or correlation? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;14:573–84.
6. Maslowski KM, Mackay CR. Diet, gut microbiota and immune responses. *Nat Immunol*. 2011;12:5–9.
7. Mariño E, Richards JL, McLeod KH, Stanley D, Yap YA, Knight J, et al. Gut microbial metabolites limit the frequency of autoimmune T cells and protect against type 1 diabetes. *Nat Immunol*. 2017;18:552.
8. Castro F, de Souza HSP. Dietary Composition and Effects in Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients*. 2019;11:1398.
9. Magnus P, Jaakkola JJ. Secular trend in the occurrence of asthma among children and young adults: Critical appraisal of repeated cross sectional surveys. *BMJ*. 1997;314:1795–9.
10. Lee D, Albenberg L, Compher C, Baldassano R, Piccoli D, Lewis JD, et al. Diet in the pathogenesis and treatment of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2015;148:1087–106.
11. Alcalde-Cabero E, Almazan-Isla J, Garcia-Merino A, de Sá J, de Pedro-Cuesta J. Incidence of multiple sclerosis among european economic area populations, 1985-2009: The framework for monitoring. *BMC Neurol*. 2013;13:58.
12. Krawiec J, Odes HS, Lasry Y, Krugliak P, Weitzman S. Aspects of the epidemiology of Crohn's disease in the Jewish population in Beer Sheva, Israel. *Isr J Med Sci*. 1984;20:16–21.
13. Cox SR, Lindsay JO, Fromentin S, Stagg AJ, McCarthy NE, Galleron N, et al. Effects of Low FODMAP Diet on Symptoms, Fecal Microbiome, and Markers of Inflammation in Patients With Quiescent Inflammatory Bowel Disease in a Randomized Trial. *Gastroenterology*. 2020;158:176–88.e7.
14. Limdi JK. Dietary practices inflammatory bowel disease. *Indian J Gastroenterol*. 2018;37:284–92.
15. Raman M, Ghosh S. Diet and Nutrition in IBD—Progress and Gaps. *Nutrients*. 2019;11:1740.
16. Casellas F, Calvet X, Carpio D, Vera I, Saldaña R, Mínguez M, et al. Factors associated with quality of care in inflammatory bowel diseases: a view from patient's side using the IQCARO quality of care decalogue. *BMC Gastroenterol*. 2021;21:412.
17. Bortoli A, Daperno M, Kohn A, Politi P, Marconi S, Monterubbianesi R, et al. Patient and physician views on the quality of care in inflammatory bowel disease: results from SOLUTION-1, a prospective IG-IBD study. *J Crohns Colitis*. 2014;8:1642–52.
18. Jelsness-Jørgensen L-P, Bernklev T, Hovde Ø, Prytz Berset I, Huppertz-Hauss G, Moum B, et al. Patients' perceptions of quality of care and follow-up in inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 2016;51:434–41.
19. WHO. Maternal, newborn, child and adolescent health [Internet]. WHO. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent
20. Hou JK, Lee D, Lewis J. Diet and inflammatory bowel disease: review of patient-targeted recommendations. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12:1592–600.
21. de Vries JHM, Dijkhuizen M, Tap P, Witteman BJM. Patient's Dietary Beliefs and Behaviours in Inflammatory Bowel Disease. *Dig Dis*. 2019;37:131–9.
22. Durchschein F, Petritsch W, Hammer HF. Diet therapy for inflammatory bowel diseases: The established and the new. *World J Gastroenterol*. 2016;22:2179–94.
23. Lim HS, Kim SK, Hong SJ. Food Elimination Diet and Nutritional Deficiency in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Clin Nutr Res*. 2018;7:48–55.
24. Casanova MJ, Chaparro M, Molina B, Merino O, Batanero R, Dueñas-Sadornil C, et al. Prevalence of Malnutrition and Nutritional Characteristics of Patients With Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2017;11:1430–9.
25. Richman E, Rhodes JM. Review article: evidence-based dietary advice for patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;38:1156–71.
26. Bischoff SC, Escher J, Hébuterne X, Klęk S, Krznaric Z, Schneider S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2020;39:632–53.
27. Sigall-Boneh R, Levine A, Lomer M, Wierdsma N, Allan P, Fiorino G, et al. Research Gaps in Diet and Nutrition in Inflammatory Bowel Disease. A Topical Review by D-ECCO Working Group [Dietitians of ECCO]. *J Crohns Colitis*. 2017;11:1407–19.
28. Jowett SL, Seal CJ, Phillips E, Gregory W, Barton JR, Welfare MR. Dietary beliefs of people with ulcerative colitis and their effect on relapse and nutrient intake. *Clin Nutr*. 2004;23:161–70.
29. Zallot C, Quilliot D, Chevaux JB, Peyrin-Biroulet C, Guéant-Rodriguez RM, Freling E, et al. Dietary beliefs and behavior among inflammatory bowel disease patients. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19:66–72.
30. Tomar SK, Kedia S, Upadhyay AD, Bopanna S, Yadav DP, Goyal S, et al. Impact of dietary beliefs and practices on patients with inflammatory bowel disease: An observational study from India. *JGH Open*. 2017;1:15–21.
31. Tinsley A, Ehrlich OG, Hwang C, Issacson K, Zapala S, Weaver A, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding the role of nutrition in IBD among patients and providers. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22:2474–81.
32. Molendijk I, Van der Marel S, Maljaars PWJ. Towards a Food Pharmacy: Immunologic Modulation through Diet. *Nutrients*. 2019;11:1239.
33. Gearry RB, Irving PM, Barrett JS, Nathan DM, Shepherd SJ, Gibson PR. Reduction of dietary poorly absorbed short-chain carbohydrates (FODMAPs) improves abdominal symptoms in patients with inflammatory bowel disease—a pilot study. *J Crohns Colitis*. 2009;3:8–14.
34. Larussa T, Suraci E, Marasco R, Imeneo M, Abenavoli L, Luzza F. Self-Prescribed Dietary Restrictions are Common in Inflammatory Bowel Disease Patients and Are Associated with Low Bone Mineralization. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55:507.
35. Loke YL, Chew MT, Ngeow YF, Lim WWD, Peh SC. Colon carcinogenesis: The interplay between diet and gut microbiota. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020;10:603086.
36. Modan B, Barell V, Lubin F, Modan M, Greenberg RA, Graham S. Low fiber intake as an etiologic factor in cancer of the colon. *J Natl Cancer Inst*. 1975;55:15–8.