



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**COMPARACIÓN DEL USO DE VONOPRAZAN Y
ESOMEPRAZOL EN EL MANEJO DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO:
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

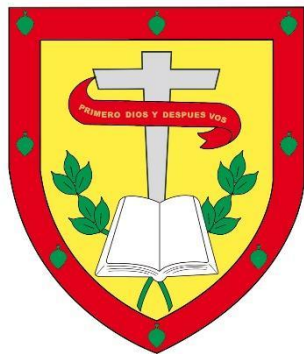
**AUTORES: MARÍA STEFANY CASTILLO CONDOY
JEAN DIEGO GONZAGA TEJADA**

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**COMPARACIÓN DEL USO DE VONOPRAZAN Y
ESOMEPRAZOL EN EL MANEJO DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO:
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES: MARÍA STEFANY CASTILLO CONDOY

JEAN DIEGO GONZAGA TEJADA

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Yo, **María Stefany Castillo Condoy** portador de la cédula de ciudadanía N° **0750632085** y **Jean Diego Gonzaga Tejada** portador de la cédula de ciudadanía No. **0706400488**. Declaramos ser los autores de la obra: “**Comparación del uso de vonoprazan y esomeprazol en el manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo: revisión sistemática**”, sobre la cual nos hacemos responsables de las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 21 de septiembre de 2026

F:  Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**MARIA STEFANY
CASTILLO CONDOY**

María Stefany Castillo Condoy

C.I. 0750632085

F:  Jean Diego
Gonzaga Tejada


Jean Diego Gonzaga Tejada

C.I. 0706400488

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **“Comparación del uso de vonoprazan y esomeprazol en el manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo: revisión sistemática”** realizado por **María Stefany Castillo Condoy** con documento de identidad No. **0750632085** y **Jean Diego Gonzaga Tejada** con documento de identidad No. **0706400488**, previo a la obtención del título profesional de Médico, han sido asesorados, supervisados y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 21 de septiembre de 2026



F: _____

Manuel Rafael Aldás Erazo

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Con todo mi amor y gratitud este trabajo está dedicado en primera instancia a Dios, quien ha sido mi guía a lo largo de todo este proceso, me ha regalado la fortaleza y perseverancia para no darme por vencida y ha puesto en mi vida a personas que me han acompañado con inmenso amor haciendo de este camino el más gratificante.

A mi mami, Mabella Condoy Vidal por creer en mí siempre, por dejarme soñar y apoyarme incondicionalmente, por sus palabras de apoyo e inmenso amor que siento cada día a pesar de la distancia, ha sido mi pilar y mi ancla en este largo proceso. A mi papi Oscar Castillo Sánchez por su gran amor, apoyo y paciencia, por acompañarme y recibirme con mucho cariño siempre. Me siento profundamente bendecida y afortunada de ser su hija, ustedes me han mostrado que con esfuerzo, resiliencia y trabajo duro todo es posible, y que las adversidades lejos de limitarnos, nos enseñan nuevas formas de superarnos. Cada logro en mi vida es por y para ustedes.

A mis hermanos, Bryan, Jonathan y Gabriela, ustedes son la principal fuerza que impulsa cada uno de mis logros. Gracias por su amor incondicional, por sus palabras de aliento, por cada abrazo que me reconforta y por ser mi faro de luz incluso en los momentos más oscuros, me siento demasiado agradecida de tenerlos en mi vida. Mi querido Jonathan tu eres la razón principal por la que elegí y me enamoré de esta carrera. Los amo profundamente y tengo siempre en mi mente y corazón.

A mis amigos, que se han convertido en mi segunda familia, su compañía ha hecho de este proceso el más gratificante. A mi mejor amigo y compañero de tesis, Jean Diego, con quien compartí este proceso desde su inicio, encontrarme contigo y tenerte a mi lado ha sido una bendición. Poder culminar esta etapa junto a ti, rodeada de tu

infinito cariño, ha hecho todo aún más placentero. A mi querida Angely, quien ha sido mi soporte constante y ha estado para mí de manera incondicional, te agradezco profundamente. A mis amigas de toda la vida, Mayra y Mónica, por acompañarme en cada momento.

Finalmente, a mi Duque, quien fue mi soporte emocional durante todos estos años y me hizo sentir a cada instante su amor puro y leal, fuiste mi compañera de vida y te recuerdo siempre con infinito amor.

Atentamente,

María Stefany Castillo Condoy

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica de Cuenca, por brindarme la oportunidad de formarme académicamente en sus aulas, con docentes llenos de calidad humana y vocación, que me han permitido forjar bases de conocimiento para mi futura vida profesional.

Al Dr. Manuel Rafael Aldás Erazo, quien fue mi docente y director de tesis, ha sido un honor que nos acompañe y guíe en este proceso. Gracias por su orientación, dedicación y predisposición.

Al Dr. Juan Fernando Coronel Daquilema, metodólogo de este proyecto, por su gran compromiso, entrega y guía constante. Su dedicación y admirable paciencia fueron un pilar fundamental en esta investigación.

Atentamente,

María Stefany Castillo Condoy

DEDICATORIA

Hoy en día, al mirar atrás, me doy cuenta que no hubiera llegado hasta aquí solo, es por ello que, quiero dedicar esto a todos mis seres queridos que estuvieron ahí, siendo la constante brisa que acaricia el alma y las raíces que sostienen los árboles incluso en las peores tempestades, porque más que un proyecto de titulación, es el resultado de 5 largos años de estudio, incontables noches de desvelo, un acúmulo de experiencias y anécdotas que llenan y enriquecen mi corazón y mente. Un logro que, además, también es suyo por haberme acompañado todo este tiempo.

En primer lugar, eterno agradecimiento a Dios por ser la piedra angular y el pastor de mi vida, quien me ha bendecido grandemente y permitido tener amor, salud, sabiduría, valentía y seguridad en cada instante, haciendo que todo esto sea posible.

A mis padres, