

# NUTRIGUÍA TERAPÉUTICA

## DEL APARATO DIGESTIVO

- INTRODUCCIÓN A LAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS (P 15 a 28)
- PATOLOGÍAS FUNCIONALES DEL APARATO DIGESTIVO (P 29 a 73)
- PATOLOGÍAS ORGÁNICAS DEL APARATO DIGESTIVO (P 74 a 114)
- PREBIÓTICOS Y PROBIÓTICOS EN EL APARATO DIGESTIVO (P 117 a 131)



Sin acidez, la vida tiene otro color.

# Viví mejor. Viví Nexium.



  
**Nexium**<sup>®</sup>  
Esomeprazol

AstraZeneca 



## PRÓLOGO

Nutriguía Terapéutica del aparato digestivo tiene como finalidad analizar el diagnóstico, la clasificación y el abordaje general de trastornos frecuentes, jerarquizando aspectos trascendentes desde el punto de vista médico y de la terapia nutricional.

Comienza con una introducción general que permite el análisis global del problema, a partir del cual se genera información que será profundizada en los siguientes capítulos, dirigidos a la atención de los trastornos funcionales y las patologías orgánicas que se presentan con mayor frecuencia en la práctica clínica.

Quedan expresamente fuera de la presente actualización, los trastornos digestivos de la esfera pediátrica así como las patologías del área hepato-biliar y ano-rectal. Tampoco se trata la enfermedad inflamatoria intestinal. Las mismas serán analizadas en próximas ediciones. Médicos y licenciados en nutrición han trabajado para que Nutriguía Terapéutica del aparato digestivo resulte una guía útil y práctica para el trabajo diario de sus colegas, dentro del equipo de salud.

Dra. Gabriela González M.Sc.  
Lic. en Nutrición Lucía Pérez Castells

# INTRODUCCIÓN A LAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS

- P. 16 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN
- P. 19 REFLEXIONES SOBRE EL ROL DE LA DIETOTERAPIA
- P. 20 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS  
Y PREVENCIÓN PRIMARIA
- P. 21 ENFOQUE TERAPÉUTICO
- P. 26 PRESENTACIÓN DE LOS PLANES DE ALIMENTACIÓN
- P. 26 EDUCACIÓN NUTRICIONAL
- P. 27 MONITOREO Y EVALUACIÓN

# INTRODUCCIÓN A LAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS

En el presente capítulo se analizan generalidades en relación a las patologías digestivas, se definen las diferentes afecciones, se jerarquiza su importancia en la consulta habitual, y se presenta su vinculación con aspectos nutricionales.

## 1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Las patologías digestivas deben diferenciarse para su análisis en dos categorías: las de tipo funcional y las orgánicas.

### PATOLOGÍAS FUNCIONALES

Los trastornos o las patologías funcionales del tracto gastrointestinal son el motivo de consulta más frecuente al gastroenterólogo y uno de los más habituales para el médico general. Constituyen el 40% de la patología gastrointestinal y afectan todos los segmentos del tubo digestivo. Están definidos por síntomas que tienen evolución crónica, no se acompañan de signos clínicos ni alteraciones estructurales o bioquímicas, ni se presentan síntomas de alarma.

Se deben comprender desde una perspectiva biopsicosocial, dado que la afectación aislada de la mucosa, la microflora, el sistema nervioso entérico, las señales cerebrales o medulares, no pueden explicar los síntomas por sí solos.

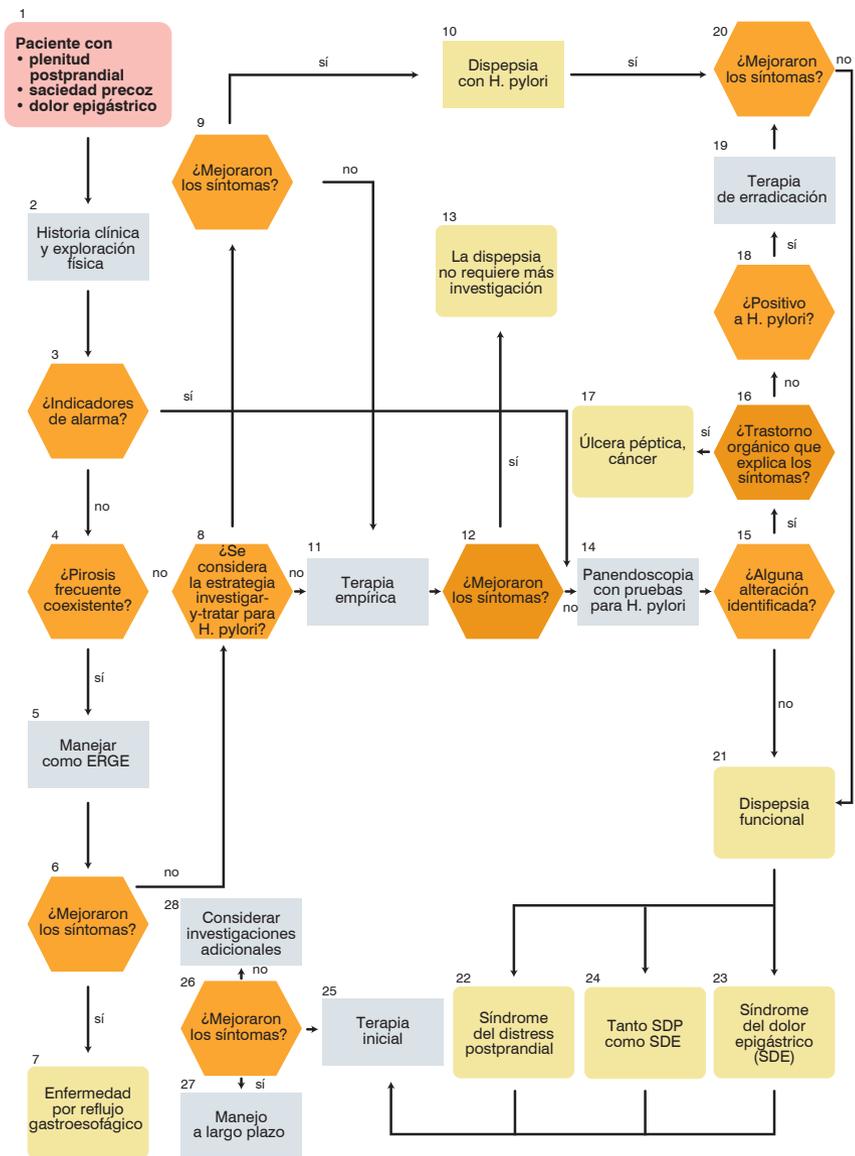
### DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico se utilizan actualmente los criterios de ROMA III en forma rutinaria, basados en síntomas estandarizados y reconocidos internacionalmente. La alta prevalencia de estos trastornos y el costo en salud que implican, han llevado a la Fundación Roma a crear otra herramienta: algoritmos de diagnóstico para síntomas gastrointestinales comunes.

Los mismos tienen como objetivo conducir al clínico de una manera estructurada y sistemática al estudio de estos pacientes para descartar el diagnóstico de patología orgánica.

A modo de ejemplo, el siguiente es el algoritmo propuesto frente a un paciente con dispepsia.

ALGORITMO TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES. ROMA III  
DISPEPSIA RECURRENTE.



## CLASIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS FUNCIONALES

Las patologías funcionales del adulto se clasifican de la siguiente forma\*:

- **Trastornos funcionales esofágicos:**
  - Pirosis funcional
  - Dolor torácico funcional de presumible origen esofágico
  - Disfagia funcional y globus
  
- **Trastornos funcionales gastroduodenales:**
  - a) Dispepsia funcional
    - Síndrome de distress postprandial
    - Síndrome de dolor epigástrico
  - b) Trastornos con eructos
    - Aerofagia
    - Eructos excesivos e inespecíficos
  - c) Trastornos de náuseas y vómitos
    - Náusea crónica idiopática
    - Vómitos funcionales
    - Vómitos cíclicos
    - Rumiación
  
- **Trastornos funcionales intestinales:**
  - Síndrome de intestino irritable
  - Meteorismo
  - Estreñimiento funcional
  - Diarrea funcional
  - Trastornos funcionales intestinales inespecíficos
  
- **Síndrome de dolor abdominal funcional**
  
- **Trastornos funcionales de la vesicular biliar y esfínter de Oddi:**
  - Trastornos funcionales de la vesicular biliar
  - Trastornos funcionales biliares del esfínter de Oddi
  - Trastornos funcionales pancreáticos del esfínter de Oddi
  
- **Trastornos funcionales ano-rectales:**
  - Incontinencia fecal funcional
  - Dolor funcional ano-rectal
  - Trastornos funcionales de la defecación

\* [www.romecriteria.org/assets/pdf/19\\_Rome III](http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_Rome%20III)

En el presente trabajo se analizan: dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, estreñimiento y diarrea funcional.

