



Recibido: 2026-06-17

Aceptado: 2026-07-05

Publicado: 2026-07-29

Dieta baja en FODMAP en niños con síndrome de intestino irritable y dolor abdominal funcional: revisión sistemática

Low-FODMAP Diet in Children with Irritable Bowel Syndrome and Functional Abdominal Pain: A Systematic Review

Autores

Karen Nicole Zabala Carvajal¹

nicozabala2@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7292-6684>

Medicina General – Investigador

Independiente

Riobamba - Ecuador

Jhosua Israel Novillo Carguaytongo²

jhosuanovillo8@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-1003-3206>

Medicina General– Investigador

Independiente

Riobamba - Ecuador

María de los Ángeles Villegas Ortiz³

mariu862016@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-0710-9831>

Medicina General– Investigador

Independiente

Riobamba - Ecuador

Carlos Alejandro Villamarín Aguirre⁴

alecddro123@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6398-9263>

Medicina General– Investigador

Independiente

Quito - Ecuador

Ana Gabriela Chávez Lozada⁵

anitachavez318@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-0856-151X>

Medicina General– Investigador

Independiente

Riobamba - Ecuador

Jorge Luis Freire Palacios⁶

perfre71@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8007-4705>

Medicina General– Investigador

Independiente

Ambato - Ecuador

Resumen

Los trastornos de dolor abdominal relacionados con la interacción intestino-cerebro afectan la calidad de vida y el bienestar familiar, mientras que la dieta baja en FODMAP se ha propuesto para disminuir la carga osmótica y fermentativa intestinal. El objetivo fue comparar su efectividad frente a la dieta habitual o las recomendaciones dietéticas estándar para reducir el dolor abdominal y mejorar los síntomas gastrointestinales en niños y adolescentes con síndrome de intestino irritable o dolor abdominal funcional. Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA 2020 y PRISMA-S, mediante búsquedas en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y SciELO, se incluyeron diez estudios entre 2020 y 2026, cuatro comparativos y seis observacionales, se efectuó una síntesis narrativa y el riesgo de sesgo se valoró según cada diseño. Los estudios comparativos mostraron resultados heterogéneos, dos comunicaron mayores reducciones del dolor y los síntomas gastrointestinales, junto con una mejoría superior de la calidad de vida, mientras que otros dos no confirmaron diferencias en la proporción de respondedores frente a dieta habitual o recomendaciones NICE. Los estudios observacionales registraron mejorías variables, con respuestas más favorables bajo acompañamiento nutricional y menores tasas de éxito en aplicaciones no guiadas, además se identificaron dificultades de adherencia, costos, pérdidas de seguimiento y notificación insuficiente de eventos adversos. En conclusión, la dieta baja en FODMAP puede beneficiar a pacientes pediátricos seleccionados, especialmente con síndrome de intestino irritable, aunque no demostró superioridad uniforme, por consiguiente, debe aplicarse como una prueba breve, supervisada y seguida de reintroducción y personalización.

Palabras clave: Dieta FODMAP; Síndrome del Colon Irritable; Dolor Abdominal; Niño; Adolescente.

Abstract

Abdominal pain disorders related to gut–brain interaction affect quality of life, school attendance, and family well-being, while the low-FODMAP diet has been proposed to reduce intestinal osmotic and fermentative load. The objective was to compare its effectiveness with a habitual diet or standard dietary advice for reducing abdominal pain and improving gastrointestinal symptoms in children and adolescents with irritable bowel syndrome or functional abdominal pain. A systematic review was conducted in accordance with PRISMA 2020 and PRISMA-S, using searches in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science and SciELO, ten studies published between 2020 and 2026 were included, comprising four comparative and six observational studies, and risk of bias was assessed with tools appropriate to each design. Comparative studies produced heterogeneous findings, two reported greater reductions in pain, gastrointestinal symptoms, and quality-of-life impairment, whereas the other two did not confirm differences in responder rates compared with a habitual diet or NICE-based advice. Observational studies showed variable improvement, with more favorable responses under dietitian supervision and lower success rates in unguided applications, while adherence difficulties, cost, loss to follow-up, and insufficient reporting of adverse events were also identified. In conclusion, a low-FODMAP diet may benefit selected pediatric patients, particularly those with irritable bowel syndrome, although consistent superiority was not demonstrated, therefore it should be implemented as a short, supervised therapeutic trial followed by structured reintroduction and personalization rather than as prolonged unrestricted elimination.

Keywords: FODMAP Diet; Irritable Bowel Syndrome; Abdominal Pain; Child; Adolescent.

Introducción

Los trastornos de dolor abdominal relacionados con la interacción intestino-cerebro constituyen alteraciones pediátricas caracterizadas por dolor crónico o recurrente que no se explica mediante lesiones anatómicas, cambios bioquímicos o enfermedades orgánicas, dentro de este conjunto el síndrome de intestino irritable se distingue por la asociación del dolor con modificaciones en la frecuencia o forma de las deposiciones, mientras que el dolor abdominal funcional no especificado reúne cuadros que no cumplen criterios completos para otros diagnósticos, su identificación se sustenta en los criterios de Roma IV y en una valoración clínica dirigida a reconocer signos de alarma (Rexwinkel et al., 2022), la prevalencia conjunta se ha estimado alrededor del 13,5 % de la población pediátrica (Vandenplas et al., 2025), su relevancia se relaciona con deterioro de la calidad de vida, ansiedad, ausentismo escolar y una carga asistencial considerable para las familias y los sistemas sanitarios (Groen et al., 2025).

La fisiopatología se comprendió desde un modelo biopsicosocial en el que interactúan alteraciones de la motilidad gastrointestinal, hipersensibilidad visceral, permeabilidad intestinal, inflamación, composición de la microbiota y procesamiento central de las señales intestinales, junto con estrés y ansiedad capaces de modificar la intensidad de los síntomas (Chakraborty et al., 2023), esta complejidad explica que niños con diagnósticos semejantes presenten manifestaciones y respuestas terapéuticas diferentes, así como la ausencia de un biomarcador único, por lo que se propuso un abordaje individualizado basado en educación, validación de los síntomas y decisiones compartidas con la familia (Rexwinkel et al., 2022), cabe resaltar que los alimentos pueden actuar como desencadenantes mediante efectos lumbinales, microbianos y sensoriales, lo que incrementó el interés por intervenciones dirigidas a componentes capaces de favorecer distensión, fermentación y dolor (Vandenplas et al., 2025).

Los FODMAP corresponden a oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables de cadena corta, entre ellos fructanos, galactooligosacáridos, lactosa, fructosa en exceso de glucosa y polioles como sorbitol y manitol, estos carbohidratos presentan absorción incompleta o digestión limitada en el intestino delgado, alcanzan el colon, aumentan la carga osmótica y son fermentados por la microbiota, generando agua luminal y gases que pueden favorecer distensión, flatulencia, diarrea y dolor (Thomassen et al.,

2022), la producción de síntomas no depende únicamente de una cantidad excesiva de gas, debido a que la hipersensibilidad visceral y la regulación alterada del eje intestino-cerebro amplifican respuestas fisiológicas también presentes en individuos sanos (O'Brien et al., 2024), por consiguiente la reducción conjunta de estos carbohidratos busca disminuir la estimulación luminal y la nocicepción, aunque la respuesta varía según la tolerancia individual y la capacidad fermentativa de la microbiota (Rhys-Jones et al., 2022).

La estrategia dietética se estructuró en una fase breve de restricción, una fase de reintroducción progresiva y una fase de personalización destinada a mantener el mayor número posible de alimentos sin reaparición relevante de los síntomas (Rhys-Jones et al., 2022), esta secuencia adquirió especial importancia en pediatría, donde una restricción prolongada puede comprometer variedad alimentaria, suficiencia nutricional, crecimiento y relación saludable con la comida, por lo que la selección del paciente, la evaluación de conductas alimentarias y la supervisión nutricional constituyeron condiciones centrales de seguridad (Thomassen et al., 2022), los datos disponibles mostraron que los niños pudieron disminuir el consumo de alimentos ricos en FODMAP y que, bajo orientación profesional, la calidad dietética presentó mejoras modestas, con mayor consumo de vegetales y proteínas y menor ingesta de productos ultraprocesados y azúcares añadidos, aunque persistieron inquietudes por ciertos micronutrientes (Narayana et al., 2022).

La eficacia clínica pediátrica permaneció incierta debido a muestras pequeñas, intervenciones breves, diferencias en la definición de respuesta, comparadores heterogéneos y escaso seguimiento, una revisión sistemática concluyó que la evidencia no justificaba el uso cotidiano de dietas restrictivas en todos los niños con trastornos gastrointestinales funcionales, aunque determinados pacientes con síndrome de intestino irritable o dolor abdominal recurrente podían obtener beneficio (Katsagoni et al., 2023), otras síntesis describieron reducciones de dolor, distensión y síntomas globales, aunque gran parte del respaldo procedió de adultos y no resolvió las dudas sobre efectividad sostenida en niños (Morariu et al., 2023), en virtud de ello las directrices pediátricas recientes mantuvieron una posición prudente y señalaron la necesidad de estudios comparativos capaces de diferenciar el efecto específico de la reducción de FODMAP frente al producido por educación nutricional o modificaciones generales de la alimentación (Groen et al., 2025).



En virtud de la frecuencia y repercusión de estos trastornos, resultó necesario establecer si los beneficios sintomáticos de la dieta baja en FODMAP superaban los obtenidos mediante dieta habitual o recomendaciones dietéticas estándar, sin perder de vista adherencia, suficiencia nutricional y efectos adversos, cabe resaltar que el enfoque clínico contemporáneo favoreció la moderación y personalización antes que una exclusión completa e indefinida (Vandenplas et al., 2025), por consiguiente el objetivo general de esta revisión sistemática fue comparar la efectividad de la dieta baja en FODMAP frente a la dieta habitual o las recomendaciones dietéticas estándar para reducir el dolor abdominal y mejorar los síntomas gastrointestinales en niños y adolescentes con síndrome de intestino irritable o dolor abdominal funcional, de manera específica se analizaron la intensidad y frecuencia del dolor, la respuesta gastrointestinal global, la calidad de vida, la adherencia y la seguridad nutricional, a partir de ello se planteó la siguiente pregunta de investigación, en niños con síndrome de intestino irritable o dolor abdominal funcional, ¿la dieta baja en FODMAP, comparada con una dieta habitual o recomendaciones dietéticas estándar, reduce el dolor abdominal y mejora los síntomas gastrointestinales?

Metodología

Diseño de la revisión

Se realizó una revisión sistemática orientada a identificar, evaluar y sintetizar la evidencia sobre la efectividad de la dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables, denominada dieta baja en FODMAP, para reducir el dolor abdominal y mejorar los síntomas gastrointestinales en niños y adolescentes con síndrome de intestino irritable o dolor abdominal funcional, la conducción y el reporte se estructuraron conforme a PRISMA 2020 y PRISMA-S, se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales de intervenciones, manteniendo como evidencia primaria las comparaciones directas entre dieta baja en FODMAP y dieta habitual, alimentación sin restricciones específicas o recomendaciones dietéticas estándar, mientras que los estudios observacionales sin grupo comparador se consideraron evidencia complementaria y se utilizaron para valorar respuesta clínica, adherencia, tolerabilidad y seguridad, sin atribuirles capacidad para demostrar superioridad comparativa.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se efectuó en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science Core Collection y SciELO, comprendiendo publicaciones desde enero de 2020 hasta julio de 2026, sin restricciones de idioma, mediante descriptores MeSH, términos libres y expresiones equivalentes en español e inglés relacionadas con población pediátrica, síndrome de intestino irritable, dolor abdominal funcional y dieta baja en FODMAP, cabe resaltar que los términos correspondientes al comparador y a los desenlaces no se incorporaron de manera obligatoria en todas las cadenas, en virtud de que esta restricción podía excluir estudios elegibles que describieran la dieta habitual o la atención estándar únicamente en el texto completo.

Tabla 1

Estrategias de búsqueda bibliográfica por base de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed/MEDLINE	("Irritable Bowel Syndrome"[Mesh] OR "functional abdominal pain" OR "abdominal pain-related disorders") AND (child* OR pediatric* OR adolescent*) AND (FODMAP OR "low FODMAP diet")
Scopus	TITLE-ABS-KEY(("irritable bowel syndrome" OR "functional abdominal pain") AND (child* OR pediatric* OR adolescent*) AND (FODMAP OR "low-FODMAP diet"))
Web of Science	TS=(("irritable bowel syndrome" OR "functional abdominal pain") AND (child* OR pediatric* OR adolescent*) AND (FODMAP OR "low FODMAP diet"))
SciELO	("síndrome de intestino irritable" OR "dolor abdominal funcional") AND (niños OR adolescentes OR pediátrico) AND (FODMAP OR "dieta baja en FODMAP")

Fuente: Elaboración propia 2026.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, ensayos cruzados aleatorizados, ensayos piloto, estudios cuasiexperimentales y estudios observacionales prospectivos o retrospectivos, comparativos o con medición antes y después de la intervención, publicados en revistas arbitradas y disponibles a texto completo, la población elegible estuvo constituida por niños y adolescentes de 4 a 18 años con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, dolor abdominal funcional, dolor abdominal funcional no especificado o trastorno de dolor abdominal relacionado con la interacción intestino-cerebro, establecido mediante criterios de Roma III o Roma IV, evaluación médica especializada o diagnóstico clínico

explícito, los estudios con población mixta se admitieron cuando los resultados pediátricos se presentaron por separado o cuando al menos el 80 % de la muestra correspondió a menores de 18 años.

La intervención considerada elegible comprendió la aplicación de una dieta baja en FODMAP en modalidad completa, adaptada o individualizada, mantenida durante un periodo mínimo de siete días y ejecutada mediante indicaciones estructuradas, recursos educativos o seguimiento profesional por parte de un nutricionista, se admitieron programas conformados por fases de restricción, reintroducción o personalización, registrándose dichas variaciones como posibles fuentes de heterogeneidad y no como criterios inmediatos de exclusión, mientras que los comparadores incluyeron dieta habitual, alimentación sin restricciones, recomendaciones dietéticas estándar, asesoramiento nutricional convencional, dieta simulada o intervención de control sin una disminución específica de FODMAP.

Cada estudio debía reportar al menos un desenlace relacionado con intensidad, frecuencia o duración del dolor abdominal, proporción de respondedores, puntuación total de síntomas gastrointestinales, distensión, flatulencia, diarrea, estreñimiento, frecuencia o consistencia de las deposiciones, también se recopilaron calidad de vida, asistencia escolar, adherencia, ingesta nutricional, crecimiento, cambios antropométricos y eventos adversos, se excluyeron revisiones, protocolos, editoriales, estudios de caso único, series sin evaluación de resultados, investigaciones exclusivamente realizadas en adultos, estudios centrados en enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, alergia alimentaria u otra enfermedad gastrointestinal orgánica, intervenciones basadas únicamente en la eliminación de un FODMAP aislado y pruebas agudas de provocación alimentaria sin aplicación de una dieta estructurada.

Selección de los estudios

Las referencias se exportaron en formato RIS y se depuraron mediante DOI, PMID, título, autoría y año de publicación, el cribado de títulos y resúmenes y la posterior evaluación de los textos completos se efectuaron de forma independiente, los desacuerdos se resolvieron mediante revisión conjunta, los motivos de exclusión se registraron de manera explícita y el proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión se documentó mediante un diagrama PRISMA.

Extracción y organización de los datos

Se utilizó una matriz estandarizada para registrar autor, año, país, diseño, tamaño muestral, edad, sexo, criterios diagnósticos, subtipo clínico, características de la intervención, duración, fases dietéticas, participación de nutricionistas, comparador, seguimiento y desenlaces, para variables continuas se extrajeron media, desviación estándar y número de participantes por grupo, para desenlaces dicotómicos se registraron participantes con evento y total por grupo, también se recopilaron diferencias de medias, tamaños de efecto, razones de riesgo e intervalos de confianza al 95 %, cuando una estimación no fue reportada directamente y pudo calcularse a partir de los datos publicados, el procedimiento se identificó expresamente.

Riesgo de sesgo y síntesis de los resultados

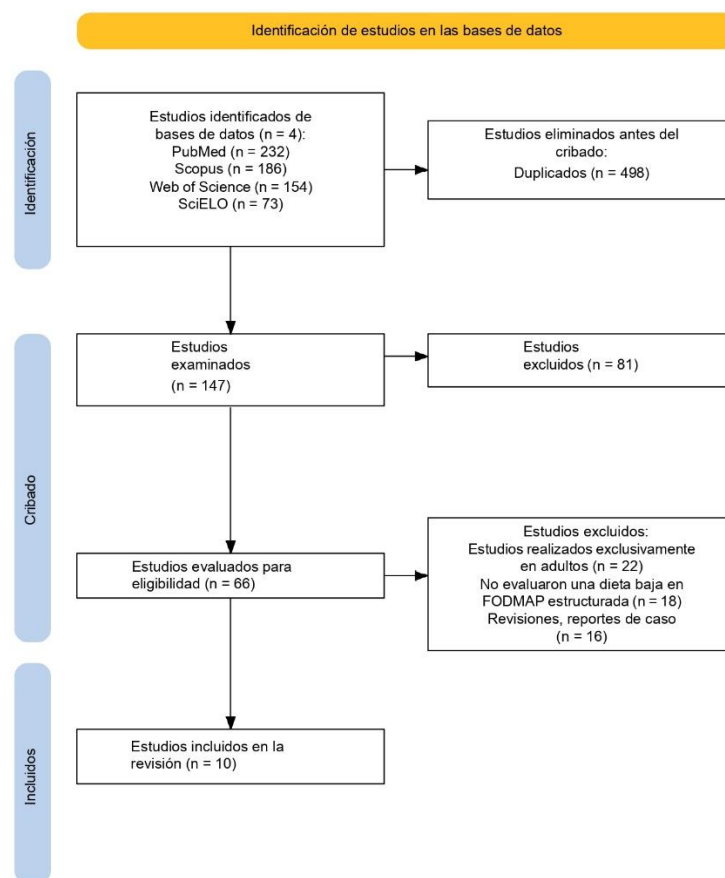
El riesgo de sesgo se valoró mediante RoB 2 para ensayos aleatorizados, ROBINS-I para estudios no aleatorizados comparativos y las herramientas del Joanna Briggs Institute para estudios observacionales o intervenciones pre-post sin comparador, la síntesis se organizó por diseño, tipo de comparador, modalidad de dieta y desenlace, separando la evidencia directa de la complementaria, el metaanálisis quedó reservado para conjuntos de al menos tres estudios con poblaciones, intervenciones y medidas suficientemente comparables, por consiguiente, ante heterogeneidad clínica o metodológica se efectuó una síntesis narrativa estructurada de la dirección, magnitud, precisión y consistencia de los efectos.

Consideraciones éticas

La revisión utilizó exclusivamente investigaciones publicadas, por lo que no requirió aprobación ética ni consentimiento informado, la transparencia se protegió mediante la conservación de las estrategias de búsqueda, decisiones de elegibilidad, datos extraídos, evaluaciones del riesgo de sesgo y motivos de exclusión.

Figura 1

Diagrama PRISMA utilizado en la revisión sistemática.



Fuente: Elaboración propia 2026.

Resultados

La síntesis narrativa de los diez estudios incluidos se organiza en dos bloques definidos por el diseño metodológico y por la presencia o ausencia de un grupo comparador. El primer bloque reúne la evidencia primaria, integrada por las comparaciones directas entre la dieta baja en FODMAP y una dieta habitual, una alimentación sin restricciones específicas o unas recomendaciones dietéticas estándar, de las cuales derivan las inferencias sobre superioridad comparativa; el segundo bloque agrupa la evidencia complementaria, conformada por estudios observacionales de un solo brazo sin grupo comparador, empleados para valorar la respuesta clínica, la adherencia, la tolerabilidad, la ingesta

nutricional y la seguridad, sin atribuirles capacidad para demostrar superioridad. Dentro de cada bloque, los estudios se ordenan de manera cronológica según el año de publicación.

Tabla 2

Síntesis narrativa de los resultados de los diez estudios incluidos

Estudio	Población	Intervención	Resultados principales	Limitaciones
Bloque 1: Evidencia primaria: dieta baja en FODMAP frente a dieta habitual, alimentación sin restricciones específicas o recomendaciones dietéticas estándar				
Boradyn et al., 2020	Se aleatorizaron 29 niños de 5 a 12 años con dolor abdominal funcional según criterios de Roma III —quienes además cumplían los criterios de Roma IV de dolor abdominal funcional no especificado—, evaluados por un gastroenterólogo pediátrico en Polonia y distribuidos en un grupo de dieta baja en FODMAP (n = 14) y un grupo control con dieta basada en las recomendaciones NICE (n = 15); las mujeres representaron el 39 % del grupo FODMAP y el 50 % del grupo NICE, en tanto que la distribución etaria se repartió de forma equilibrada entre los subgrupos de 4 a 6, 7 a 9 y 10 a 12 años. Se registraron dos abandonos, uno en el grupo NICE por considerar la intervención demasiado exigente y otro en el grupo FODMAP por una infección respiratoria, de modo que el análisis final incluyó 13 y 14 participantes, respectivamente.	La intervención se prolongó durante cuatro semanas y estuvo precedida de una evaluación basal de 14 días; la totalidad de los alimentos, consistentes en tres comidas principales y dos refrigerios diarios, fue preparada y entregada en el domicilio por una empresa de catering conforme a recetas diseñadas por una nutricionista, en virtud de lo cual se aplicó una dieta baja en FODMAP completa en fase de restricción, elaborada con productos de calificación verde según la aplicación de la Universidad de Monash y con cantidades reducidas de productos amarillos. El comparador correspondió a una dieta basada en las guías NICE, sustentada en principios de alimentación saludable con evitación de comidas rápidas, bebidas con cafeína y edulcorantes con sorbitol, igualmente preparada y distribuida por catering, de modo que el estudio conservó un diseño doble ciego.	El desenlace primario fue la intensidad del dolor abdominal medida con la escala Wong-Baker FACES y el secundario la frecuencia del dolor y la consistencia de las deposiciones evaluada con la escala de Bristol; en el grupo de dieta baja en FODMAP se observó únicamente una tendencia no significativa a la mejoría, en tanto que la intensidad pasó de 1.18 (RIC 0.79–2.32) a 1.29 (RIC 0.46–1.54) puntos por día (p = 0.087 frente a la basal) y la frecuencia de 0.50 a 0.43 episodios por día (p = 0.099). Por el contrario, el grupo NICE presentó una reducción significativa de la intensidad, de 1.45 (RIC 0.64–1.86) a 0.56 (RIC 0.32–0.68) puntos por día (p = 0.001), y de la frecuencia, de 0.43 a 0.25 episodios por día (p = 0.004), a la vez que el 93 % reportó consistencia normal de las heces al finalizar (p = 0.031 intragrupo). No se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna semana de intervención, mientras que los eventos adversos no se reportaron de forma sistemática (NR).	Los autores señalaron el reducido número de participantes en un estudio monocéntrico, con una potencia estadística de apenas el 36 % en el grupo de dieta baja en FODMAP y ausencia de cálculo previo del tamaño muestral, a la vez que reconocieron una creciente falta de adherencia a partir de la segunda semana, particularmente en dicho grupo, y la posibilidad de que los padres dedujeran la asignación debido a la amplia información disponible en medios e internet.
El Ezaby et al., 2024	Se aleatorizaron 84 niños de 5 a 15 años con síndrome de intestino irritable diagnosticado por un gastroenterólogo pediátrico según criterios de Roma IV en un hospital universitario de El Cairo, Egipto, distribuidos en partes iguales en un grupo de dieta baja en FODMAP y un grupo de dieta estándar (42 por grupo); de los 100 evaluados, 16 fueron excluidos. Predominó el sexo masculino (59 % y 61 %, respectivamente) y el subtipo con estreñimiento (SII-C), con una edad media de 10.33 ± 2.80 y 10.98 ± 2.59 años, sin diferencias sociodemográficas significativas. Cuatro participantes se perdieron durante el seguimiento, de modo que completaron la intervención de seis semanas 39 niños en el grupo FODMAP y 41 en el grupo estándar.	La intervención se extendió durante seis semanas con evaluaciones clínicas semanales; a cada niño y cuidador del grupo de dieta baja en FODMAP se le brindó educación estructurada y listas de alimentos codificadas por color (verde para bajos y rojo para altos en FODMAP), además de un diario alimentario y controles de adherencia mediante mensajes y llamadas telefónicas, todo ello sumado al tratamiento farmacológico prescrito. El grupo comparador recibió una dieta convencional sustentada en las recomendaciones NICE del Reino Unido, la cual contempló evitar alimentos picantes, mantener horarios regulares de alimentación, asegurar una hidratación adecuada y reducir el	La intensidad del dolor se evaluó con la Escala Visual Analógica (EVA) y los síntomas y la calidad de vida con los módulos gastrointestinal y genérico del PedsQL; tras seis semanas, la EVA disminuyó de 9.15 ± 0.71 a 8.90 ± 0.79 en el grupo de dieta baja en FODMAP y de 8.90 ± 0.92 a 4.54 ± 1.07 en el grupo estándar, con diferencia altamente significativa entre grupos (p < 0.001). La puntuación total del módulo de síntomas gastrointestinales aumentó de 71.04 ± 6.07 a 91.37 ± 4.99 frente a 72.34 ± 6.18 a 84.16 ± 6.26 (p < 0.001), a la vez que la puntuación genérica total del PedsQL se incrementó más en el grupo FODMAP (p = 0.002) y la función escolar mostró asimismo mayor mejoría (p = 0.003). El análisis mediante regresión corroboró que la intervención mantuvo un efecto independiente tanto sobre la EVA (β = -3.855; p	Los autores señalaron como principal limitación el costo elevado y la reducida disponibilidad de sustitutos alimentarios con bajo contenido de FODMAP, circunstancia que requirió proporcionar determinados productos sin gluten y sin lactosa, junto con la necesidad de mantener un seguimiento riguroso para garantizar la adherencia, cabe resaltar que también se reconocieron como restricciones el desarrollo

		consumo de comida chatarra, además del tratamiento habitual, por consiguiente el estudio mantuvo un diseño de dos brazos con enmascaramiento simple.	< 0.001) como sobre el módulo gastrointestinal ($\beta = 8.364$; $p < 0.001$), observándose las mayores mejoras en las dimensiones correspondientes al dolor estomacal, los gases, la distensión abdominal y la diarrea, mientras que los eventos adversos no fueron reportados (NR).	monocéntrico del estudio y la aplicación de un enmascaramiento únicamente simple.
Stróżyk et al., 2026	De los 74 participantes inicialmente previstos, se aleatorizaron 42 niños y adolescentes de 8 a 18 años con diagnóstico de síndrome de intestino irritable o dolor abdominal funcional no especificado conforme a los criterios de Roma IV, evaluados por un gastroenterólogo pediátrico en un único centro de Varsovia, Polonia, de los cuales 38 recibieron la intervención, distribuidos en 19 participantes por grupo, además se exigió una intensidad basal del dolor ≥ 30 mm en una EVA de 100 mm, el 53 % correspondió a niñas y la edad media fue de 13.8 ± 2.8 años en el grupo FODMAP y 12.9 ± 3.0 años en el grupo de dieta habitual, incluyendo los subtipos SII-C, SII-D y SII-M. El ensayo se terminó de manera anticipada por dificultades de reclutamiento y adherencia, de modo que cuatro niños no recibieron la intervención y otros siete la interrumpieron, principalmente por problemas del proveedor de catering.	El ensayo se diseñó como un estudio de alimentación domiciliar de cuatro semanas con enmascaramiento cuádruple planificado, en el cual una nutricionista investigadora elaboró planes de comidas individualizados y una empresa de catering entregó a diario cajas con la totalidad de los alimentos; la dieta baja en FODMAP se construyó exclusivamente con porciones de calificación verde según la aplicación de Monash. El comparador consistió en una dieta habitual ajustada a los hábitos y a la ingesta previa de FODMAP de cada niño, igualmente entregada mediante catering y equiparada en energía y macronutrientes, de manera que ambos grupos recibieran refrigerios bajos en FODMAP para reducir el riesgo de desenmascaramiento, en tanto que las fases de reintroducción se ofrecieron solo tras concluir la intervención.	El desenlace primario fue la proporción de respondedores, definidos por una reducción ≥ 30 % del dolor abdominal equivalente a ≥ 25 mm en una EVA de 100 mm; en el análisis de casos disponibles no se observó diferencia entre la dieta baja en FODMAP (7/13; 53.8 %) y la dieta habitual (5/13; 38.5 %) en la semana 4 (RR 1.4; IC 95 % 0.6–3.3; $p = 0.694$), hallazgo confirmado en el análisis de sensibilidad por intención de tratar con imputación múltiple. Entre los desenlaces secundarios, únicamente se registró una mayor reducción media de la intensidad del dolor en el grupo FODMAP en la semana 4 (-29.6 ± 27.7 frente a -8.9 ± 18.6 mm; diferencia de medias -20.8 mm; IC 95 % -40.0 a -1.6 ; $p = 0.036$) y en la semana 1 (diferencia mediana -20.0 mm; IC 95 % -30.0 a -5.0 ; $p = 0.013$). La adherencia promedio fue semejante entre los grupos, con valores de 73.9 ± 15.9 % frente a 70.3 ± 16.2 %, mientras que los eventos adversos se presentaron con escasa frecuencia, afectando a dos niños en cada grupo (RR 1; IC 95 % 0.2–6.0), además se registraron tres episodios de estreñimiento tratados con macrogol y un caso de reducción ponderal de 2 kg.	Los autores destacaron como principales limitaciones la finalización anticipada del estudio y el reducido tamaño de la muestra, condiciones que restringen la generalización de los hallazgos y no permiten excluir una potencia estadística insuficiente, junto con una proporción considerable de datos faltantes del 32 %, atribuida a la complejidad del protocolo y a la quiebra de la empresa encargada del servicio de catering, cabe resaltar que una nutricionista perteneciente al equipo investigador no permaneció enmascarada y que las consecuencias persistentes de la pandemia de COVID-19 repercutieron sobre la adherencia y la organización logística.

Bloque 2: Evidencia complementaria: estudios observacionales sin grupo comparador

Altınok et al., 2021	Se incluyeron 18 niños de 7 a 18 años con síndrome de intestino irritable diagnosticado según criterios de Roma III y seguidos en una clínica de gastroenterología pediátrica en Esmirna, Turquía, sin grupo comparador; seis participantes fueron excluidos por incumplimiento de la dieta, uno por diagnóstico de fiebre mediterránea familiar y otro por incremento sintomático, de modo que el estudio se completó con 10 pacientes. El 60 % fueron varones y el 40 % mujeres, con un 40 % en el rango de 7 a 12 años y un 60 % de 13 a 17 años; los subtipos se distribuyeron en mixto (30 %), con estreñimiento (30 %), con diarrea (10 %) y no clasificado (30 %), en tanto que el dolor	La dieta baja en FODMAP fue ajustada por una única nutricionista mediante listas de alimentos altos y bajos en FODMAP; se aplicó una fase de restricción completa durante las dos primeras semanas y, posteriormente, una fase de reintroducción en la cual los alimentos altos en FODMAP consumidos habitualmente se readicionaron a intervalos de tres días, de manera que la terapia dietética se dio por concluida al finalizar las cuatro semanas. Al tratarse de un diseño de un solo brazo, no se dispuso de comparador; las visitas de seguimiento se programaron en las semanas 1, 3, 4 y 6 —esta última dos semanas después de terminar la dieta—, momento en el	La calidad de vida se evaluó con la escala KINDL y la presencia de síntomas gastrointestinales mediante la prueba de McNemar; todos los síntomas disminuyeron tras la dieta sin alcanzar significación estadística debido al reducido tamaño muestral, en tanto que el dolor abdominal pasó de estar presente en el 100 % al 50 % de los casos, la distensión del 70 % al 10 % ($p = 0.07$) y el estreñimiento del 50 % al 20 % ($p = 0.25$), mientras que la diarrea, los vómitos y la pérdida de peso desaparecieron. En la escala KINDL infantil se identificaron incrementos significativos en el bienestar emocional (de 65.62 ± 14.80 a 79.32 ± 13.19 ; $p = 0.01$), en la subescala familiar (de 45.62 ± 8.86 a 75.00 ± 21.65 ; $p = 0.01$) y en la puntuación total (de 59.58 ± 9.69 a 68.12 ± 12.97 ; $p = 0.039$), a	Los autores reconocieron la dificultad de adherencia y cumplimiento continuo de la dieta en la población pediátrica y la escasez de pacientes, con una potencia post hoc de apenas el 32 % y un tamaño muestral objetivo de 30 no alcanzado, a la vez que señalaron de manera expresa la ausencia de aleatorización y el carácter monocéntrico como limitaciones del estudio.
----------------------	---	--	---	---

	abdominal estuvo presente en la totalidad de los casos.	cual se reevaluaron los síntomas y la calidad de vida.	la vez que las dimensiones física ($p = 0.2$) y escolar ($p = 0.14$) no variaron de forma significativa y las puntuaciones parentales del KINDL no resultaron significativas; el análisis post hoc arrojó una potencia del 32 %.	
Doğan et al., 2020	Se incluyeron 60 niños de 6 a 18 años con síndrome de intestino irritable diagnosticado según criterios de Roma IV, atendidos en una clínica de gastroenterología pediátrica universitaria en Turquía y asignados a un grupo de dieta baja en FODMAP ($n = 30$) y un grupo de dieta estándar protectora del tracto gastrointestinal ($n = 30$); el tamaño muestral se determinó mediante análisis de potencia (85 %, tamaño del efecto 0.70). La edad media fue de 13.40 ± 2.60 años en el grupo FODMAP y de 13.46 ± 2.75 años en el grupo estándar, con predominio masculino (20/10 y 18/12, respectivamente) y distensión abdominal basal en el 86.6 % y el 83.3 % de los casos, sin diferencias significativas entre grupos en edad, sexo ni duración de los síntomas.	La dieta baja en FODMAP se pautó con un contenido inferior a 0.5 g de FODMAP por comida, acompañada de listas de alimentos permitidos y prohibidos y de recetas orientadas a favorecer la adherencia, en tanto que un nutricionista elaboró las pautas para garantizar un aporte de proteínas, calorías, vitaminas y minerales acorde con la edad; la intervención se mantuvo durante dos meses. El comparador consistió en una dieta estándar protectora del tracto gastrointestinal que evitaba el chocolate, la cafeína y los alimentos ácidos, picantes y ricos en grasa, de modo que las evaluaciones se realizaron al inicio, a los dos meses y a los cuatro meses, es decir, dos meses después de suspender el tratamiento dietético.	La intensidad del dolor abdominal se midió con la Escala Visual Analógica (EVA) y el estado clínico global con la escala de Impresión Clínica Global de Mejoría (CGI-I); las puntuaciones EVA basales resultaron comparables (6.97 ± 0.77 en FODMAP frente a 6.53 ± 1.14 en estándar, $p > 0.05$). Tras dos meses de dieta, la disminución media de la EVA fue de 3.80 ± 1.10 puntos en el grupo de dieta baja en FODMAP y de 2.03 ± 1.03 en el grupo estándar, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0001$), a la vez que el 43.3 % de los pacientes del grupo FODMAP se clasificó como mucho mejor en la CGI-I frente al 3.3 % del grupo estándar ($p = 0.0001$), en el cual predominó la ausencia de cambios (63.3 %). Posterior a la suspensión de la dieta, durante el cuarto mes se observó un aumento de la EVA de 2.97 ± 1.10 puntos en el grupo FODMAP frente a 1.63 ± 0.71 puntos en el grupo estándar ($p = 0.0001$), acompañado de un deterioro concordante en la CGI-I ($p = 0.0007$), mientras que los eventos adversos no fueron reportados (NR).	Los autores restringieron la duración de la intervención a dos meses debido al riesgo de reducir la adherencia y de provocar posibles deficiencias nutricionales mediante una aplicación dietética más prolongada, cabe resaltar que el carácter monocéntrico del estudio y la recurrencia de los síntomas posterior a la suspensión representaron limitaciones relevantes, junto con la ausencia de una evaluación formal de los efectos nutricionales asociados con la dieta.
El Gendy et al., 2022	Se incluyeron 50 niños que completaron el seguimiento, de un total inicial de 63, con edades de 3 a 18 años (media 7.56 ± 3.30 años; rango 3–15) y diagnóstico de trastornos de dolor abdominal funcional en forma de síndrome de intestino irritable y dolor abdominal funcional no especificado según criterios de Roma IV, atendidos en un hospital universitario de El Cairo, Egipto, sin grupo comparador. El 60 % fueron mujeres y el 40 % varones; el 80 % correspondió a síndrome de intestino irritable y el 20 % a la forma no especificada, con subtipos SII-C (26 %), SII-D (26 %) e indiferenciado (28 %); trece participantes abandonaron de forma temprana por incumplimiento de la dieta, lo que representó una tasa de deserción del 20 %.	La dieta con bajo contenido de FODMAP fue orientada por una nutricionista especializada en gastroenterología pediátrica y ajustada de manera individual a partir de registros alimentarios de tres días y de las preferencias particulares de cada niño, sustituyéndose los alimentos con elevado contenido de FODMAP conforme a la clasificación de la Universidad de Monash, además se proporcionaron listados en árabe y recetas destinadas a favorecer la adherencia, aplicándose una fase de restricción estricta durante ocho semanas, al no disponerse de un grupo comparador, el seguimiento se organizó mediante una evaluación antes y después de la intervención a los dos meses, complementada con llamadas telefónicas semanales para comprobar el cumplimiento, por consiguiente solo se analizó la etapa de restricción, sin incluir las fases posteriores de	La intensidad del dolor fue evaluada mediante la escala de rostros de Wong-Baker, la calidad de vida a través del índice KIDSCREEN-10, la consistencia fecal con la escala de Bristol y el crecimiento por medio de las puntuaciones z de peso para la edad, transcurridos dos meses, el 84 % de los pacientes evidenció una disminución del dolor y el 74 % alcanzó una reducción superior al 30 %, observándose que la mediana descendió de 8 puntos (RIC 6–10) a 4 puntos (RIC 4–6) ($p < 0.001$), la calidad de vida presentó una mejoría significativa en todas sus categorías, con un incremento de 16.42 ± 5.24 a 27.48 ± 8.62 puntos ($p < 0.001$), mientras que la consistencia de las heces no mostró cambios estadísticamente significativos, manteniéndose una mediana de Bristol de 3 en ambas evaluaciones ($p = 0.506$). El peso mejoró de una mediana de -0.41 a -0.11 en puntuación z ($p = 0.006$), y al comparar respondedores con no respondedores solo el peso mostró diferencia significativa (0.07 frente a -0.61 ; $p = 0.01$); no	Los autores señalaron de manera expresa la ausencia de grupo control y la duración relativamente corta del seguimiento, circunscrito únicamente a la fase de restricción, a lo que se añadió una tasa de deserción del 20 % vinculada a la dificultad para sostener una dieta restrictiva en la población pediátrica.



		reintroducción ni de personalización.	se identificaron diferencias entre categorías de trastorno.	
Narayana et al., 2022	Se incluyeron 31 niños con edades comprendidas entre 7 y 13 años, con una mediana de 11 años, diagnosticados con trastornos de dolor abdominal funcional conforme a los criterios de Roma IV, quienes procedían del brazo de dieta baja en FODMAP de un ensayo aleatorizado en desarrollo en Houston, Estados Unidos, siendo evaluados sin un grupo comparador dentro de este análisis enfocado en la ingesta alimentaria y la calidad de la dieta, el 61 % de los participantes correspondió a mujeres y la cohorte presentó una composición étnica diversa, con una mediana del percentil de índice de masa corporal de 83.5 % y una prevalencia de obesidad del 27 %; el diagnóstico exigió dolor abdominal crónico de al menos tres meses con una frecuencia mínima de cuatro días al mes, en tanto que se excluyó a quienes presentaban pérdida de peso reciente, trastornos alimentarios o enfermedad gastrointestinal mayor.	La intervención consistió en la fase de restricción de la dieta baja en FODMAP durante tres semanas, guiada por nutricionistas mediante educación estructurada impartida en tres sesiones telefónicas de una hora, materiales educativos, la aplicación de Monash y tareas semanales; la adherencia y la ingesta se estimaron con registros alimentarios de tres días obtenidos al inicio y entre las semanas dos y tres. Dado que este análisis abordó exclusivamente la rama de dieta baja en FODMAP del ensayo mayor, no se contó con comparador activo, de modo que las comparaciones se establecieron entre la ingesta basal habitual y la registrada durante la intervención.	El desenlace central fue el consumo de alimentos altos en FODMAP y la calidad de la dieta, cuantificados con registros alimentarios y las clasificaciones de Monash y NOVA; 28 de 31 participantes (90 %) redujeron dicho consumo, con una mediana que descendió de 5.7 (RIC 3.6–7.3) a 2 (RIC 0.3–3.7) alimentos altos en FODMAP por día ($p < 0.001$), en tanto que 22 niños (71 %) se consideraron más adherentes al ingerir ≤ 3 por día. Se registró una tendencia global a la disminución de la frecuencia del dolor abdominal con independencia de la adherencia, sin cifras específicas reportadas (NR). La calidad de la dieta mejoró de manera modesta, con descensos significativos de alimentos ultraprocesados (de 6.1 ± 2.5 a 3.9 ± 2.1 ; $p < 0.001$), ácidos grasos trans ($p = 0.002$) y azúcares añadidos ($p < 0.001$), e incrementos de verduras ($p = 0.046$), vitamina C (de 42.1 ± 39.0 a 69.6 ± 59.3 ; $p = 0.019$) y vitamina E (de 5.6 ± 1.9 a 9.1 ± 6.1 ; $p = 0.009$).	Los autores advirtieron sobre la limitada generalización, dado que la intensidad de la educación nutricional superó la habitual en la práctica clínica, así como la imposibilidad de cuantificar algunos carbohidratos FODMAP como los fructooligosacáridos y galactooligosacáridos, y la dependencia de registros alimentarios completados por los padres, susceptibles de imprecisión; el análisis tampoco incorporó una medición cuantitativa validada de los síntomas.
Tenenbaum et al., 2024	Se estudiaron 30 niños de 7 a 12 años (media 10.4 ± 1.5 años) con trastornos gastrointestinales funcionales según criterios de Roma IV, reclutados en clínicas de gastroenterología pediátrica y de atención primaria de Texas, Estados Unidos, en el marco de un diseño de un solo grupo con medición antes-después anidado en un ensayo aleatorizado más amplio, sin grupo comparador. El 56.7 % fueron mujeres; quince niños fueron identificados por sus padres como de raza negra, doce como blancos y diez como de etnia hispana, en tanto que la frecuencia basal de días con dolor abdominal osciló entre 0 y 14 (media 5.4 ± 3.6) y la calidad de vida basal medida con el PedsQL alcanzó una media de 87.4 ± 10.6 .	La intervención comprendió consejería dietética y el seguimiento de la dieta baja en FODMAP durante tres semanas, con una sesión inicial de educación telefónica de una hora impartida por nutricionistas con experiencia y dos llamadas semanales de refuerzo destinadas a revisar la adherencia, resolver dudas y afrontar los retos de la implementación. Al tratarse de un diseño de un solo brazo orientado a identificar factores asociados a la adherencia, no se dispuso de comparador; la adherencia se cuantificó mediante registros alimentarios de tres días obtenidos al inicio y en la tercera semana, a partir del recuento de alimentos altos en FODMAP consumidos.	El desenlace fue la adherencia a la dieta baja en FODMAP y sus factores predictores, evaluados con la escala BASC-3 de problemas emocionales y conductuales, el PedsQL de calidad de vida por reporte parental y un diario de dolor de dos semanas cumplimentado por el niño; 28 de 30 participantes redujeron el consumo de alimentos altos en FODMAP, con una disminución media del 71.6 % (error estándar 27.4), mientras que dos lo incrementaron. Una mejor calidad de vida al inicio del estudio se relacionó con un mayor nivel de adherencia, con un coeficiente beta retransformado de 0.98 (IC 95 % $0.96-1.00$; $p = 0.03$), mientras que los problemas externalizantes ($p = 0.55$), los problemas internalizantes ($p = 0.41$), la frecuencia del dolor abdominal ($p = 0.28$) y la raza ($p = 0.86$) no evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas, cabe resaltar que la investigación no evaluó desenlaces clínicos vinculados con la eficacia sintomática y los eventos adversos no fueron reportados (NR).	Los autores reconocieron como limitaciones el tamaño relativamente reducido de la muestra, la ausencia de una medida de fidelidad o de procedimientos estandarizados para la intervención dietética, la utilización de informes parentales en determinadas evaluaciones y la falta de consenso entre profesionales respecto de un patrón de referencia destinado a cuantificar la adherencia a la dieta baja en FODMAP.
Raja et al., 2025	Se examinaron 77 historias clínicas, de las cuales 58 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y 47 completaron la intervención dietética y el seguimiento, con	La dieta baja en FODMAP fue guiada por una única nutricionista registrada mediante educación sobre la aplicación de Monash y sustituciones alimentarias; el	El desenlace fue la mejoría sintomática subjetiva según el tipo de trastorno; entre los 47 pacientes que completaron el seguimiento mejoró el 74.5 % (35/47), con tasas del 91.6 % (22/24) en el	Los autores señalaron el diseño retrospectivo, la valoración subjetiva de la mejoría, la elevada pérdida de

	una edad media de 14 años, dentro de un rango de 9 a 21 años, y diagnóstico de trastornos de la interacción intestino-cerebro conforme a los criterios de Roma IV, establecido por un gastroenterólogo pediátrico en Nueva Jersey, Estados Unidos, sin la incorporación de un grupo comparador, predominó el sexo femenino, con 38 mujeres entre los 58 participantes incluidos inicialmente, el 82.8 % presentó síndrome de intestino irritable, principalmente del subtipo con diarrea (SII-D), mientras que el 17.2 % correspondió a dolor abdominal funcional o dispepsia funcional, en tanto que la tasa de deserción fue del 19 %.	programa contempló las tres fases clásicas, con una restricción de tres a cuatro semanas, una reintroducción posterior de cuatro semanas apoyada en un diario de síntomas y una fase de mantenimiento evaluada entre uno y tres meses. Al tratarse de una revisión retrospectiva de un solo brazo, no se dispuso de comparador; la mejoría se determinó de manera subjetiva a partir de la valoración clínica e histórica, sin recurrir a una escala validada, mientras que la intolerancia a grupos específicos de FODMAP se estableció durante la fase de reintroducción.	subtipo con diarrea, del 70 % (7/10) en el mixto, del 50 % (3/6) en el asociado a estreñimiento y del 42.8 % (3/7) en el dolor abdominal funcional o la dispepsia funcional; al asumir como no respondedores a los perdidos, la mejoría global descendió al 60.3 % (35/58). Los grupos FODMAP identificados con mayor frecuencia como desencadenantes fueron los fructanos, en 34 pacientes (72.3 %), seguidos de la lactosa (24; 51 %), el sorbitol y los polioles (13; 27.6 %), la fructosa (12; 25.5 %) y los galactanos (5; 10.6 %); cinco pacientes clasificados como no respondedores mejoraron inicialmente y luego recayeron, en tanto que los eventos adversos no se reportaron (NR).	seguimiento y la ausencia de grupo control que impidió estimar una posible respuesta placebo, a lo que se sumó un probable sesgo de selección hacia el subtipo con diarrea y el hecho de que la nutricionista no estuviera cegada al diagnóstico durante la evaluación.
Rexwink el et al., 2025	Se incluyeron 325 adolescentes de 12 a 18 años (media 15.2 ± 1.7 años) con síndrome de intestino irritable o dolor abdominal funcional no especificado según criterios de Roma IV, procedentes de 13 centros de los Países Bajos, en un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico sin grupo comparador; se requería una puntuación media diaria de dolor ≥ 2 en una escala de 0 a 5. El 70 % fueron niñas; el 65 % presentó síndrome de intestino irritable —con subtipos SII-C (29 %), SII-D (17 %), SII-M (12 %) y SII-U (7 %)— y el 35 % dolor abdominal funcional no especificado, con una duración mediana de los síntomas de 3 años (RIC 0.8–8.0).	La dieta con bajo contenido de FODMAP se implementó durante cuatro semanas en un contexto no guiado que reprodujo las condiciones habituales de la práctica clínica, sin acompañamiento de un nutricionista, los pacientes recibieron por parte del médico tratante material educativo escrito con información sobre los FODMAP, listados amplios de alimentos con contenido alto y bajo, además de referencias a recursos disponibles en línea, incluida la aplicación de la Universidad de Monash, indicándose reemplazar los alimentos ricos en FODMAP por opciones con bajo contenido. Al carecer de comparador, los desenlaces se contrastaron con la situación basal de cada participante, de modo que la adherencia se verificó únicamente de manera verbal, con un cumplimiento medio del diario digital del 92.9 %.	El desenlace primario fue la proporción de pacientes con éxito terapéutico, definido por una reducción ≥ 30 % de la intensidad del dolor abdominal medida con la escala de caras Wong-Baker; a las cuatro semanas, 81 de 325 pacientes (24.9 %) lo alcanzaron, con tasas superiores en el síndrome de intestino irritable (62/212; 29.3 %) frente a la forma no especificada (19/113; 16.8 %) (OR 2.16; IC 95 % 1.04–4.48). El alivio adecuado, desenlace secundario clave, se reportó en 51 pacientes (15.7 %). Se observó una reducción estadísticamente significativa, aunque de limitada relevancia clínica, en la intensidad del dolor, que disminuyó de 2.5 ± 1.0 a 2.2 ± 1.1 ($p < 0.001$), en la distensión abdominal, que pasó de 3.3 ± 2.4 a 2.7 ± 2.2 ($p < 0.001$), y en la flatulencia, que descendió de 2.8 ± 2.3 a 2.4 ± 2.1 ($p = 0.001$), mientras que la cefalea, las náuseas, el ausentismo escolar y el consumo de analgésicos no presentaron modificaciones, los eventos adversos fueron leves y poco frecuentes, sin registrarse eventos adversos graves.	Los autores identificaron como principal limitación la ausencia de un grupo control, condición que impidió atribuir con certeza los hallazgos a la intervención y no permitió excluir la variabilidad natural, la regresión a la media ni el efecto placebo, a ello se sumaron la falta de supervisión dietética, la inclusión exclusiva de adolescentes, la comprobación únicamente verbal de la adherencia y la carencia de información sobre desenlaces como la pérdida de peso o el estado nutricional.

