

CAPÍTULO 5

ACIDEZ ESTOMACAL, INDIGESTIÓN, REFLUJO: ¿EXISTE CURA?

Evita la comida picante cuando tengas dolor de garganta porque intensifica el dolor. ¿Pero por qué? Los tejidos en carne viva, hinchados e inflamados son más sensibles a la irritación. Y ahí lo tienen. De dos personas que experimentan la misma cantidad de regurgitación de alimentos del estómago al esófago, la que tenga los tejidos más inflamados reportará los síntomas más intensos y desarrollará las mayores complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE, abreviado. Gastro se refiere al estómago; el esófago es el conducto que conecta la boca con el estómago; y el reflujo es el retorno de alimentos y bebidas al esófago desde el estómago, generalmente con ácido, que quema el esófago y causa dolor).

En el resto de esta discusión, me referiré a la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo colectivamente como ERGE.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ERGE?

Los 10 síntomas más comunes de ERGE son los siguientes:

- Reflujo (el retorno de la comida y la bebida al esófago).
- Regurgitación ácida (exceso de ácido o sabor agrio en los alimentos que suben por la boca al esófago).
- Plenitud posprandial (hinchazón en la zona del estómago después de una comida muy abundante).
- Acidez estomacal (dolor en el pecho).
- Obstrucción o dolor al tragar (sensación de que no puede bajar la comida).
- Sensación de ardor en la epigastria (dolor ardiente en el área del estómago).
- Parestesia faríngea (dolor o llenado de garganta).
- Dolor postesternal (dolor detrás del esternón).
- Laringofaringitis crónica (ronquera, dolor de laringe y dolor de garganta).

- Tos crónica (tos interminable).¹

¿Qué tan común es la ERGE?

La prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es la siguiente:

- 18,1%–27,8% en Norteamérica.
- 8,8%–25,9% en Europa.
- 2,5%–7,8% en Asia Oriental.
- 8,7%–33,1% en Oriente Medio.
- 11,6% en Australia.
- 23,0% en Sudamérica.²

Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura?

Entonces, si usted padece de ERGE, no es el único, otros han pasado por esto, se ha estudiado ampliamente y conocer las causas ayuda mucho a orientar los esfuerzos para aliviar y curar el problema.

¿Qué causa la ERGE?

Analicemos los diferentes mecanismos implicados en el dolor digestivo asociado con trastornos del esófago y el estómago. Analizaremos el sistema en su conjunto y sus partes individuales.

EL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR

Lo primero que puede ocurrir es un mal cierre de la válvula en el extremo inferior del esófago, justo encima del estómago. Esto se conoce como esfínter esofágico inferior. Cualquier cosa que comprometa su capacidad de cerrarse herméticamente puede provocar que el contenido estomacal, cargado de ácido, regurgite hacia el esófago, causando dolor, quemaduras en el tejido ácido, llagas abiertas, ulceración o incluso afecciones precancerosas. Existe una larga lista de factores que se ha comprobado que comprometen la función del esfínter esofágico inferior. Estos incluyen:

- Alimentos ricos en grasas.³
- Leche entera.^{4,5}
- Sopas.⁶

- Chocolate.⁷
- Café.⁸
- Té.⁹
- Nicotina.¹⁰
- Bebidas alcohólicas.¹¹
- Menta.¹²
- Fermentación colónica (cuando se consumen alimentos que tienden a pudrirse en el colon).¹³
- Bebidas gaseosas.¹⁴

LA QUEMADURA DE ÁCIDO

La siguiente consideración en la enfermedad por reflujo doloroso (ERGE) son los hábitos de estilo de vida que aumentan la acidez del estómago o el acceso de ese ácido al esófago.

Cualquier cosa que aumente la acidez del contenido del estómago aumenta considerablemente la probabilidad de causar dolor y daños cuando regurgita hacia el esófago. La lista de factores que aumentan la acidez estomacal incluye muchos. Cualquier enfermedad o proceso inflamatorio autoinmune, como comentamos al principio de nuestro artículo, debilita los tejidos, haciéndolos más vulnerables al daño ácido.^{15,16,17} Esto incluye alergias, como la alergia a la leche.¹⁸

Algunos alimentos, por su propia naturaleza, aumentan la inflamación y la acidez estomacal. Investigaciones han demostrado que ciertas especias tienen este efecto, como la pimienta roja y negra¹⁹, el hinojo, el cardamomo, el comino, el cilantro²⁰ y el curry²¹.

Algunos alimentos tienen un alto contenido de ácido de forma natural y suponen un problema para muchas personas, como por ejemplo los cítricos²² y los refrescos²³.

Si tiene síntomas de ERGE y está tomando otros medicamentos, es posible que algunos de ellos sean la causa de su acidez estomacal.^{24,25}

La sal²⁶ y el azúcar, así como los carbohidratos refinados^{27,28,29}, pueden aumentar la acidez.

Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura?

Si puede elegir entre alimentos enlatados y frescos, los alimentos frescos son la mejor opción para evitar la ERGE.³⁰

No sé si cuentas las calorías, pero ten en cuenta que es bien sabido que los alimentos ricos en calorías y bajos en fibra o volumen aumentan el reflujo ácido.³¹ A estos alimentos los llamamos alimentos de alta densidad calórica.

Los alimentos ricos en grasas no sólo relajan el esfínter esofágico inferior, sino que también aumentan el ácido estomacal,³² principalmente porque son difíciles de digerir.

Las comidas rápidas³³ son, en su mayoría, poco nutritivas y aumentan el ardor de ácido.

Si vas a comer algo, es mejor masticarlo bien, esto te ayudará en tu lucha contra la acidez de estómago.^{34,35}

Las comidas regulares son útiles, por otro lado, comer bocadillos no es lo mejor.^{36,37} Comer una cena aumenta la producción de ácido.³⁸

Se sabe que ciertos estimulantes aumentan la acidez. Entre ellos se encuentran el té, el café, la cafeína³⁹ y el alcohol⁴⁰.

Cuanto más concentrado esté el ácido en el estómago peor será la quemadura, por otro lado, diluir el ácido con una buena hidratación de los tejidos es beneficioso, así que evita la deshidratación.⁴¹ Bebe agua al menos media hora antes de las comidas o dos horas después de las comidas para evitar la ERGE.

Quizás pienses que te estás haciendo un favor al tomar “antiácidos” a base de calcio, pero en realidad solo producen lo que llamamos rebote ácido, lo que resulta en más ácido a largo plazo y más reflujo.^{42,43}

Eres lo que comes. Comer bien favorece el desarrollo de tejidos fuertes, sanos y resistentes al daño ácido. Por otro lado, la desnutrición⁴⁴ es peligrosa, ya que debilita el revestimiento del estómago y el esófago y compromete la integridad de su mucosa.⁴⁵

Una salud perfecta depende de una circulación óptima, lo que implica un buen suministro de sangre. Un suministro de sangre deficiente^{46,47} afecta el revestimiento del estómago y el esófago, impidiéndoles reparar adecuadamente el daño tisular. Al comer en exceso, el estómago se llena demasiado, estirando el revestimiento del esófago hacia el estómago, donde no debería estar, exponiéndolo al ácido estomacal.

Esto genera el mismo dolor y afectación tisular que la regurgitación.⁴⁸

Ahora bien, si usted se preocupa demasiado y sus niveles de estrés aumentan,^{49,50} esto también aumenta la vulnerabilidad de los tejidos digestivos a sufrir daños y la producción de ácido del estómago.

LLENAR DEMASIADO EL ESTÓMAGO

Si el estómago pudiera vaciarse rápidamente después de las comidas, la probabilidad de reflujo se reduciría considerablemente. Por otro lado, mantener el estómago excesivamente lleno solo aumenta la probabilidad de ERGE. Si no desea que su estómago permanezca lleno por mucho tiempo, coma menos. Comer en exceso⁵¹ solo produce distensión, digestión lenta y reflujo. Imagínese una lavadora de carga frontal. Si la llena completamente, no podrá agitar la ropa y la ropa no quedará limpia. Llenar el estómago solo parcialmente deja espacio para mezclar los alimentos con los jugos digestivos y completar su digestión en un tiempo razonable. «Y ponte un cuchillo en la garganta, si eres de los que tienen apetito».⁵²

La digestión se ve gravemente ralentizada y comprometida al comer entre comidas o picar entre comidas.⁵³ Las comidas deben estar separadas por al menos 5 horas. Comer con demasiada frecuencia (menos de 5 horas entre comidas)⁵⁴ provoca la acumulación de comidas, el sobrellenado y el rebosamiento del estómago, es decir, el reflujo.

Si el inodoro se desborda, piensas que pusiste demasiada cantidad. Lo mismo ocurre con el reflujo. Si el reflujo persiste, deja de poner tanta cantidad y dale tiempo a que la comida circule entre comidas.

Los alimentos consumidos llenan rápidamente el estómago y pueden causar reflujo.⁵⁵

Los estudios demuestran que los alimentos que se consumen sin masticarlos bien en la boca tardan más en digerirse en el estómago.⁵⁶ El estómago no tiene dientes. Solo puede añadir ácido y agitar los alimentos.

Algunas personas ingieren más que solo alimentos en una comida; también añaden líquido. Este líquido es más propenso a regurgitar hacia el esófago. Esto también hace que el estómago tarde más en transportar los alimentos al intestino delgado, ya que antes de poder continuar con el proceso de digestión debe absorber el líquido. Esto aplica a las bebidas con las comidas y a los alimentos líquidos, como sopas, batidos, papillas y jugos.⁵⁷

VACIANDO EL ESTÓMAGO

El estómago solo puede vaciarse rápidamente si los alimentos son de buena calidad y están bien masticados. Ciertos alimentos y hábitos de vida retrasan el vaciado gástrico, entre ellos:

- Alimentos ricos en grasas^{58,59} o fritos.⁶⁰
- Alimentos de alta densidad calórica.⁶¹
- Alimentos fríos refrigerados o alimentos muy calientes.⁶²
- Nicotina o tabaco.⁶³
- Alcohol.⁶⁴
- Líquido ingerido con las comidas.⁶⁵
- Los comprimidos de suplemento pueden retrasar el vaciado del estómago.⁶⁶
- Tomar refrigerios entre comidas o comidas demasiado próximas entre sí.⁶⁷
- Acostarse después de comer.⁶⁸
- Comer por la noche dejando menos de 3 horas antes de acostarse.⁶⁹
- Gastritis inflamatoria autoinmune.⁷⁰
- Ejercicio intenso después de comer.⁷¹
- Estrés mental.⁷²

TRÁNSITO INTESTINAL LENTO

Si no hay espacio más allá del estómago en el sistema digestivo, los alimentos no pueden ser transferidos fuera del estómago y es más probable que se produzca reflujo. Algunos alimentos y hábitos de vida producen una condición que llamamos tránsito lento, también conocida como reflujo.⁷³ Podría compararse con un atasco de tráfico o incluso con el tráfico en la hora pico.

Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura?

Hay muchos factores que ralentizan el tránsito intestinal. Los alimentos refinados, como la harina blanca,⁷⁴ causan este problema por su bajo contenido en fibra.⁷⁵

Debido a que los alimentos bajos en fibra permanecen en el colon durante mucho más tiempo, las bacterias tienden a multiplicarse,⁷⁶ lo que resulta en un sobrecrecimiento bacteriano. Cuando las bacterias proliferan, producen muchas toxinas⁷⁷ e inflamación.⁷⁸

Los alimentos de tránsito lento suelen tener un alto contenido de grasas y un bajo contenido de fibra, e incluyen carnes, comidas rápidas, pasteles, especialmente donas, alimentos fritos y alimentos grasosos⁷⁹.

Los alimentos consumidos tarde por la noche tienden a pasar más lentamente por el sistema digestivo, por lo que tienen el mismo efecto de fomentar el crecimiento excesivo de bacterias⁸⁰.

La fibra juega un papel importante en el tiempo que los alimentos permanecen en el organismo⁸¹. Los cereales integrales⁸², las frutas secas⁸³ y las verduras frescas son buenas fuentes de fibra dietética. ¿Cuál es la fruta seca rica en fibra, favorita de la gente para mejorar la consistencia de las heces y acortar el tránsito intestinal? ¿Ciruelas pasas? ¿Has oído decir: «Con amigas como las ciruelas pasas, quién necesita enemas»?

Se ha demostrado que los alimentos ricos en grasas retardan el tránsito intestinal.⁸⁴

El jugo, probablemente por la eliminación de fibra, hace más lento el tránsito.⁸⁵

La salud mental también puede afectar los tiempos de tránsito, la depresión tiende a retardar el tránsito y hacer digestión lenta⁸⁶.

La contrapresión ejercida por ropa ajustada, como un cinturón,⁸⁷ puede retardar significativamente la velocidad a la que los alimentos salen de los intestinos.

El ejercicio tiende a acelerar el movimiento intestinal, mientras que un estilo de vida sedentario se ha demostrado que ralentiza el tiempo de tránsito.^{88,89}

El gluten dietético^{90,91} y los productos lácteos⁹² causan un colon lento y tiempos de tránsito lentos. De todas las dietas estudiadas, que causan múltiples problemas de salud, la dieta

occidental, basada en carne, los alimentos ricos en grasas, el queso y los cereales refinados encabezan la lista. Y contribuyen a ralentizar el tránsito de los alimentos a través de todo el sistema digestivo.^{93,94}

Nada retrasa tanto el tránsito intestinal como el estreñimiento⁹⁵, para el cual el aumento de la ingesta de agua y fibra suele ser el antídoto.

Los gases o flatulencias bloquean el paso de los alimentos a través del tracto digestivo y ralentizan el tránsito.⁹⁶

Si tu postura es mala y estás siempre encorvado, el efecto es como el del cinturón apretado, crea contrapresión intestinal, lo que ralentiza el tiempo de tránsito.⁹⁷

Por lo tanto, mantenga la comida en movimiento para reducir el riesgo de reflujo en el otro extremo.

ASOCIACIONES EPIDEMIOLÓGICAS.

Se ha descubierto que algunos alimentos y factores del estilo de vida aumentan la probabilidad de reflujo, dispepsia o acidez estomacal, pero el mecanismo real podría aún no comprenderse bien. Estos incluyen:

- Leche, lechuga, levadura de cerveza, cerdo, café, arroz, espárragos y atún, seguidos de huevos, tomate, cereales y camarones.⁹⁸
- Proteína animal/carne.^{99,100}
- Vinagre.^{101,102}
- Cena tardía.¹⁰³
- Baja ingesta de magnesio en la dieta.¹⁰⁴
- Vitamina C baja en la dieta.¹⁰⁵
- Obesidad.¹⁰⁶
- Medicamentos médicos.¹⁰⁷
- Estrés psicológico.¹⁰⁸
- Respiración torácica inadecuada.¹⁰⁹
- El queso causa gastritis.¹¹⁰

ESÓFAGO DE BARRETT

Cuando el esófago sufre quemaduras ácidas repetidas y se vuelve áspero e inflamado, el cáncer se convierte en un riesgo importante. Esta afección del esófago se conoce como esófago de Barrett. Algunos alimentos y factores del estilo de vida se han identificado como de alto riesgo o causales del esófago de Barrett y el cáncer. Estos incluyen:

- Azúcar.^{111,112}
- Tabaquismo, obesidad abdominal y dieta occidental.¹¹³
- Dieta inflamatoria.¹¹⁴
- Cena tardía.¹¹⁵
- Dieta baja en fibra.¹¹⁶
- Pizza.¹¹⁷
- Usar cinturón.¹¹⁸
- Carne y grasas saturadas.¹¹⁹
- Deficiencia de vegetales de color verde oscuro.¹²⁰
- Bajo contenido dietético de vitamina A.¹²¹
- Vitamina C baja en la dieta.¹²²
- Dieta baja en frutas y verduras frescas.¹²³
- Alta ingesta de grasas animales.¹²⁴
- Tabaquismo.¹²⁵
- Deficiencia de selenio.¹²⁶
- Dieta rica en cereales pero pobre en frutas y verduras frescas.¹²⁷
- Consumo de carne procesada.¹²⁸

¿CÓMO SE TRATA GENERALMENTE LA ERGE?

Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura?

La ERGE suele ser tratada por un médico con un medicamento, que en la mayoría de los casos se continúa indefinidamente. Al 95 % de los pacientes se les prescribe un medicamento, de los cuales el 83 % son inhibidores de la bomba de protones o IBP, medicamentos diseñados para reducir la capacidad del estómago para producir ácido.¹²⁹ Entre 1995 y 2006, hubo un aumento del 1318 % (más de 12 veces) en los inhibidores de la bomba de protones recetados en Australia para personas con ERGE.¹³⁰ Algunos ejemplos de inhibidores de la bomba de protones incluyen omeprazol (p. ej., Losec, Prilosec), esomeprazol (p. ej., Nexium), rabeprazol (p. ej., Pariet, Aciphex), pantoprazol (p. ej., Somac, Protonix) y lansoprazol (p. ej., Zoton FasTabs, Prevacid). Estos medicamentos no están exentos de efectos secundarios indeseables. Los efectos secundarios pueden incluir:

- Neutropenia (una disminución inexplicable de los glóbulos blancos del sistema inmunológico que participan en la lucha contra las enfermedades).¹³¹

- Neumonía (infección de los pulmones).¹³²
 - Deficiencia de vitamina B12.^{133,134}
 - Deficiencia de vitamina C y hierro.¹³⁵
 - Osteoporosis (un adelgazamiento y debilitamiento de los huesos que provoca fracturas de huesos).^{136,137}
 - Fractura de cadera (cadera rota).¹³⁸
 - Fracturas de columna, antebrazo o muñeca y otras fracturas (huesos rotos).¹³⁹
 - Demencia (cuando el cerebro deja de funcionar y la memoria es mala).¹⁴⁰
 - Depresión (estado de ánimo abatido).¹⁴¹
 - Enfermedad renal crónica (cuando los riñones dejan de funcionar).^{142,143}
 - Hipomagnesemia (nivel bajo de magnesio, un mineral muy importante para el cuerpo).¹⁴⁴
 - Hipoparatiroidismo (baja función paratiroidea).¹⁴⁵
 - Taquicardia (frecuencia cardíaca rápida).¹⁴⁶
 - Infección estomacal por S. aureus, E. coli, Candida albicans (infecciones graves, difíciles de tratar).¹⁴⁷
 - Motilidad esofágica lenta (cuando el esófago tiene dificultad para mover los alimentos hasta el estómago).¹⁴⁸
- El siguiente fármaco más comúnmente recetado para la ERGE se denomina antagonista H2. Los antagonistas H2 son medicamentos que bloquean la acción de la histamina (que generalmente aumenta la inflamación) en su receptor en las células del estómago. Esto disminuye la producción de ácido estomacal. Algunos ejemplos de antagonistas H2 incluyen famotidina (p. ej., Pamacid, Pepzan, Pepcid), nizatidina (p. ej., Tazac, Tacidine, Nizac, Axid), cimetidina (p. ej., Magicul, Tagamet) y ranitidina (p. ej., Zantac, Rani 2). Estos fármacos no están exentos de efectos secundarios indeseables. Los efectos secundarios pueden incluir:
- Neurotoxicidad (daño a las células nerviosas del cuerpo o el cerebro).¹⁴⁹
 - Crecimiento excesivo de Listeria monocytogenes (una bacteria peligrosa).¹⁵⁰
 - Síndrome de piernas inquietas y trastornos del movimiento (actividad muscular fuera de control).¹⁵¹

- Bradicardia (frecuencia de bombeo del corazón muy lenta).¹⁵²
- Enfermedad hepática.¹⁵³
- Cambios en el control autónomo del corazón (el corazón se descontrola).¹⁵⁴

Un tratamiento popular y de venta libre para la ERGE es el carbonato de calcio. Entre las marcas comerciales de carbonato de calcio se incluyen: Dicarbosil, Roloids, Titalac y Tums. El carbonato de calcio también presenta efectos secundarios indeseables. Estos pueden incluir:

- "Rebote ácido" (cuando, poco después de tomar la pastilla, el ácido en realidad aumenta en lugar de disminuir).¹⁵⁵
- En algunas personas, en realidad aumenta, no disminuye, el reflujo.¹⁵⁶

CONSEJOS NATURALES PARA ALIVIAR ERGE

Si usted sufre de ERGE, los siguientes consejos pueden resultarle beneficiosos.

- Mantenga la regularidad en su horario de comidas; coma exactamente a la misma hora todos los días.¹⁵⁷
- Coma comidas pequeñas.
- Tome bocados pequeños y mástquelos bien.
- Coma muchas frutas y verduras frescas con alto contenido en fibra.^{158,159}
- No beba ningún líquido con las comidas.
- No prepare ni coma comidas líquidas (sopas, batidos).
- Beber de 8 a 10 vasos de agua al día: beber el agua al menos 30 minutos antes de las comidas y 2 horas después de las comidas.
- Deje pasar al menos cinco horas entre sus comidas.
- Coma solo dos comidas al día (sáltese la cena)¹⁶⁰ y no coma bocadillos. Si cena, coma sólo fruta fresca.
- Realice una caminata corta inmediatamente después de las comidas.¹⁶¹
- No coma entre 3 y 4 horas antes de acostarse.
- Use ropa abrigada que cubra bien los brazos y las piernas y que no tenga bandas apretadas alrededor de la cintura.
- Coma principalmente alimentos bajos en grasas y calorías.¹⁶²

COSAS NATURALES PARA AYUDAR Y SANAR

Si actualmente tiene dolor y busca cosas que

puedan ayudar a aliviar ese dolor o incluso contribuir a la curación, lo siguiente podría serle de ayuda.

- Cápsulas, tabletas o polvo de carbón^{163,164}
- Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura?
- Frutas, legumbres y verduras¹⁶⁵
 - Repollo y su jugo
 - Zanahorias
 - Brócoli, col rizada, rábano, pepino¹⁶⁶
 - Brotes de brócoli
 - Peras
 - Plátanos y kiwi¹⁶⁷
 - Jugo de aloe vera
 - Algarrobo
 - Té de diente de león
 - Consuelda fresca¹⁶⁸

HORARIO DEL DÍA

Así que, tomémonos un tiempo para poner esto en práctica. ¿Cómo sería un estilo de vida y una dieta adaptados a la ERGE? Ahora bien, corro el riesgo de que alguna persona sensible con alguna alergia o aversión a los alimentos se moleste con estas recomendaciones, así que esta conversación debe considerarse como una recomendación, no obligatoria ni definitiva. ¿Cómo sería un día para alguien que intenta sintetizar la información anterior en un horario práctico? Dios nos creó para seguir un horario. Bueno, allá vamos:

5:00 a. m. Levantarse de la cama. Beber un litro de agua tibia. Dar un paseo de 15 minutos al aire libre.

6:30 a. m. Tomar una taza de té de diente de león o consuelda.

7:00 a. m. Desayuna principalmente frutas frescas.

(plátanos, peras, kiwi, cualquier fruta fresca)
Preparar una ensalada de frutas y cubrirla con una crema de nueces es una buena idea. (Receta de crema de nueces: pon en una licuadora 2/3 de taza de agua, una cucharada de un tipo de semilla (por ejemplo, semillas de calabaza, semillas de girasol, semillas de lino, chía, cáñamo, sésamo, etc.), dos cucharadas de un tipo de nuez (nueces pecanas, nueces, almendras, nueces de Brasil, avellanas, etc.,

evita los cacahuets y anacardos), licúa hasta que quede una crema suave y vierte sobre la ensalada de frutas picada.

Aquí tienes una receta de avena muy buena para la ERGE: 2 tazas de agua, 1/2 taza de avena integral en hojuelas (no avena instantánea), 1/4 taza de salvado de avena, 1/4 taza de linaza o chía molida, 1/4 cucharadita de sal. Hierve el agua, añade los ingredientes y cocina a fuego lento durante al menos 45 minutos. Sirve con ensalada de frutas y crema de frutos secos.

Después del desayuno, salga a caminar 15 minutos al aire libre.

10:00 a.m. Beba otro litro de agua con una cucharadita de carbón activado. Si es posible, dé un paseo corto.

12:30 p.m. Beba otra taza de diente de león o... Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura? té de consuelda.

13:00 horas. Almuerzo: comer exactamente a la misma hora todos los días.

Tenga en cuenta la investigación dietética previa sobre la ERGE. Concéntrese en las verduras buenas, crudas o al vapor, y menos en los alimentos preparados o complejos. Evite mezclar frutas y verduras en la misma comida. Mastica bien tus alimentos y no comas en exceso.

Visite nuestro sitio web para obtener algunas recetas:

www.NorthernLightsHealthEducation.com

Después de comer, salga a caminar 15 minutos al aire libre.

15:30 h. Beba un litro de agua; no hay prisa.

Si es posible, dé un paseo corto.

18:00 h. Sería mejor no cenar.

Pero muchos no pueden, pero con las precauciones adecuadas aún se puede obtener un buen resultado. Para la cena, coma solo fruta fresca, mástiquela bien y luego dé un paseo.

21:00 h. Acuéstese a las 21:00 (aunque no esté acostumbrado, puede hacerlo hasta que se acostumbre, es un buen hábito.)

CAMBIANDO LA MAREA

No todos los cambios de dieta y estilo de vida son fáciles, especialmente cuando van en contra

de las costumbres favoritas. Espero que tu comida favorita no esté en la lista de causas de ERGE. Los hábitos se pueden cambiar y, como resultado, una mejor salud. Para algunos, la comida, o su estómago, puede llegar a ser más importante que la vida misma. «Porque muchos andan... de los cuales os he dicho muchas veces, y ahora os lo digo incluso llorando, que son enemigos de la cruz de Cristo; cuyo fin es perdición, cuyo dios es su vientre y cuya gloria está en su vergüenza; que solo piensan en lo terrenal». ¹⁶⁹ Por otro lado, se nos promete poder para hacer cambios positivos. «Todo lo puedo en Cristo que me fortalece». ¹⁷⁰ Así que sé fiel a ti mismo, sigue el programa y cosecha los resultados.

Para obtener más ideas sobre cómo incorporar en tu vida diaria lo que acabas de aprender, consulta el capítulo titulado “¿Cómo puedo aplicar principios saludables en mi vida diaria?”

