



ERIZAINZAKO UNIBERTSITATE-ESKOLA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA
VITORIA-GASTEIZ

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



CROHN-EN GAIXOTASUNA IGORPEN FASEAN DUTEN HELDUEN MANEJU DIETETIKOA

Berrikusketa bibliografikoa

EUE VITORIA GASTEIZ

Gradu Amaierako Lana

EGILEA: Miriam Amunarriz
Larrañaga

HITZ-KOPURUA: 6301 hitz

Vitoria-Gasteizen,
2021eko Maiatzaren 3an

ESKER ONAK

Lehenik eta behin eskerrak eman nahi dizkiot nire familiari, nire guraso eta anaiari, eta batez ere, Joni, hain gogorra izan den urte honetan zehar nire ondoan egoteagatik.

Blanca, Maialen, Maddi, Ane eta Juleneri baita ere, azken lau urteotan eskainitako laguntza eta une ahaztezinengatik.

Aipamen berezia egin beharra daukat, Gradu Amaierako Lan honen tutoreari, hain zuzen ere, Jagobari, eskainitako denbora eta emandako aholkuengatik.

Azkenik, eskerrak eman nahi dizkiet erizain ona izateko behar diren ezagutzak eta trebetasunak irakatsi dizkidaten irakasle eta gainerako osasun profesionalei.

AURKIBIDEA

SARRERA.....	3
ESPARRU KONTZEPTUALA ETA JUSTIFIKAZIOA	4
HELBURUA.....	9
METODOLOGIA.....	10
Diseinu mota	10
Bilaketa estrategia.....	10
Barneratze irizpideak.....	10
Kanporatze irizpideak.....	11
Artikuluen aukeraketa.....	12
Artikuluen aztertzea.....	12
Artikuluen analisia.....	13
EMAITZAK ETA EZTABAIDA.....	14
Artikuluen ezaugarriak	14
Interbentzio dietetikoak.....	14
Gaixotasunaren igorpen egoerari eutsi.....	15
Gaixotasunaren jarduera-maila murriztu.....	16
Hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arindu.....	18
Bizi-kalitatea	20
LIMITAZIOAK	22
ONDORIOAK	23
BIBLIOGRAFIA.....	25
ERANSKINAK.....	29
1. Eranskina. Crohn-en gaixotasunaren digestio-aparatuaren barne eta kanpoko adierazpen klinikoak.	29
2. Eranskina. Crohn-en gaixotasunaren Montreal sailkapena	30
3. Eranskina. Kontzeptu-taula	31
4. Eranskina. Bilaketa-taula.....	33
5. Eranskina. Fluxu-diagrama	42
6. Eranskina. Ikerketa kuantitatiboko azterketaren irakurketa kritikoa	43
6.1. Eranskina. Ikerketa kuantitatiboko azterketaren irakurketa kritikoa.....	43
6.2. Eranskina. Ikerketa kuantitatiboko azterketaren irakurketa kritikoa.....	48
7. Eranskina. Laburpen-taula.....	53
8. Eranskina. Zuhaitz kategoriala	59
9. Eranskina. Crohn-en gaixotasunaren igorpen faserako esku-hartze dietetikoaren taula.....	60
10. Eranskina. Crohn's disease Activity Index (CDAI).....	63
11. Eranskina. Harvey-Bradshaw Index (HBI).....	65
12. Eranskina. Irritable bowel syndrome severity scoring system (IBS-SSS).....	66

13. Eranskina. Gastrointestinal symptoms rating scale (GSRS).....	67
14. Eranskina. Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)	69

SARRERA

Marko teorikoa eta justifikazioa: Crohn-en gaixotasuna traktu gastrointestinalerako edozein zatiko mukosaren hantura kroniko eta birsortzailea eragin dezakeen hesteetako hanturazko gaixotasuna da. Sintoma nagusien artean pisua galera, sabeleko mina, distentsio abdominala eta beheakoa aurkitzen dira, hauek eguneroko jardueran eta hortaz, gizabanakoen bizi-kalitatean eragin kaltegarria dutelarik. Etiologia ezezaguna izan arren, aipatu beharra dago zenbait ikerketa-ildok, dietak gaixotasunaren agerraldian duen eragina adierazi dutela. Ondorioz, gaixotasunaren izaera kronikoa eta intzidentzia handituz doala ikusita, garrantzitsua izango da erizainen ikuspeirik gaixotasunaren igorpen-fasearen maneiu dietetiko egoki bat egiten jakitea, paziente hauen eguneroko zainketaz arduratzen den profesionala baita, alor anitzeko arreta eskainiz.

Helburua: Esku-hartze dietetiko ezberdinen eraginkortasuna aztertu Crohn-en gaixotasunaren igorpen fasean dauden paziente helduengan, igorpen egoera mantendu, gaixotasunaren jarduera-maila murriztu, hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arindu eta bizi-kalitatea hobetzeko.

Metodologia: 2010-2021 urte bitartean argitaratutako ikerketak erabili dira literaturaren berrikusketan bibliografikoa burutzeko. Honetarako hurrengo datu baseetan burutu dira bilaketak: Medline (Ovid), Embase, Cochrane eta Cinahl. Horrez gain, eskuzko bilaketak burutu dira “Enfermería clínica” eta “Journal of gastrointestinal nursing” aldizkarietan eta RNAO eta NICE praktika klinikorako gidetan.

Emaitzak eta eztabaida: Lortutako 15 artikuluen bidez FODMAP baxuko dieta, baztertze-dietak (IgG4k gidatutako baztertze-dieta, karbohidrato espezifikoen dieta, haragi gorri eta prozesatuen baztertze-dieta), dieta antiinflamatorioa, dieta mediterranea, zuntza eta N-3 gantz poli asegabearen inguruko esku-hartze dietetikoak aztertu dira. Crohn-en gaixotasunaren igorpen egoerari eusteko N-3 gantz-azido poli asegabearen erabileran oinarritutako esku-hartze dietetikoak mesedegarria dela esan daitekeen arren, gainontzeko esku-hartze dietetikoak ikertu dituzten azterlanen iraupen laburrek, igorpenari eusteko duten eraginkortasuna aztertzea ekidin dute. Dena den, aztertutako esku-hartze dietetikoak gaixotasunaren jarduera-maila edo sintomatologiaren maneian lagungarriak gauzatu daitezkeela ikusi da, aurreko hauen eta bizi-kalitatearen hobekuntzaren arteko korrelazioaz jabetuz.

Ondorioak: Eskuratutako ebidentzia mugatua izan arren, aztertutako esku-hartze dietetikoek Crohn-en gaixotasunaren igorpenaren tratamendurako eraginkortasun terapeutikoa dutela erakutsi dute. Hala ere, ikerketa gehiagoren beharra dago, lagin handiagoetan esku-hartze dietetiko ezberdinen epe-luzerako eraginkortasuna aztertuz, bai eta, erizainek gaixotasun honen aholkularitza dietetikoaren arloan burutzen duten esku-hartzeari beharrezkoa den ikusgarritasuna emanez.

Hitz gakoak: Crohn-en gaixotasuna, Igorpen fasea, Dieta, Heldua, Erizaintza zainketak.

ESPARRU KONTZEPTUALA ETA JUSTIFIKAZIOA

Crohn-en gaixotasuna (CG) traktu gastrointestinalerako mukosaren hantura kroniko eta birsortzailea ezaugarri nagusizat duen hesteetako hanturazko gaixotasuna (HHG) da. CG duten pertsonak digestio-hodiaren edozein zatitako mukosaren hantura jasan dezakete, ahotik uzkiraino, honek, erasandako zatiaren geruza guztien kaltea eta funtzionamenduaren asaldatzea gauzatzeko gaitasuna duelarik ⁽¹⁾.

CG gaixotasun idiopatikoa bada ere, gaur egunera arte eskuragarri dagoen ebidentziak hesteetako mikrobiotak gaixotasunaren etiologian zeregin garrantzitsua duela adierazten du, CGren agerraldia, aldeztatik genetikoki baldintzatuta dagoen eta zenbait ingurumen-faktoreen eraginpean dagoen gizabanakoaren hesteetako mukosaren immunitate-sistemaren homeostasian emandako alterazio baten ondorio dela azalduz ^(2, 3).

Gaixotasun honen agerraldia eragin dezaketen ingurumen-faktoreak aztertzean, zenbait ikerketak ondorioztatu zuten, tabakoaren kontsumoarekin batera, higiene goi-mailak eta antibiotikoen gehiegizko erabilera oinarri immunologikoa duen gaixotasun honen pizgarri izan daitezkeela. Bestalde, gaixotasunaren agerpenari dagokionez, zenbait ikerketa-ildoren arabera, zuntz gutxiko dietak eta koipe poli-aseen eta haragi gorriaren irenste masiboak CGren agerpenean lagungarria suerta daitezke. Azkenik, faktore genetikoa aztertzean, CG duten pertsonak genetikoki joera handiagoa dutela onartu arren, geroz eta adostasun handiagoa dago adituen artean, hau herentziaz igortzen ez den gaixotasuna dela adieraziz ⁽⁴⁾.

Kontuan hartuta HHGren intzidentzia aldakorra dela munduan zehar, aipatzekoa da prebalentzia-eta intzidentzia-tasa handienak Mendebaldeko Europan eta Ipar Amerikan daudela, Asiako, Latinoamerikako eta Ekialdeko Europako herrialdeek tasa baxuenak dituztelarik. 2011tik gaur arte, biztanleria handiena duten Europako bost herrialdeetan (Alemania, Frantzia, Erresuma Batua, Italia eta Espainia), Estatu Batuetan eta Japonian HHGren prebalentzia %2,8 handitu da, eta oraindik ere gora egiten jarraituko duela uste da. Espainia mailan, HHGren prebalentzia tasa 100.000 biztanleko 181,4koa da, eta hauetatik %42 CGri dagokio ⁽⁴⁾; intzidentziari erreparatzen badiogu, urtero, 100.000 biztanleko 6 eta 9 bitarte CG kasu berri diagnostikatzen dira ⁽⁵⁾.

Gizabanakoen etniarekin lotutako ezberdintasunik ematen bada ere, CGk lotura handiagoa du bizi-estiloarekin etniarekin baino. Hain zuzen ere, intzidentzia tasa handiagoak agertzen dira hiriko zonaldean landa-eremuan baino, klase sozioekonomiko altuetan prebalentziak gora eginez. Beraz, oinarri immunologikoa duten beste gaixotasun batzuek bezala, CGren eragina herrialdeen garapen sozioekonomikoarekin eta osasun-sistemarekin lotuta dago, batez ere herrialde garatuetan agertzen den gaixotasuna baita ⁽⁴⁾.

CGren agerpena nerabezaro eta helduaroaren hasieran eman ohi da, 15 eta 35 urte bitartean, zenbait ikerketak bigarren diagnostiko piko bat aurkitu dutelarik 60 urte inguruko helduetan. Gaixotasunak antzeko eragina du bi sexuetan; honen arabera prebalentzia aldean inguruan

argitaratutako azterlanek erakutsi dute emakume eta gizonezkoen artean alde argirik ez dela aurkeztzen ^(2, 5).

Aipatutako CGren intzidentzia eta prebalentzia eta prebalentziaren handitze progresiboak zeharo eragiten du ekonomian, osasun kostuaren igoera ekarriz. Hain zuzen ere, Espainia mailan, gutxi gorabehera, 1.083 milioi euroko gastu ekonomikoa suposatzen du urtero, hau da, Espainiako gastu publikoaren %1,8 ⁽⁴⁾. Egindako kalkuluaren arabera, CG duen pertsona batek 7.756 euro gastatzen ditu urtero osasun-laguntza gisa, honela banatuta: %58,1 CGri lotutako kostuak, %33 tratamendu farmakologikoari dagokio eta gainerako %10 kontsulta, proba eta ebakuntzei dagozkien ⁽⁶⁾.

CGren patologiaren bereizgarri nagusia, hanturazko zelulen aktibazioaren ondorioz traktu gastrointestinalerako edozein zatitan eman daitekeen hantura granulomatoso eta transmurala da. Gaixotasun honen hedapena era aldakorrean gertatzen da, "lesio saltoak" deiturikoak sortuz digestio-hodiaren gune bakar batean edo gehiagotan (1, 3). CGren eragin nagusia hestean izan ohi da, hau pairatzen duten pertsonengan ileo eta kolonean (%35), kolonean bakarrik (%32), heste mehean bakarrik (%28) edota eskualde gastroduodenalean (%5) kaltea eraginez ⁽⁷⁾.

Gaixotasun honen bilakaera, noiz eta nola azalera tuko diren aurreikusi ezin den agerraldietan bereizten da, alde batetik, intentsitate eta iraupen aldakorra izan dezaketen agerraldi sintomatikoak izanik, eta bestetik, hilabete edota urteak iraun dezakeen gaixotasunaren igorpena aurkituz ^(8, 9).

CGk eragin sistemikoa izan dezake, adierazpen klinikoak digestio aparatuen barnean edota kanpoan agertuz (1. Eranskina). Sintoma digestiboak aurkezteko modua zeharo aldakorra da, gaixotasunaren kokapenaren, hedaduraren, jardura mailaren eta patriaren arabera aldatzen baita; sintoma nagusien artean, pisuaren galera, sabeleko min errepikaria, distentsio abdominala eta beherakoa dira aipagarrienak. Aipatutako adierazpen klinikoak gaixotasunaren fase aktiboaren bereizgarriak izan arren, ez dira honetara mugatzen; iraupen luzeko igorpenean aurkitzen diren CG duten pertsonen %57k sabeleko mina, distentsio abdominala, flatulentzia eta beherakoa bezalako sintoma funtzionalak izana aitortzen du ⁽¹⁰⁾. Digestio-aparatuen barnean izan daitezkeen konplikazio nagusien artean heste-buxadura, fistula eta abzesu abdominalen eraketa nabarmentzen dira ⁽¹⁾.

Aipatutako konplikazioez gain, berrikusitako literaturak CG duten pertsonen malnutrizio prebalentzia handia deskribatzen duen arren, datu hauek, gehienbat, gaixotasuna aktibo duten pertsonetan oinarrituta daude ⁽¹⁰⁾. Gaixotasun honen inguruko azterketa gehienek malnutrizio prebalentzia oso handia adierazteko arrazoi nagusia, oro har, ospitaleratutako pazienteak zein paziente ambulatorioak barne hartzea da, emaitza gaixotasunaren jardura mailaren arabera ez baita bereizten ⁽⁹⁾.

European's Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) erakundearen aburuz, Montreal sailkapen sistemaren (2. Eranskina) bidezko CGren sailkapena burutzea ezinbesteko urratsa da, honek

gaixotasunaren ezaugarri eta portaera aldeak ezagutzea ahalbidetzen baitu, pazientearen ebaluaketa burutzeko eta tratamenduaren inguruko erabakia hartzeko lagungarria izanik ⁽⁸⁾.

Gaixotasun honen jarduera maila adierazpen objektibo eta subjektiboak aztertuz neur daiteke, Crohn-en gaixotasunaren aktibitate indize (Crohn's Disease Activity Index, CDAI) eta Harvey-Bradshaw-ren indize (Harvey-Bradshaw Index, HBI) klinikoen bidez edota laborategiko datuak aztertuz, hala nola, PCR serikoa eta kalproteina fekala ^(2, 11). CGk gizabanakoen bizi kalitatean izan dezakeen eragin kaltegarriaz jabetzeko, osasunarekin lotutako bizi-kalitatea aztertzea ahalbidetzen duen galdetegi erabilienean artean "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ) galdetegia edo horren bertsio laburtua (SIBDQ) aipatu behar dira ⁽¹²⁾.

CGren izaera kronikoak hau pairatzen duten pertsonen bizitza osorako zainketak behar izatea eragiten du, gaixotasunak erasandako gunearen, hedaduraren, gaixotasunaren jarduera eta intentsitatearen, agertzen diren konplikazioen, osasun egoera orokorraren eta abarren arabera. ⁽¹⁾.

Eskuragarri dauden tratamendu mediko, kirurgiko eta nutrizionalen helburu nagusia gaixotasun-prozesua eta haren konplikazioak tratatzea bada ere, ez da bakarra; halaber, igorpen-egoera lortzea edo mantentzea, hesteetako mukosa sendatzea, elikadura egokia izatea, konplikazioen agerpena zaintzea eta bizi-kalitatea hobetzea bilatzen da ^(1, 7).

Tratamendu kirurgikoaren erabilera gaixotasunaren konplikazio akutuetara bideratuta dagoela, eta tratamendu medikoaren luzaroko erabileraren eraginkortasun urria eta hauen albo-ondorio anitzak ekartzen dituela kontuan hartuta, egoera honen aurrean, egileak bat datoz CGren tratamendu-aukera berriak ikertzeko dagoen premian ^(1, 4).

Azpimarratu beharra dago CGk gizabanakoen alderdi biopsikosozialean duen eragina; izan ere, honen diagnostiko-adin goiztiarrak, izaera kronikoak, klinikak, konplikazioek, bisita mediko eta ospitaleratzeek, tratamendu medikoaren eta kirurgiaren albo-ondorioek zeharo eragiten baitute bizitza pertsonalean, lanean, gizartean eta familian, ondorioz, hauen garapen pertsonal eta bizi-kalitatean eragin galanta izanik ^(4, 13).

Gaixotasunaren bereizgarri diren adierazpen klinikoek erabat mugatzen dute CG duten pertsonen eguneroko bizitza, gehienetan, biztanleria orokorrarekin alderatuta sare sozial txikia izatera baldintzatuz, familia babes nagusia delarik kasu gehienetan ⁽¹⁴⁾.

CG duten pertsonen bizi-kalitatean eragin nabarmena izan dezaketen faktore nagusiak jorratzean, dietak paper garrantzitsua duela ikusi da. Azterlan ezberdinek adierazi zutenean oinarrituta, CG zuten gizabanako gehienentzat, dieta eta elikadura-ohiturak igorpen-egoera mantentzeko edota agerraldiaren berezko sintomatologia murrizteko kontuan hartu beharreko aldagaiak dira ^(15, 16).

Hortaz, interesgarria izango litzateke tratamendu mediko eta kirurgikoen erabilerarekin batera, terapia nutrizionalaren erabilera ezartzea, esku-hartze dietetiko ezberdinen bitartez CG duten

gizabanakoen bilakaera hobetzeko helburuari jarraituz, paziente zein osasun-sistemarentzat onura kliniko eta ekonomiko handiak ekartzeko helburuarekin ⁽⁶⁾.

Dieta CG pairatzen duten pertsona askoren kezka izan arren, gaixotasunaren maneiu dietetikoaren inguruan jarraibide dietetiko eta adosturik ez egoteak, orokorrean, CG duten pertsonak, entseguz eta akatsez, beren tolerantziei eta intolerantziei buruz ikastera bultzatzen ditu, osasun-profesional baten gidaritzapean ikasi beharrean. Honek, zenbaitetan, gizabanako hauen artean gaixotasunaren bilakaeran kaltegarriak gerta daitezkeen elikadura-ohitura desberdinak sortaraztea ekartzen du, osasun-egoera orokorra okertzeko, alboko patologia sustatzeko eta, ondorioz, bizi-kalitateak okerrera egiteko arriskua handituz ^(15, 16).

CG igorpen fasean aurkitzen diren gizabanakoen maneiu dietetikoan zentratuz, gaixotasunaren jarduera-mailaren arabeko elikadura-jarraibide egokiak bermatzea funtsezko alderdia izango da aipatutako igorpen-egoerari eusteko. Oro har, dieta orekatua, energian eta proteinetan nahikoa, eramatea gomendatzen da, gabezia-egoerak saihesteko. Pazientearekin aholkularitza dietetikoa aurrera eramaterakoan, kontuan hartu beharreko alderdia da dietak pertsonalizatua izan beharko duela, pertsona bakoitzak dituen sintomen eta elikagai jakin batzuei ager dakizkiekeen intolerantzien araberakoa, hain zuzen ere ⁽¹⁷⁾.

CG duten pertsonen autogestio dietetikoaren funtsezko zatitzat aholkularitza dietetiko egokia eskuratzea jotzen den arren ⁽¹⁶⁾, Tinsley A et al-ek burututako ikerketan, erizaintzako profesionalek aitortu zuten, batetik, CGrekin lotutako maneiu dietetikoaren inguruko ezagutza urriak eta, bestetik, elikadurari buruzko eztabaidak hasten eta bideratzen laguntzeko argitaratutako adostasun-adierazpenen gabeziak, CG zuten pazienteekin elikaduraz hitz egitea oztopatu egiten zuela, askok arazoren bat sumatuz gero edo pazienteak berak eskatuz gero bakarrik egiten dutelarik ⁽¹⁸⁾.

Arabako Erakunde Sanitario Integratuan (ESI), Intraneteko osasun-profesionalentzat eta erabiltzaileentzat eskuragarri dauden hezkuntza-edukietara mugatzen bagara, maneiu dietetikoaren inguruko edukia, oso laburra izateaz gain, HHGk biltzen dituen gomendio dietetiko orokorretara murrizten da ⁽¹⁹⁾.

Erizainek gero eta funtzio garrantzitsuagoa dute CG duen pazientearen tratamenduan zehar, gainontzeko osasun-arloko profesionalek baino harreman jarrai eta estuagoa izan ohi baitute pazientearekin. Gaixotasun honen izaera klonikoak bizitza osorako osasun profesionalen arreta eta autozainketa beharra areagotzen duela kontuan izanda, erizainak nahitaezko papera izango du paziente hauen arretan, gaixotasuna aurrera joan ahala garatzen diren beharrei erantzuteko ardura izanik ⁽²⁰⁾. Beraz, gaixotasunaren bilakaeran dietak eginkizun garrantzitsua duela kontuan izanik, erizainak pazientearen egoera orokorra eta premiak kontuan hartuta, aholkularitza dietetiko egokia burutzeko eginkizuna izango du ⁽²¹⁾.

Dietak CG duten pazienteen bizitzan duen eragina ikusita, ezinbestekotzat jotzen da erizainek, gehienbat lehen mailako arretako eta kanpoko kontsultetako erizainek, esku-hartze dietetiko nagusiak ezagutzea, etorkizunean ebidentzia zientifikoan oinarritutako zainketak praktikara

eraman ahal izateko, aholkularitza dietetikoaren bitartez, pazientearen parte-hartzea sustatuz, honen osasun egoera fisiko zein psikologikoan eragin positiboa izateko asmoz ⁽²¹⁾.

HELBURUA

Esku-hartze dietetiko ezberdinen eraginkortasuna aztertu Crohn-en gaixotasunaren igorpen fasean dauden gizabanako helduengan, igorpen egoera mantendu, gaixotasunaren jardueramaila murriztu, hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arindu eta bizi-kalitatea hobetzeko.

METODOLOGIA

Diseinu mota

Aurrez aurkeztutako helburuari erantzuna emateko, literaturaren berrikuspen hau ahalmen-berrikuspenetarako gidaren ⁽²²⁾ eta Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) ⁽²³⁾ txostenak aurkezteko jarraibideen arabera garatu zen.

Bilaketa estrategia

Artikuluak bilatzeko aurrera eramandako estrategia, datu-base, aldizkari eta praktika klinikorako gida ezberdinetan bilaketak burutzea izan zen.

Erabilitako datu-baseen artean, Medline (Ovid), Embase eta Cinahl aurkitzen dira. Datu-base hauek erabili izateko arrazoi nagusia, osasun zientziei buruzko informazio fidagarria eta ebidentzian oinarritutako hainbat artikulu eskaintzen zituztela izan zen. Horrez gain, Cochrane argitalpen elektronikoan burutu ziren beste hainbat bilaketa, errebisio sistematikoak eta ausazko entsegu klinikoak topatzeko asmoarekin.

Datu-baseetan bilaketak burutzeaz gain, eskuzko bilaketak burutu ziren erizaintza arloko “Enfermería clínica” eta “Journal of gastrointestinal nursing” aldizkarietan. Azkenik, RNAO eta NICE praktika klinikoko gidetan egin ziren bilaketak, hauetan, pazientearen osasun-arreta hobetzeko helburuarekin, ebidentzia zientifikoan oinarritutako gomendioak eskaintzen baitziren.

Behin berrikuspenaren helburua zehaztuta izanda, hau hitz gakoetan deskonposatu zen: “Crohn-en gaixotasuna”, “Igorpen fasea”, “Dieta”, “Heldua” eta “Erizaintza zainketak”. Jarraian, aipatutako hitz gakoen sinonimo eta antonimoak zerrendatu ziren euskaraz eta ingelesez. Halaber, datu-base desberdinetan bilaketak egiterakoan, deskriptore desberdinak erabili ziren datu-basearen arabera (MeSH, Thesaurus, Cinahl-eko deskriptoreak edo hitz gakoak). (3. Eranskina).

Behin kontzeptu nagusietako datu-base bakoitzeko hitz gakoak lorturik, bilaketa-ekuazio ezberdinak eraiki ziren AND eta OR operadore booleanoen bitartez (4. Eranskina). Aldi berean, aurkitutako artikuluen bibliografia gainbegiratu zen artikuluak eskuratzeko helburuarekin.

Bilaketa-prozesua hasteko orduan, zenbait barneratze- eta kanporatze-irizpide zehaztu ziren, aipatutako informazio iturrietan burututako bilaketen bidez eskuratutako artikuluetatik, zehaztutako helburu zehatzarekin bat datozenak identifikatu ahal izateko.

Barneratze irizpideak

Argitalpen mota

Lanaren helburuari erantzuteko, artikulu kuantitatiboak barneratu ziren, esku-hartze dietetiko ezberdinen erabilgarritasuna, egokitasuna eta eraginkortasuna aztertzei aukeratu; hala nola, ikerketa-lan esperimentalak edo saiakuntza kliniko kontrolatu eta ausazkotuak, pre-esperimentalak, sasi-esperimentalak edota diseinu deskriptiboa zuten ikerlanak barneratu ziren.

Argitalpen hizkuntza

Bilaketa gaztelaniaz eta ingelesez argitaratutako artikuluetara mugatu zen, hauek baitira menperatzen ditudan hizkuntzak.

Argitalpen data

Bilaketen bitartez lortutako artikuluen kopurua murrizteko eta, aldi berean, informazio zabala eta eguneratua aurkitzeko asmoarekin, 2010 eta 2021 bitartean argitaratutako artikulua ikertu ziren.

Parte-hartzaileak

Bilaketa CGren diagnostikoa zuten eta gaixotasunaren igorpen-fasean aurkitzen ziren (CDAI edo HBIren arabera) gizabanako helduetara mugatu zen, hau da, 18 urtetik gorako pertsonetara, CGren kasu gehienak helduaroan diagnostikatzen baitira.

Sexuari eta arrazari zegokienez, ez zen irizpiderik zehaztu gaur egunera arte eskuragarri dagoen ebidentziak ez baitu hauen inguruko ezberdintasun argirik aurkeztu.

Ikertutako herrialdea

Mundu osoan agertzen den gaitza izan arren, Europan eta Ipar Amerikan gauzatutako ikerketei eman zitzaien lehentasuna, intzidentzia- eta prebalentzia-datu altuenak aurkezten baitituzte. Japonian azkenaldian ematen ari den prebalentziaren igoera dela-eta, herrialde honetan argitaratutako artikulua sartu ziren.

Helburua:

Helburuari erantzuten zioten artikulua hartu ziren kontuan; hau da, CGren igorpen-fasea mantentzeko eskuragarri zeuden esku-hartze dietetikoaren inguruko informazioa aurkezten zuten ikerketak, honen eraginkortasuna bermatuz. Hala ere, fase aktiboa eta igorpen-fasea ikerketa berean jasotzen zituzten argitalpenak hartu ziren kontuan.

[Kanporatze irizpideak](#)

Argitalpen mota

Hirugarren mailako iturrietatik lortutako informazioa ebidentzia-maila baxua dela bide deuseztatu egin zen, hau da, protokoloak eta oinarri zientifiko urriko gidak, literatura grisa, konferentzia-aktak, editorialak eta abar.

Argitalpen data

2010 urte aurretik argitaratutako artikulua ez ziren hartu barne bibliografian.

Argitalpen hizkuntza

Ingelesa edo gaztelania ez den beste hizkuntza batean argitaratutako artikulua baztertu egin ziren, gainontzeko hizkuntzen ulermen-maila urria dela eta.

Parte-hartzaileak

CG diagnostikorik ez zuten gizabanakoak edota fase aktiboan bakarrik aurkitzen ziren gizabanakoak barne hartzen zituzten artikulua baztertu egin ziren. Bestalde, adingabeen beharren heterogeneotasuna dela eta, adin-tarte hau (<18 urte) ikertzen zuten artikulua kanporatu egin ziren.

Herrialdea

CGren intzidentzia eta prebalentzia munduan zehar aldakorra den arren, herrialdeen garapen sozioekonomikoarekin eta osasun-sistemarekin lotuta dagoenez, herrialde garatuetan batez ere ematen den gaixotasuna izanik, maila sozioekonomiko eta osasun-sistema azpigaratua duten herrialdeetan jatorria zuten argitalpenak baztertu egin ziren.

Helburua

CGren igorpen-fasea mantentzeko esku-hartze dietetikoak ez ziren bestelakoak (tratamendu kirurgiko eta medikoa) ikertzen zituzten argitalpenak kanporatu egin ziren.

Eskuragarritasuna

Artikuluen full text-a lortzea ezinezkoa zen kasuetan, hauek kanporatuak izan ziren.

Artikuluen aukeraketa

Datu-baseetan bilaketa ekuazio ezberdinekin saiatu eta agertutako artikuluen aukeraketa burutu zen. Horretarako, lehendabizi, barneratze- eta kanporatze-irizpideetan ezarritako urte tartearen iragazkia gehitu zitzaizen bilaketa-ekuazio guztiei, 2010-2021 bitarteko artikuluetara mugatuz bilaketa. Ondoren, datu-baseetan egindako bilaketa guztietatik eratorritako artikulua biltzeko helburuarekin Mendeley aplikazioa erabili zen, errepikatutako artikulua kanporatzearen bitartez emaitza kopurua murriztu, eta hautagarriak izan zitezkeen artikuluen zerrenda burutuz.

Ondoren, izenburuak irakurri ziren, gaiarekin bat ez zetozen artikulua baztertu. Hurrengo pausoa, laburpenen irakurketa burutzea izan zen, helburuarekin bat ez zetozen edo barneratze-irizpideak betetzen ez zituzten artikulua zerrendatik kanporatu. Behin horiek irakurrita, barneratze-irizpideak betetzen ez zituzten artikulua kanporatuak izan ziren, datu-baseen bidez eskuratutako artikuluen kopurua mugatuz. Geroago, barneratze-irizpideak betetzen zituzten artikuluen "full text"ak eskuratu saiatu nintzen, lortutakoen testu osoa irakurri (5. Eranskina).

Artikuluen aztertzea

Lortutako artikuluen kalitate metodologikoa ebaluatzeko, banan-banan irakurri eta ikerketa kuantitatiboko azterketaren irakurketa kritikorako gidoia jarraitu zen artikulua bakoitzarekin (6. Eranskina).

Ondoren, errebisio-lanean erabiltzeko aukeratutako 15 artikulua sakonki irakurri ostean, banan-banan irudikatu ziren taula batean, bakoitzaren xehetasun eta emaitza aipagarriak aurkeztuz (7. Eranskina).

Artikuluaren analisia

Aurretik egindako laburpen-taulan oinarritutako sintesi narratibo bat egin zen, berrikuspen honetako ikerketetan aztertutako aldagaien ereduak, antzekotasunak eta desberdintasunak identifikatuz, lortutako datuak sailkatu egin ziren, zuhaitz kategorial bat osatuz (8. Eranskina).

EMAITZAK ETA EZTABAIDA

CG pairatzen duten gizabanako helduen beharrei erantzuteko, eta gaixotasun honen igorpen-fasearen maneiua dietetiko aproposa eraman ahal izateko, esku-hartze dietetiko eraginkorrenei buruzko ikerketen emaitzak landu ziren.

Artikuluaren ezaugarriak

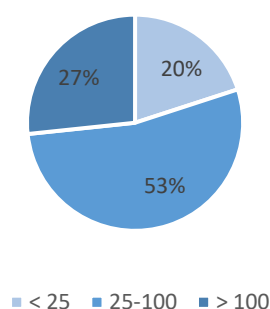
Lan honen emaitzak idazteko, ezarritako helburuari erantzuten zioten hamabost artikulu erabili ziren. Errebisio-lan honetan sartutako diseinuei erreparatu, sei ausazko entsegu kliniko, bi ikerketa pre-esperimental, bi ikerketa sasi-esperimental, lau ikerketa deskriptibo eta errebisio sistematiko bat aukeratu ziren. Gehienbat herrialde garatuetan ematen den gaixotasuna denez, Erresuma Batuan, Danimarkan, Italian, Grezian, Japonian eta Ipar Ameriketako Estatu Batuetan jatorria zuten artikuluak erabili ziren.

Aukeratutako azterlanek, CG igorpen-egoeran zuten gizabanakoetan, esku-hartze dietetiko ezberdinek zuten eraginkortasuna aztertzea zuten helburu gisa; oro har, esku-hartzea gizabanakoaren ahoratzea modu kontrolatua manipulatzeari oinarritu zen, denbora-tarte jakin batean elikagai-kontsumoa nahita aldatuz (hau da, ikerketa hauetan ez da formula edo gehigarriak aztertu).

Ikerketek, oro har gaixotasunaren igorpenaren mantentzea ebaluatzeko, alde aurretik zehaztutako denbora-tarte finkoetan (adibidez, 4 aste, 6 hilabete) oinarritu ziren, denbora aldakorren ekarpen gisa (esaterako, pertsona-urteak).

Berrikusketak aurrera eramateko aukeratutako hamabost azterlanen laginak alderatu ziren. Guztira CG zuten 3121 gizabanako aztertu ziren, laginen tamaina 7tik 1130ra bitartekoa zelarik. Artikulu guztiek, CGren diagnostikoa zuten pertsona helduak (18 urtetik gorakoak) aztertzen zituzten arren, zenbaitek ultzeradun kolitisa (UK) edo zehaztugabeko kolitisa (ZK) ikertzen zuten aldi berean. Gaixotasunaren jardueramailari dagokionez, aztertutako artikulek oro har CG igorpenean zuten gizabanakoak aztertzen zituzten, zenbaitek azterlan berean gaixotasun aktiboa zuten partaideak barneratu.

1. diagrama. Artikuluaren laginen tamainaren arabera banaketa ehunekoetan (Amunarriz eginda)



Interbentzio dietetikoak

Berrikuspen lan honetan, FODMAP baxuko dieta, bazterketa dietak (IgG4k gidatutako dieta, karbohidrato espezifikoaren dieta, haragi gorri eta prozesatuen baztertze dieta), dieta antiinflamatorioa eta dieta mediterranea aztertu ziren; nahiz eta ebidentzia oraindik mugatua

izan, badirudi potentzial terapeutiko handiena dutenak direla. Orobat, aipatutako esku-hartze dietetikoak aztertzeaz gain, CG igorpen-fasean duten pertsonengan nolabaiteko gaitasun terapeutikoa izan dezaketen zenbait mantenugai aztertu ziren, besteak beste, zuntza eta n-3 gantz-azido poli asegabeak nabarmenduz (9. Eranskina).

Aipatutako esku-hartze dietetikoek CG zuten gizabanakoen igorpen klinikoaren egoerari eusteko, gaixotasunaren jarduera maila murrizteko, hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arintzeko eta osasunarekin lotutako bizi kalitatearen gain eragiten dituzten onurak baieztatzeko helburuarekin eraman zen aurrera hurrengo berrikusketa-lana.

Gaixotasunaren igorpen egoerari eutsi

Aipatutako esku-hartze dietetiko ezberdinek CGren igorpenari eusteko duten eraginkortasuna neurtzeko, honela definitu zuten birgaitze kliniko: igorpen klinikotik gaixotasun aktiborako trantsizioa, sintomen puntuazioan oinarrituta.

Albenberg L et al-ek ⁽²⁴⁾ burututako itsu bikoitzeko entsegu kliniko haragi gorri eta prozesatuaren kontsumo baxuaren eta CGren agerraldi sintomatikoa izateko arriskuaren arteko erlazioa zehazten saiatu zen. Honetarako, CG igorpen-egoeran zuten 202 gizabanako aztertu ziren, ausaz bi taldetan banatuz, hurrengo 49 asteetan zehar bete beharko zituzten jarraibide dietetiko ezberdinak emanez bakoitzari. Esku-hartze taldeko 115 gizabanakoek ezin zuten haragi gorri eta prozesatuaren anoa bat baino gehiago kontsumitu hileko, kontrol taldeko 87 partaideek, berriz, hilean behin gutxienez bi anoa jan behar zituztelarik; bi taldeetakoek gutxienez 0.5 litro ur edan behar zuten egunean. Ikerketan zehar, bi taldeetako parte-hartzaileen %62k agerraldi sintomatikoa izan zuen; esku-hartze taldekoek agerraldia izan arteko denbora tarte kontrol taldekoa baino luzeagoa izan arren, ez zen alde esanguratsurik nabarmendu bi taldeen emaitzak alderatzean ($p = 0.43$). Hortaz, ikerketaren emaitzetan oinarrituta, haragi gorri eta prozesatuaren kontsumoa murrizteak CG igorpenean zuten gizabanakoek agerraldi sintomatikoa pairatzeko arriskua murrizten zuela ondorioztatzea ezinezkoa gauzatu zen.

Bestalde, Kakodkar S et al-ek ⁽²⁵⁾ burututako ikerketa deskriptiboak, HHG igorpen fasean zuten 50 gizabanako barneratu zituen, hauetatik hogeita hamasei CG zutelarik, karbohidrato espezifikoen dietak (KED) gaixotasunaren bilakaeran zuen eragina aztertuz. Partaideek batz bestea 35.4 hilabeteetan zehar (tarte= 1-216 hilabete) KED jarraitu ostean, igorpen-faseari eusteko zuen eraginkortasuna adierazi zuten eskala analogiko baten bitartez, emaitzen batez bestekoa %92,1 (tarte= %53-%100) izanik; hortaz, partaideen pertzepzioan oinarrituta adierazitako emaitzek, aztertutako dieta igorpenari eusteko mesedegarria zela ondorioztatzea baimendu zuten.

Halaber, baliteke dietan kontsumitutako gantz-azido motak garrantzitsuak izatea HHG dutenen kasu igorpen faseari eusteko. N-3 gantz-azido poli asegabeak (N-3 PUFA) HHGn, hesteetako mukosaren hantura modulatzeko eta erantzun terapeutikoa hobetzeko garrantzitsutzat jo arren,

Cochranen 2014an argitaratutako errebisio sistematikoak ez zuen argi erakutsi hauen eraginkortasuna ⁽²⁷⁾.

Alabaina, Uchiyama K et al-ek ⁽²⁸⁾ aurrera eramandako ikerketa sasi-esperimentalak, n-3 PUFA HHG igorpen faseari eusteko zuten gaitasuna aztertu zuen 230 gizabanakotan (62 CG, 168 UK). Bertan, n-3 PUFA janari-taula baten erabileran oinarritzen zen terapia dietetiko bat ezarri zen dietaren n-3/n-6 ratioa ia batekoa izatea lortuz; honetarako, n-6 PUFA ahoratzea batez besteko ahorakinaren %50era mugatu zen partaideei honen iturri nagusien kontsumoa debekatzuz, bestetik, n-3 PUFA ahoratzea handitu zelarik. Esku-hartzea hasi eta 12-18 hilabete bitarteko jarraipena burutu ostean, CG zuten partaideen %79k (62 partaideetatik, 49 gizabanako) eutsi zion igorpen-faseari. Igorpenean zeuden partaideen taldean batez besteko n-3/n-6 erlazioak nabarmen altuagoak izan ziren agerraldia jasan zuten gizabanakoen taldean baino ($p < 0,01$). Adierazitako emaitzetan oinarrituta, n-3/n-6 proportzioak CG igorpenean duten gizabanakoen gaixotasunaren jardueran eragin nabarmena izan dezakeela ondoriozta daiteke, n-3/n-6 erlazio altuagoak igorpenari eusteko mesedegarriak gauzatuz.

Azkenik, Brotherton C et al-ek ⁽²⁶⁾ egindako azterlan deskriptiboan, zuntz-kontsumoaren eta agerraldi bat izateko arriskuaren arteko erlazioa aztertu zen HHG zuten 1619 partaideengan, horietatik 1130 gizabanakok CG igorpenean zutelarik. Parte-hartzaileek sei hilabetean zehar Internet-en bidez bete zuten inkesta baten bitartez burutu zen zuntz-ahorakinaren jarraipena, honi esker, CG zuten partaideen zuntz-kontsumoa kuartiletan sailkatuz (Zuntz-hartzearen mediana/eguneko: 1. kuartila 10.4g; 2. kuartila 13.4g; 3. kuartila; 17.0g; 4. kuartila 23.7g). 6 hilabeteko jarraipena amaitzean eskuratutako emaitzek erakutsi zuten zuntz kontsumo kuartil altuenean kokatzen ziren CG zuten gizabanakoek, hau da, zuntz kontsumo gorena izan zutenak, kuartil baxuenean kokatzen ziren gizabanakoek baino aukera gutxiago zituztela agerraldi bat izateko (probabilitate-ratio doituak, 0.58; %95eko konfiantza-tartea, 0.37-0.90); 2. eta 3. kuartiletarako zenbatespenak 1. kuartilaren eta 4. kuartilaren artekoak izan ziren. Horrenbestez, adierazitako emaitzek 4. kuartilarekin bat datorren zuntz dietetikoaren eguneroko kontsumoa CG duten gizabanakoen agerraldi-arriskua murriztearekin lotuta egon litekeela ondorioztatzea baimendu zuten.

Gaixotasunaren jarduera-maila murriztu

Aztertutako esku-hartze dietetikoek CG igorpenean duten gizabanakoen jarduera-mailan zuten eragina aztertzeko, oro har CDAI (10.Eranskina) eta HBI (11.Eranskina) indize klinikoak erabili ziren.

Aurrera eramandako bi ausazko saiakuntza klinikoetan, FODMAP baxuko dietak CGren bilakaeran zuten eragina aztertu zen. Pedersen N et al-ek ⁽²⁹⁾ aurrera eramandako saiakuntza klinikoan, HHG zuten 78 gizabanako, hauetatik 23k CG igorpen-fasean edota gaixotasun arina zutelarik, ausaz bi taldeetan banatu zituzten. CG zuten esku-hartze taldeko 11 kideek FODMAP baxuko dieta jarraitu zuten sei astez, kontrol taldeko 12 kideek, berriz, beraien ohiko dieta jarraituz

denbora-tarte berean. Partaideek esleitutako dieta 6 astez jarraitu ostean, HBI balioaren murrizketa apala gauzatu zen CG zuten esku-hartze talde ($p = 0.05$) zein kontrol taldean ($p = 0.25$), bi hauen emaitzen artean ezberdintasun esanguratsurik adierazi gabe ($p = 0.09$). Bestalde, Bodini G et al-ek ⁽³⁰⁾ egindako itsu bikoitzeko saiakuntza klinikoan, HHG zuten 55 gizabanako, horietatik 35ek CG zutelarik (CG zuten 28 partaide igorpen-fasean zeuden), bi taldeetan banatu ziren ausaz. CG zuten esku-hartze taldeko 18 kideek sei astez FODMAP baxuko dieta jarraitu zuten, kontrol taldeko 17 kideek, berriz, HHGrako dieta estandarra deiturikoa jarraituz. Sei asteak igaro ondoren lortutako HBIren emaitzek adierazi zuten epe laburrean FODMAP baxuko dieta erabiltzeak gaixotasunaren jarduera murriztea lortu zezakeela CG zuten gizabanakoetan ($p = 0.024$), baita igorpen-fasean zeudenetan ere; kontrol taldeko kideek ez zuten emaitza estatistikoki esanguratsurik lortu ($p = 0.322$). Hala eta guztiz ere, ez zen alde estatistikoki esanguratsurik aurkitu esku-hartzeko taldearen eta aztertzen ari zen kontrol-taldearen artean ($p = 0.283$).

Bestetik, baztertze-dietei dagokienez, Gunasekeera V et al-ek ⁽³¹⁾ egindako itsu bikoitzeko entsegu klinikoan, IgG4k gidatutako bazterketa-dietaren eraginkortasuna ebaluatu zen CG aktiboa zein ez-aktiboa zuten 98 gizabanakotan, honetarako hauek, ausaz, bi taldeetan banatuz. Azterlanean, IgG4 markatzaile-mailak frogatu ziren 16 elikagai-moten alde, aztertutako esku-hartzeak zuten eragina aztertuz entsegua amaitu zuten 76 gizabanakoetan. Honetarako, esku-hartze taldeko 39 partaideek lau astez IgG4 markatzaile-maila altuena zuten lau elikagai motak ezabatu zituzten, kontrol taldeko 37 kideek, berriz, IgG4 markatzaile-maila baxuena zuten lau elikagai motak ezabatuz. Bi taldeetako partaideek esleitutako dieta lau astez jarraitu ostean, CDAI puntuazioaren murrizketa izan zuten arren, ikertzaileek esku-hartze taldeko kideen CDAI puntuazioaren hobekuntza estatistikoki esanguratsua jakinarazi zuten kontrol taldekoen emaitzekin alderatuta ($p = 0.009$). Esku-hartze taldean, CDAI puntuazioan izandako hobekuntza partaideen %41ean >100ekoa izan zen; aitzitik, kontrol taldekoen %16k soilik izan zuten hobekuntza hori. Hortaz, aipatutako emaitzetan oinarrituta, IgG4 markatzaile-maila altuenak dituzten elikagaiek gidatutako baztertze-dieta eraginkorra gertatuko litzateke CG-ren jardueramaila murrizteko; hala ere, aurreko emaitza adierazteko orduan ez zen partaideen jardueramailaren araberrako sailkapenik egin, emaitzak ikerketa hasieran igorpenean aurkitzen ziren gizabanakoekiko guztiz adierazgarriak izatea mugatuz.

Halaber, Olendzki B et al-ek ⁽³²⁾ burututako ikerketa pre-esperimentalak, ezaugarri antiinflamatorioak zituen dieta gutxienez lau astez jarraitzeak HHG zuten 11 gizabanako helduetan (8 CG eta 3 UK) izan zezakeen eragina aztertu zuten. CG zuten partaideen azpitaldean, hasierako HBIren batez bestekoa 11 izan zen (tartea = 1 - 20), esku-hartze dietetikoaren ondoren, batez bestekoa 1.5-ra jaitsiz, ondorioz, HBIren batez besteko 9.5 puntuko murrizketa lortuz. Emaitzak interpretatzean, kontuan hartu beharra dago azterlanak fase aktiboan zein ez-aktiboan dauden parte-hartzaileak barne hartu zituela, eta aipatutako lehen taldean gailentzen dela kopurua (6 aktibo, 2 igorpenean); beraz, nahiz eta HBIren puntuazioak behera egin CG igorpen-fasean zuten partaideen artean, lortutako emaitzak gaixotasunaren azpi-fasearen arabera ez bereizteak, igorpenean aurkitzen ziren gizabanakoekiko zuten adierazgarritasuna mugatu zuten, aztertutako esku-hartze dietetikoaren inguruko ondorio argirik ateratzea ekidinez.

Azkenik, aipatutako ikerketetan aztergai izan diren elikagai asko batzen dituen dieta, hain zuzen ere, gure herrialdeko bereizgarria den dieta mediterranea (DM) aztertu zen. Papada E et al-ek ⁽³³⁾ burututako azterlan sasi-esperimentalean, DMren patroia dietetikoak imitatzen zuen dieta batek CG zuten 86 gizabanakoetan izan zezakeen eragina aztertu zen, horietatik 45 gaixotasunaren igorpenean eta 41 agerraldi-fasean zeudelarik. Dietaren betetze-maila MedDiet tresnan lortutako puntuazioaren bidez ebaluatu zen, bertan, azken 6 hilabeteetan irentsitako hainbat elikagai-talde jasoz. MedDiet puntuazioaren bidez, DMrekiko atxikidura-maila handiagoa hauteman zen CG igorpenean zuten parte-hartzaileen taldean, gaixotasun aktiboa zutenen taldean baino ($p=0.005$); bestalde, ikerketa amaieran MedDiet eta HBIren puntuazioen arteko korrelazio negatibo esanguratsua adierazten zuten emaitzak lortu ziren ($r=-0.400$, $p<0.001$), horrenbestez, DM CGren jardura-maila kudeatzeko eraginkorra zela adieraziz.

Hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arindu

Jorratutako esku-hartze dietetikoek CG igorpen egoeran zuten gizabanakoen hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arintzeko zuten eragina aztertzeko, oro har, heste narritagarriaren sindromearen larritasun-puntuazioa (IBS-SSS; 12. Eranskina) eta sintoma gastrointestinalak sailkatzeko eskala (GSRS; 13. Eranskina) erabili ziren.

Cox SR et al-ek ⁽³⁴⁾ burututako itsu sinpleko entsegu klinikoak, CG igorpen-fasean zuten 26 partaideak, ausaz, bi taldetan banatu zituen, esku-hartze taldeko 14 kideek FODMAP baxuko dieta jarraituz lau astez, kontrol taldeko 12 kideek, berriz, "gold standard" dieta delakoa jarraituz denbora-tarte berean. Esleitutako dieta lau astez jarraitu ostean, esku-hartze taldeko gizabanakoek ez zuten hobekuntza nabarmenik jakinarazi azterketaren hasierako eta amaierako IBS-SSS emaitzak erkatuz ($p=0.515$), ezta desberdintasun esanguratsurik ere esku-hartze taldearen eta kontrolaren saiakuntzaren amaierako IBS-SSS puntuazioen artean ($p=0.515$). Emaitza esanguratsurik lortu ez zuen arren, FODMAP baxuko dieta jarraitzeak CG igorpenean zuten gizabanakoen hesteetako sintomatologiaren zenbait alderdi hobetzeko ahalmena zuela ondorioztatzea baimendu zuen, esku-hartze taldeko kideek hobekuntza estatistikoki esanguratsua hautemanez sabel-huste maiztasunean ($p=0.019$), ondoren, estatistikoki esanguratsua ez zen hobekuntza nabaritzuz sabeleko minaren intentsitatean ($p=0.475$), iraupenean ($p=0.871$) eta distentsio abdominalean ($p=0.071$).

Bestalde, honen inguruan Prince A et al-ek ⁽³⁵⁾ egindako ikerketa deskriptiboan, FODMAP baxuko dietak HHG igorpen-fasean zuten 88 partaiderengan zuten eragina aztertu zen, horietatik 39 gizabanakok CG zutelarik. Aztertutako dietak partaideengan zuten eraginaren batez beste 2.6 hilabeteko jarraipena burutu ostean, jarraipenaren hasieran eta amaieran burututako GSRSren bitarteko neurketan, CG zuten partaideen kopuru handi batek hobekuntza estatistikoki esanguratsua jakinarazi zuen sabeleko min moderatu-larrian ($p = 0.002$), distentsioan ($p < 0.001$), flatulentzian ($p = 0.031$) eta goragaleetan ($p = 0.031$). 11 sintoma funtzional gastrointestinalen inguruan lortutako emaitzen batez bestekoa egin zen, hobekuntza nabarmena erakutsiz

jarraipenaren hasieran eta amaieran jasotako emaitzak alderatzean ($p < 0.001$), aztertutako dieta jarraitu ostean, murrizketa handienak lortuz hanturan eta flatulentzian, eta ondoren sabeleko mina eta nekean.

Cox SR et al zein Prince A et al-en ikerketek FODMAP baxuko dietak gaixotasunaren berezko sintomatologian duen eragina aztertzeko diseinu, jarraipen-iraupen eta lanabes (IBS-SSS eta GSRS, hurrenez hurren) ezberdinak erabili izana emaitza ezberdintasunaren arduradun nagusiak izango lirateke, hala ere, antzeko emaitzak jakinarazi zituzten, hobekuntza handiena sabeleko min eta distentsioan jakinaraziz ^(34, 35).

Bestetik, baztertze-dietei dagokienez, Kakodkar S et al-ek ⁽²⁵⁾ egindako azterlan deskriptiboan, HHG igorpen-fasean zuten 50 gizabanakok (horietatik 36 CG izanik) KED jarraitu ostean, sintoma gastrointestinalak sailkatzeko eskalaren bitartez, 33 partaidek (%66) sintomen ebazpen osoa jakinarazi zuten, hauek dieta hasi eta batez beste 9.9 hilabetera desagertuz (tartea= 1-60 hilabete). Partaideek KEDk gaixotasunaren sintomatologia kontrolatzeko zuen eraginkortasuna adierazi zuten eskala analogiko baten bitartez, emaitzen batez bestekoa %91.3 (tartea= %30 - %100) izanik; hortaz, partaideen pertzepzioan oinarrituta adierazitako emaitzek, aztertutako dieta gaixotasunaren sintomatologiaren maneirako mesedegarria zela ondorioztatzea baimendu zuten.

Halaber, Suskind D et al-ek ⁽³⁶⁾ burututako ikerlan deskriptiboan, KED jarraitzen zuten HHG zuten 578 gizabanakoren (%47 CG, %43 UK, %10 ZK) jarraipena burutu zen, dietaren batez besteko dietaren jarraipena $31,1 \pm 54.9$ hilabetekoa izan zelarik (tartea= 0,25-780 hilabete). Dieta jarraitzen hasi aurretik aztertutako gizabanakoek hurrengo sintomatologia zutela adierazi zuten: %80k sabeleko mina, %81ek beherakoa, %67k gorozkietako odola, %58k pisua galtzea eta %65ek jarduera mugak murriztu zituzten. Oro har, parte-hartzaileek dieta jarraitu ahala sintomak murrizten joan zirela adierazi zuen, dieta jarraitzen hasi eta 12 hilabetera emaitzarik onenak jakinaraziz, jasaten zuten sintomatologiaren inguruko hurrengo ehunekoak aurkeztuz: %7k sabeleko mina, %10ek beherakoa, %5ek gorozkietako odola, %4k pisua galtzea eta %4k jarduera mugak murriztu zituzten.

Lehen aipatutako Olendzki B et al-ek ⁽³²⁾ egindako ikerketa jorratuz, lau astez dieta antiinflamatorioa jarraitu ostean, parte-hartzaileen %100ek HHGrekin lotutako sintomatologia digestiboa murriztu egin zuen, hortaz, digestio-hantura arintzeko lagungarria izan zitekeela frogatuz. Gainera, aipatutako dieta jarraitu zuten guztiek beren gastroenterologoekin lan egin zuten sendagaien erregimena murrizteko.

Azkenik, Brotherton C et al-ek ⁽³⁷⁾ egindako itsu sinpleko saiakuntza klinikoak, zuntz kontsumo altuko eta karbohidrato finduen kontsumo baxuan oinarritutako jarraibide dietetiko espezifikoek CG igorpen-fasean zuten gizabanakoen bizi kalitate eta heste-funtzionamenduan izan zezaketen eragina ikertu zuen. Honetarako, CG igorpen-fasean zuten 7 gizabanako, ausaz, bi taldetan banatu zituzten. Esku-hartze taldeko 4 kideek heste-sintomak kontrolatzeko, gari-zahia zereal integralen kontsumo altuaren eta karbohidrato finduen kontsumo baxuaren inguruko autore

ezberdinen jarraibide dietetikoak jaso zituzten (esaterako, egunean gari-zahia integraleko katilu erdia edo 60 gramo kontsumitu, egunero azukrerik gabeko 1.5 litro ur edan); kontrol-taldeko 3 kideek berriz, heste-sintomen kontrolerako abiarazle dietetikoaren identifikazioa erabiltzen zuten pertsonengandik jaso zituzten argibide eta gomendioak, hauek zuntz dietetikoaren kontsumoa saihestea proposatzen zutelarik (esaterako, zereal integralen kontsumoa saihestu aldi sintomatikoetan, egunero azukrerik gabeko 1.5 litro ur edan). Partaideek jasotako argibide eta gomendio dietetikoak 4 asteetan zehar jarraitu ostean, esku-hartze taldeko kideek pHBIren murriztea estatistikoki esanguratsua lortu zuten kontrol-taldearen emaitzekin alderatzean ($p=0.008$); esku-hartze taldeko kide guztiek "zero" puntuazioa lortu zuten 4. astean, ongizate orokorra narriatzen zuten sintoma iraunkor, sabeleko min edo gorozki likidoen gabezia adieraziz. Kontrol-taldeko kide guztiek, berriz, "hiru"ko puntuazioa lortu zuten, ondorioz, lehen aipatutako sintomatologia pairatuz. Hortaz, adierazitako emaitzek, gari-zahia zereal integralen kontsumo altuan eta karbohidrato finduen kontsumo baxuan oinarritutako esku-hartze dietetikoak funtzio gastrointestinalaren hobekuntza eragiteko ahalmena zuela ondorioztatzea baimendu zuten.

Bizi-kalitatea

Amaitzeko, orain arte landutako esku-hartze dietetikoak osasunarekin lotutako bizi-kalitatean izan zezaketen eragina neurtu zen IBDQ eta SIBDQ galdetegien bitartez (14. Eranskina).

Hurrengo saiakuntza klinikoek FODMAP baxuko dieta sei astez jarraitzeak HHG zuten gizabanakoen osasunarekin lotutako bizi-kalitatean zuen eragina aztertu zuten IBDQ eta SIBDQ galdetegien bitartez, hurrenez hurren. Bodini G et al-ek ⁽³⁰⁾ egindako entsegu klinikoaren amaieran, kontrol taldean ikusi ez zen ($p=0.880$) IBDQ medianaren igoera apala jakinarazi zen esku-hartze taldean ($p=0.05$), hala ere, ez zen taldeen arteko alde estatistikoki esanguratsurik gauzatu ($p=0.886$); emaitzak azaltzerakoan HHGren azpitaldeen arteko banaketarik ez zen egon, ez baitzen aldaketarik ikusi CG eta UK azpitaldeen artean. Hala ere, Pedersen N et al-ek ⁽²⁹⁾ egindako saiakuntza klinikoan, nahiz eta esku-hartze taldeko kideek entseguaren amaieran SIBDQ emaitzetan hobekuntza nabarmen handiagoa lortu kontrol taldeko kideen emaitzekin alderatuta ($p<0.01$), bi taldeek lortutako emaitzek ez zuten frogatu osasunarekin lotutako bizi-kalitatearen hobekuntza esanguratsurik ($p=0.09$).

Horrenbestez, aipatutako bi azterlanek osasunarekin lotutako bizi-kalitatearen inguru emaitza ezberdinak adieraztearen arrazoia, gaixotasunaren jarduera-mailaren eta bizi-kalitatearen hobekuntzaren arteko korrelazioa izan liteke. Halaber, Bodini G et al-en azterlanean, esku-hartze taldeak jarduera-mailaren eta bizi-kalitatearen hobekuntza esanguratsua adierazten zuten emaitzak lortu zituzten, Pedersen N et al-en azterlanean gauzatu ez zen bezala, azken honetan, CG zuten gizabanakoen HBIIn emandako hobekuntza apalak lotura izanik esanguratsua gauzatu ez zen bizi-kalitatearen hobekuntzarekin ^(29, 30).

Bazterte-dietei dagokienez, Gunasekeera V et al-en ⁽³¹⁾ entsegu klinikoak IgG4k gidatutako bazterte-dietak gizabanakoen bizi-kalitatean izan zezakeen eragina aztertu zuen SIBDQren

bitartez. Partaideek entsegu hasieran esleitutako dieta lau astez jarraitu ostean, esku-hartze taldeko kideen SIBDQ puntuazioaren hobekuntza nabarmena adierazi zen kontrol taldekoek lortutako emaitzekin alderatzean ($p < 0.007$).

Bestalde, Brotherton C et al-ek ⁽³⁷⁾ zuntz kontsumo altuko eta karbohidrato finduen kontsumo baxuko esku-hartze dietetikoaren inguru burututako saiakuntza klinikoan, esku-hartzeak parte-hartzaileen bizi-kalitatean zuen eragina ere aztertu zen. Esku-hartze taldekoengan IBDQn lortutako puntuazioa nabarmen handitu zen azterlanean zehar, osasunarekin lotutako bizi-kalitatearen hobekuntza handiagoa adieraziz esku-hartze amaieran, eta alde nabarmenak ezarriz kontrol-taldean lortutako puntuazioekin ($p = 0.028$).

Amaitzeko, Papada E et al-ek ⁽³³⁾ DM-ak gaixotasunaren bilakaeran duen eragina ikertzeaz gain, CG zuten gizabanakoetan izan zezakeen eragina aztertu zuen, MedDiet puntuazioaren eta IBDQ puntuazioaren arteko korrelazio positiboa adierazten zuten emaitza esanguratsuak lortuz ($r = 0.291$, $p = 0.008$). Bestetik, Chicco F et al-ek ⁽³⁸⁾ aurrera eramandako ikerketa pre-esperimentalean, dieta mediterraneoak HHG zuten 142 pertsonarengan zuen eragina ikertu zen, horietatik 58k CG zutelarik, 49k igorpen-fasean, hain zuzen ere. Orobat, ikerketa honetako emaitzek adierazi zuten, partaideek DMren patroia dietetiko 6 hilabetetan zehar jarraitu ondoren, IBDQren batez bestekoa nabarmen handitu zela dieta horrekiko atxikidura ona izan zuten CG duten gizabanakoen artean ($p < 0.001$).

LIMITAZIOAK

Hasieran, berrikusketa lan honen helburua CGren fase aktiboa tratatzeko eskuragarri zeuden terapia dietetikoak aztertzea zen. Helburu honi erantzuteko artikulu erabilgarri gutxiegi aurkitu ziren, gai honen inguruan eskuragarri zegoen informazioa mugatua zela konturatuz. Aurkitutako nahiko artikulu gaixotasunaren igorpen-fasera bideratuta zegoela jabetzean, lanaren helburua aldatzeko erabakia hartu zen, igorpen-fasean zentratutako interbentzio dietetikoaren eraginkortasuna aztertuz.

Artikuluen diseinuari begira, mugak identifikatu ziren ikerketako parte-hartzaileen ezaugarrien inguruan. Orobat, zenbait azterlanetan laginaren tamaina txikia izan zen, hain zuzen ere, berrikuspenerako erabilitako ikerketen artean hiruk 25 gizabanako baino gutxiago aztertuz ^(29, 32, 37), hortaz, ikerketen ahalmen estatistikoa mugatuz.

Bestalde, helburuari erantzuten zioten eta barneratze-irizpideak betetzen zituzten azterlanen kopurua mugatua izateak HHG azpimotak edota azpi faseak bereizten ez zituzten ikerketak barne hartu beharra eragin zuen ^(25, 31, 32, 36). Horrenbestez, azpimotak edota azpi fase bakoitzaren berezitasunak alde batera uzteak, parte-hartzaileen ezaugarriak homogeenak izatea ekiditeaz gain, adierazitako emaitzak CGren igorpen-egoeraren adierazgarriak izatea oztopatu zuen.

Itsutze estrategiei dagokienez, aipatu beharra dago esku-hartze mota (dietetiko) eta CG duten gizabanakoek, oro har, elikaduraren inguruan izan ohi duten ezagutza nabarmenak hauen itsutzea burutzearen bideragarritasuna mugatzen duela. Horrenbeste, interesgarria litzateke ikerketa hauetan adituen itsutzea gauzatea, esku-hartze eta kontrol-taldeak lortutako emaitzak aztertzerakoan, datuen analisisian alborapenik gauzatzeko aukera murriztuz.

Bestetik, aztertutako ikerketek esku-hartze dietetiko ezberdinek sintoma digestiboen arintzean, gaixotasunaren jardura-mailan edo gaixotasunarekin lotutako bizi-kalitatean zuten eragina neurtzeko eskala edo lanabes ezberdinak erabili izanak (HBI, CDAI, IBS-SSS, GSRS, IBDQ, SIBDQ), diseinu ezberdinek emaitzak adierazteko erabilitako modu heterogeneoekin batera (p-ren balioa, ehunekoa, tarteak, probabilitate-ratioa, konfiantza-tartea), berrikusketa-lan honetan emaitzak era homogeenan azaldu ahal izatea oztopatu zuen.

Azkenik, aipagarriak dira CGren igorpenari eusteko kontzeptuarekin aurkitutako zailtasunak, izan ere, Nazioarteko Erakundearen iritzia kontuan hartuta, ECCOren ustez HHG duten pazienteetan esku-hartze dietetikoek gaixotasunaren igorpen-egoerari eusteko duen eraginkortasuna ebaluatzen duten azterlanek gutxienez 12 hilabeteko iraupena izan behar baitute. Horrenbestez, aipatutakoa jakinda, FODMAP baxuko dieta, IgG4k gidatutako bazterte dieta, dieta antiinflamatorioa, dieta mediterranea eta zuntzaren inguruko esku-hartze dietetikoak aztertzen zituzten aurkitutako artikuluek 4 aste eta 6 hilabete arteko jarraipenak burutzean, hauen epe motzeko eragina baino ez zuten ikertu, aipatutako esku-hartze dietetikoek CG zuten pazienteen igorpen-egoerari eusteko eraginkorra zen edo ez frogatu ezinik.

ONDORIOAK

Literaturaren errebisio honen bitartez, CG igorpenean duten pertsonen tratamendurako eskuragarri dauden hainbat esku-hartze dietetikok igorpen-egoera mantendu, gaixotasunaren jarduera-maila murriztu, hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arindu eta bizi-kalitatea hobetzeko duten eraginkortasuna aztertu da.

Lehenik eta behin, aipatu beharra dago, ezinezkoa gertatu dela aztertutako esku-hartze dietetiko guztiek CGren igorpen-egoerari eusteko duten gaitasuna frogatzea; zehazki, FODMAP baxuko dietak, IgG4k gidatutako baztertze dietak, dieta antiinflamatorioak, dieta mediterraneoak eta zuntzaren inguruko esku-hartze dietetikoak epe luzera izan ditzaketen ondorioei buruz aurkitutako ebidentzia eskasak, hauek CG duten pazienteen kasuan igorpen-faseari eusteko eraginkorrak diren ondorioztatzea ekidinez. Hortaz, aipatutako dieten epe-motzeko erabilerak, gaixotasunaren jarduera-maila arintzeko gaitasuna frogatu izanak, CG igorpenean duten pertsonetan hauen erabilera gomendatzea ahalbidetzen duen arren, epe luzera dietak izan ditzaketen ondorioei buruz eskuratutako ebidentzia urriak ez du baimentzen dieta hauen erabilera luzatzea.

Bestalde, N-3 gantz azido poli asegabeek CGren gain dituen onurak osagarrien erabileraren bitartez ikusi ohi badira ere, honen erabileran oinarritutako esku-hartze dietetikoak ikertu zuen azterlanak gaixotasunaren igorpenari eusteko mesedegarriak izan zitekeela frogatzea baimendu zuen, honen epe luzerako eraginkortasuna baieztatuz.

Alabaina, esku-hartze dietetiko guztiek, neurri handiago edo txikiagoan, sintoma digestiboak arintzeko eraginkorrak direla erakutsi dute. FODMAP baxuko dieta aztertzen zuten ikerketei dagokienez, guztiek esku-hartze eta kontrol-taldearen arteko ezberdintasun esanguratsurik adierazi ez arren, orokorrean CGren bereizgarria den sintomatologia digestiboaren hobekuntza adierazi zen (hala nola, sabeleko mina eta hanturan, flatulentzian, deposizioen maiztasunean, beherakoetan, eta gorakoetan); baliteke azterlanen emaitzen arteko ezberdintasuna esku-hartzea eraman zen iraupenaren ezberdintasunekin lotuta egotea. Bestetik, berrikusitako literaturak zuntz dietetikoaren erabilerak, karbohidrato espezifikoaren dietak eta dieta antiinflamatorioak sintomatologia digestiboa arintzeko gaitasuna dutela adierazi izan arren, aipatutako azkeneko bi dietak aztertu zituzten ikerketen emaitzek gaixotasunaren azpi-fase edo azpi-motak ez bereizteak, eskuragarri dagoen ebidentzia urriarekin batera, eraginkortasun-mailaren irismena ezagutzea mugatzen du, ondorioz, hauen eraginkortasuna bermatzea oztopatuz.

Kontuan hartu beharrekoa da, aipatutako dietek CG tratatzeko duten eraginkortasuna frogatzen duen ebidentzia egon arren, azpian dagoen mekanismo patogenoa ez ulertzearen ondorioz garrantzitsuak diren osagai zehatzen ulermenak mugatua izaten jarraitzen duela.

Amaitzeko, IBDQ eta SIBDQ galdetegien bitartez, esku-hartze dietetikoaren eta igorpenean dauden CG duten pertsonen osasunarekin lotutako bizi-kalitatearen arteko erlazioa aztertu den ikerlan

gehienetan hobekuntza esanguratsua hauteman izan da, horrek dietak gizabanakoentzat duen garrantzia erakutsiz. Eraitza hauek, berrikusketaren justifikazio atalean aipatu bezala, CG duten gizabanakoek osasun-profesionalen aholkularitza eta jarraipen dietetikoaren inguruan hautemandako gabezia hornitu beharra ikusarazi dute.

Lan honen emaitzek erizaintzako profesionalak CG duten pazienteen aholkularitza-dietetikoaren arduradunak izatearen garrantzia indartzen dute, pazientearekin beste osasun-profesional batzuek baino harreman hurbilagoa eta ohikoagoa izatean, egoera mesedegarrian baitaude. Gehienbat, osasun-profesionalaren gertutasunari lotuta eta epe-luzera zainketak eskaintzeko eskumena kontuan hartuta, lehen mailako arretako erizaina CG igorpen fasean aurkitzen den pazientearen hezkuntza eta jarraipena aurrera eramateaz arduratzea ezinbestekotzat hartzen da, igorpenari eusteko edota sintomatologia arintzeko.

Erizaintzaren kode deontologikoan oinarrituta, eta CGren izaera kronikoa kontuan hartuta, erizaintzako profesionalek gaixotasunaren autozaintetan trebatu beharko lukete pazienteak. Landutako esku-hartze dietetikoak abiapuntutzat hartuta, CG duten pertsonen heziketa, aholkularitza eta jarraipen beharrak asetzeaz gaiz, gaur egun, alderdi honetan aurkezten den gabeziari irtenbidea ematen saiatu da, berrikusketa honen bitartez erizaintzako profesionalentzat erabilgarria gerta litekeen literaturaren errebisioa burutuz. Azken batean, berrikusketa lan honek, erizaintzako profesionalek hezkuntza eta prestakuntza dietetikoaren bidez, CG duen pertsonak bere gaixotasuna era autonomoan kudeatu ahal izatearen alde egiten du, horrela, pazientearen ongizate fisikoa eta psikologikoa sustatuz eta gaixotasunaren berezko arriskuak murriztuz.

Azkenik, lan hau egiteko aurkitu ditudan mugetan oinarrituz, beharrezkoa ikusten dut landutako gaiaren inguruko eraginkortasun-erlazioak ezartzea ahalbidetzen duten kalitate metodologiko handiko azterlanak burutzea; hain zuzen ere, CG igorpen-egoeran duten gizabanakoak barneratzen dituen lagin tamaina handiagoarekin burututako ausazko entsegu klinikoak, esku-hartzearen eraginkortasuna neurtzeko hasi aurretik eta gutxienez 12 hilabetera aztertutako aldagaien neurketa burutuz eta alborapenak saihesteko, esku-hartzeak ahalbidetzen dituen itsutze estrategiak erabiliz.

BIBLIOGRAFIA

1. Mak WY, Hart AL, Ng SC. Crohn's disease. *Medicine*. 2019;47(6):377-387.
2. Ballester MP, Maia M, Pérez M. Enfermedad de Crohn. *Medicina Clínica*. 2018;151(1):26–33.
3. Hendy P, Hart A. A review of Crohn's disease. *European Medical Journal Gastroenterology*. 2013; 1:116–123.
4. Ondategui S, editor. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal: situación actual y retos asistenciales*. Madrid: Centro de Investigación de Ciencias de la Salud de EY; 2016 [cited 2021 Jan 27]. Available from: [Enfermedad Inflamatoria Intestinal: situación actual y retos \(studylib.es\)](https://studylib.es)
5. De La Coba C, Saro C. Manual de ayuda para pacientes con enfermedad de Crohn [Internet]. Gijón: Geteccu; 2012 [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://geteccu.org/contenidos/up/2015/07/Epidemiolog%C3%ADa-EC.pdf>
6. Casellas F, Ginard D, Hinojosa J, Bastida G, Lindner L, Vieta A. Costes médicos directos de la enfermedad de Crohn en España. *PharmaEconomics*. 2010;7(1): 38-46.
7. Veauthier B, Hornecker JR. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *American Family Physician*. 2018; 98(11): 661–669.
8. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2010;4(1):7–27.
9. Crabtree U. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Primera Parte. *Revista Gastrohnp*. 2010; 12(3):9-17.
10. Basson A. Nutrition management in the adult patient with Crohn's disease. *South African Journal of Clinical Nutrition*. 2012; 25(4): 164–172.
11. Monrroy H, Ibáñez P. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología latinoamericana*. 2013; 24 (2): 85-90.
12. Alrubaiy L, Rikaby I, Dodds P, Hutchings HA, Williams JG. Systematic Review of Health-related Quality of Life Measures for Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2015; 9 (3): 284-292.
13. Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: An overview. *Gastroenterology Research and Practice*. 2012.

14. García S, Lillo M, Sanjuán A, Richart M. Enfermedad de Crohn: experiencias de vivir con una cronicidad. *Salud Pública de México*. 2016; 58(1): 49-55.
15. García S, Lillo M, Sanjuán A, Richart M. Hábitos dietéticos y creencias sobre la alimentación de las personas con Enfermedad de Crohn. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 32(6):2948-2955.
16. De Vries JHM, Dijkhuizen M, Tap P, Witteman BJM. Patient's Dietary Beliefs and Behaviours in Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases*. 2019; 37(2):131–139.
17. Martínez MJ, Melián C, Romero M. Nutrición en enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutrición hospitalaria*. 2016; 33(4):60-3.
18. Tinsley A, Ehrlich OG, Hwang C, Issokson K, Zapala S, Weaver A, et al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding the Role of Nutrition in IBD among Patients and Providers. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2016; 22(10): 2474–2481.
19. Hesteetako gaixotasun inflamatorioa, kolitis ultzeraduna edo Crohn-en gaixotasuna duten pazienteentzako dieta. *Osakidetza. Araba Erakunde Sanitario Integratua*; 2018 [Updated 2018 May, cited 2021 March 7]. Available from: <http://www.osiaraba.eus/infopacientes/documentos/servicios/digestivo/hojasinfo/eus/IO-DIG-DIETAK-21%20Hesteetako%20gaixotasun%20Inflamatorioa,%20Kolitis.pdf>
20. Cicero A. Enfermedad de Crohn en Atención Primaria. *Nuberos Científica*. 2019; 3 (27): 18-26.
21. McDermott E, Healy G, Mullen G, Keegan D, Byrne K, Guerandel A, et al. Patient Education in Inflammatory Bowel Disease: A Patient-Centred, Mixed Methodology Study. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2018; 12(4): 419–424.
22. Khalil H, Peters M, Godfrey CM, Mcinerney P, Soares CB, Parker D. An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2016;13(2):118–23.
23. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., & The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151(4), 264-269.
24. Albenberg L, Brensinger CM, Wu Q, Gilroy E, Kappelman MD, Sandler RS, et al. A diet low in red and processed meats does not reduce the rate of Crohn's disease flares in a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2019;157(1):128-136.
25. Kakodkar S, Farooqui A, Mikolaitis S, Mutlu E. The Specific Carbohydrate Diet for Inflammatory Bowel Disease: A case series. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2015; 115 (8): 1226-1232.

26. Brotherton C, Martin C, Long M, Kappelman M, Sandler R. Avoidance of Fiber Is Associated with Greater Risk of Crohn's Disease Flare in a 6-Month Period. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2016;14(8):1130–1136.
27. Lev-Tzion R, Griffiths A.M, Leder O, Turner D. Omega 3 fatty acids (fish oil) for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Systematic Review*. 2014, 2, CD006320.
28. Uchiyama K, Nakamura M, Odahara S, Koido S, Katahira K, Shiraishi H, et al. N-3 polyunsaturated fatty acid diet therapy for patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2010;16(10):1696–1707.
29. Pedersen N, Ankersen DV, Felding M, Wachmann H, Végh Z, Molzen L, et al. Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*. 2017;23(18):3356–3366.
30. Bodini G, Zanella C, Crespi M, Lo Pumo S, Demarzo MG, Savarino E, et al. A randomized, 6-wk trial of a low FODMAP diet in patients with inflammatory bowel disease. *Nutrition*. 2019; 67 (68): 1-7.
31. Gunasekeera V, Mendall MA, Chan D, Kumar D. Treatment of Crohn's Disease with an IgG4-Guided Exclusion Diet: A Randomized Controlled Trial. *Digestive Diseases and Sciences*. 2016;61(4):1148–1157.
32. Olendzki B, Silverstein T, Persuitt G, Ma Y, Baldwin K, Cave D. An anti-inflammatory diet as treatment for inflammatory bowel disease: A case series report. *Nutrition Journal*. 2014;13(5): 1-7.
33. Papada E, Amerikanou C, Forbes A, Kaliora A. Adherence to mediterranean diet in Crohn's disease. *European journal of nutrition*. 2020; 59: 1115-1121.
34. 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(1):176-188.
35. Prince A, Myers C, Joyce T, Irving P, Lomer M, Whelan K. Fermentable Carbohydrate Restriction (Low FODMAP diet) in Clinical Practice Improves Functional Gastrointestinal Symptoms in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2016; 22(5): 1129-1136.
36. Suskind D, Wahbeh G, Cohen S, Damman C, Klein J, Braly K, et al. Patients Perceive Clinical Benefit with the Specific Carbohydrate Diet for Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases and Sciences*. 2016; 61: 3255-3260.

37. Brotherton C, Taylor A, Bourguignon C, Anderson J. A high-fiber diet may improve bowel function and health-related quality of life in patients with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing*. 2014; 37(3):206-216.
38. Chicco F, Magrì S, Cingolani A, Paduano D, Pesenti M, Zara F, et al. Multidimensional Impact of Mediterranean Diet on IBD Patients. *Inflammatory bowel diseases*. 2021; 27(1): 1-9.

ERANSKINAK

1. Eranskina. Crohn-en gaixotasunaren digestio-aparatuaren barne eta kanpoko adierazpen klinikoak.

Adierazpen kliniko digestiboak	Digestio aparatutik at ematen diren adierazpen klinikoak
<ul style="list-style-type: none">- Hazkundearen atzerapena (adingabeetan; pisu eta altueraren atzerapena)- Garapen sexualaren atzerapena (nerabeetan)- Anorexia, sukarra eta pisu galera- Min abdominal errepikakorra- Masa abdominala- Beherakoak eta gorakoak- Gaixotasun perianala/ fistulak- Konplikazio nagusiak: hemorragia, hesteetako zulatzea, fistulak, abzesuak, estenosis, hesteetako buxadura, minbizia	<ul style="list-style-type: none">- Larruazala: eritema nodosoa, pioderma gangrenosoa- Artikulazioak: artritis, espondilitis ankilosantea- Begiak: epieskleritisa, eskleritisa, ubeitisa- Behazun-sistema: lehen mailako kolangitis esklerosatzaila- Beste konplikazio nagusi batzuk: zainetako tronboenbolismoa, osteoporosia, behazun kalkuluak, gibel koipetsuaren gaixotasuna (jatorria alkoholarekin zerikusia izan gabe)

(Amunarriz eginda, Mak WY et al. 2019 eta Basson A 2012 oinarrituta)

2. Eranskina. Crohn-en gaixotasunaren Montreal sailkapena

Diagnostiko adina (A)	A1 16 urtetik beherakoa A2 17 eta 40 urte bitartean A3 40 urtetik gorakoa	
Kokapena (L)	L1 ileon terminala L2 Kolonikoa L3 Ileokolonikoa L4 Goi digestio-traktua	L1+L4 (ileon terminala + goi digestio-traktua) L2+L4 (kolona + goi digestio-traktua) L3+L4 (ileokolonikoa + goi digestio-traktua)
Portaera (B)	B1 Ez estenosatzailea, ez sarkorra, hanturazkoa B2 Estenosatzailea B3 Fistulizatzailea	B1p (hanturazkoa uzki inguruko afekzioarekin) B2p (estenosatzailea uzki inguruko afekzioarekin) B3p (fistulizatzailea uzki inguruko afekzioarekin)

Crohn-en gaixotasunaren fenotipoaren araberako sailkapena burutu daiteke Montreal sailkapen sistemaren bitartez, gaixotasunaren ezaugarrien araberako pronostikoa ezagutzea ahalbidetuz.

Monrroy H, Ibáñez P. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterología latinoamericana. 2013; 24 (2): 85-90.

3. Eranskina. Kontzeptu-taula

Kontzeptu nagusia	Lengoaia naturala			Lengoaia kontrolatua (deskriptoreak)
	Sinonimoa	Antonimoa	Ingelesez	
Crohn-en gaixotasuna	Hanturazko heste gaixotasuna HHG Crohn-en gaixotasuna		Inflammatory bowel disease IBD Crohn's disease	Medline (MeSH): Crohn disease, Inflammatory bowel disease. EMBASE (EMTREE): Crohn disease, Inflammatory bowel disease. CINAHL (Descriptores de CINAHL): Crohn's disease, Inflammatory bowel disease. Cochrane Database (MeSH): Crohn disease, Inflammatory bowel diseases.
Igorpen fasea	Igorpena Igorpenaren mantentzea Igorpena eragin	Gaixotasun aktiboa Gaixotasun akutua	Remission Remission maintenance Remission induction	Medline (MeSH): Remission.mp., Remission maintenance.mp., Remission induction. EMBASE (EMTREE): Remission, Remission maintenance.mp., Induction of remission.mp. CINAHL (Descriptores de CINAHL): Remission, Remission maintenance.mp., Induction of remission.mp. Cochrane Database (MeSH): Remission.mp., Remission maintenance.mp., Remission induction.
Dieta	Dieta Terapia dietetikoa Esku-hartze dietetikoa Dietaren kudeaketa		Diet Diet therapy Dietary interventions Dietary management Nutrition	Medline (MeSH): Diet, Diet therapy, Dietary interventions.mp., Dietary management.mp., Nutritional management.mp. EMBASE (EMTREE): Diet, Diet therapy, Dietary interventions.mp., Dietary management.mp., Nutritional management.mp. CINAHL (Descriptores de CINAHL): Diet, Diet therapy, Dietary interventions, Dietary management, Nutritional management.

	Nutrizioa Nutrizioaren kudeaketa		Nutritional management	Cochrane Database (MeSH): Diet, Diet therapy, Dietary interventions.mp., Dietary management.mp., Nutritional management.mp.
Heldua	Heldua Heldu gaztea Adindua		Adult Young adult Aged	Medline (MeSH): Adult. EMBASE (EMTREE): Adult. CINAHL (Descriptores de CINAHL): Adult. Cochrane Database (MeSH): Adult.
Erizaintza zainketak	Erizain esku- hartzea Erizaintza zainketak Erizaina Erizaintza		Nurse intervention Nursing care Nurse Nursing	Medline (MeSH): Nurs*.mp. EMBASE (EMTREE): Nurs*.mp. CINAHL (Descriptores de CINAHL): Nurs*.mp. Cochrane Database (MeSH): Nurs*.mp.

4. Eranskina. Bilaketa-taula

Datu-basea	Bilaketa ekuazioa	Aurkitutako emaitzak	Oharrak Datu-baseetan burututako bilaketen bitartez eskuratutako artikuluz guztiak Mendeley aplikazioan zerrendatu ziren
1.MEDLINE (OVID)	Crohn disease AND (Diet OR Diet therapy) <i>+ filtro 2010-Current</i>	136	Bilaketa zabala burutu arren, artikuluz kopurua ez da gehiegizkoa izan.
2.MEDLINE (OVID)	Inflammatory bowel disease AND (Diet OR Diet therapy) <i>+ filtro 2010-Current</i>	269	Bilaketa zabalegia. Artikulu gehiago aurkitzeko asmoz, hesteetako gaixotasun guztiak biltzen dituen deskriptorea erabili nahi izan dut, zabalegia gauzatu.
3.MEDLINE (OVID)	Crohn disease AND Dietary interventions.mp. <i>+ filtro 2010-Current</i>	11	Crohn-en gaixotasunaren tratamendurako eskuragarri dauden esku-hartze dietetiko guztiak biltzen dituzten artikuluz aurkitzeko gehitu dut "dietary interventions" kontzeptua; ekuazio honen bitartez lortutako emaitza kopurua nahiko makala izan da.
4.MEDLINE (OVID)	Inflammatory bowel disease AND Dietary interventions.mp.	26	Artikulu gehiago aurkitzeko asmoz, hesteetako gaixotasun guztiak biltzen dituen kontzeptua erabili dut, estrategia eraginkorra gauzatu, lortutako

	+ filtro 2010-Current		emaitza kopurua aurrekoan lortutakoa bikoizten baitu.
5.MEDLINE (OVID)	Crohn disease AND (Dietary management.mp. OR Nutritional management.mp.) + filtro 2010-Current	9	Bilaketan Crohn-en gaixotasunaren maneiu dietetiko zein nutrizionalaren inguruko artikulak lortzeko erabili ditudan kontzeptuak ez dira eraginkorrak izan, emaitza kopurua gehiago mugatzea baino ez dut lortu hauekin.
6.MEDLINE (OVID)	(Crohn disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND Remission induction + filtro 2010-Current	21	Bilaketa eraginkorra, bertan "remission induction" erabili zen datu-base honetan igorpenarekin lotutako eskuragarri zegoen deskriptore bakarra zelako.
7. MEDLINE (OVID)	(Crohn disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND (Remission maintenance.mp. AND Remission.mp.) + filtro 2010-Current	70	Bilaketa eraginkorra, bertan igorpen fasearen mantentzeari erreferentzia egiten zioten hitz naturalak erabili ziren, datu-base honetan ez baitziren deskriptore moduan agertzen.
8. MEDLINE (OVID)	(Crohn disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND Nurs*.mp. + filtro 2010-Current	6	Emaitza kopuru mugatua lortu dut bilaketa honetatik izartxoaren bitartez erizaintzaren esku-hartzearekin lotutako artikulua guztiak lortzeko saiakera egin arren.

1. EMBASE	Crohn disease AND (Diet OR Diet therapy) AND Adult + filtro 2010-Current	325	Bilaketa orokorregia. Bilaketa ekuazioari, emaitza kopurua mugatzeko "adult" deskriptorea gehitu izan arren emaitza kopurua gehiegizkoa gauzatu da.
2. EMBASE	Inflammatory bowel disease AND (Diet OR Diet therapy) AND Adult + filtro 2010-Current	200	Bilaketa orokorregia. Bilaketa ekuazioari, emaitza kopurua mugatzeko "adult" deskriptorea gehitu izan arren emaitza kopurua gehiegizkoa gauzatu da.
3. EMBASE	Crohn disease AND Dietary interventions.mp. + filtro 2010-Current	53	Bilaketa eraginkorra. Aurreko datu-basean burututako bilaketa errepikatu dut, honetan emaitza kopuru nahikoa lortuz.
4. EMBASE	Inflammatory bowel disease AND Dietary interventions.mp. + filtro 2010-Current	57	Bilaketa eraginkorra. Aurreko datu-basean burututako bilaketa errepikatu dut, honetan emaitza kopuru nahikoa lortuz.
5. EMBASE	Crohn disease AND (Dietary management.mp. OR Nutritional management.mp.) + filtro 2010-Current	46	Bilaketa eraginkorra. Aurreko datu-basean burututako bilaketa errepikatu dut, honetan emaitza kopuru nahikoa lortuz.
6. EMBASE	(Crohn disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND Induction of remission.mp. + filtro 2010-Current	100	Bilaketa eraginkorra. Aurreko datu-basean burututako bilaketa errepikatu dut, honetan emaitza kopuru nahikoa lortuz. Kasu honetan, datu-basean "remission induction" deskriptorea ez egotearen

			ondorioz, hitz naturalak erabili ditut aipaturako kontzeptua biltzeko.
7. EMBASE	(Crohn disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND (Remission maintenance.mp. AND Remission) AND Adult <i>+ filtro 2010-Current</i>	34	Bilaketa honetan lanaren helburu zehatzarekin bat datorren artikulak bilatzen saiatu naiz deskriptore askoren erabileraren bitartez. "Adult"-en bitartez aztertutako laginaren adin tartea mugatzen saiatu naiz artikulatu pediatrikoak ez agertzeko helburuarekin.
8. EMBASE	(Crohn disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND Nurs*.mp. <i>+ filtro 2010-Current</i>	55	Izartxoaren bitartez erizaintzaren esku-hartzearekin lotura duten artikulatu guztiak barneratzeko erabili izan dudana estrategia arrakastatsua gauzatu da.
1.CINAHL	Crohn's disease AND (Diet OR Diet therapy) AND Adult <i>+ filtro 2010-Current</i>	93	Bilaketa eraginkorra. Aurreko datu-baseetan burututako bilaketa errepikatu dut, honetan emaitza kopuru aproposa lortuz.
2.CINAHL	Inflammatory bowel disease AND (Diet OR Diet therapy) AND Adult <i>+ filtro 2010-Current</i>	112	Bilaketa eraginkorra. Aurreko datu-baseetan burututako bilaketa errepikatu dut, honetan emaitza kopuru aproposa lortuz.
3. CINAHL	Crohn's disease AND Dietary interventions.mp.	17	Bilaketa eraginkorra. Aurreko datu-baseetan burututako bilaketa errepikatu dut, honetan lortutako emaitza kopurua txikiagoa izan arren, egokia izanik.

4. CINAHL	Inflammatory bowel disease AND Dietary interventions <i>+ filtro 2010-Current</i>	30	Bilaketa eraginkorra, honetan ez dut lengoia naturala erabili izan behar datu-base honetan, aurreko bietan ez bezala, erabilitako kontzeptuak barneratzen zituzten deskriptoreak baitzeuden.
5. CINAHL	Crohn´s disease AND (Dietary management OR Nutritional management) <i>+ filtro 2010-Current</i>	13	Bilaketa eraginkorra, honetan ez dut lengoia naturala erabili izan behar datu-base honetan, aurreko bietan ez bezala, erabilitako kontzeptuak barneratzen zituzten deskriptoreak baitzeuden.
6. CINAHL	(Crohn´s disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND Induction of remission.mp. <i>+ filtro 2010-Current</i>	44	Bilaketa eraginkorra, aurreko datu-basetan erabilitako bilaketa ekuazioa errepikatuz emaitza kopuru egokia lortu izan baita.
7. CINAHL	(Crohn´s disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND (Remission maintenance.mp OR Remission) <i>+ filtro 2010-Current</i>	116	Bilaketa eraginkorra, aurreko datu-basetan erabilitako bilaketa ekuazioa errepikatuz emaitza kopuru handia lortu baita.
8. CINAHL	(Crohn´s disease OR Inflammatory bowel disease) AND (Diet OR Diet therapy) AND Nurs*.mp. <i>+ filtro 2010-Current</i>	33	Izartxoaren bitartez erizaintzaren esku-hartzearekin lotura duten artikulua guztiak barneratzeko erabili izan dudana estrategia arrakastatsua gauzatu da, emaitza kopuru onargarria lortuz.

1.COCHRANE	Crohn disease AND (Diet OR Diet therapy)	11	Bilaketa eraginkorra, kontzeptu zabalak erabili izan arren honen bitartez lortutako emaitza kopurua nahikoa baita.
2.COCHRANE	Inflammatory bowel diseases AND (Diet OR Diet therapy) <i>+ filtro 2010-Current</i>	18	Bilaketa eraginkorra, aurreko bilaketarekin alderatuta, gaixotasunari dagokionez kontzeptu zabalagoa erabili izan arren honen bitartez lortutako emaitza kopurua nahikoa baita.
3.COCHRANE	Crohn disease AND Dietary interventions.mp. <i>+ filtro 2010-Current</i>	13	Bilaketa eraginkorra, kontzeptu zabalak erabili izan arren honen bitartez lortutako emaitza kopurua nahikoa baita.
4.COCHRANE	Inflammatory bowel diseases AND Dietary interventions.mp. <i>+ filtro 2010-Current</i>	17	Bilaketa eraginkorra, emaitza gehiago lortzeko helburuarekin hesteetako hanturazko gaixotasun guztiak biltzen dituen kontzeptua erabili arren honen bitartez lortutako emaitza kopurua egokia izan da.
5. COCHRANE	Crohn disease AND (Dietary management.mp. OR Nutritional management.mp.) <i>+ filtro 2010-Current</i>	24	Bilaketa eraginkorra, kasu honetan aurreko datu-baseetan erabilitako bilaketa ekuazioa berrerabiltzea baliagarria gauzatu da.
6. COCHRANE	(Crohn disease OR Inflammatory bowel diseases) AND (Diet OR Diet therapy) AND Remission Induction	3	Bilaketa ez da guztiz eraginkorra gauzatu emaitza kopurua oso txikia baita, behar bada deskriptore gehiegi eta zehatzegiak erabili izan dira.

	+ <i>filtro 2010-Current</i>		
7. COCHRANE	(Crohn disease OR Inflammatory bowel diseases) AND (Diet OR Diet therapy) AND (Remission.mp. OR Remission maintenance.mp.) + <i>filtro 2010-Current</i>	8	Bilaketa honen bitartez lortutako emaitza kopurua mugatua izan arren, eraginkorra gauzatu da.
8. COCHRANE	(Crohn disease OR Inflammatory bowel diseases) AND (Diet OR Diet therapy) AND Nurs*.mp + <i>filtro 2010-Current</i>	0	Bilaketa ekuazio zehatzegia, izartxoaren bitartez erizaintzaren esku-hartzearekin lotura duten artikuluguztiak barneratzeko erabili izan dudana estrategia ez da arrakastatsua gauzatu.

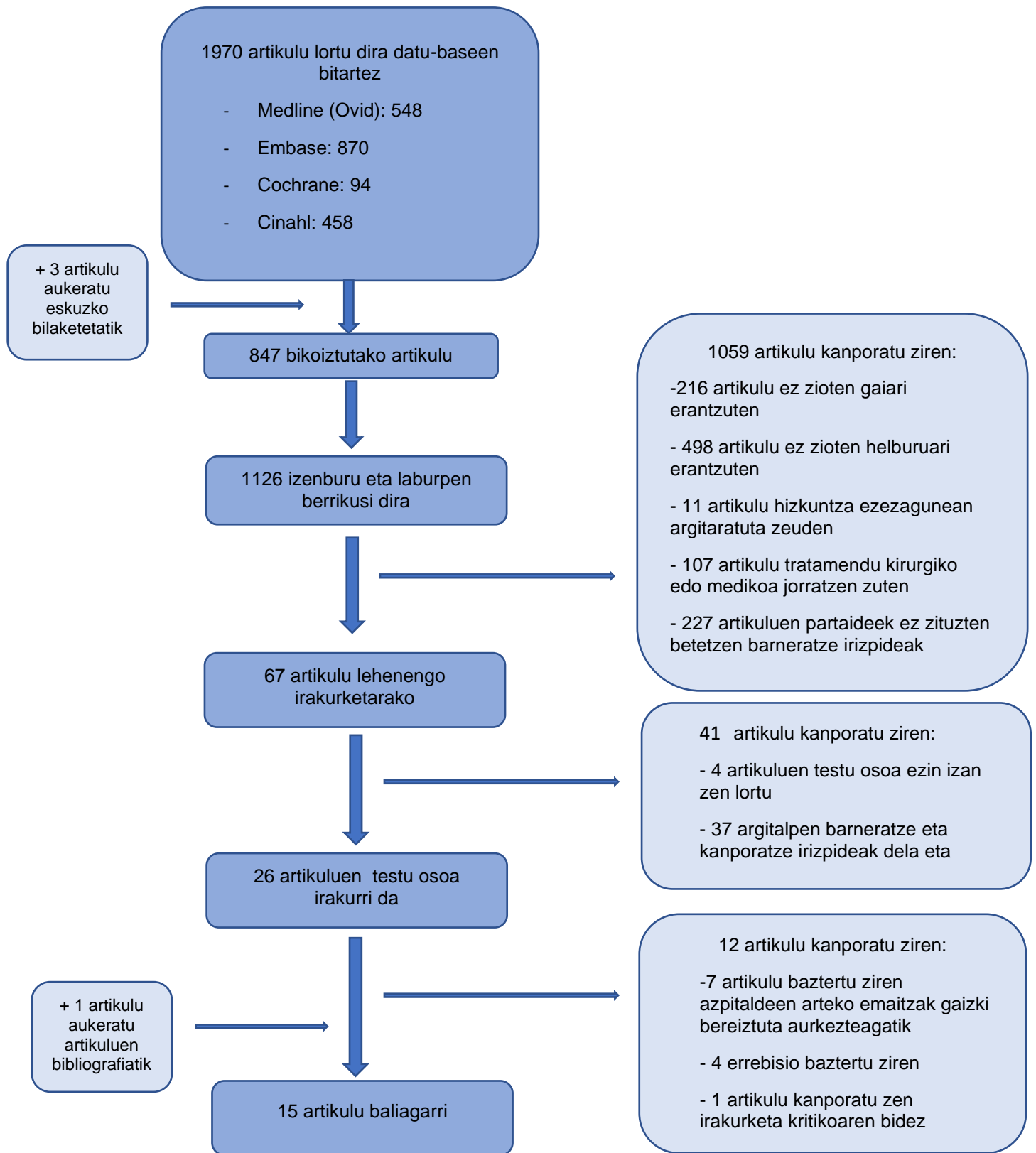
Ebidentzian oinarritutako praktika	Bilaketa ekuazioa	Emaizak	Aukeratutako artikulua	Oharrak
RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario)	(Crohn disease) AND (Diet)	6	0	Bilaketa ez eraginkorra. Emaizak ez dute barneratze irizpideak betetzen, ez doaz bat gai edota helburuarekin.
RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario)	(Crohn disease) AND (Dietary management)	18	0	Bilaketa ez eraginkorra. Emaizak ez dute barneratze irizpideak betetzen, ez doaz bat gai edota helburuarekin.
NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	(Crohn disease) AND (Diet)	15	0	Bilaketa ez eraginkorra. Emaizak ez dute barneratze irizpideak betetzen, ez doaz bat gai edota helburuarekin.
NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	(Crohn disease) AND (Dietary management)	6	0	Bilaketa ez eraginkorra. Emaizak ez dute barneratze irizpideak betetzen, ez doaz bat gai edota helburuarekin.

Aldizkaria	Bilaketa ekuazioa	Emaizak	Aukeratutako artikulua	Oharrak
Enfermería clínica	Enfermedad de Crohn y dieta	2	0	Bilaketa ez eraginkorra. Emaizak ez doaz bat helburuarekin.
Journal of Gastroenterology Nursing	Crohn´s disease AND Diet AND Remission + <i>filtro 2010-Current</i>	31	3	Bilaketa eraginkorra; hala ere, 28 artikulua kanporatu izan dira barneratze irizpideak ez betetzeagatik.

Beste artikuluetako bibliografiatik ateratako artikuluen izenburua

Fermentable Carbohydrate Restriction (Low FODMAP diet) in Clinical Practice Improves Functional Gastrointestinal Symptoms in Patients with Inflammatory Bowel Disease

5. Eranskina. Fluxu-diagrama



6. Eranskina. Ikerketa kuantitatiboko azterketaren irakurketa kritikoa

6.1. Eranskina. Ikerketa kuantitatiboko azterketaren irakurketa kritiko garatua

<p>Artikulu: 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. <i>Gastroenterology</i>. 2020;158(1):176-188.</p>			
<p>Helburuak eta hipotesiak</p>	<p>Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?</p>	<p>Bai HH Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Artikuluaren izenburu eta laburpenean argi azaltzen da ikerketaren helburua: FODMAP baxuko dieta batek hesteetako sintoma iraunkorren, hesteetako mikrobiomaren eta hantura-markatzaileen gainean dituen ondorioak ikertu, hesteetako hanturazko gaixotasun ez-aktiboa duten gizabanakoetan.</p> <p>P: HHG igorpen fasean duten gizabanako helduak.</p> <p>I: FODMAP baxuko dieta jarraitu lau asteetan zehar.</p> <p>K: Kontrol (“gold standard”) dieta jarraitu lau asteetan zehar.</p> <p>O: Helburu nagusia entsegu klinikoa aurrera eman ahala, hesteetako sintoma iraunkorra arintzea izan zen. Bigarren mailakoak berriz, bizi kalitatea, gaixotasunaren jarduera maila, hantura markatzaile mailak eta mikrobioma konposizio eta funtzioa hobetzea ziren.</p>
<p>Diseinua</p>	<p>Erabilitako diseinua mota egokia da ikerketaren helburuari dagokionez (helburuak edo/eta hipotesiak)?</p>	<p>Bai HH Ez</p>	<p>Zergatik?</p> <p>Artikulu kuantitatibo esperimentalen barru ausazko entsegu klinikoa, aurrera eramaten zen esku-hartzearen eraginkortasuna neurtzeko ikerketa diseinu egokiena da. Bertan, partaideak ausaz bereiztu zituzten bi taldeetan, esku-hartze taldeko gizabanakoek aztergai zen, FODMAP baxuko dieta jarraituz lau astez, eta kontrol taldekoek berriz “gold standard” delako kontrol dieta jarraituz denbora-tarte berean; modu honetan, esku-hartze eta kontrol taldekoen emaitzak</p>

			alderatuz, FODMAP baxuko dietak izan zezakeen eraginkortasuna aztertu zen. Gainera, itsutze sinplearen estrategia erabili izana, alborapenik emateko aukera murrizten du, gizabanakoek ez zekiten zein taldeko partaideak ziren eta biei zenbait karbohidratoren murrizketa emango zela jakinarazi zieten.
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai HH Ez	Zergatik? Argi eta garbi ezartzen da esku-hartze eta kontrol taldean aurrera eraman den interbentzioa azterlanaren hasieran, hau talde bakoitzeko kide guztiek jarraituz. Esku-hartze taldeak jarraitu beharko FODMAP baxuko dietaren oinarriak azaldu zituen; kontrol taldeak "gold standard" dieta jasoko zuela aipatu arren, ez zen azalpen handirik eman honen inguruan. Bestetik, ikertzaileek astero dietaren betetzea sustatu zen telefono deien bitartez, jarraitasuna ebaluatuz. Gainera ikerketaren amaieran galdetegi erraz baten bitartez taldekideen dietarekiko betetze-maila ebaluatu zen.
	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?	Bai HH Ez	Zergatik? Esku-hartzearen aurretik, partehartzaileen ezaugarriak adierazten ditu; horretarako, talde bakoitzeko ezaugarrien batez bestekoak aurkezten ditu taula baten bitartez (adina, sexua, etnia, CG eta UK duten partaideen kopurua, gaixotasunaren kokapena eta jarduteko modua, IBS-SSS puntuazioa, medikazioa eta abar). Honetaz aparte, barneratze eta kanporatze irizpideak zehazten dira azterlanaren hasieran. Barneratze irizpideen barne, 18 urte baino gehiago, HHG igorpen fasean eta hesteetako sintomatologia iraunkorra izatea daude. Kanporatze irizpideak ere finkatu ziren: duela 12 aste baino gutxiago

Populazioaren kontzeptua eta lagina			tratamendu farmakologikoa aldatzea, estomazitatea, estenosi pairatzea ikerketa bitartean, larritasun handiko gaixotasunak izatea, haurdun egotea, edoskitzea...
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	Zergatik? Aurretik zehaztutako kanporatze eta barneratze irizpideetan oinarrituta eraiki zen lagina. Ondoren laginan barneratutako partaideen ausazko esleipena eraman zen aurrera, hauek esku-hartze eta kontrol taldean banatuz. Laginketa-estrategia grafikoki azaltzen zuen taula eraiki zen, emandako pausuak irudikatuz.
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Zergatik? Laginaren neurria azterlan hasieran argi adierazteaz gain, laginaren tamaina helburu nagusiaren arabera kalkulatu zen, heste narririkorraren sindromea zuten gizabanakoetan FODMAP baxuko dieta eta CG-erako "gold standard" dietaren eraginaren arteko aldeak aztertzen zituen entsegu batean oinarrituta. %80ko potentziarekin eta %5eko 2 zeinuko esangurarekin, 44 parte-hartzaileko lagin-tamaina behar zela adierazi zen; hala izan ere, desertzioa %15ekoa zenez, laginaren tamaina 52 parte-hartzailekoa izan zen (26 talde bakoitzeko).
Aldagaiaren neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Zergatik? Entsegu klinikoaren bitartez lortutako emaitzak neurtzeko lanabes apropos eta espezifikoak erabili ziren. Gaixotasunaren klinikari dagozkion emaitzak jasotzeko, hesteetako sintomatologia heste narritagarriaren sindromearen larritasun-puntuazioa (IBS-SSS) eta sintoma gastrointestinalak sailkatzeko eskalaren (GSRs) erabili ziren; gorozkien frekuentzia eta gogortasuna Bristol eskalaren bitartez neurtu zen. Gaixotasunarekin lotutako bizi

			kalitatea Erresuma Batuko IBD galdetegi espezifikoaren (IBDQ) bitartez burutu zen. CG zutenen kasu, gaixotasunaren jardura maila, HBI, indize klinikoaren bitartez neurtu zen. Azkenik, laborategiko frogen bitartez gorozkien kalproteina maila eta odoleko PCR maila serikoak aztertu ziren.
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasuneko edo harremaneko den: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiei dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Zergatik? Bi taldeetako partaide kopurua antzekoa izan zen; 21 esku-hartze taldean eta 22 kontrol taldean. Esku-hartze eta kontrol taldearen artean ez zen ezberdintasun estatistikoki esanguratsurik adierazi entsegu klinikoaren hasieran HHGren ezaugarriei zegokienez ($p > 0.05$); hala ere esku-hartze taldeko partaideak kontrol taldekoak baino gazteagoak ziren ($p = 0.031$), eta etnia txurikoen kopurua handiagoa zen ($p = 0.029$). Gainontzeko ezaugarriei dagokionez, oso berdintsuak ziren bi taldeak.
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	Bai HH Ez	Zergatik? Itsu sinplea. Parte-hartzaileek ez zekiten zein zen esleitutako dieta, bakarrik jakinarazi zitzaien bata ikertutako dieta zela eta bestea plazebo dieta, aipatuz bi dietek kontsumitutako karbohidrato motak aldatuko zituztela. "Karbohidrato hartzigarri" eta "FODMAP baxuko dieta" terminoak eta dietaren ekintza-mekanismoa ez ziren aipatu parte-hartzaileen artean.
Emaitzak	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai HH Ez	Zergatik? Ikerketa hasieran eta amaieran aztertuko ziren aldagai guztien neurketa burutu zen, esku-hartzeak izandako eraginkortasuna frogatzeko aukera emanez. Ikerketak ondorioztatu zuen, FODMAP baxuko dieta 4 asteetan zehar jarraitzea segurua eta eraginkorra dela hesteetako

			<p>sintoma iraunkorrak maneiatzeko HHGren igorpen fasean.</p> <p>CG zuten partaideen artean, ez zen hobekuntza nabarmenik jakinarazi esku-hartze taldeko gizabanakoetan ikerketaren hasierako eta amaierako emaitzak erkatuz ($p=0.515$), ezta desberdintasun esanguratsurik ere esku-hartze taldearen eta kontrolaren IBS-SSS puntuazioaren artean saiakuntzaren amaieran ($p=0.515$).</p> <p>Esku-hartze taldeko kideek hobekuntza estatistikoki esanguratsua hauteman zuten sabel-huste maiztasunean ($p=0.019$), ondoren, estatistikoki esanguratsua ez zen hobekuntza nabaritzu sabeleko minaren intentsitatean ($p=0.475$), iraupenean ($p=0.871$) eta distentsio abdominalean ($p=0.071$).</p> <p>CG zutenen artean, bi dietak jarraitu ostean ez zen ezberdintasun esanguratsurik adierazi amaierako HBI emaitzei zegokienez ($p=0.814$).</p> <p>HHG zuten partaideen artean, osasunarekin lotutako bizi-kalitatearen puntuazio altuagoak ikusi ziren FODMAP baxuko dieta jarraitu zuen taldean ($p=0,042$), emaitzak estatistikoki esanguratsuak izanez “gold standard” dieta jarraitu zuten kontrol taldeko partaideekin alderatuta.</p>
Azken balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai HH Ez	<p>Zergatik?</p> <p>Helburuari erantzuten baitio, ikerketa aurrera eramateko aukeratutako diseinua nire lanaren helburuari erantzuna emateko oso egokia izanik.</p>

6.2. Eranskina. Ikerketa kuantitatiboko azterketen irakurketa kritikoa

Artikuluak:

1. 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(1):176-188. Bodini
2. Pedersen N, Ankersen DV, Felding M, Wachmann H, Végh Z, Molzen L, et al. Low-FODMAP diet reduces irritable bowel symptoms in patients with inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*. 2017;23(18):3356–3366
3. Bodini G, Zanella C, Crespi M, Lo Pumo S, Demarzo MG, Savarino E, et al. A randomized, 6-wk trial of a low FODMAP diet in patients with inflammatory bowel disease. *Nutrition*. 2019; 67 (68): 1-7
4. Prince A, Myers C, Joyce T, Irving P, Lomer M, Whelan K. Fermentable Carbohydrate Restriction (Low FODMAP diet) in Clinical Practice Improves Functional Gastrointestinal Symptoms in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2016; 22(5): 1129-1136
5. Gunasekeera V, Mendall MA, Chan D, Kumar D. Treatment of Crohn's Disease with an IgG4-Guided Exclusion Diet: A Randomized Controlled Trial. *Digestive Diseases and Sciences*. 2016;61(4):1148–1157
6. Kakodkar S, Farooqui A, Mikolaitis S, Mutlu E. The Specific Carbohydrate Diet for Inflammatory Bowel Disease: A case series. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2015; 115 (8): 1226-1232
7. Suskind D, Wahbeh G, Cohen S, Damman C, Klein J, Braly K, et al. Patients Perceive Clinical Benefit with the Specific Carbohydrate Diet for Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases and Sciences*. 2016; 61: 3255-3260

8. Albenberg L, Brensinger CM, Wu Q, Gilroy E, Kappelman MD, Sandler RS, et al. A diet low in red and processed meats does not reduce the rate of Crohn's disease flares in a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2019;157(1):128-136
9. Olendzki B, Silverstein T, Persuitt G, Ma Y, Baldwin K, Cave D. An anti-inflammatory diet as treatment for inflammatory bowel disease: A case series report. *Nutrition Journal*. 2014;13(5): 1-7
10. Papada E, Amerikanou C, Forbes A, Kaliora A. Adherence to mediterranean diet in Crohn's disease. *European journal of nutrition*. 2020; 59: 1115-1121.
11. Chicco F, Magrì S, Cingolani A, Paduano D, Pesenti M, Zara F, et al. Multidimensional Impact of Meditteranean Diet on IBD Patients. *Inflammatory bowel diseases*. 2021; 27(1): 1-9
12. Brotherton C, Taylor A, Bourguignon C, Anderson J. A high-fiber diet may improve bowel function and health-related quality of life in patients with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing*. 2014; 37(3):206-216
13. Brotherton C, Martin C, Long M, Kappelman M, Sandler R. Avoidance of Fiber Is Associated with Greater Risk of Crohn's Disease Flare in a 6-Month Period. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2016;14(8):1130–1136.
14. Uchiyama K, Nakamura M, Odahara S, Koido S, Katahira K, Shiraishi H, et al. N-3 polyunsaturated fatty acid diet therapy for patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2010;16(10):1696–1707.

	Irizpideak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

Diseinua	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira? <i>*Ez aplikagarria (EA)</i>	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	EA EA EA	Bai HH Ez	EA EA EA	EA EA EA	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	EA EA EA
Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

Aldagaien neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaien dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu? <i>*Ez aplikagarria (EA)</i>	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez	EA EA Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez	Bai HH Ez
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago? <i>*Ez aplikagarria (EA)</i>	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez	EA EA Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	EA EA Ez
Emaitzak	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	

Amaitu balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	
		HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH	HH
		Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez	Ez

7. Eranskina. Laburpen-aula

Egileak (urtea)	Helburua	Diseinua	Lagina	Interbentzioa	Idea nagusiak eta emaitzak
Cox SR, Lindsay J, Fromentin S, Stagg A, McCarthy N, Galleron N, et al. Erresuma Batua 2020	FODMAP baxuko dieta batek hesteetako sintoma iraunkorren, hesteetako mikrobiomaren eta hantura-markatzaileen gainean dituen ondorioak ikertu, hesteetako hanturazko gaixotasun ez-aktiboak duten gizabanakoetan.	Ikerkuntza kuantitatibo esperimental, ausazko entsegu kliniko, itsu sinplea.	HHG (CG, UK) igorpen fasean zuten eta heste sintoma iraunkorrak zituzten 103 gizabanako heldu (>18 urte) aukeratu ziren ikerketa aurrera eramateko, hauetatik soilik 43 pertsonak entsegu amaituz. Partaideak bi taldeetan banatu zituzten ausaz, 21 esku-hartze taldean eta 22 plazebo taldean; CG zuten 26 gizabanako zeuden partaideen artean, 14 esku-hartze taldean eta 12 kontrol taldean. Ez zen taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik aurkeztu.	Partaideak ausaz bi taldeetan banatu zituzten, bakoitzari 4 asteetan zehar jarraitu behar izango zuen dietari buruzko gutxi gorabehera 20 minutuko aholkularitza dietetikoa eta idatzizko informazioa emanez ikerketa hasieran. Esku-hartze taldeari FODMAP baxuko dieta esleitu zitzaion, kontrol taldeari berriz, "gold standard" delako dieta. Partaideak ez zekiten zein taldekoak ziren eta biekin zenbait karbohidratoen murrizketa emango zela jakinarazi zieten. Astero dietaren betetzea sustatu zen telefono deien bitartez, jarraitasuna ebaluatu.	FODMAP baxuko dieta 4 asteetan zehar jarraitzea segurua eta eraginkorra da hesteetako sintoma iraunkorrak maneiatzeko HHG igorpen fasean. CG zuten partaideen artean, ez zen hobekuntza nabarmenik jakinarazi esku-hartze taldeko gizabanakoetan ikerketaren hasierako eta amaierako emaitzak erkatuz (p=0.515), ezta desberdintasun esanguratsurik ere esku-hartze taldearen eta kontrolaren IBS-SSS puntuazioaren artean saiakuntzaren amaieran (p=0.515). Esku-hartze taldeko kideek hobekuntza estatistikoki esanguratsua hauteman zuten sabel-huste maiztasunean (p=0.019), ondoren, estatistikoki esanguratsua ez zen hobekuntza nabaritu sabelko minaren intentsitatean (p=0.475), iraupenean (p=0.871) eta distentsio abdominallean (p=0.071).
Pedersen N, Anjersen D, Felding M, Wachmann H, Végh Z, Molzen L, et al. Danimarka 2017	Ikertu FODMAP baxuko dietak heste narritakorraren sindromearen antzeko sintomak dituzten, HHG duten pertsonengan duen eragina.	Ikerkuntza kuantitatibo esperimental, ausazko entsegu kliniko, irekia.	HHG zuten eta igorpen fasean edota gaixotasun arina zuten 79 gizabanako hartu zuten parte (23 CG, 55 UK; 22-77 urte bitartekoak), heste narritagarriaren sindromearen antzeko sintomak zituztelarik. Partaideak ausaz bi taldeetan banatu zituzten, esku-hartze taldean 37 eta kontrol taldean 41 gizabanako egonik. CG zuten 23 gizabanako zeuden partaideen artean, 11 esku-hartze taldean eta 12 kontrol taldean. Ez zen taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik eman.	Partaideak ausaz bi taldeetan banatu zituzten, tratamendua jaso zuen taldeak FODMAP baxuko dieta eta kontrol taldeak ohiko dieta jarraituz 6 astez. Ikerketaren hasieran eta amaieran, partaide guztien ebaluazio burutu zen parametro ezberdinak neurtuz. Partaide guztiek gutxi gorabehera 30 minutuko aholkularitza dietetikoa jaso zuten nutrizionisten partez eta guztion ohiko ahoartze dietetikoa aztertu zen.	Partaideek esleitutako dieta 6 astez jarraitu ostean, HBI balioaren murrizketa apala gauzatu zen CG zuten esku-hartze talde (p=0.05) zein kontrol taldean (p=0.25), bi hauen emaitzen artean ezberdintasun esanguratsurik adierazi gabe (p=0.09). Bizi-kalitateari dagokionez, ikerketa amaieran SIBDQ puntuazio altuagoak ikusi ziren esku-hartze taldean kontrol taldean baino (p<0.01); hala ere ez zen taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik gauzatu (p=0.09).
Bodini G, Zanella C, Crespi M, Lo	HHG duten gizabanakoetan hartxidura txikiko	Ikerkuntza kuantitatibo esperimental,	HHG diagnostikoa zuten eta igorpenean zeuden edo gaixotasun arin-moderatura zuten	Partaideak ausaz bi taldeetan banatu zituzten hauek zein talderi zegokien jakin barik, tratamendua jaso zuen	Igorpenean aurkitzen ziren CG zuten partaideen kopurua 30ra igo zen (%87,5).

<p>Pumo S, Demarzo MG, Savarino E, et al.</p> <p>Italia 2019</p>	<p>oligosakaridoen, disakaridoen, monosakaridoen eta poliolen (FODMAP) dietaren segurtasuna eta eraginkortasuna ebaluatu.</p>	<p>ausazko entsegu kliniko, itsu bikoitza.</p>	<p>55 gizabanako heldu hartu zuten parte (35 CG, 20 UK). Partaideak ausaz bi taldeetan banatu zituzten, 26 esku-hartze taldean eta 29 kontrol taldean; CG zuten 35 kideen artean, 18 kide zeuden esku-hartze taldean eta 17 kontrol taldean. Ez zen taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik agertu, batez besteko adina 45 urtekoa zen. CG zuten partaideen artean, 28 igorpen fasean aurkitzen ziren (%80).</p>	<p>taldeak FODMAP baxuko dieta jarraitu zuten 6 astez, plazebo taldekoek dieta normal edo estandarra jarraituz denbora berean. Bi taldeko partaideek 30-45 minutuko aholkularitza dietetikoa jaso zuten ikerketa hasieran; dieta betetzea astero sustatu zen telefono deialdien bitartez. Partaideen jarraipena burutzeaz arduratzen zen klinikoaren itsutzea eman zen, gizabanako bakoitzari esleitutako dieta mota ez ezagutuz. Datuak ikerketa hasieran eta 6 asteetara jaso zituzten.</p>	<p>Partaideek ez zuten beharrezkoa izan tratamenduaren egokitzapenik esku-hartze bitartean. Interbentzio dietetikoaren ostean, CG zuten partaideen HBI mediana nabarmen murriztu zen arren, batez ere, FODMAP baxuko dieta jarraitu zuten taldekideen artean (p=0.024), ez zen taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik adierazi (p=0.283). IBDQari zegokionez, kontrol taldean ikusi ez zen (p=0.880) IBDQ medianaren igoera apala jakinarazi zen esku-hartze taldean (p=0.05), hala ere, ez zen taldeen arteko alde estatistikoki esanguratsurik gauzatu (p=0.886).</p>
<p>Prince A, Myers C, Joyce T, Irving P, Lomer M, Whelan K.</p> <p>Erresuma Batua 2016</p>	<p>FODMAP baxuko dieta ohiko praktika klinikoan erabiltzeak HHG eta hesteetako sintoma funtzionalak dituzten pertsonengan duen eraginkortasuna aztertu.</p>	<p>Ikerkuntza kuantitatibo deskriptiboa, kasu azterketa, erretrospektiboa.</p>	<p>HHG (hauetatik 39 CG zuten) igorpen fasean zuten eta heste sintoma funtzionalak zituzten 88 gizabanako heldu (>18 urte) aukeratu ziren ikerketa aurrera eramateko. Ez zen taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik agertu, batez besteko adina 40 urtekoa zen.</p>	<p>Partaide guztiek FODMAP baxuko dietaren inguruko 45 minutuko aholkularitza dietetikoa jaso zuten ikerketa hasieran. Partaide guztiei dieta gutxienez 6 astez jarraitu beharko zutelak jakinarazi zieten; dieta partaideen sintomatologian zuen eraginaren jarraipena burutu zen, batz besteko dietaren jarraipena 2.6 hilabetekoa izanik. Partaideei 30 minutuko elkarrizketen bidezko jarraipena eskaini zieten, elikagaien berrezartzea eta bestelako zalantzak aztertzeke.</p>	<p>Partaide askok nabarmen murriztu zituzten sabeleko min moderatu-larria (p=0.002), hantura (p<0.001), flatulentzia (p=0.031) eta goragaleak (p=0.016). Sintoma indibidualen larritasun-puntuazioak murriztu egin ziren FODMAP baxuko dieta jarraitu ostean, murrizketa handienak lortuz hanturan eta flatulentzian, ondoren sabeleko mina eta lozorroan. Eraitzen batez bestekoa egin zen 11 sintoma funtzional gastrointestinalarako, dietaren hasieran eta amaierako emaitzak konparatzean hobekuntza esanguratsua adieraziz (p<0.001). Dieta eraginkorra da epe laburrean erabilita, baina gaur egun ikerketa gehiago burutzea beharrezkoa da epe luzera izan dezakeen eragina eta ondorioak aztertzeke.</p>
<p>Gunasekera V, Mendall M, Chan D, Kumar D.</p> <p>Ipar Amerikako Estatu Batuak 2016</p>	<p>IgG4-k gidatutako bazterte-dietak jarraitzeak Crohn-en gaixotasuna duten gizabanakoen bizikaltatea hobetzeko duen eraginkortasuna ebaluatu.</p>	<p>Ikerkuntza kuantitatibo esperimental, ausazko entsegu kliniko, itsu bikoitza.</p>	<p>CG diagnostikoa zuten eta CDAI 80 eta 400 bitartekoa zuten 98 gizabanako heldu hartu zuten parte, 76k entsegua amaituz. Partaideak bi taldeetan banatu zituzten ausaz, 39 "dieta erreala" eta 37 "dieta faltsua" taldean; ez zen taldeen arteko ezberdintasun esanguratsurik eman; hala ere, dieta erreala taldekoek SIBDQ</p>	<p>Partaideak ausaz bi taldeetan banatu zituzten, "dieta erreala" taldekoek IgG4 markatzaile altuenak zituzten 4 elikagai mota baztertu zituzten, "dieta faltsuko" taldekideek berriz, IgG4 markatzaile baxuenak zituzten 4 elikagai mota baztertu zituzten; esku-hartze dietetikoa 4 asteetan zehar aurrera eraman zen. Itsu bikoitza eman zen, izan ere, ez parte-hartzaileak ezta dietistak, ez zekiten zein taldeari</p>	<p>CDAI puntuazioaren hobekuntza estatistikoki esanguratsua aurkitu zen IgG4 markatzaile-maila altuena zuten 4 elikagai-taldeak baztertu zituzten parte-hartzaileen taldeko eta IgG4 markatzaile-maila baxuena zuten 4 elikagai-taldeak baztertu zituzten parte-hartzaileen taldeko emaitzak alderatzean (p=0.009), esku-hartze taldeko partaideen gaixotasunaren jardura-maila nabarmen murriztuz ikerketan zehar. Esku-hartze taldean, CDAI puntuazioan izandako hobekuntza partaideen %41ean >100ekoa izan zen, berriz, kontrol taldekoen</p>

			emaitza hobe eta CDAI baxuagoa zuten.	zegokion bakoitza. Ikerketa hasiera zein amaieran jaso ziren datuak.	%16k soilik izan zuten hobekuntza hori. Esku-hartzea aurrera eramanean, estatistikoki esanguratsua zen hobekuntza ikusi zen dieta erreala jarraitu zutenen taldean SIBDQ kontrol taldeko emaitzekin alderatzean ($p < 0.007$).
Kakodkar S, Farooqui A, Mikolaitis S, Mutlu E. Ipar Amerikako Estatu Batuak 2015	HHG duten gizabanakoek karbohidrato espezifikoen dieta jarraitzearen ondorioz hautemandako onurak deskribatu.	Ikerkuntza kuantitatibo deskriptiboa, kasu azterketa.	HHG zuten 50 gizabanako hartu zuten parte (36 CG, 9 UK eta 5 zehaztugabeko kolitisa). Partaideen batz besteko adina 36 urtekoa zen, hauetatik %58 emakumeak izanik. CG zuten partaide guztiak igorpenean aurkitzen ziren ($HBI < 5$), HBI indizearen batz bestekoa 0.9 izanik; gehien kasu kolona zen erasandako atala.	HHG zuten partaideak bildu zituzten, karbohidrato espezifikoen dieta inguruko iragarkiak jarritaboloietan, webguneetan eta haien gastroenterologia-kliniketan. Hainbat alderdi biltzen zituen galdetegi baten bidez, karbohidrato espezifikoen dieta jarraitzen zuten gizabanako hainbat datu jaso zituzten (gaixotasun mota, adina, sexua, dieta jarraitutako epea, ikasketa maila, medikazioa). Jarraian, gaixotasunarekin lotutako bizi kalitatea eta sintomen maneia aztertu ziren.	Partaideek batz beste 35.4 hilabeteetan zehar (tarte = 1 - 216 hilabete) jarraitu zuten karbohidrato espezifikoen dieta. Partaideek karbohidrato espezifikoen dietak igorpen-faseari eusteko zuten eraginkortasuna adierazi zuten eskala analogiko baten bitartez, emaitzen batz bestekoa %92.1 (tarte=53%-100%) izanik. %66 partaidek sintomatologiaren murrizketa osoa lortu zuten, sintomarik izan gabe dieta hasi zutenetik batz besteko 9.9 hilabeterako denbora tartean. Partaideek karbohidrato espezifikoen dietak gaixotasunaren sintomatologia kontrolatzeko zuten eraginkortasuna adierazi zuten eskala analogiko baten bitartez, emaitzen batez bestekoa %91.3 (tarte = %30 - %100) izanik.
Suskind D, Wahbeh G, Cohen S, Damman C, Klein J, Braly K, et al. Ipar Amerikako Estatu Batuak 2016	Karbohidrato espezifikoen dieta jarraitzen duten HHG duten gizabanakoek ikuspegia ebaluatu.	Ikerkuntza kuantitatibo deskriptiboa, kasu azterketa.	HHG zuten 417 gizabanako hartu zuten parte (47% CG, 43% UK eta 10% zehaztu gabeko kolitisa) galdetegi guztia osatuz. Partaideen batz besteko adina 34.9 urtekoa zen, hauetatik %70 emakumeak izanik. Ez jardueramailaren bereizketa zehatzik burutu ikerketa hasieran.	Karbohidrato espezifikoen dieta jarraitzen zuten HHG zuten 578 gizabanakoek jarraipena burutu zen, batz beste 31.1±54.9ko iraupenarekin (tarte=0,25-780 hilabete). 45 galdera biltzen zituen galdetegi baten bidez, karbohidrato espezifikoen dieta jarraitzen zuten gizabanako hainbat datu jaso zituzten (gaixotasun mota, adina, sexua, karbohidrato espezifikoen dieta jarraitzen hasteko arrazoa eta jarraitutako epea, gaixotasunaren konplikazioak, medikazioa).	Dieta jarraitzen hasi aurretik aztertutako gizabanakoek hurrengo sintomatologia zutela adierazi zuten: %80 sabeleko mina, %81 beherakoa, %67 gorozkietako odola, %58 pisua galtzea eta %65 jarduera mugak. Dieta jarraitu ahala sintomatologia murriztu zen, dieta jarraitzen hasi eta 12 hilabeteetara emaitzarik onenak jakinaraziz: %7 sabeleko mina, %10 beherakoa, %5 gorozkietako odola, %4 pisua galtzea eta %4 jarduera mugak.
Albenberg L, Brensinger CM, Wu Q, Gilroy E, Kappelman MD, Snadler	Haragi gorri eta prozesatuaren kontsumoa murriztea CG duten gizabanakoetan agerraldi arriskua	Ikerkuntza kuantitatibo esperimental, ausazko entsegu kliniko, itsu bikoitza.	CGren igorpen fasean ($CDAI < 150$) aurkitzen ziren 202 partaide helduetatik eratorritako emaitzak aztertu ziren. Partaideak bi taldeetan banatu zituzten ausaz, 115 esku-hartze taldean	Partaideak ausaz bi taldeetan banatu ziren, bakoitzari jarraitu beharreko dietaren inguruko argibideak emanez. Partaideek egotzitako dieta jarraitu behar izan zuten 49 astez. Esku-hartzeko taldekoek ezin zuten haragi	Partaideen %78k ikerketa amaitu zuten. %62k agerraldi sintomatiko pairatu zuten entseguan zehar. Esku-hartze taldekoek agerraldia izan arteko denbora tarte kontrol taldekoa baino luzeagoa izan arren, ez zen alde esanguratsurik eman bi taldeen emaitzak alderatzean ($p > 0.43$), haragi kontsumo baxuko dietak

RS, Lewis JD. Ipar Amerikako Estatu Batuak 2019	murrizteko eraginkorra den zehaztu.		(CDAI mediana 75.5) eta 87 kontrol taldean (CDAI mediana 79.0). Bi taldeetako SIBDQ mediana 5.8 izan zen; ezberdintasun ez esanguratsuak.	gorri eta prozesatu anoa bat baino gehiago kontsumitu hileko, kontrol taldeko partaideek berriz, gutxienez hilean behin bi haragi anoa jan behar zituzten. Bi taldekoek behintzat 0.5 litro ur edan behar zituzten egunean. Entsegu klinikoan zehar esku-hartzearen eragina neurtu zen.	CG igorpenean duten partaideetan agerraldia izateko arriskua murrizten ez duela ondorioztatuz.
Olendzki B, Silverstein T, Persuitt G, Ma Y, Baldwin K, Cave D. Ipar Amerikako Estatu Batuak 2014	Dieta antiinflamatorioa jarraitzeak HHG duten pertsonengan izan ditzakeen ondorio onuragarriak frogatu.	Ikerkuntza kuantitatibo pre-esperimentalak.	Guztira HHG zuten 11 partaide heldu (19-70 urte bitartekoak) aztertu ziren (8 CG eta 3 UK), hauen erregistro medikoen datu osoak baino ez baitziren lortu. CG zuten partaideen artean, batz besteko HBI 11koa zen, partaide guztien artean bi igorpen egoeran aurkituz.	40 partaideek dieta antiinflamatorioaren aholku edo jarraibide dietetikoak jaso zituzten, nutrizionista eta gastroenterologoek partez, dieta gutxienez 4 astez jarraituz. CG zuten partaideei gaixotasunaren aktibitate maila HBIren bidez ebaluatu esku-hartzearen aurretik eta hasi eta 1-3 hilabetera.	CG zuten partaideen kasuan, HBI indizea nabarmen murriztu zen; batez beste, 11tik 1.5era (HBI batez besteko jaitsiera 9.5 puntukoa izan zen). Ikerketak esku-hartze dietetikoak CG dutenen nutrizio egoeraren gain duen garrantzia azpimarratu zuen. Parte-hartzaile guztiak ohiko medikazioa eta gaixotasunaren ohiko sintomatologia murriztu zuten esku-hartze dietetikoaren ostean.
Papada E, Amerikanou C, Forbes A, Kaliora A. Grezia 2020	CG duten gizabanakoek dieta mediterraneoarekiko duten atxikidura ebaluatu.	Ikerkuntza kuantitatibo sasi-esperimentalak.	CG zuten 86 gizabanako helduek parte hartu zuten ikerketan, gaixotasun aktiboa edo igorpen fasean zutelarik. HBI estatistikoki baxuagoa zen gaixotasuna igorpen fasean zutenen kasu ($p < 0.001$); IBDQ puntuazioa berriz estatistikoki altuagoa zen talde honetan, gaixotasun aktiboa zutenekin alderatuz ($p < 0.001$).	MedDiet puntuazioaren bitartez partehartzaileek 6 hilabeteetan ahoratutako elikagai-multzo bakoitzaren batez besteko kontsumo-maiztasuna erregistratzeko lanabes gisa erabili zen; ondoren, honekin lortutako emaitzak gaixotasunaren zenbait alderdirekin lotu ziren, dieta mediterraneoak CG zuten partaideen zenbait alderdietan zuen eragina aztertuz (bizi kalitatea, gaixotasunaren aktibitatea eta abar).	Dieta mediterraneoarekiko atxikipena MedDiet puntuazioaren bidez adierazi zen, hau CGren igorpen fasean zeuden gizabanakoetan handiagoa zela adieraziz ($p=0.005$). MedDiet puntuazioaren eta HBI artean korrelazio negatiboa esanguratsua gauzatu zen ($r=-0.400$, $p<0.001$), IBDQren kasu, positiboa izanik korrelazioa ($r=0.291$, $p=0.008$).
Chicco F, Magri S, Cingolani A, Paduano D, Pesenti M, Zara F, et al.	Dieta mediterraneoak HHG duten gizabanakoen nutrizio-egoeran, gibel esteatosian, gaixotasunaren aktibitate klinikoan eta	Ikerkuntza kuantitatibo pre-esperimentalak.	Ikerketan HHG zuten 142 gizabanako helduek parte hartu zuten; horietatik 58 CG zuten, 49 igorpen fasean aurkituz.	Partaide guztiak dieta mediterranea jarraitu zuten 6 hilabeteetan zehar. 6 hilabete hauen ondoren eta aurretik, datu antropometrikoak, nutrizio -egoera, gaixotasunaren aktibitatea eta bizi kalitatean dietak duen eragina	Dieta mediterraneoaren eredu dietetikoak 6 hilabetez jarraitu ostean, IBDQren batez bestekoa nabarmen handitu zen dieta horrekiko atxikidura ona izan zuten CG zuten gizabanakoen artean ($p<0.001$). Bestetik, ikerketa hasi aurretik CG zuten partaide guztiak igorpenean aurkitzen ziren bederatziz izan ezin; dieta mediterranea 6 hilabetez jarraitu ondoren,

Italia 2021	bizi kalitatea duen eragina aztertu.			ebaluzetako beharrezko datuak jaso ziren.	bakarrik bi parte-hartzailek jarraitu zuten gaixotasunaren aktibitate maila baxuarekin gainontzekoak igorpena lortuz ($p < 0.001$).
Brotherton C, Taylor AG, Bourguignon C, Anderson JG. Ipar Amerikako Estatu Batuak 2014	Gari integraleko zerealen eta karbohidrato finduen eguneroko kontsumoaren murrizketa zehazten duten zuntzari buruzko gomendio dietetikoek CG duten gizabanakoen bizi kalitate eta heste-funtzionamenduan dituzten ondorioak ikertu.	Ikerkuntza kuantitatibo esperimental, ausazko entsegu kliniko, itsu sinplea.	Parte-hartzaileak CG zuten 18-64 urte bitarteko gizabanakoak ziren. pHBI puntuazioa 3 eta 9 bitarteko zutenak eta ikerketa hasi aurreko 4 asteetan tratamendu farmakologiko egonkorra zutenak. Ikerketan parte hartu zuten 7 gizabanakoak ausazko bi taldetan banatu ziren, 4 esku-hartze taldean eta 3 kontrol taldean; ez zen ezberdintasun esanguratsurik aurkeztu bien artean.	Partaideak ausaz bi taldeetan banatu zituzten, hauei zein taldekoak ziren aipatu gabe. Bi taldekideei zuntzaren inguruko eta 4 asteetan zehar jarraitu beharrek gomendio dietetikoaren inguruko informazioa eman zitzaizkien hitzez eta idatziz. Esku-hartze taldeko 4 kideek heste-sintomak kontrolatzeko, gari-zahia zereal integralen kontsumo altuaren eta karbohidrato finduen kontsumo baxuaren inguruko autore ezberdinen jarraibide dietetikoak jaso zituzten; kontrol-taldeko 3 kideek berriz, heste-sintomen kontrolerako abiarazle dietetikoaren identifikazioa erabiltzen zuten pertsonengandik jaso zituzten argibide eta gomendioak, hauek zuntz dietetikoaren kontsumoa saihestea proposatzen zutelarik.	Esku-hartze eta kontrol-taldeen lortutako emaitzak alderatzean, emaitza estatistiko esanguratsuak agertu ziren; entseguaren amaieran esku-hartze taldeko kideek pHBIren murrizketa estatistikoki esanguratsua lortu zuten kontrol taldeko emaitzekin alderatzean ($p = 0.008$); esku-hartze taldeko kide guztiek "zero" puntuazioa lortu zuten 4. astean, ongizate orokorra narriatzen zuten sintoma iraunkor, sabeleko min edo gorozki likidoen gabezia adieraziz, eta kontrol-taldeko kide guztiek, berriz, "hiru"ko puntuazioa lortu zuten, ondorioz, lehen aipatutako sintomatologia pairatuz. Esku-hartze taldekoengan IBDQan lortutako puntuazioa nabarmen handitu zen azterlanean zehar, osasunarekin lotutako bizi-kalitatearen hobekuntza handiagoa adieraziz esku-hartze amaieran, eta alde nabarmenak ezarri kontrol-taldeen lortutako puntuazioekin ($p=0.028$).
Brotherton C, Martin CA, Long MD, Kappelman MD, Sandler RS. Ipar Amerikako Estatu Batuak 2016	HHG duten gizabanakoen zuntz-kontsumoaren eta gaixotasunaren agerraldiekin lotutako faktoreak ikertu, modu honetan zuntzaren kontsumoak gaixotasunaren aktibitatean izan dezakeen rola identifikatu.	Ikerkuntza kuantitatibo deskriptiboa, kasu azterketa.	HHG zuten 1619 gizabanako (CG, 1130; UK/zehaztugabeko kolitisa, 489) parte hartu zuten ikerketan. Azterlanaren hasieran, gizabanako guztiak igorpenean aurkitzen ziren gaixotasunaren jarduera-indizearen (CDAI) arabera, 18 urtetik gorago adina izanik.	Partaideek, Interneten bidez 26 iteme-ek osatutako inkesta dietetiko burutu zuten. Ostera, partaide guztiek 6 hilabete geroago jarraipen-inkesta bat osatu zuten. Zuntza eta zereal integralen kontsumoa kuartil eta deziletan sailkatu zen. Gaixotasunaren agerraldia 6 hilabetera honela definitu zen: gaixotasunaren jarduera-indizearen puntuazioak igorpenaren balioak gaintzea eta/edo HHGrekin edo ospitaleratzearekin lotutako prozedura kirurgiko bat behar izatea ikerketa bitartean.	CG zuten partaideen zuntz-kontsumoa kuartiletan sailkatu zen (zuntz-hartzearen mediana/eguneko: 1. kuartila 10.4g; 2. kuartila 13.4g; 3. kuartila; 17.0g; 4. kuartila 23.7g). 6 hilabeteko jarraipena amaitzerakoan eskuratutako emaitzek, zuntz kontsumo kuartil altuenean kokatzen ziren CG zuten gizabanakoek, hau da, zuntz kontsumo gorena izan zutenek, kuartil baxuenean kokatzen ziren gizabanakoek baino aukera gutxiago zituzten agerraldi bat izateko (probabilitate-ratio doituak, 0.58; % 95eko konfiantza-tartea, 0.37-0.90); 2. eta 3. kuartiletarako zenbatespenak 1. kuartilaren eta 4. kuartilaren artekoak izan ziren. Beraz emaitzek, zuntz dietetiko hartzea CG duten gizabanakoen gaixotasunaren agerraldia izateko arriskua murriztearekin lotzea baimendu zuten.

<p>Uchiyama K, Nakamura M, Odahara S, Koido S, Katahira K, Shiraishi H, et al.</p> <p>Japonia 2010</p>	<p>"N-3 PUFA (gantz azido poliinsaturatua) duten elikagaien trukaketa taula" bat erabiltzearen bitarteko terapia dietetikoak HHG duten gizabanakoen eritrozitoen mintzen gantz-azidoen konposizioan duen eragina aztertu, baita n-3 PUFA-k HHGren igorpenari eusteko duen eraginkortasuna ikertuz.</p>	<p>Ikerkuntza kuantitatibo sasi-esperimentalta.</p>	<p>HHH igorpenean zuten 230 gizabanako heldu (62 CG, 168 UK) parte hartu zuten ikerketan. Azterlanaren hasieran zuten sintoma klinikoaren arabera igorpen eta agerraldi taldeetan banatu ziren (1 fasea). Igorpen taldean zeudenen jarraipena burutu zen; 64 gizabanakok igorpenari eutsi zioten 2. fasera iritsiz.</p>	<p>N-3 PUFA janari-taula baten erabileran oinarritzen zen terapia dietetiko bat ezarri zen; horrela, dietan n-3/n-6 ratioa ia batekoa izatea lortuz. Nahi zen ratioa lortzeko, n-6 PUFA ahoratzea batez besteko ahorakinaren% 50-era mugatu zen, eta n-3 PUFA ahoratzea handitu zen. Partaideei debekatu egin zitzaizkien PUFA n-6 dietetikoaren iturri nagusiak kontsumitzea. Partaideen gaixotasunaren aktibitatea eta eritrozitoen mintzen gantz-azidoen konposizioan aztertu zen esku-hartzea burutu ondoren, 12. eta 18. hilabeteetan.</p>	<p>Esku-hartzea hasi eta 12-18 hilabete bitarteko jarraipena burutu ostean, CG zuten partaideen %79 (62 partaideetatik, 49 gizabanako) eutsi zion igorpen faseari. Igorpenean zeuden partaideen taldean batez besteko n-3/n-6 erlazioak nabarmen altuagoak izan ziren agerraldia jasan zuten gizabanakoen taldean baino (p<0.001).</p>
<p>Lev-Tzion R, Griffiths AM, Ledder O, Turner D.</p> <p>2014</p>	<p>Sistematikoki berrikusi N-3 gantz poliinsaturatuen eraginkortasuna eta segurtasuna CGren igorpenari eusteko.</p>	<p>Literaturaren errebisio sistematikoa.</p>	<p>Guztira 1039 parte-hartzaile zituzten sei azterlan barneratu ziren literaturaren berrikuspen honetan. Bakarrik CG zuten gizabanakoak aztertzen zituzten ikerketak barneratu ziren, adin-murritzetarik ezarri barik.</p>	<p>Bilaketa bibliografiko egin zen hurrengo datu-baseetan, 2013ko hasieratik azarora arte: Medline, EMBASE, PubMed, Central. Gizakiekin egindako ikerketak baino ez ziren kontuan hartu, hizkuntza-murritzetarik gabe. Arrain-koipea edo n-3 gantz- azido poliasegabearen ahoratzean oinarritzen ziren esku-hartzeetan oinarritutako 6 meta-analisi barneratu ziren.</p>	<p>Berrikuspenaren egileak kalitate handiko bi azterlan handiren ebidentzian oinarritu ziren, eta iradoki zuten omega-3 gantz-azidoak ziurrenik ez direla eraginkorrak CGren igorpenari eusteko. Badirudi omega-3 gantz-azidoak seguruak direla, baina beherakoa eta goiko traktu gastrointestinalaren sintomak eragin ditzakete. Gainontzeko azterlanek ezta, ez zuten argi erakutsi honen eraginkortasuna.</p>

8. Eranskina. Zuhaitz kategoriala

CROHN-EN GAIKOTASUNAREN IGORPEN FASEA

Esku-hartze dietetiko motak

FODMAP baxuko dieta

Baztertze dietak

Karbohidrato
espezifikoen dieta

IgG4k gidatutako
baztertze dieta

Haragi gorri/prozesatu
baztertze dieta

Dieta antiinflamatorioa

Zuntza

N-3 gantz-azido poli
asegabeak

Dieta mediterranea

Helburuak:

- Igorpen egoera mantendu
- Gaixotasunaren jardueramaila murriztu
- Hesteetako mukosaren hantura eta sintomatologia arindu
- Bizi-kalitatea hobetu

9. Eranskina. Crohn-en gaixotasunaren igorpen faserako esku-hartze dietetikoaren taula

Esku-hartze dietetiko motak	Oinarri teorikoa	
FODMAP baxuko dieta	<p>FODMAP delakoak (oligosakaridoak, disakaridoak eta monosakarido hartzigarriak eta poliolak) edo kate laburreko karbohidratoetan aberatsak diren elikagaiak, heste mehean modu eskasean xurgatzen dira, kolonean metatuz. Bertan, hesteetako floraren eraginez hartzitu egiten dira, gas ekoizpena areagotuz, ondorioz likidoa eta gehiegizko gasak digestio-hodiaren distentsioa eraginez. Mekanismo horiek sabeleko mina, hantura eta ondoeza, flatulentzia eta beherakoak eragin diezaiekete CGren igorpen fasean dauden edota gaixotasunaren jarduera minimoa duten gizabanakoei. Azaldutakoan oinarrituta, FODMAP baxuko dieta proposatu zen, gutxi xurgatzen diren kate laburreko karbohidrato hartzigarrietan eta polioletan aberatsak diren elikagaien ahoratzea mugatzean datzana ^(29, 30, 34, 35). Dieta hau jarraitzen duten pertsonen fruktanoak (adib., gari-produktuak, tipula, baratxuria), galakto-oligosakaridoak (adib., babarrunak, lekaleak), laktosa (esnea eta honen eratorriak), fruktosa (adib., ezitia) eta poliolak (adib., edulkoratzaile artifizialak, aranpasak) dituzten elikagaien ahoratzea mugatzea aholkatzen zaie ⁽³⁵⁾.</p>	
Baztertze dietak	<p>CGren fase aktiboaren ostean, gizabanakoak gaixotasunaren igorpena lotzen duenean, bere eguneroko dietari elikagaiak pixkanaka gehitu beharra dauka, honetarako gomendio orokorrak kontuan hartuz. Sarritan sintomak eragin ditzaketen elikagaiak identifikatzeko erabiltzen dira baztertze-dietak, elikagai horien bazterketa dietetikoak, gaixotasunaren igorpen faseari eusten lagundu diezaioketelarik. Hala ere, ikerketa mugatua da, elikagaiak berriz sartzeko dietek igorpena mantentzen laguntzen ote duten inguruko eztabaida gauzatuz ⁽³¹⁾.</p>	
	Karbohidrato espezifikoen dieta	<p>Karbohidrato espezifikoen dietak, HHG duten gizabanakoek tratamendu farmakologikorik gabeko igorpena lortu eta mantentzea du helburu. Honetarako, dietak monosakaridoz osatutako karbohidratoak dituzten elikagaiak ahalbidetzen ditu, disakarido eta polisakarido gehienak baztertuz (kate lineal edo adarkatuko azukre eta almidoiak). Karbohidrato espezifikoen dietak ia fruitu, amilosa gehien duten barazki (kate linealeko polisakaridoak), intxaur, gatzatu lehorreko gaztanbera, haragi, arrautza, gurin eta olio guztiak onartzen ditu. Dietatik kanpo uzten ditu sakarosa, maltosa, isomaltosa, laktosa, zerealetatik eratorritako irinak eta benetako zereal eta sasi-ale guztiak, patatak, artoa, esne likidoa, soja, laktosa kantitate handiak dituen gazta, bai eta elikagai gehigarri eta kontserbatzaile gehienak ere. Dieta 24 orduz hartzitutako etxeko jogurtarekin osatzen da, laktosatik askatzeko, karbohidrato espezifikoen dietan onartzen ez den disakaridoa baita ⁽²⁵⁾.</p>

	IgG4 gidatutako baztertze dieta	<p>IgG4-k gidatutako bazterketa-dietak, IgG4-ren indukzioa saihesteko dietaren osagai garrantzitsuenak identifikatzen saiatzen da; izan ere, estimulu antigeniko baten, kasu honetan elikagai-antigeno baten, esposizio kronikoari erantzunez sortutako antigorputza baita IgG4. Aipatutakoaren inguru hurrengo hipotesia planteatzen da: aldez aurretik emandako sentsibilizazio baten ondorioz, dietako antigeno proteikoek hantura betikotu dezakete CG duen gizabanako baten kasuan ⁽³¹⁾.</p>
	Haragi gorri eta prozesatuaren baztertze dieta	<p>Haragi kontsumoaren murrizketa aurrera eraman zuten tamaina txikiko azterlanek CGren igorpenaren luzatzearen inguru burututako iradokizunetan, bai eta, gantz totalen, gantz-azido poli-asegabeen, omega-6 gantz-azidoen eta haragiaren ahoratzeak, CGren agerraldia izateko arriskua handitzen zuela proposatzen zuten zenbait azterlan epidemiologikoetan oinarrituta hurrengo hipotesia garatu zen: haragi gorri eta prozesatuaren ahoratzea murriztea, CGren jardueraren murriztearekin lotuta dago, gaixotasunaren agerraldia pairatzeko arriskua murriztuz ⁽²⁴⁾.</p>
Dieta antiinflamatorioa	<p>Dieta antiinflamatorioa, eraiki berri den nutrizio-ikuspegia da, mantengaien nahikotasunari, malabsortzioari eta sintomei heltzeko diseinatua. Hantura sistemikoa murrizteko asmoz, mikrobioma gastrointestinala esku-hartze dietetikoaren bidez manipulatzeko gero eta gehiago gomendatzen da, abian den terapia medikoaren osagarri gisa.</p> <p>Dieta antiinflamatorioak, zenbait karbohidrato (laktosa eta findu eta prozesatutako karbohidratoak) hartzea mugatzen du, elikagai prebiotikoak eta probiotikoak irenstea barneratzen du, eta gantz-azidoen ahorakina aldatuz, bereziki gantz totala murriztuz (gantz aseak, hidrogenatutako olioak) eta gantz-azido poli-asegabeetan (N-3 PUFA) aberatsak diren elikagaien kontsumoa handitzea sustatuz ⁽³²⁾.</p>	
Zuntza	<p>Zuntzak HHG duten pertsonengan eragin onuragarria izan dezakeela pentsatzeko arrazoiak badaude ere, askotan zuntz-kontsumoa mugatzeko jarraibidea ematen zaie ⁽²⁶⁾.</p> <p>Azken hamarkadetan burututako azterlanetan ikusi izan da, gari integraleko zerealak kontsumitzen dituzten CG duten gizabanakoek sintomen epe luzerako igorpena jasan ohi dutela, hauen kontsumoak efektu mikroskopiko eta makroskopiko onuragarriak eragiten baititu traktu gastrointestinalan. Adibidez, ura atxikitze ahalmen handia du, argi-edukiaren ur-proporzioa orekatzen lagunduz, horrek heste mugimendu denbora moteltzean beharokoaren kontrola hobetuz. Igorpen-aldietan, gorozkiak mugitzen diren abiadura areagotu egiten da, idorreria prebenituz; izan ere, idorreria antigenoaren eta epitelioaren esposizio-denbora handituko luke, hanturazko erantzuna hasteko arriskua areagotuz ⁽³⁷⁾.</p>	
N-3 gantz-azido poli asegabeak	<p>Terapia dietetikoaren bidez n-3/n-6 azido poli-asegabeen proportzioa erregulatzea HHGren jarduera murrizteko garrantzitsua izan badaiteke ere, efektu hori lortzeko</p>	

	n-3/n-6 proportzio optimoa argitzeko dago oraindik; beraz, aipatutako terapia dietetikoak HHGren igorpenari eusteko duen eragina ez dago argi. Aztertutako ikerketan, n-3 PUFA-k n-6 PUFAren metabolismoen arteko lehia dela eta, CGren igorpenari eusteko n-3/n-6 proportzio hoberena 1 edo gehiago izan litekeela zehaztu zen. Beraz, terapia dietetiko berri bat diseinatu zuten n-3/n-6 ratio dietetiko ia batekoa izatea errazteko ⁽²⁸⁾ .
Dieta mediterranea	Dieta mediterraneoaren patroiak eragin babeslea izan dezake HHG-k dituzten pertsonengan, hauen intzidentzia txikiagoa baita Europako hegoaldean Europako iparraldean baino. Dieta mediterraneoaren ezaugarri nagusiak, oliba-olio, lekale, zereal, barazki, fruta, fruitu lehor eta hazien kontsumo erlatiboki altua, arrain, hegazti eta esnekien kontsumo neurritsua, eta azkenik, elikagai prozesatu eta haragi gorri eta prozesatuen kontsumo txikia dira. Proporzionalki handia da dieta honen bitartez lortutako gantz-azido monoinsaturatuen, omega-3 gantz-azido poliasegabeen, zuntz dietetikoaren eta fitokimikoen ekarpena, ondorioz, gaixotasunaren hantura kronikoaren aurkako eragin antiinflamatorio eta antioxidatzaile onuragarriak ekarriz. Hala ere, ez da gomendio espezifikorik ematen dieta mediterraneoari buruz, honek CG duten gizabanakoetan izan dezakeen eragina aztertzen duen ikerketa askorik burutu ez baita gaur egunena arte; oro har, ez da gomendatzen elikagai multzo espezifikoak baztertzea, baizik eta, elikagai talde desberdinetako elikagaiak kontsumitzen saiatzea ⁽³³⁾ .

(Amunarriz eginda, Cox SR et al. 2020, Pedersen N et al. 2017, Bodini G et al. 2019, Prince A et al. 2016, Gunasekeera V et al. 2016, Kakodkar S et al. 2015, Albenberg L et al. 2019, Olendzki B et al. 2014, Brotherton C et al. 2014, Brotherton C et al. 2016, Uchiyama K et al. 2010 eta Papada E et al. 2020 oinarrituta)

10. Eranskina. Crohn's disease Activity Index (CDAI)

Item/egunak	1	2	3	4	5	6	7	Batuketa	X Faktorea	= Subtotala
Gorozki likido edo oso bigunen kopurua									2	
Min abdominala 0 = ez; 1 = arina; 2 = ertaina; 3 = larria									5	
Egoera orokorra 0 = ona; 1 = onargarria; 2 = txarra; 3 = oso txarra; 4 = izugarri txarra									7	
Hurrengo adierazpen klinikoen kopurua: -Artritis/artralgia -Iritis/ubeitisa -Eritema nodosoa -Pioderma -Aftak -Fisura anala/ fistula/abzesoa -Beste fistulak - >38.5°C-ko sukarra azken astean									20	
Antidiarreikoen erabilera 0 = ez; 1 = bai									30	
Masa abdominala 0 = ez; 1 = zalantza; 2 = bai									10	
Hematokritoa (47% gizonak; 42% emakumeak)									6	
Gorputz-pisua – Pisu estandarra – Pisu estandarretik bera dagoen %									1	

Ikuspuntu klinikotik eta ECCOren gomendioei jarraituz, gaur egun jarduera-agerraldietan hantura-jarduera kuantifikatzeko gehien erabiltzen den indizeetako bat da. Indize honen bitartez CG duen pertsonen azkeneko 7 egunen erregistroa burutzen da. Horen arabera CGren faseak hurrengo hauetan bereizten dira: jarduera fasea eta igorpen fasea. Jarduera-fasearen barne iraupen eta intentsitate aldakorreko agerraldiak bereizten dira (arina, moderatua, larria), pertsonaren sintomatologiaren arabera. Puntuazioaren arabera gaixotasuna honela sailkatzen da:

- CDAI >150: Fase aktiboa
 - o CDAI 150-220: Agerraldi arina. Paziante ambulatorioa, < %10eko pisu-galera, C proteina erreaktiboaren mailak, normalean baino gehiago handitu daitezkeenak, ahoko elikadurarekiko tolerantzia, deshidratazioaren, sukarraren, sabelaldeko masaren, sentikortasunaren edo buxaduraren zantzurik ez duena.
 - o CDAI 220-450: Agerraldi moderatua. Pisu-galera > %10, masa sentikorraren presentzia (ageriko buxadurarik gabe), sabeleko haztapenarekiko mina, sukarra, anemia, aldizkako gorakoak, C proteina erreaktiboaren maila altuak.
 - o CDAI >450: Agerraldi larria. Hesteetako buxadura, abzesuak, sukarra, gonbitoak, kakexia (gorputz-masaren indizea < 18 kg/m²), sintoma iraunkorrak nahiz eta tratamendu bizia izan, C proteina erreaktiboaren maila altuak. Ospitaleratzea behar du.
- CDAI <150: Fase inaktiboa edo igorpen fasea. Sintomarik eza du ezaugarri. Asteak, hilabeteak edo urteak iraun dezake.

CDAI balio basala 100 puntu handitzen bada, CDAI<150 duen pertsona batean, agerraldizat hartuko da.

Monroy H, Ibáñez P. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología latinoamericana*. 2013; 24 (2): 85-90.

Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2010;4(1):7–27.

Basson A. Nutrition management in the adult patient with Crohn's disease. *South African Journal of Clinical Nutrition*. 2012; 25(4): 164–172.

11. Eranskina. Harvey-Bradshaw Index (HBI)

Itemak	0 puntu	1 puntu	2 puntu	3 puntu	4 puntu
Ongizate orokorra	Oso ondo	Gainbehera arina	Txarra	Oso txarra	Izugarria
Min abdominala	Ez	Arina	Ertaina	Larria	
Masa abdominala	Ez	Zalantza	Behin betikoa	Behin betikoa eta mingarria	
Gorozki likidoen kopurua/eguneko	Aurreko eguneko gorozki kopurua batu				
Konplikazioak: 1 puntu konplikazio bakoitzeko	<ul style="list-style-type: none"> - Artralgia - Ubeitisa - Eritema nodosoa - Aftak dituzten ultzerak 		<ul style="list-style-type: none"> - Fisura anala - Fistula berriak - Abzesoa - Pioderma gangrenoso 		

Harvey-Bradshaw indizea, CDAlrekin alderatuz errazagoa da, eta hortaz, baita erabiliena eguneroko praktika klinikoan. Aldagai subjektibo eta klinikoetan oinarritzen da, burutu aurreko 24 orduko parametroak ebaluatuz. CDAlko bost aldagai baino ez ditu barneratzen, behekoen aurkako medikazioaren erabilera, hematokritoak eta pisuaren aldaketa alde batera utzita. CDAlrekin korrelazio bikaina du. HBI galderen erantzunen batuketan agertutako puntuazioaren arabera gaixotasuna honela sailkatzen da:

- HBI <5: igorpena.
- HBI 5-7: gaixotasun arina.
- HBI 8-16: gaixotasun moderatua.
- HBI >16: gaixotasun larria.

Monrroy H, Ibáñez P. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterología latinoamericana. 2013; 24 (2): 85-90.

Márquez JR. Enfermedad de Crohn. Enfoque diagnóstico y terapéutico de las primeras vistas. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2014; 29 (4): 404-416.

12. Eranskina. Irritable bowel syndrome severity scoring system (IBS-SSS)

1) ¿Sufre frecuentemente dolor abdominal (dolor de barriga)?

SÍ NO

Rodee la respuesta adecuada

a) Si su respuesta ha sido SÍ, ¿cómo de grave es su dolor abdominal?

0% |-----| 100%

Sin dolor No grave Algo grave Grave Muy grave

b) Por favor, escriba el número de días que tiene dolor cada 10 días. Por ejemplo, si anota 4 significará que tiene dolor 4 de 10 días. Si tiene dolor todos los días, anote 10.

Número de días con dolor

2)

a) ¿Sufre con frecuencia distensión abdominal?* (barriga hinchada, inflada o tensa)

SÍ NO

Rodee la respuesta adecuada

*las mujeres, por favor, ignorar la distensión relacionada con el periodo (la regla)

b) Si su respuesta ha sido SÍ, ¿cómo es de grave es su distensión abdominal?

0% |-----| 100%

Sin distensión No grave Algo grave Grave Muy grave

3) ¿Está satisfecho con su hábito intestinal (ir a hacer de vientre)?

0% |-----| 100%

Muy insatisfecho Insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho

4) ¿En qué medida su síndrome de intestino irritable le afecta o interfiere con su vida en general?

0% |-----| 100%

Nada No mucho Bastante Totalmente

IBS-SSSak azken 10 egunei buruzko 5 galdera ditu: bi sabeleko minari buruzkoak dira, intentsitatea (ikusmen-eskala analogikoa) eta maiztasuna (egun-kopurua) bereiztuz; bat sabeleko distentsioaren intentsitateari buruzkoa da (ikusmen-eskala analogikoa), bat pazienteak hesteetako mugimenduei buruz duen gogobetetzeari buruzkoa (ikusmen-eskala analogikoa) eta beste bat gaixotasunak pazientearen eguneroko jardueran duen eraginari buruzkoa (ikusmen-eskala analogikoa). 5 galderetako bakoitzak 0tik 100era bitarteko puntuazioa ematen du (markatutako ikus-eskalako balioaren edo egun-kopuruaren arabera, bider 10), eta guztizko puntuazio bat osatzen da galderen baturarekin, gutxienez 0 eta gehienez 500. Jatorrizko baliozkotzearen arabera, guztizko puntuazioak < 75 igorpenean dauden pertsonak adierazten ditu; 75-175 gaixotasun arina; 175-300 gaixotasun moderatua eta > 300 gaixotasun larria.

Almansa C, García R, Barceló M, Díaz-Rubio M, Rey E. Traducción, adaptación cultural y validación al español del cuestionario de gravedad del síndrome de intestino irritable (Irritable Bowel Syndrome Severity Score). Revista Española Enfermería Digital. 2011; 103 (12): 612-618.

13. Eranskina. Gastrointestinal symptoms rating scale (GSRS)

A rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease.

1. Abdominal pains. Representing subjectively experienced bodily discomfort, aches and pains.

The type of pain may be classified according to the patient's description of the appearance and quality of the pain as epigastric, on the basis of typical location, association with acid-related symptoms, and relief of pain by food or antacids; as colicky when occurring in bouts, usually with a high intensity, and located in the lower abdomen; and as dull when continuous, often for several hours, with moderate intensity.

Rate according to intensity, frequency, duration, request for relief, and impact on social performance.

0 No or transient pain

1 Occasional aches and pains interfering with some social activities

2 Prolonged and troublesome aches and pains causing requests for relief and interfering with many social activities

3 Severe or crippling pains with impact on all social activities

2. Heartburn. Representing retrosternal discomfort or burning sensations. Rate according to intensity, frequency, duration, and request for relief.

0 No or transient heartburn

1 Occasional discomfort of short duration

2 Frequent episodes of prolonged discomfort; requests for relief

3 Continuous discomfort with only transient relief by antacids

3. Acid regurgitation. Representing sudden regurgitation of acid gastric content. Rate according to intensity, frequency, and request for relief.

0 No or transient regurgitation

1 Occasional troublesome regurgitation

2 Regurgitation once or twice a day; requests for relief

3 Regurgitation several times a day; only transient and insignificant relief by antacids

4. Sucking sensations in the epigastrium. Representing a sucking sensation in the epigastrium with relief by food or antacids. If food or antacids are not available, the sucking sensations progress to aches and pains. Rate according to intensity, frequency, duration, and request for relief.

0 No or transient sucking sensation

1 Occasional discomfort of short duration; no requests for food or antacids between meals

2 Frequent episodes of prolonged discomfort; requests for food and antacids between meals

3 Continuous discomfort; frequent requests for food or antacids between meals

5. Nausea and vomiting. Representing nausea which may increase to vomiting. Rate according to intensity, frequency, and duration.

0 No nausea

1 Occasional episodes of short duration

2 Frequent and prolonged nausea; no vomiting

3 Continuous nausea; frequent vomiting

6. Borborygmus. Representing reports of abdominal rumbling. Rate according to intensity, frequency, duration, and impact on social performance

0 No or transient borborygmus

1 Occasional troublesome borborygmus of short duration

2 Frequent and prolonged episodes which can be mastered by moving without impairing social performance

3 Continuous borborygmus severely interfering with social performance

7. Abdominal distension. Representing bloating with abdominal gas. Rate according to intensity, frequency, duration, and impact on social performance.

0 No or transient distension

1 Occasional discomfort of short duration

2 Frequent and prolonged episodes which can be mastered by adjusting the clothing

3 Continuous discomfort seriously interfering with social performance

8. Eructation. Representing reports of belching. Rate according to intensity, frequency, and impact on social performance.

0 No or transient eructation

1 Occasional troublesome eructation

2 Frequent episodes interfering with some social activities

3 Frequent episodes seriously interfering with social performance

9. Increased flatus. Representing reports of excessive wind. Rate according to intensity, frequency, duration, and impact on social performance

0 No increased flatus

1 Occasional discomfort of short duration

2 Frequent and prolonged episodes interfering with some social activities

3 Frequent episodes seriously interfering with social performance

10. Decreased passage of stools. Representing reported reduced defecation. Rate according to frequency. Distinguish from consistency.

0 Once a day

13. Hard Stools. Representing reported hard stools. Rate according to consistency independent of frequency and feelings of incomplete evacuation.

0 Normal consistency -

1 Somewhat hard -

2 Hard

3 Hard and fragmented, sometimes in combination with diarrhea

2 Five times a day

3 Seven times a day or more frequently

12. Loose stools. Representing reported loose stools. Rate according to consistency independent of frequency and feelings of incomplete evacuation.

0 Normal consistency

1 Somewhat loose

2 Runny

3 Watery

14. Urgent need for defecation. Representing reports of urgent need for defecation, feelings of incomplete control, and inability to control defecation. Rate according to intensity, frequency, and impact on social performance.

0 Normal control

1 Occasional feelings of urgent need for defecation

2 Frequent feelings of urgent need for defecation with sudden need for a toilet interfering with social performance

3 Inability to control defecation

15. Feeling of incomplete evacuation. Representing reports of defecation with straining and a feeling of incomplete evacuation of stools. Rate according to intensity and frequency.

0 Feeling of complete evacuation without straining

1 Defecation somewhat difficult; occasional feelings of incomplete evacuation

2 Defecation definitely difficult; often feelings of incomplete evacuation

3 Defecation extremely difficult; regular feelings of incomplete evacuation

Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) 15 itemeko galdetegia da, 7 puntuko Likert motako eskala baten bidez erantzuten dena. Honako eremu hauek barne hartzen ditu: sabeleko mina, azidotasuna, azidotasunaren berrahoratzea, epigastriko erredura-sentsazioa, goragaleak eta gorakoak, borborigoak, sabeleko distentsioa, korrokada, flatulentzia, uzte-maiztasuna, gorozki gogorak, gorozki bigunak, sabeluste-premia, sabeluste-sentsazio osatugabea.

Svedlund J, Sjodin I, Dotevall G. GSRS-A Clinical Rating Scale for Gastrointestinal Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Peptic Ulcer Disease. *Digestive Diseases and Sciences*. 1988; 33 (2): 129-134.

14. Eranskina. Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)

1. ¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas dos semanas?
 1. Más frecuentemente que nunca
 2. Extremada frecuencia
 3. Con mucha frecuencia
 4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
 5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
 6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
 7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecación
2. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o de cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido frustrado, impaciente o inquieto a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
4. ¿Con qué frecuencia se ha visto incapacitado para ir a estudiar o al trabajo a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
5. ¿Durante cuánto tiempo en las últimas dos semanas ha tenido diarrea?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
6. ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?
 1. Ninguna energía
 2. Muy poca energía
 3. Poca energía
 4. Cierta energía
 5. Bastante energía
 6. Mucha energía
 7. Rebosante de energía
7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado ante la posibilidad de tener que operarse por su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
8. ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
9. ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
10. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
11. ¿Con que frecuencia ha estado preocupado por temor a no encontrar un lavabo cerca durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
12. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en las actividades de ocio o deportes que le hubiera gustado hacer durante las últimas dos semanas?
 1. Muchísima dificultad; imposible hacer actividades
 2. Mucha dificultad
 3. Bastante dificultad
 4. Algo de dificultad
 5. Un poco de dificultad
 6. Apenas ninguna dificultad
 7. Ninguna dificultad; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades de ocio ni deportivas

13. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor abdominal durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
14. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas porque se ha despertado por la noche durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
16. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido que dejar de asistir a actos sociales porque no había un lavabo cerca?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
17. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?
- 1. Un gran problema
 - 2. Un problema importante
 - 3. Bastante problemático
 - 4. Algo problemático
 - 5. Muy poco problemático
 - 6. Casi ningún problema
 - 7. Ningún problema
18. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema durante las últimas dos semanas el mantener o llegar al peso que a Vd. le gustaría?
- 1. Un gran problema
 - 2. Un problema importante
 - 3. Bastante problemático
 - 4. Algo problemático
 - 5. Muy poco problemático
 - 6. Casi ningún problema
 - 7. Ningún problema
19. Muchos pacientes con un problema intestinal tienen frecuentes preocupaciones y angustias a causa de su enfermedad. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado por llegar a tener cáncer, o por pensar que nunca más volvería a encontrarse bien, o por tener una recaída?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
20. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido una sensación de hinchazón abdominal?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
21. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido relajado y libre de tensión?
- 1. Nunca
 - 2. Casi nunca
 - 3. Pocas veces
 - 4. A veces
 - 5. Bastantes veces
 - 6. Casi siempre
22. ¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas ha tenido problemas de sangrar al ir de vientre?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
23. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido avergonzado en público por olores desagradables o ruidos causados por su problema intestinal?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
24. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido ganas de ir al lavabo sin realmente hacer de vientre?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca

25. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, lloroso o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
26. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha manchado accidentalmente su ropa interior?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
27. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido enfadado a causa de su problema intestinal?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
28. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto su problema intestinal ha sido un problema para sus relaciones sexuales?
- 1. Un gran problema
 - 2. Un problema importante
 - 3. Bastante problemático
 - 4. Algo problemático
 - 5. Muy poco problemático
 - 6. Casi ningún problema
 - 7. Ningún problema
29. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
30. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de mal humor durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
31. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido incomprendido por los demás?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
32. ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?
- 1. Muy insatisfecho, infeliz
 - 2. Bastante insatisfecho, infeliz
 - 3. Algo insatisfecho, descontento
 - 4. Algo satisfecho, contento
 - 5. Bastante satisfecho, contento
 - 6. Muy satisfecho, feliz
 - 7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz

IBDQ, 32 ítemez osatutako hesteetako hanturazko gaixotasunari buruzko galdetegi espezifiko da, osasunarekin lotutako bizi-kalitatearen neurketa espezifikoa egitea ahalbidetzen duena hain zuzen ere. Sintoma gastrointestinalak, sistemikoak, disfuncio emozionalaren eremuak eta disfuncio soziala barne hartzen ditu.

SIBDQ, 10 ítemez osatutako IBDQren bertsio laburra da. Honako eremu hauek barneratzen ditu: nekatuta sentitzea, alderdi sozialak, kirol-jarduerak, mina, depresioa, gasak, pisua, erlaxatuta sentitzea, komunera joatea eta haserre sentitzea.

Masachs M, Casellas F, Malagelada JR. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revista Española Enfermería Digital. 2007; 99(9): 511-519.

Alrubaiy L, Rikaby I, Dodds P, Hutchings HA, Williams JG. Systematic Review of Health-related Quality of Life Measures for Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn's and Colitis. 2015; 9(3): 284-292.

