



Reflujo: la lista de alimentos prohibidos y lo que **sí** funciona

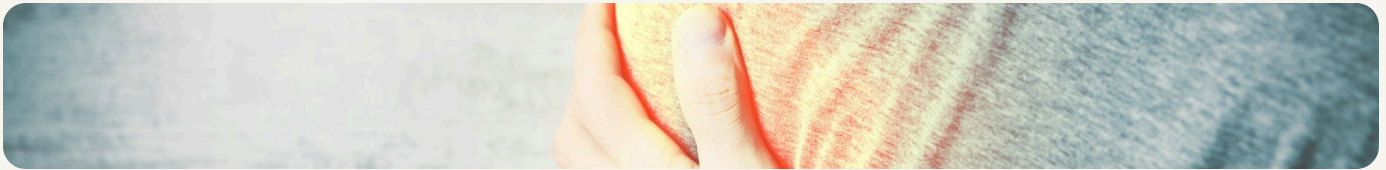
La lista que te dieron lleva cuarenta años repitiéndose y casi no tiene ensayos detrás. Aquí está lo que sí se midió, con su tamaño, incluido un ensayo aleatorizado hecho en Bogotá sobre una medida que no cuesta nada. Con las señales que cambian la conducta. Escrita para Latinoamérica.

El reflujo es un problema de mecánica antes que de química

Entre el estómago y el esófago hay una válvula que se abre para dejar pasar la comida y se cierra después. Cuando esa barrera pierde, el ácido sube. Casi todo lo que puedes hacer entra por ahí: presión, gravedad y horario.

La válvula se llama esfínter esofágico inferior, y no es una puerta con cerrojo: es un anillo de músculo que se relaja de forma transitoria varias veces al día. Lo que decide si esa relajación se convierte en síntoma son tres cosas. **Cuánta presión hay empujando desde abajo**, que sube con la grasa abdominal. **Si la gravedad está de tu lado**, que depende de si estás de pie o acostado. Y **cuánto contenido hay en el estómago** en ese momento, que depende del horario y del tamaño de la comida.

Fíjate en lo que no está en esa lista: qué comiste. El tipo de alimento influye en la presión del esfínter, eso está medido en el laboratorio. Lo que no está demostrado es que quitarlo mejore los síntomas de una persona, y esa distinción es la que organiza esta guía.



El ardor sube por donde bajó la comida, y por eso la mecánica manda sobre la química

La revisión que puso la lista a prueba

LO QUE DECIDE TODO

16

Los ensayos que quedaron en pie de dos mil estudios

Una revisión cribó **2.039 estudios**, se quedó con 100 relevantes, y encontró solo 16 ensayos clínicos que hubieran medido el efecto real de una medida de estilo de vida. Su conclusión: no hay evidencia publicada de eficacia de las **medidas dietéticas**, ni de que dejar tabaco o alcohol mejore el pH esofágico o los síntomas. Lo que sí funcionó fue **perder peso y elevar la cabecera de la cama**.

CÓMO LEER ESO SIN TORCERLO

Que no haya ensayos no es lo mismo que ensayos negativos. Si a ti un alimento concreto te dispara el reflujo de forma reproducible, evítalo y no necesitas un estudio que te dé permiso. Lo que no está respaldado es repartir la misma lista de prohibiciones a todo el mundo, y que alguien pase un año quitando tomate sin haber tocado ninguna de las dos palancas que sí se midieron.

Tres palancas, y las tres son de mecánica



La cena tardía es la palanca de horario: lo que importa es cuánto pasa entre la última comida y acostarse

Uno • el peso, y no hace falta obesidad

EVIDENCIA SÓLIDA

En 10.545 mujeres seguidas dentro del Nurses' Health Study, la relación entre índice de masa corporal y síntomas frecuentes de reflujo fue dosis dependiente de principio a fin. Y hay un hallazgo que cambia a quién le habla esta guía: **entre mujeres que partían de peso normal, subir más de 3,5 puntos de índice se asoció a casi el triple de riesgo** de síntomas frecuentes (OR 2,80). No hace falta llegar a obesidad para que el reflujo aparezca; basta con haber subido.

Y en la dirección contraria también se midió. En 332 adultos que entraron en un programa estructurado de pérdida de peso, con una pérdida media de 13 kilos a los seis meses, la prevalencia de reflujo pasó del 37 % al 15 %.

65 %

Resolución completa de los síntomas al bajar de peso

De los 332 participantes, el 81 % redujo su puntuación de síntomas, **el 65 % los resolvió por completo** y el 15 % de forma parcial. Es un estudio de intervención sin grupo control aleatorizado, así que la magnitud puede estar inflada; la dirección coincide con toda la evidencia de cohortes.

Dos • el horario, que casi nadie mira

EVIDENCIA MODERADA

En un estudio de casos y controles con 147 pacientes y 294 controles emparejados, cenar **menos de tres horas antes de acostarse** se asoció a un riesgo mucho mayor de reflujo que cenar cuatro horas o más antes: **OR 7,45** (IC 95 %: 3,38 a 16,4), después de ajustar por tabaco, alcohol e índice de masa corporal. Es observacional, y el tamaño de la asociación es de los mayores de toda esta guía.

