

Profesión

Anna Paré Vidal¹,
Anna Bach-Faig²

¹Farmacéutica y dietista-nutricionista. Máster en Alimentación y Nutrición.

²Farmacéutica, Máster y Doctora en Salud Pública Nutricional. Vocal de Alimentación, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona. Profesora de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

“
En España, se estima que el 15% de la población presenta síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico»

Problemas digestivos más frecuentes en adultos

Los problemas digestivos son motivo de consulta frecuente tanto en la farmacia como en atención primaria o en atención especializada. Su elevada frecuencia altera de forma importante la calidad de vida de las personas que los padecen, afectan a su rendimiento laboral y conllevan un consumo considerado de recursos sanitarios.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Es un trastorno que se desarrolla cuando el contenido gástrico o duodenal pasa hacia la luz del esófago a través de un esfínter esofágico inferior incompetente. Es una de las causas más comunes de consulta médica en atención primaria, ya que puede ocasionar molestias importantes. En España, se estima que el 15% de la población presenta síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y afecta por igual a ambos sexos, aunque la esofagitis es dos veces más frecuente en hombres.



©Sitiipong Leetangwattana/123RF.com

Tabla 1. Alimentos, hábitos y fármacos que pueden favorecer el reflujo gastroesofágico

Alimentos		Hábitos		Fármacos	
<ul style="list-style-type: none"> • Grasas • Dulces • Chocolate • Cebolla • Especias • Menta 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas carbonatadas • Cítricos • Cafeína • Alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Ingestas voluminosas • Comer deprisa • Ejercicio físico intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito posprandial • Decúbito lateral derecho • Anteflexión del tronco 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiacepinas • Anticolinérgicos • Agonistas beta • Antagonistas alfa • Calcioantagonistas • Dopamina • Teofilina • Nitratos 	<ul style="list-style-type: none"> • Serotonina • Morfina • Prostaglandinas E2 e I2 • Alendronato • Progesterona • Secretina

La fisiopatología de la ERGE es compleja y obedece a un modelo multifactorial en el que parecen estar implicados mecanismos digestivos, respiratorios, neuroendocrinos y psicológicos.

A lo largo del día, todas las personas presentan relajaciones del esfínter esofágico inferior de forma fisiológica, sin producir por ello síntomas ni lesiones. El volumen y el contenido ácido del material refluído, así como el tiempo en que permanece en contacto con la mucosa del esófago, son factores que influyen en la aparición de los síntomas y en el daño de la mucosa (esofagitis). Las situaciones de estrés favorecen la percepción de los síntomas, incluso en casos en los que la medición del reflujo se considera no patológica.

Factores de riesgo para la ERGE

Factores genéticos, obesidad central, ganancia reciente de peso, consumo de tabaco, presencia de hernia de hiato, dormir en posición de decúbito lateral derecho, algunos alimentos, ciertos hábitos y determinados fármacos que contribuyen a disminuir la presión del esfínter (tabla 1). Tanto la práctica de ejercicio físico moderado como elevar la cabecera de la cama unos centímetros pueden ayudar a evitar los síntomas.

Principales síntomas

La gravedad de los síntomas de la ERGE no es un buen predictor de la intensidad del reflujo ni de la existencia de lesiones. Entre los síntomas más importantes se encuentran los siguientes:

- Pirosis. Sensación de ardor que asciende desde el estómago hacia el cuello.
- Regurgitación. Retorno sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago, o hasta la boca.
- Disfagia esofágica. Dificultad para la deglución a lo largo del esófago.
- Odinofagia. Dolor con la deglución.
- Dolor torácico de causa esofágica.
- Síntomas y manifestaciones respiratorias. Son muy variados y prevalentes, más relacionados con el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que con tos crónica, laringitis y disfonía.

“ La gravedad de los síntomas de la ERGE no es un buen predictor de la intensidad del reflujo ni de la existencia de lesiones »

Los síntomas más frecuentes son pirosis y regurgitación; cuando ambos síntomas están presentes, la probabilidad de presentar reflujo ácido patológico es del 70%. Son síntomas de alarma los siguientes: disfagia, odinofagia, pérdida de peso, anemia, sangrado digestivo y vómitos frecuentes. Las complicaciones originadas por la persistencia grave y prolongada de ácido en el esófago incluyen úlceras esofágicas, estenosis esofágica péptica (disminución de calibre del esófago), hemorragia digestiva, esófago de Barrett y muy raramente cáncer de esófago.