REFERENCIAS

- 1 Yuan L, Tang D, Peng J, Qu N, Yue C, Wang F. Estudio sobre el estilo de vida en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 28 de mayo de 2017;42(5):558-564.
- 2 El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC y Dent J. Actualización sobre la epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: una revisión sistemática. *Gut*. Junio de 2014; 63(6): 871-880.
- 3 Lacy BE, Carter J, Weiss JE, Crowell MD. Efectos de la infusión intraduodenal de nutrientes sobre la CCK sérica, la presión del EEI y el reflujo gastroesofágico. *Neurogastroenterol Motil*. Julio de 2011;23(7):631-e256.
- Babka JC, Castell DO. Sobre la génesis de la acidez estomacal. Efectos de alimentos específicos en el esfínter esofágico inferior. *Am J Dig Dis*. Mayo de 1973;18(5):391-7.
- Kim YK1, Moon JS, Ryu SH, Lee JH, Kim YS. Relación entre las bebidas populares en Corea y la acidez posprandial reportada. *Korean J Gastroenterol*. Febrero de 2010;55(2):109-18.
- Nagasaki A, Ishimori A, Masamune O, Yamagata S. Respuesta de la presión del esfínter esofágico inferior a la estimulación con sopa de carne o tetrapéptido AOC en la esofagitis. *Tohoku J Exp Med*. Enero de 1977;121(1):91-7.
- Wright LE, Castell DO. Efecto adverso del chocolate sobre la presión del esfínter esofágico inferior. *Am J Dig Dis*. Agosto de 1975;20(8):703-7.
- 8 Thomas FB, Steinbaugh JT, Fromkes JJ, Mekhjian HS, Caldwell JH. Efecto inhibitor del café sobre la presión del esfínter esofágico inferior. *Gastroenterología*. Diciembre de 1980;79(6):1262-6.
- 9 Gudjonsson H, McAuliffe TL, Kaye MD. El efecto del café y el té sobre la función del esfínter esofágico inferior. *Laeknabladid*. Junio de 1995;81(6):484-8.
- Braverman AS, Vegesna AK, Miller LS, Barbe MF, Tiwana M, Hussain K, Ruggieri MR Sr. Especificidad farmacológica de la relajación mediada por el receptor nicotínico de las fibras musculares de cierre y cabestrillo gástrico humano precontraídas por el receptor muscarínico en la unión gastroesofágica. *J Pharmacol Exp Ther*. Julio de 2011;338(1):37-46.
- 11 Ness-Jensen E, Lagergren J. Tabaquismo, consumo de alcohol y enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. Octubre de 2017;31(5):501-508.
- 12 Kahrilas PJ. Patogénesis, fisiopatología y manifestaciones clínicas de la ERGE. *Cleve Clin J Med*. Noviembre de 2003;70 Suppl 5:S 4-19.
- Piche T, des Varannes SB, Sacher-Huvelin S, Holst JJ, Cuber JC, Galmiche JP. La fermentación colónica influye en la función del esfínter esofágico inferior en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Gastroenterología*. Abril de 2003;124(4):894-902.
- 14 Hamoui N, Lord RV, Hagen JA, Theisen J, Demeester TR, Crookes PF. Respuesta del esfínter esofágico inferior a la distensión gástrica causada por bebidas carbonatadas. *J Gastrointest Surg*. Junio de 2006;10(6):870-7.
- Ford AC, Talley NJ, Walker MM, Jones MP. Aumento de la prevalencia de enfermedades autoinmunes en trastornos gastrointestinales funcionales: estudio de casos y controles con 23471 pacientes de atención primaria. *Aliment Pharmacol Ther*. Octubre de 2014;40(7):827-34.
- 16 Souza RF, Huo X, Mittal V, Schuler CM, Carmack SW, Zhang HY, Zhang X, Yu C, Hormi-Carver K, Genta RM, Spechler SJ. El reflujo gastroesofágico podría causar

- esofagitis a través de un mecanismo mediado por citocinas en lugar de una lesión por ácido cáustico. *Gastroenterología*. Noviembre de 2009;137(5):1776-84.
- Ferraz JG, Tingley AW, Appleyard CB, Wallace JL. El TNF-alfa contribuye a la patogénesis del daño gástrico inducido por etanol en ratas cirróticas. *Am J Physiol*. Abril de 1997;272(4 Pt 1):G 809-14.
- 18 Ramírez-Mayans JA, Toro-Monjaraz EM, Romero-Trujillo J, Cervantes-Bustamante R, Zárate-Mondragón F, Montijo-Barrios E, Cadena-León J, Cazares-Méndez M. Determinación del pH intraesofágico de 24 h en niños alérgicos a la proteína de la leche de vaca en un hospital de tercer nivel. *Rev Gastroenterol Mex*. 2014 enero-marzo;79(1):3-6.
- Myers BM, Smith JL, Graham DY. Efecto del pimiento rojo y la pimienta negra en el estómago. *Am J Gastroenterol*. Marzo de 1987;82(3):211-4.
- 20 Vasudevan K, Vembar S, Veeraraghavan K, Haranath PS. Influencia de la perfusión intragástrica de extractos acuosos de especias en la secreción ácida en ratas albinas anestesiadas. *Indian J Gastroenterol*. 2000 Abr-Jun;19(2):53-6.
- Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura?
- 21 v Schönfeld J, Evans DF. Grasas, especias y reflujo gastroesofágico. *Z Gastroenterol*. Febrero de 2007;45(2):171-5.
- Kim YK, Moon JS, Ryu SH, Lee JH, Kim YS. Relación entre las bebidas populares en Corea y la acidez posprandial reportada. *Korean J Gastroenterol*. Febrero de 2010;55(2):109-18.
- 23 Feldman M, Barnett C. Relación entre la acidez y la osmolalidad de bebidas populares y la acidez posprandial reportada. *Gastroenterología*. Enero de 1995;108(1):125-31.
- 24 Lesiones de la mucosa esofágica inducidas por fármacos. *Prescrire Int*. 2015 Sep;24(163):210-1, 213.
- 25 Mungan Z, Pınarbaşı Şimşek B. ¿Qué fármacos son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico? *Turk J Gastroenterol*. Diciembre de 2017;28(Supl. 1):S 38-S43.
- 26 Shibata T, Nakamura M, Omori T, Tahara T, Ichikawa Y, Okubo M, Ishizuka T, Nakagawa Y, Nagasaka M, Nakamura M, Arisawa T, Hirata I. Asociación entre la respuesta individual al sabor de los alimentos y los síntomas gastroesofágicos. *J Dig Dis*. Junio de 2015; 16 (6): 337-41.
- 27 Riegler M, Kristo I, Asari R, Rieder E, Schoppmann SF. Azúcar en la dieta y esófago de Barrett. *Eur Surg*. 2017;49(6):279-281.
- 28 Li N, Petrick JL, Steck SE, Bradshaw PT, McClain KM, Niehoff NM, Engel LS, Shaheen NJ, Corley DA, Vaughan TL, Gammon MD. Ingesta dietética de azúcares/almidones y esófago de Barrett: un análisis conjunto. *Eur J Epidemiol*. Noviembre de 2017;32(11):1007-1017.
- 29 Tasevska N, Jiao L, Cross AJ, Kipnis V, Subar AF, Hollenbeck A, Schatzkin A, Potischman N. Azúcares en la dieta y riesgo de cáncer en el Estudio de Dieta y Salud NIH-AARP. *Int J Cancer*. 1 de enero de 2012;130(1):159-69.
- 30 Chirila I, Morariu ID, Barboi OB, Drug VL. El papel de la dieta en la superposición entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la dispepsia funcional. *Turk J Gastroenterol*. Enero de 2016;27(1):73-80.
- 31 Fox M, Barr C, Nolan S, Lomer M, Anggiansah A, Wong T. Efectos de la grasa dietética y la densidad calórica en la exposición al ácido esofágico y los síntomas de reflujo. *Clin Gastroenterol Hepatol*. Abril de 2007;5(4):439-44.
- 32 Saqui-Salces M, Dowdle WE, Reiter JF, Merchant JL. Una dieta rica en grasas regula la secreción de gastrina y ácido a través de los cilios primarios. *FASEB J*. Agosto de 2012;26(8):3127-39.
- 33 Alkhatami AM, Alzahrani AA, Alzhrani MA, Alsuwat OB, Mahfouz MEM. Factores de riesgo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Arabia Saudita. *Res. Gastroenterología*. Octubre de 2017; 10(5):294-300.
- 34 Arya V, Agarwal S, Singh S, Sison C, Gupta KA. Efecto del aumento de los movimientos masticatorios en la puntuación de DeMeester. *Dis Esophagus*. 1 de mayo de 2017;30(5):1-5.
- 35 Sarosiek J, Scheurich CJ, Marcinkiewicz M, McCallum RW. Mejora de la esofagoprotección salival: fundamento de un enfoque fisiológico para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Gastroenterología*. Marzo de 1996;110(3):675-81.
- 36 Takeshita E, Furukawa S, Sakai T, Niya T, Miyaoka H, Miyake T, Yamamoto S, Senba H, Yamamoto Y, Arimitsu E, Yagi S, Utsunomiya H, Tanaka K, Ikeda Y, Matsuura B, Miyake Y, Hiasa Y. Conductas alimentarias y prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes japoneses con diabetes mellitus tipo 2: el Dogo Estudiar. *Puede J Diabetes*. 19 de octubre de 2017. pii: S1499-2671(17)30130-2.
- 37 Nathanson BH, Navab F. Análisis del aumento de peso y del índice de masa corporal en pacientes con esófago de Barrett. *J Acad Nutr Diet*. Julio de 2016;116(7):1156-62.
- 38 Lanzon-Miller S, Pounder RE, McIsaac RL, Wood JR. El horario de la cena afecta el patrón de acidez intragástrica de 24 horas. *Aliment Pharmacol Ther*. Octubre de 1990;4(5):547-53.
- 39 Gudjonsson H, McAuliffe TL, Kaye MD. El efecto del café y el té sobre la función del esfínter esofágico inferior. *Laeknabladid*. Junio de 1995;81(6):484-8.
- 40 Kaufman SE, Kaye MD. Inducción del reflujo gastroesofágico por alcohol. *Gut*. 1978 Abr;19(4):336-8.
- 41 Walsh NP, Laing SJ, Oliver SJ, Montague JC, Walters R, Bilzon JL. Parámetros salivales como posibles indicadores del estado de hidratación durante la deshidratación aguda. *Med Sci Sports Exerc*. Septiembre de 2004;36(9):1535-42.
- 42 Decktor DL, Robinson M, Maton PN, Lanza FL, Gottlieb S. Efectos del hidróxido de aluminio/magnesio y el carbonato de calcio sobre el pH esofágico y gástrico en sujetos con acidez estomacal. *Am J Ther*. Agosto de 1995;2(8):546-552.
- Fischbach LA, Correa P, Feldman M, Fontham E, Priest E, Goodman KJ, Jain R. Aumento de los síntomas de reflujo tras la suplementación con carbonato de calcio y tratamiento eficaz contra *Helicobacter pylori*. *Dig Dis Sci*. Agosto de 2003;48(8):1487-94.
- 44 Campanozzi A, Capano G, Miele E, Romano A, Scuccimarra G, Del Giudice E, Strisciuglio C, Militerni R, Staiano A. Impacto de la desnutrición en los trastornos gastrointestinales y las capacidades motoras gruesas en niños con parálisis cerebral. *Desarrollo cerebral*. Enero de 2007; 29 (1): 25-9.
- 45 Weijenborg PW, Smout AJ, Verseijden C, van Veen HA, Verheij J, de Jonge WJ, Bredenoord AJ. La hipersensibilidad al ácido se asocia con una alteración de la integridad de la mucosa esofágica en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico con y sin esofagitis. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 1 de agosto de 2014;307(3):G 323-9.
- 46 Grønbech JE, Lacy ER. Función del flujo sanguíneo gástrico en la alteración de la defensa y la reparación de estómagos de ratas envejecidas. *Am J Physiol*. Noviembre de 1995;269(5 Pt 1):G 737-44.
- 47 Grönbech JE, Matre K, Stangeland L, Svanes K, Varhaug JE. Reparación de la mucosa gástrica en el gato: papel de la respuesta hiperémica al daño mucoso. *Gastroenterología*. Agosto de 1988;95(2):311-20.
- 48 Ayazi S, Tamhankar A, DeMeester SR, Zehetner J, Wu C, Lipham JC, Hagen JA, DeMeester TR. El impacto de la distensión gástrica en el esfínter esofágico inferior y su exposición al jugo gástrico ácido. *Ann Surg*. 2010 julio;252(1):57-62.
- Lara FJ, Carranque G, Oehling H, Hernández JM, Oliva H. Modulación psicológica en pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Dis Esophagus*. Agosto de 2014;27(6):538-46.
- Holtmann G, Kriebel R, Singer MV. Estrés mental y secreción ácida gástrica. ¿Influyen los rasgos de personalidad en la respuesta? *Dig Dis Sci*. Agosto de 1990;35(8):998-1007.
- 51 Wu KL, Rayner CK, Chuah SK, Chiu YC, Chiu KW, Hu TH, Chiu CT. Efecto de comidas líquidas con diferentes volúmenes en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *J Gastroenterol Hepatol*. Marzo de 2014;29(3):469-73.
- 52 Proverbios 23:2, Versión King James de la Santa Biblia.
- Randhawa MA, Yar T, Gillissen A. Un cambio de estilo de vida efectivo y fisiológico para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. Enero-Junio 2013;25(1-2):206-7.
- 54 Jackson SJ, Leahy FE, Jebb SA, Prentice AM, Coward WA, Bluck LJ. La alimentación frecuente retrasa el vaciamiento gástrico de una comida posterior. *Appetite*. Marzo de 2007;48(2):199-205. Publicación electrónica: 1 de noviembre de 2006.
- 55 Reshetnikov OV, Kurilovich SA, Denisov Mlu. El estilo de alimentación como factor de riesgo para los síntomas dispépticos: un estudio prospectivo de dos años. *Vopr Pitan*. 2010;79(2):39-42.
- 56 Pera P, Bucca C, Borro P, Bernocco C, De LA, Carossa S. Influencia de la masticación en el vaciado gástrico. *J Dent Res*. Marzo de 2002;81(3):179-81.
- 57 Horowitz M, Maddox A, Bochner M, Wishart J, Bratasiuk R, Collins P, Shearman D. Relación entre el vaciamiento gástrico de comidas sólidas y líquidas calóricas y la absorción de alcohol. *Am J Physiol*. Agosto de 1989;257(2 Pt 1):G 291-8.
- 58 Edelbroek M, Horowitz M, Maddox A, Bellen J. Vaciamiento gástrico y distribución intragástrica de aceite en presencia de una comida líquida o sólida. *J Nucl Med*. 1992 Jul;33(7):1283-90.
- 59 Meyer JH, Elashoff JD, Lake R. Vaciamiento gástrico de aceites y grasas sólidas indigeribles frente a digestibles en humanos normales. *Dig Dis Sci*. Junio de 1999;44(6):1076-82.
- 60 Benini L, Brighenti F, Castellani G, Brentegani MT, Casiraghi MC, Ruzzenente O, Sembenini C, Pellegrini N, Caliarì S, Porriani M, et al. El vaciamiento gástrico de sólidos se retrasa notablemente cuando se fríen las comidas. *Excavator Dis Sci*. 39(11):2288-94, noviembre de 1994.
- 61 Peracchi M, Gebbia C, Ogliari C, Fraquelli M, Viganò R, Baldassarri A, Bianchi PA, Conte D. Influencia de la ingesta calórica en el vaciamiento gástrico de sólidos evaluado mediante la prueba del aliento con ácido 13C-octanoico. *Scand J Gastroenterol*. Agosto de 2000;35(8):814-8.
- 62 Troncon LE, Iazigi N. Efecto de la temperatura de la comida de prueba en el vaciamiento gástrico de líquidos. *Braz J Med Biol Res*. 1988;21(1):57-60.
- Scott AM, Kellow JE, Eckersley GM, Nolan JM, Jones MP. El tabaquismo y la nicotina retrasan el tiempo de tránsito boca-ciego posprandial. *Dig Dis Sci*. 1992 Oct;37(10):1544-7.
- 64 Franke A, Nakchbandi IA, Schneider A, Harder H, Singer MV. El efecto del etanol y las bebidas alcohólicas en el vaciamiento gástrico de alimentos sólidos en humanos. *Alcohol Alcohol*. Mayo-junio de 2005;40(3):187-93.
- 65 Horowitz M, Maddox A, Bochner M, Wishart J, Bratasiuk R, Collins P, Shearman D. Relación entre el vaciamiento gástrico de comidas sólidas y líquidas calóricas y la absorción de alcohol. *Am J Physiol*. Agosto de 1989;257(2 Pt 1):G 291-8.
- 66 Podczec F, Mitchell CL, Newton JM, Evans D, Short MB. El vaciamiento gástrico de los alimentos medido mediante gammagrafía y tomografía de impedancia eléctrica (TIE) y su influencia en el vaciamiento gástrico de comprimidos de diferentes dimensiones. *J Pharm Pharmacol*. Noviembre de 2007;59(11):1527-36.
- 67 Jackson SJ, Leahy FE, Jebb SA, Prentice AM, Coward WA, Bluck LJ. La alimentación frecuente retrasa el vaciamiento gástrico de una comida posterior. *Appetite*. Marzo de 2007;48(2):199-205. Publicación electrónica: 1 de noviembre de 2006.
- Moore JG; Datz FL; Christian PE; Greenberg E; Alazraki N. Efecto de la postura corporal en las mediciones de radionúclidos del vaciamiento gástrico. *Dig Dis Sci*. 1988; 33(12):1592-5.
- 69 Goo RH, Moore JG, Greenberg E, Alazraki NP. Variación circadiana en el vaciamiento gástrico de las comidas en humanos. *Gastroenterología*. Septiembre de 1987;93(3):515-8.
- 70 Kalkan Ç, Soykan I, Soydal Ç, Özkan E, Kalkan E. Evaluación del vaciamiento gástrico en pacientes con gastritis autoinmune. *Excavator Dis Sci*. Junio de 2016;61(6):1597-602.
- 71 Murray R. Efectos del consumo de bebidas con carbohidratos y electrolitos en el vaciamiento gástrico y la absorción de líquidos durante y después del ejercicio. *Sports Med*. 1987 sep-oct;4(5):322-51.