## PATOLOGÍAS ORGÁNICAS

Las patologías orgánicas se definen como aquellas que determinan síntomas que obedecen a una enfermedad estructural y mejoran al curar la misma. Las patologías orgánicas a diferencia de funcionales, presentan una base estructural o bioquímica que permite al clínico a través de estudios de imagen o bioquímica, establecer el diagnóstico.

A lo largo de esta publicación se hará referencia a patologías destacadas por su prevalencia:

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).
- Patología secundaria a infección por *Helicobacter pylori* y antiinflamatorios no esteroideos.
- Enfermedad celíaca.
- Enfermedad diverticular colónica.
- Intolerancia a la lactosa.

## 2. REFLEXIONES SOBRE EL ROL DE LA DIETOTERAPIA

Las recomendaciones nutricionales para el tratamiento de las patologías digestivas no cuentan con una investigación tan extensa como la que se documenta para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Esto determina escasa o nula evidencia científica para su abordaje. Por otra parte, al revisar la literatura se identifican numerosos aspectos controvertidos y en forma explícita la observación del ensayo-error para identificar y/o vincular alimentos con síntomas.

Las implicancias de la fibra son ejemplo de ello; la American Dietetic Association plantea que existen escasos datos que examinen el impacto de la fibra de alimentos integrales en las enfermedades gastrointestinales y que es necesaria más investigación para clarificar la dosis y el tipo de fibra para la salud gastrointestinal y el manejo de las patologías digestivas. Esto posiciona el tema bajo evidencia grado III o limitada.

La resolución de la mayoría de las enfermedades digestivas se apoya en recomendaciones de tipo C, basadas en opiniones de expertos. Ante la falta de fuerza de evidencia, se recurre a medidas dietéticas consensuadas o utilizadas empíricamente por parte de los profesionales de la nutrición.

Cabe entonces cuestionar si al aplicarlas se cumple con los principios de la dietoterapia, que pautan que se deben modificar sólo aquellos aspectos de la dieta que se vinculen con la patología y que estén avalados por evidencia científica.

Sin embargo, como en general se tratan síntomas, se identifica en la práctica diaria que la aplicación conjunta de las medidas dietéticas bajo forma de un plan alimentario individualizado optimiza los resultados y los destinatarios relaciona mejor la clínica. Como hipótesis se puede plantear que la combinación de medidas genera un efecto sinérgico entre las mismas que trasciende al efecto de cada nutriente en particular.

En este sentido se debe recordar que se tratan síntomas específicos o inespecíficos, que dependen de la descripción del paciente, y que si son de tipo funcional tienen una base biopsicosocial. Es importante tener presente que las medidas dietéticas seguramente no resuelvan la etiología de la enfermedad, sino que la dietoterapia tiene como objetivo contribuir a minimizar los síntomas y corregir las alteraciones presentes. Como profesionales de la nutrición es importante reconocer que muchas veces la evidencia está en el paciente.

Por otra parte, la relación entre la psiquis y las enfermedades digestivas analizada a través de diferentes modelos, ha llevado a integrar al tratamiento la terapia con psiquiatras o psicólogos y el uso de fármacos con efecto ansiolítico o antidepressivo en los pacientes con enfermedades orgánicas o funcionales del tubo digestivo.

### 3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y PREVENCIÓN PRIMARIA

Datos de Digestive Diseases Statistics of the United States y de un estudio norteamericano señalan en el 2004: una prevalencia de 60 a 70 millones de personas afectadas por enfermedades digestivas, hospitalización de 13 millones y mortalidad de 236.164 personas al año. Se ha calculado un costo anual de U\$S 141 billones, que corresponden a U\$S 97 billones por gastos médicos directos y U\$S 44 billones de gastos indirectos por mortalidad y secuelas.

