Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11160.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11160

Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes embarazadas

Prevalence of gastroesophageal reflux disease in pregnant patients.

Francisco Javier Castro Apodaca,[1,2] José Ángel Uriarte Valenzuela,[3] Paola Jazmín Rendón Mena,[4] Dalia Magaña Ordorica,[2] Gloria María Peña García,[5] Eli Terán-Cabanillas,[2] Joel Murillo Llanes,[6] Martín Alberto Ramos Martínez,[6] Adrián Canizalez Román,[7] Francisco Javier Hernández Mora,[8] Nancy Godoy Rodríguez,[9] Alberto Ballesteros Manzo[10]

[1] Ginecoobstetra, residente de Urología Ginecológica, Hospital Civil Viejo Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.
[2] Profesor investigador, Facultad de Nutrición y Gastronomía, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa.
[3] Ginecoobstetra, Hospital IMSS-Bienestar Mocorito, Mocorito, Sinaloa.
[4] Nutrióloga, Hospital de la Mujer IMSS-Bienestar, Culiacán, Sinaloa.
[5] Profesor investigador, Facultad de Enfermería de Mazatlán, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa.
[6] Profesor investigador, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa.
[7] Ginecoobstetra, Hospital de la Mujer IMSS-Bienestar, Culiacán, Sinaloa.
[8] Ginecoobstetra, Hospital Civil Viejo de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.
[9] Especialista en Urología Ginecológica, Hospital Civil Viejo de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.
[10] Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Civil Viejo de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-8937-2710

Recibido: febrero 2026
Aceptado: abril 2026

Correspondencia
Joel Murillo Llanes
invhgc@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Castro-Apodaca FJ, Uriarte-Valenzuela JA, Rendón-Mena PJ, Magaña-Ordorica D, Peña-García GM, Murillo-Llanes J, Ramos-Martínez MA, Canizalez-Roman A, Hernández-Mora FJ, Godoy-Rodríguez N, Ballesteros-Manzo A. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes embarazadas. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11160. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11160

Resumen

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas mediante el cuestionario GERD-Q.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, prospectivo, observacional y descriptivo, llevado a cabo en pacientes embarazadas atendidas en los servicios de obstetricia, medicina ambulatoria y perinatología del Hospital de la Mujer de Culiacán, del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2023. La muestra fue por conveniencia. Se aplicó el cuestionario GERD-Q, con punto de corte diagnóstico mayor de 8 puntos. El análisis incluyó estadística descriptiva, intervalos de confianza del 95%, correlación de Pearson y regresión logística.
RESULTADOS: Se incluyeron 225 embarazadas, con edad media de 25.6 ± 6.7 años. El peso promedio aumentó de 68 kg antes del embarazo a 75 kg durante la gestación, equivalente a un incremento del 10.3%; el IMC medio pasó de 26 a 29 kg/m^2, con un incremento de 11.5%. La prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico fue de 32.89% mediante el cuestionario GERD-Q. La mayoría de las participantes tuvo baja frecuencia de hábitos potencialmente nocivos; 66% mantuvo una dieta moderada en grasas y 49% procedía de zonas rurales.
CONCLUSIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico se diagnosticó en casi una tercera parte de las embarazadas evaluadas. Se observó una asociación positiva, principalmente con el peso gestacional y, en menor grado, con el peso pregestacional y el IMC antes y durante el embarazo.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico; enfermedades del sistema digestivo; complicaciones del embarazo.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) in pregnant women using the GERD-Q questionnaire.
MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional, prospective, observational, and descriptive study was conducted in pregnant patients attending the obstetrics, outpatient medicine, and perinatology departments at the Hospital de la Mujer in Culiacán from September 1 to December 31, 2023. The sample was selected by convenience. The GERD-Q questionnaire was administered, using a diagnostic cut-off score greater than eight points. The analysis included descriptive statistics, 95% confidence intervals, Pearson correlation, and logistic regression.

Festomar

Los buenos días del embarazo



FDA APROBADO

Aprobado por la FDA como **el tratamiento de elección para la náusea y vómito** durante el embarazo.

- **Doxilamina/piridoxina** ha demostrado ser **eficaz y segura**, por lo que ha sido catalogada por la **FDA** como **categoría A**.

Dosis:

2 Cápsulas de liberación prolongada por la noche

y de ser necesario, 1 por la mañana y otra a media tarde.



Revisar IPP:

FEST-01A-17
NO. DE ENTRADA: 173300202C0213

ALTIA

Senosiain®

RESULTS: A total of 225 pregnant women were included, with a mean age of 25.6 ± 6.7 years. Mean weight increased from 68 kg before pregnancy to 75 kg during gestation, representing a 10.3% increase; mean BMI rose from 26 to 29 kg/m², an 11.5% increase. The prevalence of gastroesophageal reflux disease, as determined by the GERD-Q, was 32.89%. Most participants had a low frequency of potentially harmful habits; 66% reported a moderate-fat diet, and 49% lived in rural areas.
CONCLUSION: Gastroesophageal reflux disease was diagnosed in almost one-third of the pregnant women evaluated. A positive association was observed, particularly with gestational weight and, to a lesser extent, with pre-pregnancy weight and BMI before and during pregnancy.

KEYWORDS: Gastroesophageal reflux disease; diseases of the digestive system; Pregnancy complications.

ANTECEDENTES

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es causada, principalmente, por la incompetencia del esfínter esofágico inferior, que permite el paso del contenido estomacal hacia el esófago y provoca una sensación de ardor.[1] Es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes del embarazo, con una prevalencia muy variable. Algunos informes reportan que ocurre entre el 40 al 85% de los embarazos.[2] Los factores de riesgo asociados con su alta prevalencia en el embarazo incluyen: edad materna avanzada, aumento de la presión abdominal, incremento excesivo de peso, obesidad, antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico en embarazos anteriores, aumento de las concentraciones hormonales durante el embarazo, consumo de tabaco, alcohol y la dieta.[3,4]

Para diagnosticar la enfermedad por reflujo gastroesofágico varias asociaciones internacionales de gastroenterología recomiendan utilizar la Clasificación de Montreal. Esta clasificación divide el padecimiento en dos grupos: síndromes esofágicos, caracterizados por síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva y dolor torácico no cardiaco. Además de los síntomas se detecta una lesión macroscópicamente visible en la endoscopia. El segundo grupo son pacientes con síndromes extraesofágicos, incluidos la tos crónica, laringitis posterior, asma mal controlada, caries dental y los casos en los que la enfermedad por reflujo gastroesofágico no puede estar directamente relacionada con el síntoma.[5]

La enfermedad por reflujo gastroesofágico puede diagnosticarse con base en los síntomas típicos de acidez y regurgitación que se manifiestan dos o más veces por semana y en la respuesta a cuestionarios de síntomas, como la ERGE-Q,[6] que es el método no invasivo y más adecuado de diagnóstico. Otra posibilidad es que el diagnóstico puede establecerse mediante pruebas terapéuticas, endoscopia convencional y biopsia, endoscopia con aumento con filtros ópticos, esofagograma, monitorización del pH y de la impedancia esofágica, sistema Bravo, manometría esofágica y de impedancia de alta resolución. Todas se consideran pruebas invasivas y algunas no recomendadas para pacientes embarazadas.[7]

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11160

La ERGE-Q tiene una sensibilidad del 65% con corte y una especificidad del 71% con corte mayor de ocho puntos. Como método diagnóstico no invasivo es una posibilidad ideal para su aplicación durante el embarazo. Puede ser autoadministrada o asistida, lo que la convierte en un método válido para diagnosticar la enfermedad por reflujo gastroesofágico en población general y en mujeres embarazadas.[6]

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento debe iniciarse de forma progresiva dependiendo de los síntomas. Primero con cambios en el estilo de vida y añadiendo antiácidos y alginatos, con seguimiento para evaluar la respuesta en una o dos semanas. Si la respuesta es desfavorable, el siguiente paso es añadir sucralfato. Si la respuesta aún continúa siendo desfavorable, lo indicado son los antagonistas del receptor H2, seguidos por los inhibidores de la bomba de protones.[8,9]

Por lo anterior, el objetivo del estudio fue: determinar la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas con base en las respuestas al cuestionario GERD-Q para iniciar el tratamiento de forma rápida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, con recolección prospectiva, observacional y descriptivo al que se incluyeron pacientes embarazadas atendidas en los servicios de obstetricia, medicina ambulatoria y perinatología del Hospital de la Mujer de Culiacán, entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2023. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con el STROBE (Fortalecimiento de la Notificación de Estudios Observacionales en Epidemiología). El tamaño de la muestra fue por conveniencia.