Nota. SII, síndrome de intestino irritable; SII-C, SII-D, SII-M y SII-U, subtipos con estreñimiento, con diarrea, mixto y no clasificado; FODMAP, oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables; EVA, Escala Visual Analógica; PedsQL, Pediatric Quality of Life Inventory; KINDL, escala de calidad de vida KINDL; KIDSCREEN-10, índice KIDSCREEN-10; CGI-I, Impresión Clínica Global de Mejoría; BASC-3, Behavior Assessment System for Children; DE, desviación estándar (valores expresados como ± tras

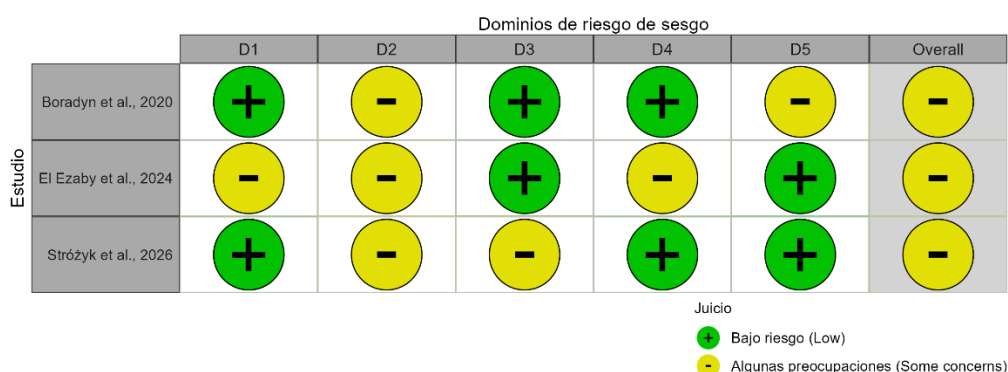
la media); RIC, rango intercuartílico; IC 95 %, intervalo de confianza al 95 %; RR, riesgo relativo; OR, razón de momios (odds ratio); NR, no reportado. *Elaboración propia, 2026.*

Evaluación del riesgo de sesgo

El riesgo de sesgo de los diez estudios incluidos se valoró mediante dos herramientas complementarias, en función del diseño verificado en el texto completo de cada artículo: la herramienta RoB 2 se aplicó a los tres ensayos clínicos aleatorizados, mientras que la herramienta ROBINS-I se empleó para los siete estudios no aleatorizados u observacionales, incluidos aquellos de un solo brazo sin grupo comparador.

Figura 2

Evaluación del riesgo de sesgo de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos mediante la herramienta RoB 2



Nota. D1: sesgo en el proceso de aleatorización; D2: sesgo por desviaciones de las intervenciones previstas; D3: sesgo por datos de resultado faltantes; D4: sesgo en la medición del desenlace; D5: sesgo en la selección del resultado reportado. ECA: ensayo clínico aleatorizado. Los juicios se expresan como bajo riesgo (Low), algunas preocupaciones (Some concerns) y alto riesgo (High). *Elaboración propia, 2026.*

El riesgo de sesgo de los tres ensayos clínicos aleatorizados se valoró mediante la herramienta RoB 2, la cual examina cinco dominios; cabe resaltar que ninguno de los estudios alcanzó un riesgo global bajo, en tanto que los tres : Boradyn et al. (2020), El Ezaby et al. (2024) y Stróżyk et al. (2026), se clasificaron con algunas preocupaciones. La mayor concentración de reparos se ubicó en el dominio de desviaciones de las intervenciones previstas (D2), en virtud de que la naturaleza de una intervención dietética impide el

cegamiento completo de los participantes y de que se documentaron problemas de adherencia, particularmente en Boradyn et al. (2020), donde el incumplimiento fue mayor en el grupo de dieta baja en FODMAP. Por el contrario, el proceso de aleatorización (D1) obtuvo bajo riesgo en Strózyk et al. (2026) y Boradyn et al. (2020), en virtud de contar con secuencias generadas por computadora y ocultamiento adecuado de la asignación, mientras que en El Ezaby et al. (2024) se calificó con algunas preocupaciones debido a que no se describió de manera explícita el ocultamiento de la asignación. El dominio de datos de resultado faltantes (D3) fue mayoritariamente de bajo riesgo, salvo en Strózyk et al. (2026), cuyo ensayo se terminó de forma anticipada y presentó una proporción de datos faltantes del 32 %, en tanto que las preocupaciones en la selección del resultado reportado (D5) se concentraron en Boradyn et al. (2020) por su registro retrospectivo. Por consiguiente, el conjunto de ensayos aleatorizados ofrece una evidencia con confianza moderada, limitada de manera transversal por las dificultades de cegamiento inherentes a las intervenciones nutricionales.

Figura 3

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios no aleatorizados/observacionales incluidos mediante la herramienta ROBINS-I.

		Dominios de riesgo de sesgo						
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Estudio	Doğan et al., 2020	-	+	+	-	+	X	-
	Altınok et al., 2021	X	X	+	-	X	X	-
	El Gendy et al., 2022	X	X	+	-	X	X	-
	Narayana et al., 2022	-	-	+	-	+	-	-
	Tenenbaum et al., 2024	-	-	+	-	-	-	-
	Raja et al., 2025	X	X	-	-	X	X	X
	Rexwinkel et al., 2025	X	-	-	-	-	-	+
		Overall						
		X	X	X	X	X	X	X

Juicio
 ● Bajo riesgo (Low)
 ● Moderado (Moderate)
 ● Serio (Serious)

Nota. D1: sesgo por factores de confusión; D2: sesgo en la selección de los participantes; D3: sesgo en la clasificación de las intervenciones; D4: sesgo por desviaciones de las

intervenciones previstas; D5: sesgo por datos faltantes; D6: sesgo en la medición de los desenlaces; D7: sesgo en la selección del resultado reportado. Los juicios se expresan como bajo riesgo (Low), moderado (Moderate), serio (Serious), crítico (Critical) y sin información (No information). *Elaboración propia, 2026.*

El riesgo de sesgo correspondiente a los siete estudios no aleatorizados fue valorado mediante la herramienta ROBINS-I, estructurada en siete dominios, sin que ninguno de los trabajos alcanzara una calificación global baja, cinco estudios, Doğan et al. (2020), Altınok et al. (2021), El Gendy et al. (2022), Raja et al. (2025) y Rexwinkel et al. (2025), fueron clasificados con riesgo serio, mientras que Narayana et al. (2022) y Tenenbaum et al. (2024) presentaron un riesgo moderado, la principal acumulación de sesgo se identificó en el dominio relacionado con los factores de confusión (D1), en virtud de que la mayoría de las investigaciones correspondió a diseños de un solo brazo con evaluaciones antes y después o a cohortes sin grupo comparador, por consiguiente los cambios registrados no pudieron diferenciarse de la evolución natural, la regresión a la media o el efecto placebo, a la vez que el dominio de medición de los desenlaces (D6) concentró observaciones serias debido a la valoración no cegada de desenlaces subjetivos autorreportados, como ocurrió en Doğan et al. (2020), donde la Impresión Clínica Global fue evaluada por un médico que conocía la asignación. Cabe resaltar que el sesgo por datos faltantes (D5) alcanzó una calificación seria en los estudios con exclusiones posbasales de participantes no adherentes, como Altınok et al. (2021), El Gendy et al. (2022) y Raja et al. (2025). Por el contrario, el dominio de clasificación de las intervenciones (D3) fue el mejor valorado, mayoritariamente de bajo riesgo, en virtud de que la dieta baja en FODMAP estuvo definida con claridad. Los estudios de Narayana et al. (2022) y Tenenbaum et al. (2024) obtuvieron un riesgo moderado en tanto que sus desenlaces principales fueron medidas objetivas de ingesta o de adherencia con escasa pérdida de datos, en lugar de escalas sintomáticas subjetivas, de modo que resultaron menos vulnerables a los sesgos de medición y de confusión que dominaron al resto del grupo.

Discusión

Los resultados de esta revisión muestran una señal terapéutica favorable de la dieta baja en FODMAP en parte de la población pediátrica con síndrome de intestino irritable, expresada mediante disminución del dolor, mejoría gastrointestinal y cambios positivos en calidad de



vida, aunque la superioridad frente a dieta habitual o recomendaciones estándar no fue uniforme, Boradyn et al. no identificaron diferencias entre grupos, Stróżyk et al. registraron una mayor reducción del dolor sin confirmar diferencias en respondedores, mientras que Doğan et al. y El Ezaby et al. comunicaron beneficios más marcados, por lo que el efecto pareció depender del diagnóstico, comparador, educación nutricional y definición de respuesta, en adultos van Lanen et al. (2021) estimaron una reducción moderada a grande de la gravedad y una mejoría de calidad de vida, Wang et al. (2021) encontraron mayor probabilidad de mejoría global, RR 1,54, y cambios favorables en consistencia fecal, aunque no en calidad de vida o variables psicológicas, cabe resaltar que la revisión paraguas confirmó beneficios sobre síntomas globales y calidad de vida, pero no sobre dolor, frecuencia o consistencia de las deposiciones, lo que coincide con la variabilidad pediátrica (Bogdanowska-Charkiewicz et al., 2026; Black et al., 2022).

