

## Enfoque nutricional

**Graciela Soifer**

*Jefe de la Unidad de Nutrición del Hospital de Gastroenterología, Dr C Bonorino Udaondo, Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina*

El paciente con Dispepsia Funcional recurre al nutricionista por tres razones principales: en primer lugar porque bajó de peso y no lo puede recuperar. También porque tiene temor de estar alimentándose mal y que las restricciones que se autoimpone o

que de afuera se le imponen traigan como consecuencia trastornos en su estado nutricional. Y por último, para obtener una dieta que no le provoque o aumente sus síntomas y que le permita estar bien alimentado.

---

**Correspondencia:** Graciela Soifer  
E-mail: [gsoifer@ssdnet.com.ar](mailto:gsoifer@ssdnet.com.ar)

1- En la primera situación es importante hacer una evaluación del estado nutricional del paciente

para poder determinar si está en riesgo nutricional.

Para ello se debe llevar a cabo una evaluación antropométrica del paciente, relacionando el peso y la talla para obtener el índice de masa corporal (IMC), el pliegue tricípital, el perímetro del brazo y la pérdida reciente de peso. Respecto de la pérdida reciente de peso, un descenso involuntario de un 10% de su peso corporal en los últimos dos meses lo coloca en situación de riesgo nutricional.

Otra forma de evaluarlo es mediante la valoración global subjetiva, que es un método de valoración nutricional sencillo y lo puede llevar a cabo cualquier integrante del equipo de salud, y es subjetiva porque en realidad no se hacen determinaciones cuantitativas, sino más bien cualitativas. Lo que se investiga, pero simplemente por interrogatorio, es la pérdida de peso corporal, cambio en la ingesta en relación con la habitual, síntomas gastrointestinales que en el caso del dispéptico están siempre presentes, la capacidad funcional en el sentido de capacidad de moverse y de desplazarse, enfermedad actual y su relación con los requerimientos nutricionales, y en el examen físico lo único que se hace es evaluar solamente con las manos, la tensión de las masas musculares, si hay edemas, si hay ascitis, con unas maniobras sencillas y simples. A cada uno de los "ítems" se le asigna un puntaje y la suma dará como resultado el diagnóstico de estado nutricional.

2- Con respecto a la posibilidad de carencias nutricionales, la osteoporosis es la que más preocupa a las mujeres con dispepsia funcional por los consejos que invitan a evitar el consumo de lácteos. Las determinaciones bioquímicas permitirán detectarlas. Para ello el proteinograma, la hemoglobina, el hematocrito, el volumen corpuscular medio, el colesterol y el conteo de linfocitos nos van a dar una información sobre el estado bioquímico de este paciente y si tenemos que pensar en alguna carencia puntual. La densitometría ósea completará el panorama si se sospecha carencia de calcio.

El temor de no alimentarse adecuadamente se debe a las auto o hétéro-restricciones que el paciente se impone. Los alimentos que los enfermos en mayor frecuencia relacionan con sus síntomas en general son los alimentos grasos, aquellos que los pacientes llaman alimentos "ricos", esos que tienen calorías muy concentradas. El chocolate, los alimentos ácidos y las infusiones, café, té y mate, son los más frecuentemente mencionados como desencadenantes del cuadro dispéptico, además de los alimentos vo-

luminosos, por intolerancia gástrica a volúmenes grandes.

Consultando la bibliografía sobre alimentación y dispepsia funcional, en un análisis sistemático publicado en el año 2003, en general se acepta que los dispépticos comen menos volumen que los controles y que hay alimentos específicos que exacerban la dispepsia. No hay trabajos recientes que evalúen el tema de la alimentación en pacientes con dispepsia.

Con respecto a las autorrestricciones alimentarias, el paciente dispéptico disminuye el volumen de cada ingesta espontáneamente porque tiene la percepción que comer mucho agrava sus síntomas, por lo tanto, come menos y hace una alimentación monótona por no atreverse a probar nuevas preparaciones.

Además, evita el consumo de esos alimentos que él cree que le aumentan la sintomatología. Por otra parte, aumentan los períodos interprandiales, comen menos comidas diarias porque tienen la percepción que comer le despierta los síntomas. Por último, si tienen que hacer una salida ya sea de trabajo o social, prefieren no comer por un tiempo largo previo porque tienen temor a que si están fuera de su casa, se desencadenen los síntomas. Esto es más frecuente en el síndrome de intestino irritable, pero también en los dispépticos no ulcerosos.

En cuanto a las hétéro-restricciones es muy frecuente que los profesionales tratantes hagan indicaciones alimentarias sumamente severas, prohibiendo aquello que la bibliografía refiere, sin tener en cuenta las sensaciones del paciente. Una de las prohibiciones que más comúnmente se producen por parte del profesional es la de los lácteos. La lactosa es uno de los nutrientes implicados en el desencadenamiento de síntomas, pero los quesos duros o semiduros no tienen lactosa y la leche deslactosada la contiene en cantidades pequeñas, por lo que podrían incluirse en la alimentación. Los derivados de la leche son los alimentos que aportan el calcio más biodisponible para el ser humano, y por lo tanto, sería conveniente no hacer restricción completa de los mismos.

También los consejos de familiares, vecinos o amigos que alertan al enfermo respecto de los alimentos que pueden ser nocivos hacen que el paciente restrinja cada vez más su espectro de comidas, hecho que lo lleva a una comida monótona e insulsa. Ante este cuadro no sólo no consume lo que necesita, sino que lo consume con desagrado.

3- Finalmente, el paciente quiere que se le prescriba una dieta que no le desencadene síntomas, pero

que le permita alimentarse bien y para ello es útil conocer la pirámide alimentaria.

La importancia que tiene la pirámide para usarla como elemento didáctico es mostrarles que hay grupos de alimentos y que deben consumir alguno de los elementos de cada grupo.

El primer grupo es el de los almidones, importantes porque aportan calorías y se pueden seleccionar según tolerancia. Luego tenemos el grupo de vegetales y frutas que son los que aportan la mayoría de las vitaminas y minerales. Son alimentos con alto contenido en fibra, por lo que se toleran mejor si se consumen cocidos, pero eso les hace disminuir el contenido de dichos nutrientes. El grupo de carnes aportan proteínas y el hierro con mayor biodisponibilidad, por lo que es necesario su consumo en la forma de preparación mejor tolerada por el enfermo. En cuanto a los lácteos, de los que ya se men-

cionó el aporte de calcio, son también una buena fuente proteica. Por último, el vértice de la pirámide está dado por los dulces y las grasas, que es conveniente consumirlos en cantidades muy moderadas.

En resumen, las recomendaciones nutricionales son las siguientes:

- a) Respetar los hábitos, gustos y tolerancias del paciente haciendo un interrogatorio sobre la relación que ellos describen entre la ingesta de ciertos alimentos y el desencadenamiento de síntomas.
- b) Aconsejar varias comidas diarias de poco volumen y frecuentes para poder cubrir el valor calórico diario, consensuando las distintas formas de preparación para hacerlas más apetecibles.
- c) Explicar cuál es la importancia de consumir todos los grupos de alimentos.