Tres • la cabecera de la cama, probada en Bogotá

Es la única intervención de esta guía puesta a prueba en un ensayo aleatorizado hecho aquí. El estudio IBELGA, de la **Universidad Nacional de Colombia**, cruzó a 39 pacientes con reflujo ya tratado: seis semanas durmiendo con la cabecera elevada **20 centímetros** y seis semanas sin inclinación.

69

% contra 33 %

Los que mejoraron con la cama inclinada, y los que no
27 de 39 alcanzaron el desenlace principal frente a 13 de 39 sin la intervención: **RR 2,08** (IC 95 %: 1,19 a 3,61). La otra mitad del resultado también hay que decirla: no movió la calidad de vida, **el 54 % reportó algún evento adverso**, y aun así el 77 % prefirió dormir así.

CÓMO SE ELEVA BIEN

Se levanta la **cabecera entera de la cama**, con tacos bajo las patas o una cuña bajo el colchón. Amontonar almohadas hace lo contrario: dobla el cuerpo por la cintura y sube la presión dentro del abdomen.



El café relaja el esfínter, y por eso sale en todas las listas



La comida grasa retrasa el vaciamiento y alarga la ventana de reflujo

QUÉ HACER CON LA COMIDA	POR QUÉ
Cenar temprano y liviano	Es la palanca de horario, la de mayor asociación medida en esta guía
Comidas más pequeñas y más repartidas	Menos volumen en el estómago es menos presión contra la válvula
Quedarse de pie o caminar después de comer	La gravedad ayuda mientras el estómago se vacía
Anotar tu propio disparador, si lo tienes	La lista general no está respaldada; tu observación repetida sí vale

Qué hacer, ordenado por lo que se midió

01 Sube la cabecera de la cama, no las almohadas

Tacos bajo las patas o una cuña bajo el colchón. Es la medida más barata de la lista y la única probada en un ensayo aleatorizado hecho en Colombia.

20 cm, que es lo que se usó en el ensayo

02 Deja tres a cuatro horas entre la cena y la cama

Cenar a menos de tres horas de acostarse se asoció al mayor riesgo de toda esta guía frente a cenar con cuatro horas o más de margen.

Si cenas a las ocho, a la cama a partir de las once

03 Si subiste de peso, ese es tu tratamiento

Incluso partiendo de peso normal, subir más de 3,5 puntos de índice de masa corporal casi triplicó el riesgo. Y bajar resolvió los síntomas por completo en dos de cada tres.

Cuenta desde tu peso de antes, no desde una tabla

04 Baja el volumen de cada comida

Menos comida en el estómago es menos presión empujando contra la válvula. Es mecánica, no dieta.

Reparte lo mismo en más veces, empezando por la cena

05 Prueba tus propios disparadores, uno a uno

La lista general de prohibiciones no tiene respaldo, pero tu observación repetida sí sirve. Quitá un alimento a la vez y dale dos semanas antes de decidir.

Uno cada vez. Si quitas seis, no sabrás cuál era

- ☐ Esta semana: tacos o cuña bajo la cabecera de la cama
- ☐ Esta semana: cena adelantada, con tres horas de margen mínimo
- ☐ Anotar el peso de hoy y el de cuando el reflujo no estaba

Cuándo el reflujo deja de ser un asunto de hábitos

CONSULTA, Y ALGUNAS DE ESTAS SON DE HOY

1 Vómito con sangre o heces negras

Es urgencia. No espera al próximo control.

2 Dificultad para tragar que va a más, o comida que se atasca

Un síntoma que progresa se estudia, no se trata a ciegas.

3 Perder peso sin proponértelo, con reflujo

Esa combinación tiene prioridad sobre cualquier cambio de hábito.

4 Reflujo que empieza después de los 60, o que no cede con tratamiento

Cambia la conducta y suele exigir mirar por dentro.

1. Jacobson B.C. *Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women*. NEJM, 2006. PMID 16738270
2. Singh M. *Weight loss and resolution of GERD symptoms*. Obesity, 2013. PMID 23532991
3. Kaltenbach T. *Are lifestyle measures effective in GERD?* Arch Intern Med, 2006. PMID 16682569
4. Villamil Morales I.M. *Head of bed elevation in GERD (IBELGA)*. Gastroenterol Hepatol, 2020. PMID 32229033
5. Fujiwara Y. *Dinner-to-bed time and gastro-esophageal reflux disease*. Am J Gastroenterol, 2005. PMID 16393212
6. Katz P.O. *ACG Clinical Guideline for GERD*. Am J Gastroenterol, 2022. PMID 34807007
7. Rivière P. *Low FODMAP diet in refractory GERD*. Neurogastroenterol Motil, 2021. PMID 34051134

AVISO MÉDICO

Divulgación educativa.

NO ES UNA RECOMENDACIÓN MÉDICA NI REEMPLAZA LA DECISIÓN DE TU MÉDICO.

Por decisión expresa no habla de medicamentos para el reflujo en ninguna dirección: ni para empezarlos, ni para suspenderlos. Eso se decide en consulta.

Un tema desarmado así, en tu correo

Con sus pasos, su tamaño de efecto y sus fuentes. Escrito por un médico.

doctormiltonlara.com/newsletter