En nuestro medio existen datos parciales: la mortalidad por cáncer de diversos tipos, constituye según datos del MSP en 2007, un 25% del total de las muertes. El cáncer más habitual en el hombre es el de pulmón y en la mujer el de mama; y si se toman en cuenta ambos sexos, el de tubo digestivo, colorectal, es el más prevalente. La mortalidad por cáncer en los hombres es del  $18.3 \times 10^5$  para el colorectal,  $11.2 \times 10^5$  para estómago,  $9.1 \times 10^5$  para páncreas y  $8.2 \times 10^5$  en esófago. En las mujeres:  $6.7 \times 10^5$  para colon y  $4.7 \times 10^5$  para estómago. (Estos datos fueron obtenidos de [www.bvsoncologia.org.uy](http://www.bvsoncologia.org.uy), período 2002-2005).

Según Nabón y col., en una encuesta nacional realizada en 2009, en 562 personas (66.7% mujeres) se observó que: 19% refirió síntomas sugestivos de sín-

drome de intestino irritable (SII) definido por los criterios ROMA III y 20% se autodefinió como constipado. Según Iade y col., de 266 encuestados en 2003 (58.3% mujeres), la prevalencia de SII fue 14.8 en mujeres y 5.4% en hombres. Las cifras presentadas, reafirman el concepto ya expresado sobre la consulta frecuente de pacientes con afecciones digestivas.

## ALIMENTACIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA

Respecto a la prevención primaria de patología gastrointestinal, dentro de las afecciones que pueden prevenirse se destaca la patología neoplásica gastrointestinal. La alimentación juega un papel fundamental en el riesgo así como en la prevención de la misma.

De acuerdo a lo documentado por la World Cancer Research Foundation, hay evidencia científica convincente de que el exceso de grasa corporal y el alcohol, son los dos determinantes de mayor impacto en varios tipos de cáncer digestivo. El exceso de carnes rojas y de carnes procesadas se vincula al cáncer de colon, así como las aflatoxinas al cáncer de hígado. Asimismo sin evidencia formalmente documentada, se asocian los alimentos ingeridos a altas temperaturas con los cánceres de tubo digestivo alto.

Existe evidencia que la ingesta de frutas y verduras y la realización de actividad física regular tienen un papel preventivo en el cáncer digestivo, lo cual ratifica que estas medidas son los cambios en el estilo de vida más importantes para la prevención de diversas enfermedades. La campaña de promoción para la salud de la OPS resulta también apropiada para la prevención de la patología digestiva orgánica.

## 4. ENFOQUE TERAPÉUTICO

### 4.1 INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y CLÍNICA RELEVANTE

El acierto en el tratamiento dietético se basa en una adecuada interpretación de la historia clínica y una minuciosa entrevista nutricional. Dentro de los aspectos claves a investigar cuando se abordan patologías digestivas se destacan:

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** salvo la presencia de la historia clínica o de la derivación con resumen de situación, a nivel ambulatorio puede desconocerse el diagnóstico, el momento evolutivo, el pronóstico y otros aspectos que orienten la atención. La información primaria del paciente y su confirmación en coordinación con el médico tratante son básicas para decidir las características del plan de alimentación y el grado de impacto que las medidas dietéticas tendrán sobre

la patología. Muchas veces el diagnóstico aún no está establecido (puede estar aún en estudio) y el paciente está en etapa de inicio de medicación. La interpretación adecuada de la información clínica permite proyectar el impacto de las medidas dietéticas y jerarquizarlas oportunamente.

**FARMACOTERAPIA:** para algunas patologías el desarrollo de fármacos de potente acción relativiza el papel de la nutrición como herramienta terapéutica principal.

**MODIFICACIONES DE LA INGESTA EN EL ÚLTIMO PERÍODO:** investigar si la sintomatología modificó el consumo en cantidad o si provocó ayunos, dieta líquida u otras restricciones. Estos cambios pueden ser involuntarios o vincularse con la presencia de síntomas; suele instalarse una elección monótona y escasa de alimentos, priorizando aquellos que se percibe confieren alivio o no se relacionan con la sintomatología. Esto puede alterar el peso o generar carencias específicas.

**CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO HABITUAL:** jerarquizar número de comidas (detectar ayunos prolongados y/o comidas voluminosas), masticación, formas de preparación (uso de frituras y/o costras de tostación, condimentos, u otros según patología), intolerancias y rechazos.

**TOLERANCIA ACTUAL:** existe una variada gama de respuestas, desde quienes mantienen una alimentación habitual incluyendo estímulos, hasta los que autolimitan la ingesta. Es un dato relevante para resolver la selección de alimentos.