La naturaleza del comparador resultó central, debido a que NICE constituyó una intervención activa basada en horarios regulares, hidratación y mejor calidad alimentaria, con limitación de grasas, picantes, cafeína y ultraprocesados, por consiguiente pudo reducir síntomas mediante mecanismos diferentes a la restricción específica de FODMAP, Haghbin et al. (2024) encontraron superioridad de la dieta baja en FODMAP frente a la estándar en gravedad sintomática, con una diferencia media de -46,29 puntos en IBS-SSS, y en calidad de vida, aunque la dieta mediterránea también ocupó posiciones favorables, un ensayo piloto registró respuestas semejantes para dolor, 73 % con dieta mediterránea y 81,8 % con FODMAP, mientras que la reducción de IBS-SSS favoreció a FODMAP, -105,5 frente a -60 puntos (Singh et al., 2025), una adaptación mediterránea baja en FODMAP también superó a NICE y mantuvo una respuesta del 79,1 % a seis meses, con mayor adherencia (Kasti et al., 2025), estos datos procedieron de adultos sin estreñimiento, aunque indicaron que el objetivo clínico debe ser un patrón alimentario completo, aceptable y sostenible.

La diferencia entre intervenciones pediátricas guiadas y la cohorte adolescente no guiada reforzó el papel de la implementación, debido a que la consulta nutricional, los materiales adaptados, las llamadas, los diarios y la provisión de comidas acompañaron respuestas mayores que la entrega exclusiva de información escrita, modalidad en la cual el éxito alcanzó 24,9 %, esta relación no demostró causalidad exclusiva de la supervisión, aunque mostró que las sustituciones, el apoyo familiar y la resolución de dificultades modificaron la adherencia, Jent et al. (2024) observaron beneficios en ensayos de eficacia y práctica real,

aunque la heterogeneidad impidió establecer superioridad inequívoca frente a todas las dietas control, Bardacke et al. (2023) comunicaron adherencias entre 50 % y 82 %, relacionadas con mayor alivio y condicionadas por barreras económicas y sociales, mientras que Whelan et al. (2024) señalaron que cultura alimentaria, alfabetización, preferencias familiares, costo y calidad de vida relacionada con la comida determinan la factibilidad, aspectos especialmente relevantes en niños dependientes de cuidadores y entornos escolares.

La heterogeneidad diagnóstica también contribuyó a las diferencias, los estudios observacionales mostraron mejor respuesta en síndrome de intestino irritable que en dolor abdominal funcional no especificado, con una señal favorable en el subtipo con diarrea y menor consistencia en estreñimiento, hallazgo plausible debido a que la reducción de carga osmótica y fermentación podría actuar con mayor claridad sobre diarrea, distensión y flatulencia que sobre componentes centrales del dolor, Wang et al. (2021) encontraron efectos más notorios sobre hábitos intestinales en SII con diarrea, mientras que Bogdanowska-Charkiewicz et al. (2026) identificaron que la mezcla de subtipos y la ausencia de análisis estratificados dificultaron detectar cambios fecales, cabe resaltar que las respuestas elevadas descritas en adultos sin estreñimiento apoyaron una posible selección fenotípica, aunque no demostraron ausencia de beneficio en niños con SII-C (Kasti et al., 2025).

En cuanto a la seguridad, los estudios pediátricos registraron pocos eventos adversos, principalmente estreñimiento y un caso de pérdida de dos kilogramos, aunque la notificación incompleta impidió interpretar este resultado como prueba de inocuidad, la orientación nutricional pudo disminuir ultraprocesados y azúcares añadidos e incrementar algunos micronutrientes, lo cual indicó que la restricción no conduce necesariamente a deterioro nutricional cuando existen sustituciones adecuadas, a pesar de ello permanecieron inquietudes sobre variedad, calcio, fibra, crecimiento y relación con la comida, So et al. (2022) identificaron una reducción consistente de Bifidobacteria durante la fase restrictiva, sin cambios claros en diversidad, pH fecal o ácidos grasos de cadena corta, Bardacke et al. (2023) no encontraron deterioro nutricional uniforme a largo plazo en adultos, mientras que Whelan et al. (2024) advirtieron que las dietas restrictivas pueden intensificar miedo a los alimentos, rigidez o conductas evitativas en personas vulnerables.

La etapa de restricción estricta no debe interpretarse como equivalente al tratamiento integral, debido a que la recurrencia del dolor posterior a la suspensión de la intervención y la identificación de fructanos, lactosa o polioles como posibles desencadenantes respaldaron un proceso compuesto por una restricción de corta duración, seguida de reintroducción y posterior personalización, Bardacke et al. (2023) informaron mantenimiento del control sintomático durante seis meses o más en adultos que progresaron hacia dietas individualizadas, con niveles de satisfacción comprendidos entre 70 % y 89 %, aunque la evidencia procedió principalmente de diseños observacionales, en virtud de ello no se justificó una restricción prolongada en población pediátrica, Whelan et al. (2024) plantearon adaptar la intensidad de la intervención de acuerdo con la carga de síntomas, el riesgo nutricional, la disponibilidad de recursos y los antecedentes de restricción alimentaria, mientras que Kasti et al. (2025) evidenciaron que una dieta mediterránea con bajo contenido de FODMAP permitió conservar una respuesta y una adherencia superiores frente a las recomendaciones generales.

La interpretación de los hallazgos estuvo condicionada por el número limitado de ensayos pediátricos, los tamaños muestrales reducidos, las pérdidas asociadas con la adherencia o la logística, la heterogeneidad diagnóstica, la corta duración de las intervenciones, la medición no estandarizada de FODMAP, la presencia de tratamientos concomitantes y la utilización de escalas diferentes, cabe resaltar que seis estudios no incorporaron un grupo comparador, por consiguiente no fue posible diferenciar el efecto propio de la dieta de la regresión a la media, la evolución natural, la atención profesional o las expectativas de los participantes, Jent et al. (2024) identificaron limitaciones semejantes en adultos y no demostraron una superioridad general, van Lanen et al. (2021) registraron heterogeneidad aun con instrumentos validados, mientras que Bogdanowska-Charkiewicz et al. (2026) señalaron que el placebo y el efecto de observación rara vez fueron considerados, por consiguiente la certeza pediátrica permaneció baja y la evidencia adulta funcionó como apoyo indirecto.

En virtud de los hallazgos, la dieta baja en FODMAP puede considerarse una prueba terapéutica en niños y adolescentes seleccionados con síndrome de intestino irritable, especialmente ante dolor asociado con diarrea, distensión o flatulencia y respuesta insuficiente a recomendaciones generales, la restricción inicial debería limitarse a cuatro o seis semanas, incorporar supervisión nutricional y mantenerse únicamente ante una mejoría clínicamente relevante, seguida de reintroducción y personalización, no se justificó su uso

rutinario para todo dolor abdominal funcional ni una exclusión indefinida, se requieren ensayos multicéntricos con potencia adecuada, comparadores activos estandarizados, medición objetiva de adherencia, análisis por subtipo, seguimiento prolongado, evaluación de microbiota y reporte sistemático de eventos adversos.

Conclusiones

La evidencia analizada mostró que la dieta baja en FODMAP puede reducir el dolor abdominal y mejorar los síntomas gastrointestinales en una proporción de niños y adolescentes con síndrome de intestino irritable, especialmente cuando la intervención fue guiada por nutricionistas, incluyó educación estructurada, seguimiento de la adherencia y una selección adecuada de sustituciones alimentarias, aunque la superioridad frente a la dieta habitual o a las recomendaciones dietéticas estándar no fue uniforme, debido a que algunos ensayos registraron beneficios clínicos relevantes en dolor, distensión, gases, diarrea y calidad de vida, mientras que otros no demostraron diferencias en la proporción de respondedores o mostraron mejorías semejantes con recomendaciones generales de alimentación saludable, en virtud de ello la dieta no debe considerarse una estrategia universal para todos los niños con dolor abdominal funcional, sino una intervención dirigida a pacientes seleccionados, con mayor probabilidad de beneficio en aquellos con síndrome de intestino irritable y síntomas asociados con fermentación, distensión o alteraciones del hábito intestinal.

Cabe resaltar que la respuesta clínica estuvo condicionada por el subtipo diagnóstico, la duración de la intervención, la intensidad del acompañamiento profesional, la definición de respuesta, la adherencia y la naturaleza del comparador, además la evidencia observacional mostró que la aplicación no guiada produjo tasas de éxito más bajas y que las dificultades de cumplimiento, el costo de los alimentos, la disponibilidad de sustitutos y la carga familiar limitaron su utilización, mientras que la evaluación de la seguridad permaneció incompleta por la notificación insuficiente de eventos adversos, los seguimientos breves y la escasez de datos sobre crecimiento, microbiota, suficiencia nutricional y conductas alimentarias restrictivas.

