

Dieta Baja en FODMAP en el Síndrome de Intestino Irritable

Resumen objetivo elaborado
por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo
**Efficacy of a Low FODMAP Diet in Irritable Bowel Syndrome:
Systematic Review and Network Meta-analysis**

de
Black C, Staudacher H, Ford A

integrantes de
University of Leeds, Leeds, Reino Unido; Deakin University, Geelong, Australia

El artículo original, compuesto por 10 páginas, fue editado por

Gut

71(6):1117-1126, Jun 2022



En pacientes con síndrome de intestino irritable, la dieta baja en FODMAP supera en eficacia a la dieta habitual y otras intervenciones para la mejoría de los síntomas globales, y ocupa el primer lugar en eficacia para la mejoría del dolor abdominal y la distensión abdominal.

Introducción

La prevalencia estimada del síndrome de intestino irritable (SII) en la población general es de entre 4% y 10%. El SII se considera un trastorno de la interacción entre el intestino y el cerebro, de evolución crónica, con recaídas y remisiones. Las manifestaciones clínicas del SII afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes; la enfermedad genera costos elevados para los sistemas de salud. La eficacia de las distintas estrategias terapéuticas que se indican en pacientes con SII solo es moderada; incluso, las opciones más nuevas solo se asocian con mejoría sintomática leve respecto del placebo, y son sumamente costosas. Más del 80% de los pacientes con SII refieren síntomas relacionados con la ingesta de ciertos alimentos; un porcentaje alto de individuos introduce modificaciones dietarias para el alivio de los síntomas. Uno de los abordajes que recibe mayor atención en este sentido es la dieta con contenido bajo de carbohidratos y alcoholes fermentables (*food oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols* [FODMAP]), presentes en ciertas frutas, verduras, legumbres y azúcares artificiales. La fructosa, los polioles y la lactosa no absorbidos aumentan la cantidad de agua en intestino delgado, en tanto que los fructanos y los galacto-oligosacáridos no digeridos sufren fermentación microbiana en el colon, efectos que pueden ser causa de síntomas en algunos pacientes con SII. La dieta baja en FODMAP consiste en 3 pasos: un período de restricción de entre 4 y 6 semanas, la reintroducción de alimentos individuales para determinar la tolerancia a estos, y la identificación de la dieta FODMAP óptima para cada paciente. Diversos estudios controlados y aleatorizados y metanálisis publicados en los últimos 10 años mostraron que la primera parte de la dieta es eficaz para el alivio global de los síntomas del SII. Las guías del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Reino Unido recomiendan la dieta baja en FODMAP para pacientes con persistencia de los síntomas, luego de implementar cambios generales en el estilo de vida y la dieta. Sin embargo, las recomendaciones del NICE y de

la *British Dietetic Association* (BDA) se basan en evidencia ampliamente empírica. Por lo tanto, el objetivo de este metanálisis en red fue determinar la eficacia de la dieta baja en FODMAP (DBF) en pacientes con SII, respecto de diferentes comparadores, sobre los síntomas globales e individuales.

Métodos

Los artículos publicados hasta el 2 de abril de 2021 se identificaron mediante búsquedas en Embase, Embase *Classic*, el *Cochrane central register of controlled trials* y *clinicaltrials.gov*. Se revisaron las comunicaciones en conferencias de la *Digestive Diseases Week*, el *American College of Gastroenterology*, la *United European Gastroenterology Week* y la *Asian Pacific Digestive Week*, entre 2001 y 2021. Se incluyeron ensayos clínicos controlados y aleatorizados efectuados con adultos con SII, de cualquier subtipo, asignados a DBF o a cualquier otra intervención alternativa, durante 2 semanas como mínimo. Se determinó la eficacia de la DBF en términos de los índices de fracaso terapéutico y la seguridad (efectos adversos). Se consideraron los síntomas globales e individuales del SII. Se tuvieron en cuenta el contexto en el cual se llevó a cabo el estudio (primario, secundario o terciario), el porcentaje de mujeres, los criterios diagnósticos aplicados, el porcentaje de pacientes con cada uno de los subtipos de SII, la duración del seguimiento y el modo de aplicación de la DBF y de las dietas alternativas. Se estimaron los riesgos relativos (RR), con intervalos de confianza del 95% (IC 95%), con modelos de efectos aleatorios. La heterogeneidad entre los estudios se determinó con los estadísticos I^2 y τ^2 . La eficacia se analizó como variable dicotómica de mejoría global de los síntomas o de los síntomas individuales del SII. El *ranking* de las intervenciones se estableció con puntajes P (PP); los PP se basan únicamente en las estimaciones puntuales y los errores estándar de las estimaciones en red, y permiten determinar la magnitud promedio de certeza de que una intervención sea superior otra; a mayor puntaje, mayor probabilidad de que una determinada intervención sea la mejor.