**SÍNTOMAS VERSUS INGESTA:** procurar identificar alimentos que provocan malestar o dolor. Insistir en reconocer si la presencia de alimentos modifica los síntomas. Se observa alta variabilidad entre los pacientes, pero es un punto clave para decidir el nivel de restricción.

**MITOS, RECHAZOS Y AVERSIONES:** suelen existir hacia ciertos alimentos. Frecuentemente no cuentan con una base real en relación a la composición de los mismos.

**VOLUNTAD DE CAMBIO O RESISTENCIAS:** como en todo tratamiento que implica modificación de hábitos alimentarios, éste es un punto central para seleccionar la estrategia de abordaje. En general, la presencia de síntomas, suele favorecer la adherencia al tratamiento.

Una anamnesis minuciosa permite centrarse en los factores dietéticos de riesgo para la enfermedad. El conocimiento de la composición nutricional de los alimentos permite detectar dichos factores dietéticos en forma precisa. La identificación del agravamiento de los síntomas vinculado a la ingesta de determinado alimento y el planteo de una relación causa- efecto es central.

Los alimentos o formas de preparación que se consideran vinculados con síntomas digestivos, a investigar en función de la patología presente son:

### AFFECTAN EL TUBO DIGESTIVO ALTO

AUMENTAN LA DISTENSIÓN GÁSTRICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• POR VOLUMEN: LÍQUIDO GAS SÓLIDO</li> </ul>
ESTIMULAN LA SECRECIÓN GÁSTRICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ALCOHOL</li> <li>• CAFÉ (CAFÉINA)</li> <li>• CONDIMENTOS FUERTES</li> <li>• OSMOLARIDAD</li> <li>• PROTEÍNAS – (PURINAS)</li> </ul>
IRRITAN LA MUCOSA POR EFECTO DIRECTO O INDIRECTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CÍTRICOS Y JUGOS</li> <li>• BEBIDAS pH BAJO</li> <li>• CAFÉ -MATE</li> <li>• ESPECIAS (PIMIENTA)</li> <li>• FRITURAS</li> <li>• TOMATE</li> <li>• TEMPERATURAS EXTREMAS</li> <li>• SUPLEMENTOS Fe Y K</li> </ul>
PRECIPITAN EL REFLUJO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAFÉ</li> <li>• GRASAS</li> <li>• CHOCOLATE</li> <li>• ALCOHOL</li> <li>• MENTA, AJO, CEBOLLA</li> </ul>
PRECIPITAN LA PIROSIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CÍTRICOS</li> <li>• BEBIDAS CARBONATADAS</li> <li>• ALIMENTOS CONDIMENTADOS</li> <li>• TOMATE Y SALSA DE TOMATE</li> </ul>
RETARDAN EL VACIAMIENTO GÁSTRICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GRASAS</li> <li>• CONSISTENCIA DURA</li> <li>• TEMPERATURA CALIENTE</li> </ul>

## AFECTAN EL TUBO DIGESTIVO BAJO

<p><b>ESTIMULAN TRÁNSITO INTESTINAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FIBRAS</li> <li>• GRASAS</li> <li>• ÁCIDOS ORGÁNICOS</li> <li>• LÍQUIDOS / FRÍOS</li> <li>• PARA CIERTAS SITUACIONES: LACTOSA</li> </ul>
<p><b>AUMENTAN EL GAS INTESTINAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HÁBITO DE INGESTA (COMER RÁPIDO), BEBIDAS CON GAS, USO DE SORBITOS O GOMA DE MASCAR</li> <li>• VEGETALES FERMENTECIBLES</li> <li>• LEGUMINOSAS</li> <li>• FIBRA INSOLUBLE</li> <li>• FRUCTOSA: EDULCORANTE O EXCESO DE FRUTA</li> <li>• POLIALCOHOLES (SORBITOL, MANITOL)</li> <li>• EN CIERTAS SITUACIONES: LACTOSA: LECHE, HELADOS.</li> </ul>
<p><b>IRRITAN LA MUCOSA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ALCOHOL</li> <li>• CAFÉ, MATE Y BEBIDAS CON CAFEÍNA</li> <li>• CONDIMENTOS PICANTES</li> </ul>
<p><b>MODIFICAN LA FLORA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PROBIÓTICOS</li> <li>• PREBIÓTICOS</li> </ul>

*Los alimentos clasificados en los cuadros anteriores surgen de la revisión de fuentes bibliográficas vinculadas a la temática. La mayoría, no responden a evidencias científicas documentadas. Son aquellos que empírica e históricamente han sido excluidos de los planes obteniéndose una buena respuesta sintomática.*

Se recomienda enfatizar el interrogatorio en relación a aquellos factores dietéticos que se vinculan con los síntomas presentes, así como investigar la aceptación de aquellos alimentos indicados para la patología a fin de evaluar su inclusión futura.

**TRÁNSITO INTESTINAL Y PRESENCIA DE ESTÍMULOS INTESTINALES:** número y características de las deposiciones. Chequear la frecuencia de consumo

y calidad de la ingesta vinculada al uso de alimentos fuente de fibra, consumo de líquidos e inclusión de lactosa. Profundizar el interrogatorio relacionado con estímulos intestinales en patologías que cursan con alteración del tránsito.

**ACTIVIDAD FÍSICA:** observar especialmente frente a la presencia de constipación. Se plantea que mejora el peristaltismo, la fuerza propulsora de los músculos del abdomen y la relajación de los de la pelvis durante el acto defecatorio.

#### 4.2 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

La valoración del estado nutricional es básica para continuar con el proceso de atención. Las enfermedades del aparato digestivo pueden afectar el estado nutricional si interfieren en forma prolongada con la ingesta o se vinculan con aumento de las pérdidas o del gasto metabólico. Si la consulta es precoz y se diagnostica una patología benigna, habitualmente sólo provocan un descenso leve del peso. Cuando se desencadenan complicaciones severas, como la hemorragia digestiva, los períodos de ayuno pueden ser extensos y la repercusión nutricional puede ser mayor. A su vez, otras patologías pueden ocasionar aumento de las pérdidas, afectación de las reservas o requerir cantidades suplementarias de nutrientes para mejorar su evolución.

Es importante identificar la desnutrición oculta, vinculada a carencias nutricionales específicas y prolongadas.

El peso actual deberá compararse con el peso habitual, para observar pérdida de peso/tiempo y definir riesgo nutricional.

#### CRITERIOS PARA EVALUAR LA PÉRDIDA DE PESO EN EL TIEMPO

PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA		PÉRDIDA DE PESO GRAVE	
5%	En 1 mes	> 5%	En 1 mes
7,5%	En 3 meses	> 7,5%	En 3 meses
10%	En 6 meses	> 10%	En 6 meses

Blackburn et al., 1977.

La detección oportuna del riesgo nutricional permite implementar un soporte apropiado y minimizar la repercusión general.

Particularmente frente a la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico, debe enfatizarse la corrección del sobrepeso-obesidad como base de tratamiento.

### 4.3 INTERVENCIÓN NUTRICIONAL. GENERALIDADES

En forma inicial se plantean indicaciones tentativas, basada en principios dietéticos y observación de la ingesta habitual. Debe promoverse la dietoterapia individualizada. La teoría se flexibiliza en función de la tolerancia del paciente y el vínculo entre el alimento y el síntoma.

El seguimiento cercano permite ir adaptando el plan y valorando posibles incorporaciones de alimentos. La relación de macronutrientes deja de ser central, y cobran especial relevancia las características físicas y químicas del plan, al igual que el fraccionamiento.

Las formas de preparación, combinaciones, condimentos y presentación de los platos son aspectos importantes en la terapéutica.

## 5. PRESENTACIÓN DE LOS PLANES DE ALIMENTACIÓN

Por no tratarse de dietas de balance, parece natural jerarquizar el tipo de alimento, formas de preparación y recomendaciones básicas. Los “gramos” sólo importan en el concepto de control de volumen, salvo que sea necesario el control calórico. Es útil plantear el tratamiento por etapas, brindando la noción al paciente de una atención continua y una selección de alimentos adaptada al momento evolutivo y síntomas predominantes. Si existe repercusión nutricional, puede ser de utilidad plantear mínimos a consumir.

Si bien la selección debe personalizarse en función de la tolerancia, momento evolutivo y efecto de los alimentos sobre los síntomas, se presenta a continuación una pauta que puede resultar de utilidad, agrupando los alimentos en:

- IDEAL: alimentos de fácil digestión, bajo estímulo y tolerados por la mayoría
- POSIBLE: a incorporar según evolución o a mantener si ya eran tolerados
- SE DESACONSEJA: generalmente mal tolerados o condicionados a la respuesta individual. Se utilizan en transición hacia la normalidad.