Por consiguiente, la dieta baja en FODMAP puede emplearse como una prueba terapéutica breve, supervisada y personalizada, seguida de reintroducción progresiva y mantenimiento de la menor restricción necesaria, no se justificó una exclusión estricta y prolongada ni su

uso rutinario sin valoración nutricional, se requieren ensayos pediátricos multicéntricos con muestras mayores, comparadores activos estandarizados, seguimiento prolongado, análisis por subtipo clínico y medición sistemática de eficacia, adherencia, seguridad nutricional y calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

- Altınok, E. İ., Ömür Ecevit, Ç., Akişin, Z., Ata Teneler, A., & Bağ, Ö. (2021). The Effects of Low FODMAP Diet on the Quality of Life and Gastrointestinal Symptoms in Children with Irritable Bowel Syndrome. A Pilot Study. *Journal of Dr. Behcet Uz Children s Hospital*. <https://doi.org/10.5222/buchd.2021.64325>
- Bardacke, J. A., Yarrow, L., & Rosenkranz, S. K. (2023). The Long-Term Effects of a Low-Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyols Diet for Irritable Bowel Syndrome Management. *Current Developments in Nutrition*, 7(10), 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2023.101997>
- Black, C. J., Staudacher, H. M., & Ford, A. C. (2022). Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*, 71(6), 1117–1126. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-325214>
- Bogdanowska-Charkiewicz, D., Malinowska, U., & Daniluk, J. (2026). An umbrella review of meta-analyses on the low-FODMAP diet in IBS. *Frontiers in Nutrition*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1714281>
- Boradyn, K. M., Przybyłowicz, K. E., & Jarocka-Cyrta, E. (2020). Low FODMAP Diet Is Not Effective in Children with Functional Abdominal Pain: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 76(5), 334–344. <https://doi.org/10.1159/000510795>
- Chakraborty, P. S., Daniel, R., & Navarro, F. A. (2023). Non-pharmacologic approaches to treatment of pediatric functional abdominal pain disorders. *Frontiers in Pediatrics*, 11. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1118874>
- Doğan, G., Yavuz, S., Aslantas, H., Cengiz Ozyurt, B., & Kasirga, E. (2020). Is Low FODMAP Diet Effective in Children with Irritable Bowel Disease? *Northern Clinics of Istanbul*, 7(5), 433–437. <https://doi.org/10.14744/nci.2020.40326>

- El Ezaby, S. A., Manzour, A. F., Eldeeb, M., El Gendy, Y. G., & Abdel Hamid, D. M. (2024). Effect of the Low Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyols (FODMAP) Diet on Control of Pediatric Irritable Bowel Syndrome and Quality of Life Among a Sample of Egyptian Children: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.61017>
- El Gendy, Y. G. A., Abdel Wahed, M. A., Ragab, M. H. H., & Awad, Y. M. M. (2022). Effects of a Low-Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyol Diet on Symptoms of Functional Abdominal Pain in Pediatric Patients. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*, 25(6), 510. <https://doi.org/10.5223/pghn.2022.25.6.510>
- Groen, J., Gordon, M., Chogle, A., Benninga, M., Borlack, R., Borrelli, O., Darbari, A., Dolinsek, J., Khlevner, J., Di Lorenzo, C., Person, H., Sanghavi, R., Snyder, J., Thapar, N., Vlieger, A., Sinopoulou, V., Tabbers, M., & Saps, M. (2025). ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4–18 years. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 81(2), 442–471. <https://doi.org/10.1002/jpn3.70070>
- Haghibin, H., Hasan, F., Gangwani, M. K., Zakirkhodjaev, N., Lee-Smith, W., Beran, A., Kamal, F., Hart, B., & Aziz, M. (2024). Efficacy of Dietary Interventions for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(24), 7531. <https://doi.org/10.3390/jcm13247531>
- Jent, S., Bez, N. S., Haddad, J., Catalano, L., Egger, K. S., Raia, M., Tedde, G. S., & Rogler, G. (2024). The efficacy and real-world effectiveness of a diet low in fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 43(6), 1551–1562. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.05.014>
- Kasti, A. N., Katsas, K., Pavlidis, D. E., Stylianakis, E., Petsis, K. I., Lambrinou, S., Nikolaki, M. D., Papanikolaou, I. S., Hatziagelaki, E., Papadimitriou, K., Kaposos, J., Muir, J. G., & Triantafyllou, K. (2025). Clinical Trial: A Mediterranean Low-FODMAP Diet Alleviates Symptoms of Non-Constipation IBS—Randomized Controlled Study and Volatomics Analysis. *Nutrients*, 17(9), 1545. <https://doi.org/10.3390/nu17091545>
- Katsagoni, C. N., Karagianni, V.-M., & Papadopoulou, A. (2023). Efficacy of Different Dietary Patterns in the Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders in Children and

- Adolescents: A Systematic Review of Intervention Studies. *Nutrients*, 15(12), 2708. <https://doi.org/10.3390/nu15122708>
- Morariu, I.-D., Avasilcai, L., Vieriu, M., Lupu, V. V., Morariu, B.-A., Lupu, A., Morariu, P.-C., Pop, O.-L., Starcea, I. M., & Trandafir, L. (2023). Effects of a Low-FODMAP Diet on Irritable Bowel Syndrome in Both Children and Adults—A Narrative Review. *Nutrients*, 15(10), 2295. <https://doi.org/10.3390/nu15102295>
- Narayana, V., McMeans, A. R., Levy, R. L., Shulman, R. J., & Chumpitazi, B. P. (2022). Children with functional abdominal pain disorders successfully decrease FODMAP food intake on a low FODMAP diet with modest improvements in nutritional intake and diet quality. *Neurogastroenterology & Motility*, 34(10). <https://doi.org/10.1111/nmo.14392>
- O'Brien, L., Kasti, A., Halmos, E. P., Tuck, C., & Varney, J. (2024). Evolution, adaptation, and new applications of the <scp>FODMAP</scp> diet. *JGH Open*, 8(5). <https://doi.org/10.1002/jgh3.13066>
- Raja, S., Teitelbaum, J. E., Pereira, K., Guli, K., & Schosheim, A. (2025). Efficacy of low FODMAP diet in pediatric patients with disorders of gut–brain interaction. *JPGN Reports*, 6(2), 75–79. <https://doi.org/10.1002/jpr3.12157>
- Rexwinkel, R., Vermeijden, N. K., Zeevenhooven, J., Kelder, J., Groeneweg, M., Hummel, T., Goede, J., van Wering, H., Stapelbroek, J., Benninga, M., & Vlieger, A. (2025). The low FODMAP diet in adolescents functional abdominal in a non-guided setting: a prospective multicenter cohort study. *European Journal of Pediatrics*, 184(2), 189. <https://doi.org/10.1007/s00431-025-05999-9>
- Rexwinkel, R., Vlieger, A. M., Saps, M., Tabbers, M. M., & Benninga, M. A. (2022). A therapeutic guide on pediatric irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified. *European Journal of Pediatrics*, 181(7), 2603–2617. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04459-y>
- Rhys-Jones, D., Varney, J. E., Muir, J. G., Gibson, P. R., & Halmos, E. P. (2022). Application of The FODMAP Diet in a Paediatric Setting. *Nutrients*, 14(20), 4369. <https://doi.org/10.3390/nu14204369>

- Singh, P., Dean, G., Iram, S., Peng, W., Chey, S. W., Rifkin, S., Lothen-Kline, C., Muir, J., Lee, A. A., Eswaran, S., & Chey, W. D. (2025). Efficacy of Mediterranean Diet vs. Low-FODMAP Diet in Patients With Nonconstipated Irritable Bowel Syndrome: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Neurogastroenterology & Motility*, 37(10). <https://doi.org/10.1111/nmo.70060>
- So, D., Loughman, A., & Staudacher, H. M. (2022). Effects of a low FODMAP diet on the colonic microbiome in irritable bowel syndrome: a systematic review with meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 116(4), 943–952. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac176>
- Stróżyk, A., Horvath, A., Kozłowska-Jalowska, A., Muir, J., & Szajewska, H. (2026). Efficacy of a low-FODMAP diet in children with irritable bowel syndrome and functional abdominal pain—not otherwise specified: a randomized controlled trial with early termination. *Frontiers in Pediatrics*, 14. <https://doi.org/10.3389/fped.2026.1809053>
- Tenenbaum, R. B., Czyzewski, D., McMeans, A., Narayana, V., Chumpitazi, B. P., Levy, R. L., Shulman, R. J., Msaad, S., Mirabile, Y. Z., & Self, M. (2024). Factors Associated With Adherence to a Low Fermentable Carbohydrate Diet in Children With Functional Gastrointestinal Disorders. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 124(6), 757–762. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2023.09.001>
- Thomassen, R. A., Luque, V., Assa, A., Borrelli, O., Broekaert, I., Dolinsek, J., Martin-de-Carpi, J., Mas, E., Miele, E., Norsa, L., Ribes-Koninckx, C., Saccomani, M. D., Thomson, M., Tzivinikos, C., Verduci, E., Bronsky, J., Haiden, N., Köglmeier, J., de Koning, B., & Benninga, M. A. (2022). An ESPGHAN Position Paper on the Use of Low-FODMAP Diet in Pediatric Gastroenterology. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 75(3), 356–368. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003526>
- van Lanen, A.-S., de Bree, A., & Greyling, A. (2021). Efficacy of a low-FODMAP diet in adult irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Nutrition*. <https://doi.org/10.1007/s00394-020-02473-0>
- Vandenplas, Y., Darma, A., Indrio, F., Aw, M., Vieira, M. C., Vivatvakin, B., Treepongkaruna, S., Cruchet, S., Acharyya, B. C., Vázquez, R., Yeung, C. Y., & Gutiérrez, P. (2025). Understanding functional abdominal pain disorders among children: a multidisciplinary

expert consensus statement. *Frontiers in Pediatrics*, 13. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1576698>

Wang, J., Yang, P., Zhang, L., & Hou, X. (2021). A Low-FODMAP Diet Improves the Global Symptoms and Bowel Habits of Adult IBS Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Nutrition*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.683191>

Whelan, K., Ford, A. C., Burton-Murray, H., & Staudacher, H. M. (2024). Dietary management of irritable bowel syndrome: considerations, challenges, and solutions. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 9(12), 1147–1161. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\)00238-3](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(24)00238-3)

Contribuciones de los autores:

Karen Nicole Zabala Carvajal¹: conceptualización de la revisión, diseño de la estrategia de búsqueda, curación de datos, redacción del borrador original, supervisión general del proceso y aprobación de la versión final.

Jhosua Israel Novillo Carguaytongo²: búsqueda bibliográfica en las bases de datos seleccionadas, cribado de títulos y resúmenes según los criterios de elegibilidad, extracción de datos y redacción de la sección de métodos.

María de los Ángeles Villegas Ortiz³: evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo de los estudios incluidos, organización de la evidencia y síntesis narrativa de los resultados.

Carlos Alejandro Villamarín Aguirre⁴: validación cruzada de la extracción de datos, análisis formal de los hallazgos, elaboración de tablas y figuras, y revisión crítica del manuscrito.

Ana Gabriela Chávez-Lozada⁵: redacción de la discusión, actualización y gestión de las referencias bibliográficas, y edición académica del manuscrito.

Jorge Luis Freire Palacios⁶: administración del proyecto, verificación de la coherencia metodológica conforme a PRISMA 2020, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final para su publicación.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés