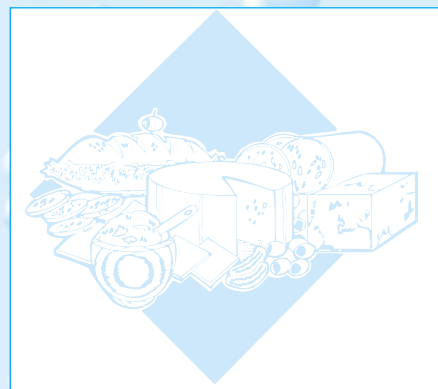
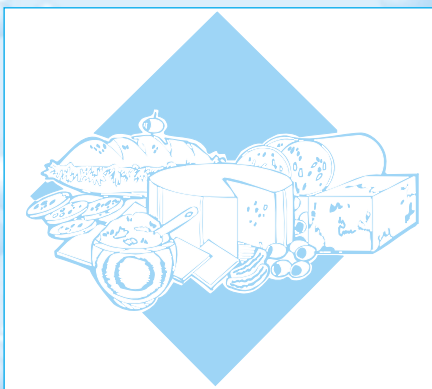
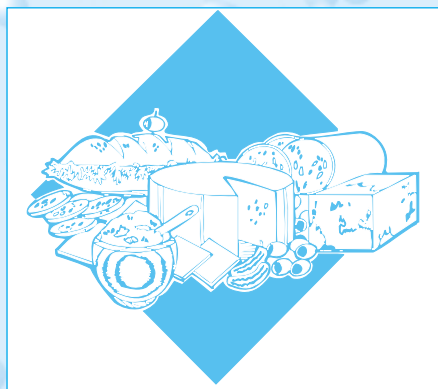


Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

nº 1 año 2002



Información conjunta GETECCU / ACCU



Nutrición, dieta y EII

E. Cabré Gelada



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA



ACCU
ASOCIACIÓN DE ENFERMOS
DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU / ACCU

COMITÉ EDITORIAL

Ángel Crespo (ACCU)

Jocelyne Favorin (ACCU)

Miguel Ángel Gassull (GETECCU)

Antoni Obrador (GETECCU)

León Pecasse (ACCU)

Nutrición, dieta y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

AUTOR: Eduard Cabré

Servicio de Aparato Digestivo

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Dep. legal:



© Reservados todos los derechos sobre esta publicación. Se prohíbe la reproducción por cualquier medio o soporte del contenido total o parcial de esta publicación sin la autorización expresa del editor.

Nutrición, dieta y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Tanto la enfermedad de Crohn (EC) como la colitis ulcerosa (CU) afectan al tubo digestivo. Por lo tanto, es lógico deducir que los pacientes que padecen estas enfermedades puedan presentar con gran frecuencia deficiencias nutricionales. Éstas se pueden poner de manifiesto en forma de adelgazamiento, anemia, descalcificación de los huesos, retraso del crecimiento en niños y adolescentes, etc. En consecuencia, los aspectos dietéticos del tratamiento de estas enfermedades adquieren gran importancia, sobre todo teniendo en cuenta que en muchos casos los pacientes limitan su dieta sin una base científica sólida. Los párrafos siguientes pretenden aclarar algunos de estos aspectos.

¿Por qué se desnutren los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

Toda desnutrición es el resultado de un balance negativo entre las entradas de nutrientes y las necesidades o pérdidas de los mismos. En la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, esto se produce por cuatro mecanismos básicos (cuya importancia relativa es variable en cada enfermo):

- a) Disminución de la ingestión de alimentos:** muchos enfermos comen poco y mal porque la enfermedad les quita el apetito. En otros casos, los pacientes tienen miedo a comer porque el hecho de hacerlo les provoca síntomas. Finalmente, otros pacientes restringen o evitan determinados alimentos por prescripción facultativa (en muchos casos, como veremos más adelante, con poco fundamento).
- b) Problemas de asimilación de los alimentos en el intestino:** se producen cuando enferma el intestino delgado (por tanto, *no ocurren en la colitis ulcerosa*, que sólo afecta al colon), y dependen de la extensión y gravedad de la inflamación. Naturalmente, los pacientes a los que ha habido que extirparles una porción importante del intestino delgado también presentan este problema. Sin embargo, la afectación o resección de la parte final del intestino delgado (íleon terminal), aun siendo poco extensa, puede acompañarse de un déficit de algunos nutrientes, como la vitamina B₁₂, que se absorbe exclusivamente en esta zona del intestino y, en ocasiones, de las grasas.