El tratamiento prescrito se basa en inhibidores de la bomba de protones (IBP) como omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol y esomeprazol, que deberá acompañarse de las siguientes recomendaciones alimentarias.

Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Evitar comidas copiosas.
- Evitar exceso de grasas, cacao, chocolate, dulces, cebolla y especias cuando se identifican claramente como desencadenantes de los síntomas.
- Controlar el sobrepeso.
- Evitar el tabaco y el alcohol de alto grado.
- Disminuir la ingesta de café, cítricos y bebidas carbónicas.
- Evitar el ejercicio físico intenso.
- Evitar el decúbito en las 2-3 horas postingesta.
- Dormir sobre el lado izquierdo y con la cabecera elevada.

La bromelaína, el componente activo de la piña, es una mezcla de enzimas proteolíticas con acción antiinflamatoria que puede recomendarse en casos de reflujo por comidas copiosas y ricas en proteínas.

Úlcera péptica e infección por «*Helicobacter pylori*»

La úlcera péptica o gastroduodenal se caracteriza por la presencia de una o varias lesiones en el revestimiento interior del estómago o duodeno producidas por un desequilibrio entre elementos agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal. La localización más frecuente de la úlcera péptica es el duodeno seguido del estómago.

Elementos agresivos: ácido clorhídrico, pepsina, tabaco, alcohol, ácidos biliares, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), isquemia, *Helicobacter pylori*.

Elementos defensivos: bicarbonato, moco, flujo sanguíneo, prostaglandinas, regeneración celular, crecimiento celular.

Aproximadamente un 10% de la población presenta síntomas de una úlcera péptica a lo largo de su vida, y al menos un 25% de éstos tienen complicaciones graves que requieren asistencia hospitalaria. Suele aparecer entre los 30 y 50 años, siendo más frecuente en hombres.

“Aproximadamente un 10% de la población presenta síntomas de una úlcera péptica a lo largo de su vida»

Factores de riesgo para la úlcera péptica

- Historia ulcerosa previa.
- Infección por *H. pylori*.
- Utilización de AINE con:
 - Dosis altas.
 - Dosis bajas en tratamientos prolongados.
 - Asociación de varios AINE.
 - Asociación con corticoides.
 - Asociación con anticoagulantes.
- Tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) solos o asociados a AINE.
- Enfermedad concomitante grave: enfermedad cardiovascular.
- Pacientes polimedicados.

Entre el 10 y el 20% de los individuos infectados por *H. pylori* desarrollarán una úlcera péptica en algún momento de su vida, siendo la infección por esta bacteria el principal agente causal de la úlcera y también el principal factor de riesgo para el adenocarcinoma y el linfoma MALT gástricos.

Sin embargo, la asociación entre *H. pylori* y úlcera péptica no es específica, dado que la bacteria se encuentra presente en una proporción importante de pacientes con dispepsia funcional y también en individuos asintomáticos, lo que refleja con toda probabilidad que su presencia es necesaria pero no suficiente para desarrollar una úlcera péptica.

El argumento más sólido que establece una relación causal entre *H. pylori* y úlcera péptica es el hecho bien contrastado de que la erradicación de la bacteria acelera la cicatrización de la úlcera y reduce de un modo drástico las recidivas y la tasa de complicaciones.

La hipótesis de que la úlcera péptica surge como consecuencia de un desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa no es incompatible con el papel etiopatogénico de *H. pylori*. De hecho, se ha comprobado que la bacteria se adhiere a la pared del estómago o el duodeno, dañándola y reduciendo su capacidad de resistencia a los ácidos gástricos.

No parecen ser causas directas de úlcera los alimentos muy condimentados ni el estrés, aunque sí pueden ser factores contribuyentes.

Principales síntomas

- Dolor punzante localizado en el epigastrio.
- Ardor de estómago.
- Náuseas y/o vómitos.
- Diarrea o estreñimiento.
- Hinchazón abdominal.
- Sensación de plenitud posprandial.
- Flatulencia y meteorismo.
- Mejora al comer y empeora a las 2-3 horas después de las comidas y por las noches (con el estómago vacío).

Algunas personas presentan síntomas inespecíficos, como la pérdida de peso. Son síntomas de alarma: dolor de estómago agudo, repentino y persistente, heces con sangre o de color negro y vómitos con sangre o con aspecto de posos de café.

Actualmente, la indicación del tratamiento erradicador de *H. pylori* resulta incuestionable. El tratamiento de elección es la combinación de un IBP con claritromicina y amoxicilina (preguntar siempre al paciente si es alérgico a la penicilina). No obstante, la eficacia de este tratamiento parece ir en descenso debido al incremento en la tasa de resistencias de *H. pylori* a dichos antibióticos, siendo necesario en tal caso recurrir a tratamientos con IBP junto a tetraciclina, metronidazol y bismuto.

El cumplimiento terapéutico y la aparición de resistencias antibióticas son los dos determinantes principales de la eficacia del tratamiento. Por ello, es necesario explicar al paciente la importancia de evitar la automedicación y recordar que debe continuar con el tratamiento prescrito aunque el dolor desaparezca, pues es necesaria la cicatrización total de la úlcera.

Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Evitar las bebidas alcohólicas por ser lesivas de la barrera mucosa del estómago y retrasar la cicatrización.
- Abstenerse o reducir la toma de café y té; no hay evidencia de que interfieran en la cicatrización, pero sí son estimulantes de la secreción gástrica.

- Leche y derivados. Tradicionalmente, la úlcera péptica se trataba mediante una dieta blanda basada en la leche; no obstante, los estudios han demostrado que en realidad la leche provoca una hiperacidez de rebote capaz de exacerbar las úlceras.
- Evitar el tabaco; es un factor etiológico de la úlcera duodenal y retrasa la cicatrización y aumenta las recurrencias.
- Abstenerse de tomar fármacos ulcerogénicos (ácido acetilsalicílico, AINE, corticoides, reserpina y potasio). Como analgésico o antigripal, debe usarse paracetamol.
- Fraccionar la dieta en cinco o seis comidas al día. Es conveniente hacer comidas frecuentes para evitar la excesiva distensión del antro gástrico, ya que ello puede aumentar la secreción ácida.
- Seguir una dieta variada y equilibrada, evitando aquellos alimentos que produzcan molestias. No existe evidencia para recomendar un tipo concreto de dieta a los pacientes ulcerosos, que simplemente deben evitar aquellos alimentos que les provoquen síntomas.

A pesar de que hay pocos estudios que hayan evaluado intervenciones específicas sobre la dieta (evitar ciertos alimentos, comer despacio, comidas frecuentes y no copiosas, etc.), en algunos pacientes los consejos sobre hábitos

alimentarios saludables pueden ayudar a mejorar los síntomas, además de tener beneficios adicionales sobre el estado de salud general.

El aloe vera (*Aloe barbadensis* Miller) es una planta muy rica en mucílagos con propiedades antibacterianas, antiinflamatorias, cicatrizantes e inmunoestimulantes, cuyo zumo o gel se aconseja en uso interno en caso de úlceras y agresiones del tracto digestivo.

El regaliz (*Glycyrrhiza glabra*) es otra planta cuya indicación está aprobada por la Agencia Europea del Medicamento en el tratamiento de los síntomas digestivos (incluyendo pirosis y dispepsia) y por la Comisión E en úlceras gastroduodenales por su capacidad de inhibir el crecimiento de *H. pylori* y su adhesión a las células gástricas.

Ciertas cepas probióticas tienen también la capacidad de inhibir el crecimiento y la adhesión de *H. pylori* a las células gástricas, optimizando el éxito de los tratamientos clásicos.

Estreñimiento

El estreñimiento es un síntoma que consiste en la reducción de la frecuencia y del peso de las deposiciones, que adoptan una consistencia dura que dificulta su evacuación. Según la Organización Mundial de Gastroenterología, pacientes diferentes tienen percepciones distintas del estreñimiento, y

lo describen como un esfuerzo excesivo para defecar, sensación de evacuación incompleta, deposiciones duras, imposibilidad de defecar cuando se desea y/o disminución de la frecuencia de las deposiciones semanales.

En una población general sana, la frecuencia normal de deposiciones oscila entre tres por semana y tres diarias, que se expulsan sin dificultad en la mayoría de casos. Desde el punto de vista clínico, se considera que hay estreñimiento si los pacientes que no toman laxantes presentan como mínimo dos de los puntos siguientes en un periodo de 12 semanas y en los últimos 12 meses (criterios Roma III):

- Menos de tres deposiciones por semana.
- Defecación dura en más del 25% de las deposiciones.
- Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las deposiciones.
- Esfuerzo excesivo en más del 25% de las deposiciones.
- Necesidad de manipulación digital para facilitar la evacuación.

En España, la prevalencia estimada de estreñimiento es del 16%, es más frecuente en mujeres y se acentúa con la edad. También se asocia al embarazo, a los viajes, a situaciones de estrés y a enfermedades que alteran la motilidad gastrointestinal, como la ERGE, el síndrome del intestino irritable y la dispepsia funcional.

Posibles causas de estreñimiento

- Bajo consumo de alimentos ricos en fibra.
- Poca ingesta de líquidos.
- Sedentarismo.
- Debilidad de los músculos de la pared abdominal y del suelo pélvico.
- Predisposición genética.
- Enfermedades anorrectales como prolapso rectal.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades endocrinas.
- Determinados fármacos (tabla 2).

El estreñimiento puede acompañarse de dolor abdominal, flatulencias, cefalea, pérdida de apetito y náuseas. Las complicaciones que deben tenerse en cuenta son hemorroides, fisura anal, prolapso rectal, colon catártico, impactación fecal, colitis isquémica, incontinencia fecal y retención urinaria. Son síntomas de alarma: presencia de sangre en heces, pérdida de peso inexplicable y dolor abdominal.

El tratamiento dietético tiene un papel muy importante no sólo en la prevención, sino también en la mejora del síntoma. La fibra dietética incrementa el volumen y la viscosidad del contenido intestinal, y favorece la fermentación en el intestino grueso con la formación de ácidos grasos de cadena corta y gases que contribuyen a acelerar el tránsito. Se recomienda una ingesta de fibra de 25-30 g al día o bien 14 g/1.000 kcal. La fibra dietética se encuentra en cerea-

Tabla 2. Fármacos que pueden ocasionar estreñimiento

- Abuso de laxantes (sobre todo laxantes de contacto)
- Diuréticos
- Benzodiacepinas
- Anticolinérgicos: neurolépticos, antiparkinsonianos
- Antidepresivos tricíclicos
- Anticonvulsivantes
- Antihipertensivos: betabloqueadores, metildopa, antagonistas del calcio (verapamilo)
- Antiácidos: hidróxido de aluminio, carbonato cálcico
- Analgésicos opiodes y AINE
- Ácido fólico
- Suplementos de hierro o calcio
- Colestiramina
- Simpaticomiméticos

les integrales, verdura, fruta y hortalizas, legumbres y frutos secos.

Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Comer cinco raciones al día de fruta y verdura. Escoger frutas como naranjas, kiwis, peras y ciruelas; también fruta desecada tipo uvas, pasas y orejones; evitar el plátano y el membrillo. Evitar los zumos en que se desecha toda la pulpa de la fruta, es mejor comer la fruta entera o bien triturarla en vez de licuarla.
- Comer legumbres tres o cuatro veces por semana.
- Escoger preferentemente cereales integrales en forma de pan, arroz, pasta y cereales para el desayuno.
- Los suplementos de fibra como el «psilio» o salvado de trigo incrementan la frecuencia de las deposiciones y disminuyen la consistencia de las heces.
- Aumentar el consumo de alimentos ricos en inulina y oligosacáridos, un tipo de fibra prebiótica que se encuentra en cebollas, ajos, espárragos, puerros y alcachofas, y que favorece el crecimiento de las bifidobacterias intestinales.
- Incrementar la ingesta de líquido a 1,5-2 litros/día, preferentemente en forma de agua pero también en sopas, gelatinas e infusiones. El té contiene taninos que actúan como astringentes y pueden favorecer el estreñimiento, razón por la cual es mejor evitar su consumo.
- El uso de probióticos ha demostrado (tanto en población sana como en aquella que padece estreñimiento crónico) aumentar la frecuencia de las deposiciones, disminuir el tiempo de tránsito intestinal y la consistencia de las heces.
- Comer de forma ordenada en un ambiente tranquilo y sin interferencias, respetando los horarios y sin saltarse comidas.
- Practicar ejercicio físico de forma regular ayuda a fortalecer los músculos de la pared abdominal y a mejorar el tránsito intestinal.

- Reeducar el hábito de evacuación intestinal, y defecar después de las comidas, particularmente por las mañanas cuando la motilidad del colon es más elevada.

Entre los efectos beneficiosos de la fibra, el estímulo del crecimiento de la masa bacteriana es especialmente importante y obedece a que los productos de fermentación de la fibra (ácidos grasos de cadena corta, etc.) son una fuente de energía para el crecimiento de las bacterias intestinales.

El aumento del aporte de fibra en la dieta debe hacerse lentamente y de forma progresiva para evitar flatulencias y malestar intestinal. El beneficio se observa al cabo de varias semanas, y consiste en una mejoría del volumen, frecuencia y reblandecimiento de las heces.

La recomendación de aumentar la ingesta de fibra dietética debe evitarse en enfermos con impactación fecal, con megacolon idiopático o con lesiones anatómicas obstructivas.

Cuando la dieta rica en fibra no es suficiente para corregir el estreñimiento, pueden ser útiles los laxantes formadores de masa, como las semillas de psilio o ispágula o la metilcelulosa. Estos preparados son seguros, siempre y cuando el paciente tome suficiente cantidad de agua.

El uso crónico de laxantes (sobre todo de contacto) puede destruir las neuronas del sistema nervioso entérico, lo que provoca un deterioro de la motilidad, dilatación colónica, empeoramiento del estreñimiento y disminución de la efectividad de dichos tratamientos.

Síndrome del intestino irritable

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal funcional crónico que se caracteriza por episodios recurrentes de dolor abdominal y alteración del hábito intestinal, que puede manifestarse como diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, sin presentar ninguna alteración bioquímica o estructural que pueda justificar la naturaleza de los síntomas.

Se estima que afecta al 15% de la población, y es más frecuente en mujeres.

Los criterios de Roma III definen el SII como dolor o disconfort abdominal recidivante al menos 3 días al mes durante los últimos 3 meses que se asocia a dos o más de los siguientes: mejoría con la defecación, cambio en la frecuencia de las deposiciones o cambio en la forma (consistencia) de las deposiciones.

Se reconocen cuatro subtipos de SII: con predominio de estreñimiento, con predominio de diarrea, con patrón alternante y con patrón indefinido. Algunos síntomas, como la urgencia defecatoria, la sensación de evacuación incompleta, la hinchazón abdominal, la emisión de moco en la deposición o el esfuerzo defecatorio excesivo, apoyan el diagnóstico pero no son imprescindibles para establecerlo.

La patogénesis es compleja e involucra múltiples factores que incluyen alteración de la motilidad gastrointestinal, aumento de la fermentación, hipersensibilidad visceral con per-



©Andrea De Martin/123RF.com

“ Se estima que el síndrome del intestino irritable afecta a 15% de la población, y es más frecuente en mujeres »

cepción del dolor aumentada y disregulación del eje cerebral intestinal, que puede ocasionar mayor reactivación ante situaciones estresantes. También se ha descrito disbiosis intestinal con reducido número de bifidobacterias y lactobacilos.

Principales síntomas del SII

- Dolor o malestar abdominal que se alivia con la defecación.
- Trastornos en el patrón de evacuación.
- Alteraciones en el ritmo intestinal.
- Cambios en la forma de las deposiciones.
- En pacientes con predominio de diarrea, es habitual presentar entre 3 y 6 deposiciones diarias, emitidas con imperiosidad, heces blandas semilíquidas o acuosas. Con frecuencia, la urgencia por la defecación se manifiesta ya en el momento de despertarse o bien después de cada ingesta o ante situaciones de estrés, momentos en los que la actividad motora del colon es más intensa.
- En pacientes con predominio de estreñimiento, suele haber un esfuerzo defecatorio excesivo, a menudo acompañado de una sensación de evacuación incompleta y con síntomas como sensación de hinchazón, flatulencia o distensión abdominal.
- Síntomas extraintestinales: fatiga crónica, dismenorrea, dolor de espalda, fibromialgia, cefalea, insomnio y síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión y neuroticismo.

Son síntomas de alarma la pérdida de peso no explicable por otra causa, la fiebre y la presencia de sangre en heces.

Recomendaciones higiénico-alimentarias

- Realizar ejercicio físico.
- Seguir una dieta equilibrada.
- Dedicar tiempo suficiente a la defecación.
- Realizar comidas poco copiosas, regulares, frecuentes y con un contenido bajo en grasa, puesto que éstas pueden inducir un estímulo gastrocólico.
- En algunos pacientes, el sorbitol, la cafeína, el alcohol o la leche pueden exacerbar la sintomatología.
- En pacientes con diarrea, la recomendación de alimentos ricos en fibra es controvertida y no alivia el dolor abdominal.
- En pacientes con estreñimiento, la fibra soluble (p. ej. psilio) es eficaz en la mejora de cualquier tipo de síntoma, pero no así la fibra insoluble (p. ej. salvado de trigo). Para asegurar la eficacia de la fibra dietética, es importante que el paciente beba todos los días un volumen de agua elevado.
- Ciertos probióticos pueden ser beneficiosos para aliviar los síntomas de pacientes con SII, empleándose como complemento de otros tratamientos.
- Es conveniente descartar posible enfermedad celiaca, intolerancia a la lactosa, intolerancia a la fructosa y al sorbitol.
- Proporcionar al paciente un diario de síntomas puede ayudar a identificar qué alimentos pueden estar ejerciendo una influencia negativa en un paciente concreto.