Se utilizó el cuestionario GERD-Q y se administró por sorteo, con diez encuestas diarias a pacientes en la planta de obstetricia, la clínica ambulatoria de perinatología y la clínica general ambulatoria. Las papeletas numeradas se colocaban en una urna sobre las camas de la sala de maternidad, la clínica ambulatoria y la clínica de perinatología. Los alumnos seleccionaron, aleatoriamente, diez papeletas y se dirigieron al área de servicio correspondiente para administrar el cuestionario GERD-Q. Este cuestionario consta de 6 ítems de opción múltiple que pueden responderse como: nunca, 1 vez al día, 2 o 3 veces al día, o entre 4 y 7 veces al día. El corte mayor a 8 puntos se consideró diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico.[6]

La ingesta de grasa se evaluó, cualitativamente, al reportar repeticiones de alimentos ricos en grasa (raciones). El consumo de menos de 4 raciones de grasa se consideró bajo, 5 a 6 raciones moderado y más de 6 raciones alto.

Criterios de inclusión: pacientes embarazadas de 12 años o más, sin tomar en cuenta las semanas de gestación. *Criterios de exclusión*: pacientes embarazadas que no pudieron responder completamente las preguntas del estudio debido a que tenían trastorno mental o que no quisieron participar en el estudio.

Luego de la administración del cuestionario GERD-Q y otras variables, la información se introdujo en la base de datos para su procesamiento estadístico. El análisis incluyó el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión. El coeficiente de correlación de Pearson determinó la relación entre variables continuas. Para determinar el grado de asociación entre variables demográficas independientes y la enfermedad por reflujo gastroesofágico se utilizó regresión logística. Se consideró asociación estadísticamente significativa a un valor de p inferior a 0.05. Se utilizó el programa estadístico Stata 13.0, College Station, Texas 77845 USA.

RESULTADOS

Se incluyeron 225 pacientes embarazadas, con edad media de 25.6 ± 6.7 años, con extremos de 12 y 43 años. El peso medio previo al embarazo fue de 68 kg, que aumentó a 75 kg durante la gestación, un incremento aproximado del 10.3%. De manera similar, el IMC medio, previo a la gestación, fue de 26 kg/m^2, que aumentó a 29 kg/m^2 durante el embarazo, un incremento del 11.5%, reflejo de los cambios fisiológicos normales asociados con la gestación. **Cuadro 1**

La mayoría de las pacientes cursaban el tercer trimestre del embarazo, con una media de 31 semanas y límites de 6 y 39 semanas. En cuanto a la escolaridad de las pacientes 39% había cursado la educación primaria y la ocupación principal fue ama de casa en 87%. El 32.89% tuvo diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico mediante el cuestionario ERGE-Q, y solo 54 (24%) recibieron medicación. **Cuadro 2**

En referencia al estilo de vida, el estudio mostró una baja incidencia de hábitos potencialmente dañinos. Solo 17 (7.6%) pacientes se automedicaron, mientras que los porcentajes de consumo de tabaco y alcohol fueron notablemente bajos, con un 2.2% y 12.9%, respectivamente. La mayoría de las pacientes (66.7%) mantenían una dieta moderada en grasas (**Cuadro 3**) y habitaban en zonas rurales (49%) y en urbanas (51%). Las puntuaciones de ERGE-Q y el peso real (gestacional) de las participantes se correlacionaron más positivamente (r = 0.23, p = 0.001) de acuerdo con el coeficiente de correlación de Pearson,

Cuadro 1. Edad y variables somatométricas

Variable	Promedio	Mínimo/máximo
Edad (años)	25.6 ± 6.7	12-43
Peso previo al embarazo (kg)	68	38-122
Peso en el momento de la encuesta (kg)	75	20-130
IMC previo al embarazo (kg/m^2)	26	15-52
IMC en el momento de la encuesta (kg/m^2)	29	18-58

Fuente: creación propia, n = 225 pacientes. IMC: índice de masa corporal.

Cuadro 2. Factores relacionados con el embarazo

Semanas de gestación (rango)	31 (6 de 39)
Antecedente de embarazos (rango)	2 (1 de 9)
Escolaridad	(%)
Preprimaria	26 (11.56)
Primaria	89 (39.56)
Instituto	68 (30.22)
Universidad	39 (17.33)
Nula	03 (1.33)
Ocupación (%)	
Ama de casa	197 (87.56)
Empleada	28 (12.44)
Diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (%) mediante cuestionario ERGE-Q	
Sí	74 (32.89)
No	151(67.11)
Tratamiento para la enfermedad por reflujo gastroesofágico	
Sí	54 (24)
No	171 (76)
Medicación con receta para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (%)	
Sí	42 (18.7)
No	183 (81.3)

Fuente: creación propia, n = 225.

Cuadro 3. Variables de estilo de vida

Automedicación	**(%)**
Sí	17 (7.56)
No	208 (92.44)
Fumar (%)	
Sí	5 (2.22)
No	220 (97.8)
Alcoholismo (%)	
Sí	14 (12.9)
No	211 (87.1)
Consumo de grasas dietéticas (%), *p* = 0,000	
Bajo	43 (19.11)
Moderado	150 (66.67)
Alto	32 (14.22)

Fuente: creación propia, n = 225.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11160

aunque también con el peso previo y posterior al embarazo, aunque en menor grado. **Cuadro 4**

DISCUSIÓN

La evidencia de la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico durante el embarazo es limitada en el ámbito internacional. Hasta donde se conoce, no se han publicado estudios específicos en pacientes mexicanas. Por ello, la magnitud real del problema en esta población aún no está claramente establecida. Esta incertidumbre podría relacionarse con la disponibilidad de medicamentos de venta libre para el alivio de los síntomas. En contraste, algunos estudios, como el de Le YT y colaboradores han informado prevalencias de 45 a 80% en mujeres embarazadas evaluadas con el cuestionario ERGE-Q.[10] Estos valores son superiores a los reportados en nuestra población, en la que la prevalencia fue del 32.9%.

El sobrepeso y la obesidad se han asociado de manera consistente con los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esta relación se explica, en parte, por el contacto del ácido gástrico con la mucosa esofágica. También se ha vinculado con complicaciones documentadas mediante monitorización del pH durante 24 horas y endoscopia.[11]

Cuadro 4. Correlación entre la puntuación de ERGE-Q, edad de las madres, semanas de gestación y variables antropométricas

	r	P*
Edad	0.12	0.06
Peso previo al embarazo	0.21	0.001
Peso durante el embarazo	0.23	0.001
IMC previo al embarazo	0.21	0.001
IMC en el embarazo	0.21	0.001
Semanas de gestación	-0.07	0.26

* Coeficiente de correlación de Pearson.

En la población estudiada, el peso medio previo al embarazo fue de 68 kg. Durante la gestación aumentó 10.3%. El IMC medio pregestacional fue de 26 kg/m^2, valor compatible con sobrepeso, y se incrementó a 29 kg/m^2 durante el embarazo. En algunos casos, el IMC alcanzó 52 kg/m^2. Este incremento en el peso pudo aumentar la susceptibilidad a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, incluso antes del embarazo. Además, los síntomas pueden agravarse si el aumento de peso durante la gestación no se controla. Por tanto, la supervisión nutricional por dietistas o equipos multidisciplinarios resulta relevante.[12]

Los cambios en el estilo de vida son fundamentales para el control de los síntomas. La obesidad central es uno de los factores más relevantes debido al aumento de la presión abdominal. Otros factores, como el consumo de grasas, alcohol y tabaco también se han asociado con mayor acidez, distensión abdominal y episodios de reflujo.[13] En el estudio que aquí se publica el consumo de tabaco fue de 2.2%, el consumo ocasional de alcohol de 12.9% y la ingesta moderada de grasas de 66.7%. Estas variables se relacionan con la relajación del esfínter esofágico inferior. Por ello, se consideran factores predictivos e, incluso, etiológicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Junto con el aumento de la progesterona durante el embarazo, estos factores pueden intensificar los síntomas.[5,14]

El tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico durante el embarazo debe seguir un enfoque progresivo. El objetivo es mejorar la calidad de vida y disminuir los síntomas. La primera estrategia incluye modificaciones en el estilo de vida y de la dieta. Si estas medidas son insuficientes puede indicarse tratamiento farmacológico.[8] En pacientes embarazadas, los fármacos iniciales recomendados incluyen antiácidos, sucralfato y metoclopramida. La respuesta debe reevaluarse después de dos semanas. Si

no hay disminución de los síntomas pueden considerarse antagonistas de los receptores H2 y una nueva evaluación a los 14 días. En casos persistentes se recomienda un inhibidor de la bomba de protones.[9] En este estudio, 24% de los casos recibió antiácidos u omeprazol. El 76% restante no recibió tratamiento.

Los cambios fisiológicos del embarazo pueden intensificar la pirosis y otros síntomas de reflujo. Por esta razón, con frecuencia se requieren ajustes individualizados en el estilo de vida y en los hábitos alimentarios. También puede recurrirse a intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Este procedimiento exige adaptar con cautela los esquemas terapéuticos habituales. Además, destaca la necesidad de identificar alternativas seguras para las mujeres embarazadas. El autocuidado debe iniciar con cambios en el estilo de vida y antiácidos, de preferencia formulaciones con calcio o magnesio. Debe evitarse la exposición crónica al aluminio. Si los síntomas persisten, la famotidina puede considerarse por su perfil de seguridad favorable. La evidencia acerca de los inhibidores de la bomba de protones durante el embarazo aún es limitada. Por ello, estos fármacos deben reservarse para casos resistentes, indicarse en la dosis mínima eficaz y suspenderse después del parto.[15]

Este estudio tiene varias limitaciones. Entre las principales se encuentran el tamaño de muestra, la ausencia de análisis por trimestre del embarazo y la falta de comparación de las puntuaciones del ERGE-Q entre pacientes con y sin tratamiento. Además, debe considerarse el posible sesgo de memoria. Este sesgo es frecuente en estudios basados en encuestas, sobre todo cuando los síntomas ocurrieron antes de la entrevista.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el cuestionario ERGE-Q, la enfermedad por reflujo gastroesofágico coexistió en el 32.89% de las pacientes embarazadas atendidas en nuestro hospital. Este porcentaje fue menor al descrito en otros estudios. El tratamiento durante el embarazo debe ser gradual y considerar la seguridad de los medicamentos. Se recomienda aplicar el cuestionario ERGE-Q a pacientes embarazadas con fines diagnósticos. También se requieren estudios posteriores con un tamaño de muestra calculado según la prevalencia nacional e internacional del problema.

DECLARACIONES

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo en cumplimiento con los estándares nacionales e internacionales vigentes de investigación bioética. El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de la Mujer de Culiacán, asegurando que todas las etapas se cumplieron con apego a los principios de respeto, beneficencia y justicia.

No se llevaron a cabo experimentos en animales. La investigación consistió en administrar cuestionarios validados y recopilar datos clínicos de pacientes embarazadas, sin procedimientos adicionales que supusieran riesgos más allá de los inherentes a su atención médica rutinaria.

La confidencialidad y el anonimato de las pacientes se mantuvieron en todo momento, siguiendo los protocolos institucionales para la publicación de datos clínicos.

En cuanto a los derechos de privacidad y el consentimiento informado, no era necesario para fines de publicación porque el manuscrito no contiene ninguna información que pudiera identificar a las pacientes.

Contribuciones de los autores

Conceptualización, Francisco Javier Castro-Apodaca, José Ángel Uriarte-Valenzuela; tratamiento de datos, Paola Jazmín Rendón-Mena, Eli Terán-Cabanillas; Análisis formal, Dalia Magaña-Ordorica, Gloria María Peña-García; Investigación bibliográfica, Joel Murillo-Llanes, Martín Alberto Ramos-Martínez; Metodología, Adrián Canizalez-Roman; Administración del proyecto, Jorge Noé Angulo-Rocha, Francisco Javier Hernández Mora; Software, Adrián Canizalez-Román; Supervisión, Joel Murillo-Llanes, Martín Alberto Ramos-Martínez; Validación, Dalia Magaña-Ordorica, Gloria María Peña-García; Visualización, Nancy Godoy Rodríguez, Alberto Ballesteros-Manzo; Guion-borrador original, Paola Jazmín Rendón-Mena, Eli Terán-Cabanillas; Escritura-reseña y edición, Francisco Javier Castro-Apodaca, José Ángel Uriarte-Valenzuela.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11160

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiación

Sin financiación.

Disponibilidad de datos

Los conjuntos de datos generados o analizados durante el estudio actual están disponibles con el autor de correspondencia, previa solicitud razonable.

Referencias clave

- Contreras-Omaña R, Sánchez-Reyes O, Ángeles-Granados E. Comparison of the Carlsson-Dent and GERD-Q questionnaires for gastroesophageal reflux disease symptom detection in a general population. Rev Gastroenterol Mex 2017; 82 (1): 19-25. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.05.005
- Khurmatullina AR, Andreev DN, Maev IV, et al. Global prevalence and risk of gastroesophageal reflux disease symptoms in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2025; 26 (1): 44. https://doi.org/10.1186/s12884-025-08569-x
- Barba Orozco E, Ezquerra Duran A. Study of gastroesophageal reflux. Interpretation of functional tests in the obese patient. Cir Esp (Engl Ed) 2023; 101 Suppl 4: S8-S18. https://doi.org/10.1016/j.cireng.2023.01.015
- Bridgeman MB, Hospattankar A, Siddiqui K, Nakhla N. Empowering pharmacists in heartburn management: practical insights for OTC treatment and self-care. Pharmacy (Basel) 2025; 13 (5): 124. https://doi.org/10.3390/pharmacy13050124
- Zhang M, Pandolfino JE, Zhou X, et al. Assessing different diagnostic tests for gastroesophageal reflux disease: a systematic review and network meta-analysis. Ther Adv Gastroenterol 2019; 12. https://doi.org/10.1177/1756284819890537

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J. Gastroesophageal reflux disease. JAMA 2020; 324: 2565. https://www.amedeolucente.it/public/Gastroesophageal%20Reflux%20Disease.pdf
2. Ali RA, Egan LJ. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2007; 21 (5): 793-806. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521691807000601?via%3Dihub
3. Nirwan JS, Hasan SS, Babar ZU, et al. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): systematic review with meta-analysis. Sci Rep 2020; 10: 5814. https://www.nature.com/articles/s41598-020-62795-1
4. Khurmatullina AR, Andreev DN, Maev IV, Lyamina SV, et al. Global prevalence and risk of gastroesophageal reflux disease symptoms in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2025; 26 (1): 44. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12801965/pdf/12884_2025_Article_8569.pdf
5. Huerta-Iga F, Bielsa-Fernandez MV, Remes-Troche JM, et al, Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex 2016; 81: 208-22. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255534X16300482
6. Contreras-Omana R, Sanchez-Reyes O, Angeles-Granados E. Comparison of the Carlsson-Dent and GERD-Q questionnaires for gastroesophageal reflux disease symptom detection in a general population. Rev Gastroenterol Mex 2017; 82: 19-25. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300842?via%3Dihub
7. Zhang M, Pandolfino JE, Zhou X, et al. Assessing different diagnostic tests for gastroesophageal reflux disease: a systematic review and network meta-analysis. Therapeutic Advances in Gastroenterology 2019; 12. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1756284819890537
8. Ali RAR, Hassan J, Egan LJ. Review of recent evidence on the management of heartburn in pregnant and breastfeeding women. BMC Gastroenterol 2022; 22: 219. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9066781/pdf/12876_2022_Article_2287.pdf
9. Phupong V, Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2015 (9): CD011379. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011379.pub2/full
10. Le YT, Luu MN, Mai LH, et al. Prevalence and characteristics of gastroesophageal reflux disease in pregnant women. Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed) 2023; 88: 341-6. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255534X22000809
11. Barba Orozco E, Ezquerra Duran A. Study of gastroesophageal reflux. Interpretation of functional tests in the obese patient. Cir Esp (Engl Ed) 2023; 101 Suppl 4: S8-S18. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S217350772300220X
12. Vila-Candel R, Faus Garcia M, Martin-Moreno JM. Standard international recommendations for gestational weight gain: suitability for our population. Nutr Hosp 2021; 38: 306-14. https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v38n2/0212-1611-nh-38-2-306.pdf
13. Festi D, Scaioli E, Baldi F, et al. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. World J Gastroenterol 2009; 15: 1690-701. https://thehealthsciencesacademy.org/wp-content/uploads/2015/06/Body-weight-lifestyle-dietary-habits-and-gastroesophageal-reflux-disease.pdf

14. Jacobson BC, Moy B, Colditz GA, Fuchs CS. Postmenopausal hormone use and symptoms of gastroesophageal reflux. Arch Intern Med 2008; 168 (16): 1798-804. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2761884/

15. Bridgeman MB, Hospattankar A, Siddiqui K, Nakhla N. Empowering pharmacists in heartburn management: practical insights for OTC treatment and self-care. Pharmacy (Basel). 2025; 13 (5): 124. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12452338/pdf/pharmacy-13-00124.pdf

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11160