c) Pérdidas de proteínas y otros elementos a través del tubo digestivo:

la inflamación y la aparición de úlceras en el revestimiento interno (mucosa) del intestino delgado y del colon provoca que se pierdan por las heces (en forma de diarrea, sangre y mucosidad) sustancias tales como proteínas, hierro y sales (sodio, potasio). Los corticoides también producen pérdidas de proteínas y calcio.

d) Aumento del consumo de energía:

la inflamación es un proceso que consume gran cantidad de energía (calorías). Por lo tanto, las necesidades de calorías aumentan durante los períodos de actividad de la enfermedad. Si la cantidad de calorías de la dieta es insuficiente para cubrir estas necesidades, el organismo echa mano de las reservas de grasa, con el consiguiente adelgazamiento.

¿Cuáles son los objetivos de la dieta en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa?

Es obvio que el objetivo principal de la dieta en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa es *prevenir y corregir la desnutrición que acompaña a estas enfermedades*. Esto se consigue con una dieta *lo más libre y variada* posible. Hay que prestar especial atención a la ingestión adecuada de *proteínas, calcio y hierro*. Las fuentes principales de proteína son la leche y sus derivados, los huevos, las carnes y los pescados de todo tipo y las legumbres. Las fuentes de calcio por excelencia son la leche y los derivados lácteos. El hierro se encuentra sobre todo en las carnes rojas, el hígado, las legumbres, algunos cereales y los frutos secos. Este objetivo de prevención y tratamiento de la desnutrición debe compaginarse con el de no empeorar (y, si es posible, mejorar) los síntomas de la enfermedad (dolor abdominal, diarrea, etc.).

¿Qué alimentos hay que evitar durante los brotes de actividad?

En la actualidad, no hay pruebas suficientemente convincentes de que ningún alimento concreto esté implicado en el desencadenamiento, perpetuación o empeoramiento de la actividad inflamatoria en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. En consecuencia, y teniendo en cuenta la necesidad de preve-

nir la desnutrición, los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en brote deberán evitar *sólo aquellos alimentos que de forma repetida y sistemática aumenten sus síntomas*. De hecho, la aparición o empeoramiento de un síntoma tras la ingestión de un alimento concreto puede ser una pura casualidad. Por lo tanto, si se “le echa la culpa” de todo síntoma al alimento previamente ingerido, se corre el riesgo de acabar haciendo una dieta excesivamente monótona y, por tanto, deficitaria. En este contexto, existen dos tipos de alimentos cuyo consumo suele plantear dudas a los pacientes: los lácteos y la fibra.

Consumo de lácteos en los brotes de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa

No existe *ningún fundamento científico para prohibir el consumo de productos lácteos* a los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa por el mero hecho de padecer estas enfermedades. Que se sepa, ningún componente de la leche es capaz de favorecer la inflamación intestinal, desencadenar un brote y, mucho menos, causar la enfermedad. Como se ha mencionado más arriba, la leche y sus derivados son *la más importante fuente de calcio* que es necesario para prevenir la descalcificación de los huesos, frecuente en estas enfermedades y favorecida por algunos de sus tratamientos (cortisona y derivados). Sin embargo, es cierto que un determinado porcentaje de personas no son capaces de asimilar totalmente la *lactosa* (el azúcar que normalmente contiene la leche y le da su sabor dulzón). Cuando la lactosa que no se ha absorbido en el intestino delgado llega al colon, puede provocar diarrea o gases. Este fenómeno, que es *independiente* del hecho de padecer enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, puede ocurrir también en pacientes con estas enfermedades, y en ellos la ingestión de leche puede aumentar sus síntomas (sobre todo la diarrea). Por tanto, los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa *sólo deben limitar el consumo de leche durante los brotes si este consumo de leche claramente aumenta su diarrea*. La mayoría de los pacientes que no toleran la leche pueden tolerar, sin embargo, otros derivados lácteos como el yogur y los quesos curados, cuyo contenido en lactosa es mucho menor. Por otra parte, hay que hacer hincapié en que la intolerancia a los lácteos depende de la lactosa, y no de la grasa que contienen, por lo que, en general, *no hay razón alguna para sustituir los productos lácteos enteros por otros desnatados o semidesnatados*, salvo en casos excepcionales con enfermedad de Crohn del intestino delgado muy extensa en los que se demuestre la existencia de malabsorción de grasas.

Consumo de fibra en los brotes de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa

Durante los brotes de enfermedad inflamatoria intestinal, es aconsejable hacer una *dieta pobre en residuos*, particularmente aquellos pacientes con enfermedad de Crohn extensa que presentan estrecheces (estenosis) intestinales, o en los brotes de colitis ulcerosa grave o extensa. Esto significa *eliminar de la dieta* la denominada *fibra insoluble* (lignina, celulosa). Este tipo de fibra produce un residuo fecal abundante que puede facilitar la obstrucción intestinal cuando hay estenosis, o dañar la frágil mucosa ulcerada del intestino delgado y colon en los brotes graves. Los alimentos ricos en fibra insoluble son los alimentos integrales, los preparados de cereales tipo All-Bran®, el salvado (de trigo, avena, etc.) y algunos vegetales particularmente “leñosos” (espárragos, alcachofas, legumbres, etc.).

Existe otro tipo de fibra, denominada *fibra soluble* (pectinas, mucílagos, goma de guar, etc.), que está contenida sobre todo en frutas y legumbres. A diferencia de la fibra insoluble, este tipo de fibra produce menos residuo y, además, es *fermentada* cuando llega al colon por las bacterias allí presentes. La fermentación de la fibra soluble produce diversas sustancias, algunas de las cuales son beneficiosas para las células del colon. Como contrapartida, la fermentación de la fibra soluble produce gas, que puede aumentar el dolor abdominal y la sensación de hinchazón durante los brotes. Por tanto, *el consumo de alimentos ricos en fibra soluble sólo deberá limitarse si produce estas molestias* y dependiendo de su intensidad. No obstante, el consumo de frutas depende mucho del tipo de fruta y si un paciente tiene diarreas o no: el membrillo y el plátano estríen, y las cerezas y ciruelas son laxantes.

¿Qué alimentos hay que evitar en los períodos de remisión?

Si las limitaciones dietéticas durante los brotes de actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal son muy pocas, todavía son menos durante los períodos de remisión (cuando no existe brote). De hecho, *la mayoría de pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en remisión pueden seguir una dieta absolutamente normal*. Probablemente, la única excepción son los pacientes con enfermedad de Crohn que presentan estrecheces (estenosis) intestinales persistentes a causa de cicatrices (fibrosis), que deben seguir una *dieta sin residuos* (sin fibra insoluble y con escasa fibra soluble) también durante los períodos de remisión de la enfermedad.

¿Cuál es el papel de la “nutrición artificial” en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa?

En ocasiones, el objetivo de prevenir o corregir la desnutrición no se puede alcanzar haciendo una dieta basada en alimentos normales. En estos casos es útil recurrir a la llamada “nutrición artificial”. Existen dos tipos de nutrición artificial: a) *la nutrición parenteral*, que consiste en la administración de nutrientes directamente a la sangre, por *vía intravenosa*, y b) *la nutrición enteral*, que es la más utilizada y consiste en la administración por *vía digestiva* de dietas líquidas de composición definida. Estas dietas se pueden administrar por vía oral (a pequeños sorbos), pero muchas veces han de ser administradas directamente en el estómago, ya sea a través de una sonda o mediante una comunicación directa desde la pared abdominal (gastrostomía).

La nutrición artificial (sobre todo la nutrición enteral) se emplea generalmente en pacientes muy desnutridos, en los que tienen brotes graves de la enfermedad (que son más propensos a desnutrirse rápidamente). Es interesante destacar que, en los últimos años, se ha visto que la nutrición enteral puede incluso tener un efecto antiinflamatorio sobre el intestino en la enfermedad de Crohn, de manera que, en determinados casos, puede ser el único tratamiento del brote. Este es el caso de los niños con enfermedad de Crohn, en los que los efectos indeseables de la cortisona son particularmente peligrosos. Desgraciadamente, la nutrición enteral no tiene efecto antiinflamatorio en la colitis ulcerosa, como tampoco lo tiene la nutrición parenteral en ninguna de las dos enfermedades.

Una recomendación final

Es importante señalar que las recomendaciones que se han dado en este resumen son de *carácter general* y, por lo tanto, *no* son aplicables a todos los casos. Cada paciente debe tener presente que quien mejor conoce su caso es su *médico* habitual, y es él, en último término, con quien debe comentar su caso y quien mejor va a aconsejarle sobre la mejor dieta o estrategia nutricional a seguir y las limitaciones dietéticas *objetivas* que eventualmente pueda requerir. Con todo, ACCU ha publicado un manual sobre la nutrición en la enfermedad inflamatoria intestinal, para quien esté interesado en informarse sobre detalles más concretos referentes a este tema¹.

¹ *La dieta en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. Manual para el paciente.* L. Pecasse. Editado por ACCU y Ferring. Enero 2002.