Se han publicado varios estudios que concluyen que las dietas de restricción de alimentos que podrían ser inductores de síntomas de SII pueden tener cierta eficacia, y dentro de éstas la primera dieta que ha demostrado alivio de los síntomas, sobre todo los relacionados con el dolor y la distensión abdominal, es la dieta baja en FODMAP (*low fermentable oligo-di-monosaccharides and polyol*). Los alimentos ricos en FODMAP incluyen aquellos que contienen fructanos, galactooligosacáridos, galactanos, lactosa, fructosa y polioles. Para evitar déficits nutricionales se aconseja, tras el periodo de eliminación y la mejoría clínica consecuente, reintroducir poco a poco los alimentos eliminados, para llegar a identificar aquellos que en cada paciente producen sintomatología. ●

Bibliografía

- Albis C, Galindo A, Leguizamo A, Maldonado C, Páramo D, Costa V, et al. Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, 2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v30s1/v30s1a02.pdf>
- Alcedo J, Mearin F. La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. En: Montoro MA, García JC, eds. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2.ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2012; pp. 197-211.
- Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervás A, Viñas L, Ferrús J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con enfermedad

- por reflujo gastroesofágico (ERGE). Gastroenterol Hepatol. 2002; 25(2): 85-110.
- Encuesta nacional en Atención Primaria y Aparato Digestivo. Manejo del problema clínico del estreñimiento con molestias abdominales en adultos. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108(6): 323-331.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Infogastrum. Páginas informativas para pacientes de la comunidad hispanoparlante con síntomas gastrointestinales. Última consulta: abril 2017. Disponible en: <http://www.aegastro.es/pacientes/infogastrum>
- Estreñimiento y laxantes. Informe técnico del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Última consulta: abril 2017. Disponible en: http://www.portalafarma.com/cbfast/Paginas/busca_fast.aspx?k=informe%20estre%C3%B1imiento
- Figueroa C. Dieta baja en FODMAP en el síndrome del intestino irritable. Rev Med Clin Condes. 2015; 26(5): 628-633.
- Fisterra. Información para pacientes con úlcera péptica o úlcera gastroduodenal. Disponible en: https://www.fisterra.com/Salud/InfoConse/PDF/ulcus_peptico.pdf
- Gisbert JP. Infección por *Helicobacter pylori*. En: Montoro MA, García JC, eds. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2.ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2012; pp. 281-290.
- Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Documento de consenso, actualización 2012. Aten Primaria. 2012; 44(12): 727.e1-727.e38.
- Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. World Gastroenterology Organization Global Guidelines, update October 2015. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines>
- Guía de práctica clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable. Asociación Española de Gastroenterología. Última consulta: abril 2017. Disponible en: <http://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/guias-de-practica-clinica/guia-clinica-sobre-sindrome-del-intestino-irritable>
- Matarese LE. Nutrición clínica práctica. Barcelona: Elsevier España, 2014.
- McKenzie YA, Bowyer RK, Leach H, Gulia P, Horobin J, O'Sullivan NA, et al. British dietetic association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). J Hum Nutr Diet. 2016; 29(5): 549-575.
- Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Guía de Práctica Clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108(6): 332-363.
- Montoro M, García JC. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2.ª ed. Madrid: Jarpyo Editores, 2012. Disponible en: <http://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/problemas-comunes-en-la-practica-clinica/libro-de-gastroenterologia-y-hepatologia-problemas-comunes-en-la-practica-clinica-2a-edicion>
- Ortega RM, Requejo AM. Nutriguía. Manual de nutrición clínica. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2015.
- Paré A, Puigdueta I. Fitxes de recomanacions dietètiques en la diarrea i el restrenyiment. Circ Farm. 2015; 73(4): 33-37.
- Salas-Salvadó J. Nutrición y dietética clínica. Barcelona: Elsevier España, 2014.
- Tojo González R, Suárez González A, Rúas Madieto P, Mancebo Mata A, Pipa Muñiz M, Barreiro Alonso E, et al. Síndrome del intestino irritable; papel de la microbiota y probiótico-terapia. Nutr Hosp. 2015; 31(1): 83-88.
- Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Asociación Española de Gastroenterología. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2011.