Resultados

Se identificaron 1231 artículos, 13 de los cuales, con 944 pacientes, fueron aptos para el presente metanálisis.

Efectos de la DBF sobre la totalidad de los síntomas del SII

Se analizaron 13 estudios clínicos, sin heterogeneidad importante ($\tau^2 = 0$); el gráfico en embudo mostró resultados simétricos, aunque se observó asimetría para los datos globales emparejados (prueba de Egger, $P = 0.043$). En comparación con la dieta habitual, la DBF se ubicó en primer lugar (RR para la ausencia de mejoría de los síntomas globales del SII = 0.67; IC 95%: 0.48 a 0.91, PP = 0.99), de modo que la probabilidad de que la DBF sea la intervención más eficaz, respecto de cada una de las restantes intervenciones, fue del 99%. Entre las intervenciones control, la dieta sugerida por las guías de la BDA o del NICE ocuparon el segundo lugar (RR = 0.82; IC 95%: 0.57 a 1.18, PP = 0.71), mientras que la dieta con contenido alto de FODMAP ocupó el último lugar (PP = 0.10). La DBF fue superior a las restantes intervenciones, incluidas las recomendaciones dietarias de la BDA y el NICE. En 7 estudios se analizó la respuesta a la DBF, como disminución de 50 puntos en la escala sintomática global (*irritable bowel syndrome-severity scoring system* [IBS-SSS]). En el análisis de estos trabajos, la DBF se mantuvo en el primer lugar, aunque no resultó más eficaz que la dieta habitual (RR = 0.76; IC 95%: 0.53 a 1.11, PP = 0.97). Sin embargo, fue más eficaz que las dietas del BDA/NICE y de la dieta con contenido alto de FODMAP. En el análisis de los estudios en los cuales solo se incluyeron pacientes con SII y diarrea como síntoma predominante (SII-D), o en los que se excluyeron los individuos con SII y constipación como síntoma predominante (SII-C), la DBF ocupó el primer lugar en eficacia para el alivio de la totalidad de los síntomas (RR = 0.41; IC 95%: 0.20 a 0.82, PP = 0.99) y fue superior a las restantes alternativas.

Gravedad del dolor abdominal

Se analizaron los datos de 12 estudios con 914 pacientes, 459 de ellos asignados a DBF. Se observó heterogeneidad moderada ($\tau^2 = 0.068$) y asimetría en el gráfico de los datos totales emparejados (prueba de Egger, $P = 0.025$).

En comparación con la dieta habitual, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue superior en términos de eficacia (RR para la no mejoría del dolor abdominal de 0.72; IC 95%: 0.47 a 1.10, PP = 0.92). En 9 estudios se consideró la mejoría sintomática del 30% en el IBS-SSS. En estos trabajos, la DBF ocupó el primer lugar, pero igualmente no fue más eficaz que la dieta habitual (RR = 0.74; IC 95%: 0.43 a 1.28, PP = 0.94).

En el análisis de los 7 estudios en los cuales solo se analizaron pacientes con SII-D, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue superior en eficacia a la dieta habitual (RR = 0.63; IC 95%: 0.22 a 1.81, PP = 0.91).

Gravedad de la distensión abdominal

Se analizaron 12 estudios con 914 pacientes; se observó heterogeneidad moderada entre ellos ($\tau^2 = 0.058$), sin evidencia de asimetría en el gráfico en embudo (prueba de Egger, $P = 0.31$). En comparación con la dieta habitual, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue superior en eficacia (RR de no mejoría de la distensión abdominal de 0.71;

IC 95%: 0.47 a 1.06, PP = 0.82). Sin embargo, la DBF superó en eficacia a las dietas del NICE y de la BDA. En 9 trabajos se consideró el índice de pacientes con mejora sintomática del 30% en el IBS-SSS. En el análisis de estos estudios, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue más eficaz que la dieta habitual (RR = 0.80; IC 95%: 0.49 a 1.30, PP = 0.84), aunque superó en eficacia a la dieta del BDA/NICE. En el análisis de los 7 trabajos con pacientes con SII-D, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue superior a la dieta habitual (RR = 0.46; IC 95%: 0.18 a 1.20, PP = 0.86). Incluso así, fue superior a la dieta del BDA/NICE.

Mejoría de los hábitos intestinales

Se analizaron 10 estudios con 807 pacientes, 407 de ellos asignados a DBF; se registró heterogeneidad moderada ($\tau^2 = 0.071$), con asimetría de los datos en el gráfico en embudo (prueba de Egger, $P = 0.0034$). En comparación con la dieta habitual, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue superior en eficacia (RR para la ausencia de mejoría = 0.62; IC 95%: 0.37 a 1.04, PP = 0.88). En 8 estudios se consideró la mejoría del 30% en el IBS-SSS. En el análisis de estos artículos, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue más eficaz que la dieta habitual (RR = 0.60; IC 95%: 0.31 a 1.18, PP = 0.84). En el análisis de los 6 ensayos solo con pacientes con SII-D, la DBF ocupó el primer lugar, pero no fue superior a la dieta control (RR = 0.82; IC 95%: 0.51 a 1.32, PP = 0.87).

Conclusión

El SII es una enfermedad frecuente, para la cual no se dispone de tratamientos realmente eficaces. Muchos pacientes con SII refieren síntomas relacionados con la ingesta y, por lo tanto, aceptan intervenciones basadas en cambios en los hábitos dietarios. Las guías recomiendan, entre otras, la DBF, cuando las recomendaciones generales no resultan eficaces para el alivio de los síntomas. En el presente metanálisis, la DBF ocupó el primer lugar en términos de eficacia, para todos los criterios de valoración, en comparación con las intervenciones alternativas, incluidas las recomendaciones del NICE y de la BDA. De hecho, la DBF fue significativamente más eficaz que la dieta habitual para la mejoría de los síntomas globales del SII, como también para el alivio de los síntomas individuales, mientras que las dietas del NICE o de la BDA no superaron en eficacia a ninguna de las otras intervenciones, en ninguno de los análisis. La DBF ocupó el primer lugar y fue superior en eficacia a todas las intervenciones alternativas, un hallazgo que avala la recomendación de su aplicación. Cabe destacar, sin embargo, que los estudios incluidos en esta revisión no se realizaron en el entorno de atención primaria; en casi todos los trabajos la DBF fue implementada por especialistas en nutrición, un aspecto que limita considerablemente su aplicabilidad para la práctica asistencial. En 7 ensayos se excluyeron pacientes con SII-C, de modo que los beneficios de la dieta en este subtipo de individuos son menos conocidos. Solo en un trabajo se evaluaron los efectos de la reintroducción de FODMAP sobre los síntomas. La calidad de la evidencia, en todos los casos, fue baja o muy baja. Tampoco se consideró la fase de personalización, de modo que se requieren más estudios para determinar con precisión la aplicabilidad de este tipo de intervención dietaria para el abordaje de pacientes con SII, en atención primaria de la salud.