- 72 Roland J, Dobbeleir A, Vandevivere J, Ham HR. Efecto del estrés mental leve sobre el vaciamiento gástrico en fase sólida en sujetos sanos. *Nucl Med Commun*. 1990 Abr;11(4):319-26.
- 73 Okholm M, Jensen SM. Reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas. *Ugeskr Laeger*. 27 de marzo de 1995; 157(13): 1835-8.
- Salovaara S, Larsson Alminger M, Eklund-Jonsson C, Andlid T, Sandberg AS. Un tiempo de tránsito gástrico e intestino delgado prolongado mejora la dializabilidad y la captación de hierro in vitro. *J Agric Food Chem*. 13 de agosto de 2003;51(17):5131-6.
- 75 Kelsay JL; Behall KM; Prather ES. Efecto de la fibra de frutas y verduras en las respuestas metabólicas de sujetos humanos I. Tiempo de tránsito intestinal, número de defecaciones, peso fecal, excreciones urinarias de energía y nitrógeno, y digestibilidades aparentes de energía, nitrógeno y grasa. *Am J Clin Nutr* 1978 Jul;31(7):1149-53.
- 76 Erbil Y, Berber E, Seven R, et. al. Efecto del tiempo de tránsito intestinal en la translocación bacteriana. *Acta Chir Belg*. Dic. 1998;98(6):245-9.
- Wigg AJ; Roberts-Thomson IC; Dymock RB, et. al. El papel del sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado, la permeabilidad intestinal, la endotoxemia y el factor de necrosis tumoral alfa en la patogénesis de la esteatohepatitis no alcohólica. *Gut*, febrero de 2001;48(2):206-11.
- Bauer TM; Schwacha H; Steinbrückner B; et. al. El sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado en la cirrosis humana se asocia con endotoxemia sistémica. *Am J Gastroenterol*, septiembre de 2002;97(9):2364-70.
- Spaeth G, Berg RD, Specian RD, et. al. Los alimentos sin fibra promueven la translocación bacteriana intestinal. *Cirugía*. Agosto de 1990;108(2):240-6; discusión 246-7.
- 80 Roen PB. La cena y la aterosclerosis. *J Am Geriatr Soc* 1978 Jun;26(6):284-5.
- 81 Gogler H. Tiempo de tránsito intestinal en Togo (África Occidental) y Alemania. *Z Gastroenterol*. 1976 Abr;14(2):280-4.
- 82 Spiller GA, Story JA, Wong LG, et. al. Efecto del aumento de los niveles de fibra de trigo duro sobre el peso fecal, los minerales y esteroides, y el tiempo de tránsito gastrointestinal en mujeres jóvenes sanas. *J Nutr*. Mayo de 1986;116(5):778-85.
- 83 Spiller GA, Story JA, Lodics TA, et. al. Efecto de las pasas secadas al sol sobre la excreción de ácidos biliares, el tiempo de tránsito intestinal y el peso fecal: un estudio dosis-respuesta. *J Med Food*. Verano de 2003;6(2):87-91.
- 84 Anitha M, Reichardt F, Tabatabavakili S, Nezami BG, Chassaing B, Mwangi S, Vijay-Kumar M, Gewirtz A, Srinivasan S. La disbiosis intestinal contribuye al retraso del tránsito gastrointestinal en ratones alimentados con una dieta rica en grasas. *Cell Mol Gastroenterol Hepatol*. Mayo de 2016;2(3):328-339.
- 85 Kelsay JL, Behall KM, Prather ES. Efecto de la fibra de frutas y verduras en las respuestas metabólicas de sujetos humanos I. Tiempo de tránsito intestinal, número de defecaciones, peso fecal, excreciones urinarias de energía y nitrógeno, y digestibilidades aparentes de energía, nitrógeno y grasa. *Am J Clin Nutr*. Julio de 1978;31(7):1149-53.
- Chaudhary HR. Estudio del tiempo de tránsito intestinal en pacientes con ansiedad y depresión. *J Assoc Physicians India*. Febrero de 1989;37(2):156-7.
- 87 Yuan L, Tang D, Peng J, Qu N, Yue C, Wang F. Estudio sobre el estilo de vida en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 28 de mayo de 2017;42(5):558-564.
- Stanich PP, Peck J, Murphy C, Porter KM, Meyer MM. La actividad física durante la videocápsula endoscópica se correlaciona con un menor tiempo de tránsito intestinal. *Endosc Int Open*. Septiembre de 2017;5(9):E 856-E860.
- Kim JH. El nivel de actividad física en mujeres afecta el tiempo de tránsito intestinal. *J Neurogastroenterol Motil*. Enero de 2012;18(1):4-5.
- 90 Morley JE, Levine AS, Yamada T, Gebhard RL, Prigge WF, Shafer RB, Goetz FC, Silvis SE. Efecto de las exorfinas en la función gastrointestinal, la liberación hormonal y el apetito. *Gastroenterología*. Junio de 1983;84(6):1517-23.
- 91 Chiarioni G, Bassotti G, Germani U, Battaglia E, Brentegani MT, Morelli A, Vantini I. La dieta sin gluten normaliza el tránsito boca-ciego de una comida calórica en pacientes adultos con enfermedad celíaca. *Dig Dis Sci*. Oct. 1997;42(10):2100-5.
- 92 Haug A, Høstmark AT, Harstad OM. La leche bovina en la nutrición humana: una revisión. *Enfermedades de salud de lípidos*. 25 de septiembre de 2007 ; 6:25 .
- Zheng Y, Hu J, Murphy PA, Alek DL, Franke WD, Hendrich S. El tránsito intestinal rápido y el fenotipo de desaparición lenta de isoflavonas fecales se asocian con una mayor biodisponibilidad de genisteína en mujeres. *J Nutr*. Oct. 2003;133(10):3110-6.
- 94 Gögler H. Tiempo de tránsito intestinal en Togo (África Occidental) y Alemania. *Z Gastroenterol*. 1976 Abr;14(2):280-4.
- 95 Bhat PA, Patel JA, Parikh P, Ingle MA, Phadke A, Sawant PD. Estudio del tiempo de tránsito colónico total y segmentario en el estreñimiento funcional: Comparación con sujetos sanos. *Gastroenterology Res*. Febrero de 2015;8(1):157-159.
- 96 Jahng J, Jung IS, Choi EJ, Conklin JL, Park H. Efectos de los gases metano e hidrógeno producidos por bacterias entéricas sobre la motilidad ileal y el tiempo de tránsito colónico. *Neurogastroenterol Motil*. Febrero de 2012;24(2):185-90, e92.
- 97 Neurogastroenterol Motil. Febrero de 2007;19(2):94-102. La monitorización de impedancia muestra que la postura y la ingesta de alimentos influyen en la composición y frecuencia del reflujo gastroesofágico. Shay SS, Lopez R.
- 98 Caselli M, Zuliani G, Cassol F, Fusetti N, Zeni E, Lo Cascio N, Soavi C, Gullini S. Dietas de exclusión basadas en pruebas en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico: un ensayo piloto controlado aleatorio. *Mundo J Gastroenterol*. 7 de diciembre de 2014;20(45):17190-5.
- 99 Niu CY, Zhou YL, Yan R, Mu NL, Gao BH, Wu FX, Luo JY. Incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos chinos uigures y han en Ürümqi. *World J Gastroenterol*. 28 de diciembre de 2012;18(48):7333-40.
- Huang W, Han Y, Xu J, Zhu W, Li Z. Consumo de carne roja y procesada y riesgo de adenocarcinoma de esófago: un metaanálisis de estudios observacionales. *Cancer Causes Control*. Enero de 2013;24(1):193-201.
- 101 Chung CH. Lesión esofágica corrosiva tras la ingestión de vinagre. *Hong Kong Med J*. 2002 Oct;8(5):365-6.
- 102 Dryahina K, Pospíšilová V, Sovová K, Shestivska V, Kubišta J, Spesvyi A, Pehal F, Turzíkova J, Votruba J, Španěl P. Concentraciones de vapor de ácido acético en el aliento exhalado en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *J respiración Res*. 8(3):037109, septiembre de 2014.
- 103 Surdea-Blaga T, Negruțiu DE, Palage M, Dumitrascu DL. Enfermedad alimentaria y por reflujo gastroesofágico. *Curr Med Chem*. 2017 15 de mayo.
- Dai Q, Cantwell MM, Murray LJ, Zheng W, Anderson LA, Coleman HG; Grupo de estudio FINBAR. Magnesio dietético, relación calcio:magnesio y riesgo de esofagitis por reflujo, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico: un estudio poblacional de casos y controles. *Br J Nutr*. 28 de enero de 2016;115(2):342-50.
- 105 Murphy SJ, Anderson LA, Ferguson HR, Johnston BT, Watson PR, McGuigan J, Comber H, Reynolds JV, Murray LJ, Cantwell MM. La ingesta dietética de antioxidantes y minerales en humanos se asocia con un menor riesgo de adenocarcinoma esofágico, pero no de esofagitis por reflujo ni de esófago de Barrett. *J Nutr*. Octubre de 2010;140(10):1757-63.
- 106 Mercer CD, Rue C, Hanelin L, Hill LD. Efecto de la obesidad en el tránsito esofágico. *Am J Surg*. Enero de 1985;149(1):177-81.
- 107 Lesiones de la mucosa esofágica inducidas por fármacos. *Prescrire Int*. 2015 Sep;24(163):210-1, 213.
- 108 Wright CE, Ebrecht M, Mitchell R, Anggiansah A, Weinman J. El efecto del estrés psicológico en la gravedad y percepción de los síntomas en pacientes con reflujo gastroesofágico. *J Psychosom Res*. Diciembre de 2005;59(6):415-24.
- 109 Eherer A. Manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: modificación del estilo de vida y enfoques alternativos. *Dig Dis*. 2014;32(1-2):149-51. Remedios para la acidez estomacal, la indigestión y el reflujo: ¿Existe una cura?
- 110 Ito Y, Suzuki K, Ichino N, Imai H, Sakaguchi H, Hokama M, Nishii M, Nakano H. El riesgo de infección por *Helicobacter pylori* y gastritis atrófica por la ingesta de alimentos y bebidas: un estudio transversal en Hokkaido, Japón. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2000;1(2):147-156.
- 111 Riegler M, Kristo I, Asari R, Rieder E, Schoppmann SF. Azúcar en la dieta y esófago de Barrett. *Eur Surg*. 2017;49(6):279-281.
- 112 Li N, Petrick JL, Steck SE, Bradshaw PT, McClain KM, Niehoff NM, Engel LS, Shaheen NJ, Corley DA, Vaughan TL, Gammon MD. Ingesta dietética de azúcares/almidones y esófago de Barrett: un análisis conjunto. *Eur J Epidemiol*. Noviembre de 2017;32(11):1007-1017.
- 113 Schneider JL, Corley DA. La problemática epidemiología del esófago de Barrett y el adenocarcinoma esofágico. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. Julio de 2017;27(3):353-364.
- 114 Shivappa N, Hebert JR, Anderson LA, Shrubsole MJ, Murray LJ, Getty LB, Coleman HG. Índice inflamatorio dietético y riesgo de esofagitis por reflujo, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico: un estudio poblacional de casos y controles. *Br J Nutr*. Mayo de 2017;117(9):1323-1331.
- 115 Nathanson BH, Navab F. Análisis del aumento de peso y del índice de masa corporal en pacientes con esófago de Barrett. *J Acad Nutr Diet*. Julio de 2016;116(7):1156-62.
- Sun L, Zhang Z, Xu J, Xu G, Liu X. La ingesta de fibra dietética reduce el riesgo de esófago de Barrett y cáncer de esófago. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2 de septiembre de 2017;57(13):2749-2757.
- Petrick JL, Steck SE, Bradshaw PT, Chow WH, Engel LS, He K, Risch HA, Vaughan TL, Gammon MD. Ingesta de flavonoides dietéticos y esófago de Barrett en el oeste del estado de Washington. *Ann Epidemiol*. Octubre de 2015;25(10):730-5.e 2 .
- 118 Lee YY, McColl KE. Alteración de la unión gastroesofágica por obesidad central y cinturón abdominal: papel del aumento de la presión intraabdominal. *Dis Esophagus*. Mayo-Junio de 2015;28(4):318-25.
- 119 Jiao L, Kramer JR, Chen L, Ruge M, Parente P, Verstovsek G, Alsarraj A, El-Serag HB. Consumo dietético de carne, grasa, productos animales y productos finales de glicación avanzada y el riesgo de esófago de Barrett. *Aliment Pharmacol Ther*. Octubre de 2013;38(7):817-24.
- 120 Jiao L, Kramer JR, Ruge M, Parente P, Verstovsek G, Alsarraj A, El-Serag HB. Ingesta dietética de verduras, folato y antioxidantes y riesgo de esófago de Barrett. Control de las causas del cáncer. *Mayo de 2013;24(5):1005-14.*
- 121 Ibbetle TI, Hughes MC, Nagle CM, Bain CJ, Whiteman DC, Webb PM; Estudio de Salud Digestiva y Estudio Australiano del Cáncer. Antioxidantes dietéticos y riesgo de esófago de Barrett y adenocarcinoma de esófago en una población australiana. *Int J Cancer*. Julio de 2013;133(1):214-24.
- 122 Murphy SJ, Anderson LA, Ferguson HR, Johnston BT, Watson PR, McGuigan J, Comber H, Reynolds JV, Murray LJ, Cantwell MM. La ingesta dietética de antioxidantes y minerales en humanos se asocia con un menor riesgo de adenocarcinoma esofágico, pero no de esofagitis por reflujo ni de esófago de Barrett. *J Nutr*. Octubre de 2010;140(10):1757-63.
- Kubo A, Corley DA, Jensen CD, Kaur R. Factores dietéticos y riesgos de adenocarcinoma esofágico y esófago de Barrett. *Nutr Res Rev*. Diciembre de 2010;23(2):230-46.
- 124 Chen KH, Mukaisho K, Sugihara H, Araki Y, Yamamoto G, Hattori T. La ingesta elevada de grasa animal modifica la composición de ácidos biliares del jugo biliar y favorece el desarrollo de esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico en un modelo de reflujo de contenido duodenal en ratas. *Cancer Sci*. Noviembre de 2007;98(11):1683-8.
- 125 Anderson LA, Watson RG, Murphy SJ, Johnston BT, Comber H, Mc Guigan J, Reynolds JV, Murray LJ. Factores de riesgo de esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico: resultados del estudio FINBAR. *World J Gastroenterol*. 14 de marzo de 2007;13(10):1585-94.
- 126 Moe GL, Kristal AR, Levine DS, Vaughan TL, Reid BJ. El índice cintura-cadera, el aumento de peso y el selenio dietético y sérico se asocian con el contenido de ADN mediante citometría de flujo en el esófago de Barrett. *Nutr Cancer*. 2000;36(1):7-13.

- 127 Van Cutsem E, Vantrappen G. Epidemiología y aspectos clínicos del cáncer de esófago. *J Belge Radiol.* 1991;74(5):365-8.
- 128 Huang W, Han Y, Xu J, Zhu W, Li Z. Consumo de carne roja y procesada y riesgo de adenocarcinoma de esófago: un metaanálisis de estudios observacionales. *Cancer Causes Control.* Enero de 2013;24(1):193-201.
- 129 Miller G, Wong C, Pollack A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pacientes de medicina general australianos. *Aust Fam Physician.* Octubre de 2015;44(10):701-4.
- 130 Hollingworth S, Duncan EL, Martin JH. Aumento notable del uso de inhibidores de la bomba de protones en Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* Octubre de 2010;19(10):1019-24.
- Gouraud A, Vochelle V, Descotes J, Vial T. Neutropenia inducida por inhibidores de la bomba de protones: posible reactividad cruzada entre omeprazol y pantoprazol. *Clin Drug Investig.* 2010;30(8):559-63.
- 132 Canani RB, Cirillo P, Roggero P, Romano C, Malamisura B, Terrin G, Passariello A, Manguso F, Morelli L, Guarino A; Grupo de Trabajo sobre Infecciones Intestinales de la Sociedad Italiana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SIGENP). El tratamiento con inhibidores de la acidez gástrica aumenta el riesgo de gastroenteritis aguda y neumonía extrahospitalaria en niños. *Pediatría.* Mayo de 2006;117(5):e817-20.
- Valuck RJ, Ruscini JM. Estudio de casos y controles sobre efectos adversos: uso de bloqueadores H2 o inhibidores de la bomba de protones y riesgo de deficiencia de vitamina B12 en adultos mayores. *J Clin Epidemiol.* Abril de 2004;57(4):422-8.
- 134 Ruscini JM, Page RL 2nd, Valuck RJ. Deficiencia de vitamina B(12) asociada con antagonistas del receptor de histamina(2) y un inhibidor de la bomba de protones. *Ann Pharmacother.* Mayo de 2002;36(5):812-6.
- 135 McColl KE. Efecto de los inhibidores de la bomba de protones sobre las vitaminas y el hierro. *Am J Gastroenterol.* Marzo de 2009;104 Suppl. 2:S5-9.
- 136 Lin SM, Yang SH, Liang CC, Huang HK. Uso de inhibidores de la bomba de protones y riesgo de osteoporosis y fractura en pacientes con iclus: un estudio de cohorte poblacional. *Osteoporos Int.* Enero de 2018;29(1):153-162.
- 137 Jacob L, Hadji P, Kostev K. El uso de inhibidores de la bomba de protones se asocia positivamente con la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas en Alemania. *Climaterio.* Octubre de 2016;19(5):478-81.
- 138 Yang X, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. Terapia a largo plazo con inhibidores de la bomba de protones y riesgo de fractura de cadera. *JAMA.* 27 de diciembre de 2006;296(24):2947-53.
- 139 Gray SL, LaCroix AZ, Larson J, Robbins J, Cauley JA, Manson JE, Chen Z. Uso de inhibidores de la bomba de protones, fractura de cadera y cambio en la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas: resultados de la Iniciativa de Salud de la Mujer. *Arch Intern Med.* 10 de mayo de 2010;170(9):765-71.
- 140 Gomm W, von Holt K, Thomé F, Broich K, Maier W, Fink A, Doblhammer G, Haenisch B. Asociación de los inhibidores de la bomba de protones con el riesgo de demencia: un análisis de datos farmacoe epidemiológicos. *JAMA Neurol.* 2016 Abr;73(4):410-6.
- 141 Laudisio A, Antonelli Incalzi R, Gemma A, Giovannini S, Lo Monaco MR, Vetrano DL, Padua L, Bernabei R, Zuccalà G. El uso de inhibidores de la bomba de protones se asocia con la depresión: un estudio poblacional. *Int Psicogeriatr.* 2018 enero;30(1):153-159.
- 142 Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, Sang Y, Chang AR, Coresh J, Grams ME. Uso de inhibidores de la bomba de protones y riesgo de enfermedad renal crónica. *JAMA Intern Med.* Febrero de 2016;176(2):238-46.
- 143 Klatte DCF, Gasparini A, Xu H, de Deco P, Trevisan M, Johansson ALV, Wettermark B, Årnlöv J, Janmaat CJ, Lindholm B, Dekker FW, Coresh J, Grams ME, Carrero JJ. Asociación entre el uso de inhibidores de la bomba de protones y el riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica. *Gastroenterología.* 2017 septiembre;153(3):702-710.
- Cundy T, Dissanayake A. Hipomagnesemia grave en usuarios crónicos de inhibidores de la bomba de protones. *Clin Endocrinol (Oxf).* Agosto de 2008;69(2):338-41.
- 145 Swaminathan K. Hipoparatiroidismo hipomagnésico inducido por inhibidores de la bomba de protones. *Indian J Pharmacol.* Mayo-junio de 2015;47(3):330-1.
- Elliott EM. Relación entre la taquicardia resistente y el tratamiento de la ERGE. *Explore (NY).* Noviembre-diciembre de 2016;12(6):456-458.
- 147 Gościnski A, Matras J, Wallner G. Microflora del jugo gástrico en pacientes tras la erradicación de *Helicobacter pylori* y el tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones. *Wiad Lek.* 2002;55(1-2):19-28.
- Fouad YM, Katz PO, Castell DO. Defectos de la motilidad esofágica asociados con el reflujo gastroesofágico nocturno con inhibidores de la bomba de protones. *Aliment Pharmacol Ther.* Noviembre de 1999;13(11):1467-71.
- 149 Kawakami J, Yamamoto K, Shimokawa M, Sawada Y, Asanuma A, Yanagisawa K, Iga T. Estudio neurotóxico de antagonistas H2 utilizando ovocitos de *Xenopus* inyectados con ARNm de cerebro de ratón. *Biol Pharm Bull.* 1997 Sep;20(9):1030-2.
- 150 Cobb CA, Curtis GD, Bansi DS, Slade E, Mehal W, Mitchell RG, Chapman RW. Aumento de la prevalencia de *Listeria monocytogenes* en las heces de pacientes que reciben antagonistas H2 a largo plazo. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* Noviembre de 1996;8(11):1071-4.
- 151 O'Sullivan RL, Greenberg DB. Antagonistas H2, síndrome de piernas inquietas y trastornos del movimiento. *Psychosomatics.* 1993 Nov-Dic;34(6):530-2.
- Tanner LA, Arrowsmith JB. Bradicardia y antagonistas H2. *Ann Intern Med.* 1 de septiembre de 1988;109(5):434-5.
- 153 Bassan H, Zimmerman HJ, Jacob L, Gillespie J, Lukacs L. Efectos de tres antagonistas H2 en el hígado aislado y perfundido de rata. Correlación de los cambios en el flujo biliar con el potencial de causar enfermedad hepática en pacientes. *Biochem Pharmacol.* 15 de diciembre de 1986;35(24):4519-22.
- 154 Nault MA, Milne B, Parlow JL. Efectos de loratadina y ranitidina, antagonistas selectivos de los receptores de histamina H1 y H2, sobre el control autónomo del corazón. *Anestesiología.* Febrero de 2002;96(2):336-41.
- 155 Decktor DL, Robinson M, Maton PN, Lanza FL, Gottlieb S. Efectos del hidróxido de aluminio/magnesio y el carbonato de calcio sobre el pH esofágico y gástrico en sujetos con acidez estomacal. *Am J Ther.* Agosto de 1995;2(8):546-552.
- 156 Fischbach LA, Correa P, Feldman M, Fontham E, Priest E, Goodman KJ, Jain R. Aumento de los síntomas de reflujo tras la suplementación con carbonato de calcio y tratamiento eficaz contra *Helicobacter pylori*. *Dig Dis Sci.* Agosto de 2003;48(8):1487-94.
- 157 Esmailzadeh A, Keshteli AH, Feizi A, Zaribaf F, Feinle-Bisset C, Adibi P. Patrones de hábitos alimentarios y prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Neurogastroenterol Motil.* Octubre de 2013;25(10):831-e638.
- 158 Keshteli AH, Shaabani P, Tabibian SR, Saneei P, Esmailzadeh A, Adibi P. Relación entre la ingesta de frutas y verduras y la enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos iraníes. *J Res Med Sci.* 28 de noviembre de 2017;22:125 .
- 159 Kubo A, Levin TR, Block G, Rumore GJ, Quesenberry CP Jr, Buffler P, Corley DA. Antioxidantes dietéticos, frutas y verduras y el riesgo de esófago de Barrett. *Am J Gastroenterol.* Julio de 2008;103(7):1614-23.
- 160 Mann SG, Murakami A, McCarroll K, Rao AN, Cottrell J, Mehentee J, Morton R. Famotidina en dosis bajas para la prevención de la alteración del sueño causada por acidez estomacal después de la cena. *Aliment Pharmacol Ther.* Agosto de 1995;9(4):395-401 .
- Avidan B, Sonnenberg A, Schnell TG, Sontag SJ. Caminar y masticar reducen el reflujo ácido posprandial. *Aliment Pharmacol Ther.* Febrero de 2001;15(2):151-5.
- 162 Parker HL, Curcic J, Heinrich H, Sauter M, Hollenstein M, Schwizer W, Savarino E, Fox M. Qué comer y beber en la temporada festiva: un estudio observacional transversal paneuropeo. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* Mayo de 2017;29(5):608-614.
- Coffin B, Bortolotti C, Bourgeois O, Denicourt L. Eficacia de una combinación de simeticona, carbón activado y óxido de magnesio (Carbosymag®) en la dispepsia funcional: resultados de un ensayo aleatorizado en medicina general. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* Junio de 2011;35(6-7):494-9.
- 164 <https://www.buyactivatedcharcoal.com>
- 165 Nam SY, Park BJ, Cho YA, Ryu KH, Choi IJ, Park S, Kim YW. Diferentes efectos de los factores dietéticos en la esofagitis por reflujo y la enfermedad por reflujo no erosiva en 11 690 sujetos coreanos. *J Gastroenterol.* Julio de 2017;52(7):818-829.
- 166 Panda V, Shinde P, Deora J, Gupta P. Estudio comparativo del efecto antiácido de algunos alimentos de consumo frecuente para la hiperacidez en un modelo de estómago artificial. *Complement Ther Med.* Octubre de 2017;34:111-115 .
- 167 Hajizadeh B, Jessri M, Moasheri SM, Rad AH, Rashidkhani B. Consumo de frutas y verduras y carcinoma escamocelular esofágico: un estudio de casos y controles. *Nutr Cancer.* 2011;63(5):707-13.
- 168 Shipard, Isabell. ¿Cómo puedo usar las hierbas en mi vida diaria? Australia, David Stewart: 2013.
- 169 Filipenses 3:18-19, Versión King James de la Santa Biblia.
- 170 *Ibid.* 4:13.