Se conduce al paciente a seleccionar las dos primeras categorías al inicio del tratamiento, decidiendo luego la oportunidad de incluir los restantes. En todos los casos se solicita respetar el listado de NO PERMITIDOS.

## 6. EDUCACIÓN NUTRICIONAL

En presencia de sintomatología, no parece momento adecuado sino para enfatizar las medidas que mejoren la afección digestiva. Con ellas, automáticamente se corregirán algunos hábitos, sin plantear al paciente el esfuerzo simultáneo de optimizar otros aspectos de su alimentación habitual. Tampoco corresponde

incorporar alimentos no usuales (salvo que cumplan una función terapéutica específica), pues pueden confundir la tolerancia y evolución.

En patologías crónicas, debe iniciarse el proceso de educación procurando unir a los conceptos básicos relativos a la patología con otros que tienen que ver con alcanzar una alimentación completa, balanceada y acorde a la presencia de enfermedades asociadas.

## 7. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Es necesario un seguimiento periódico y una progresión cuidadosa, ya que la respuesta a las medidas dietéticas es variable y ciertas indicaciones pueden necesitar revisión frente al agravamiento de los síntomas.

La mejoría dependerá de la percepción del paciente y en ella influyen factores extra-nutricionales que pueden confundir la evolución. La exacerbación o remisión pueden ser independientes de la dieta, y vincularse con los efectos de la farmacoterapia.

El paciente puede presentar rechazos o aversiones a ciertos alimentos, aún sin un criterio lógico basado en la composición real del mismo. Se debe mantener una actitud respetuosa frente a estas asociaciones para facilitar el vínculo, no dejando de tener una postura segura al momento de transmitir las indicaciones.

Desde el punto de vista del profesional de la nutrición, se debe estar atento al momento de revalorar los resultados, ya que suelen ser necesarias varias consultas con el paciente para estudiar patrones y establecer asociaciones alimento-síntoma.

**Almuerzos & cenas personalizadas**  
entregadas todos los días en tu casa u oficina

- ✓ Viandas para una alimentación saludable y balanceada
- ✓ Comidas bajas en calorías
- ✓ Contemplamos patologías e intolerancias
- ✓ Postres bajas en calorías
- ✓ Atención personalizado con nutricionistas

**Via Mia**  
Alimentación Saludable

Sarmiento 2475 info@viamia.com.uy  
2711.0391 / 2711.4952 www.viamia.com.uy

Seguinos en Facebook  
facebook.com/viamia

## BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

1. ADA. Position of the ADA: Health Implications of Dietary Fiber. *J Am Diet As soc.* 2008; 108: 1716-1731.
2. Angel,, L A, Acero M; Acosta, O. Prevalencia y superposición de trastornos funcionales del tubo digestivo en población general y pacientes con dispepsia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*; 15(1):19-30 mar 2000.
3. Iade B; Toma, R. Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en una población de Montevideo. *Arch Med. Int. (Montevideo)* 2003; XXV;4: 91-96
4. Kellow JE, Drossman DA. "Introduction: An algorithmic approach to the diagnosis of functional gastrointestinal disorders ". *Rev Gastroenterol Mex*;75:449-452. 2010
5. Longstreth G et al. 2010 Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480–1491
6. Nabón N; Valentini S; Olano C; Trucco E. Encuesta de Síntomas Digestivos. *Carta Gastroenterológica* 2010; 17 (1): 1-24
7. OMGE. Probióticos y prebióticos. Organización Mundial de Gastroenterología. Guía Práctica. 2008
8. OMGE. Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. *Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología.* 2009
9. OMGE. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global. *Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología.* 2009
10. Greenwald, P et al. / *European Journal of Cancer (Ed. Española)* 2001; 1:365-382
11. Schmulson M.: Rome Foundation Diagnostic Algorithms for common Gastrointestinal Symptoms. *Rev Gastroenterol Mex*;75:443-448. 2010
12. Schmulson Wasserman M et al. Consenso Latinoamericano de Estreñimiento Crónico. *Gastroenterol. Hepatol.* 2008; 31 (2): 59-74
13. Tack J et al. Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1466-1479
14. Zeballos,E ;Cohen,H;Taullard,D. *Semiología Gastroenterológica.* 2003.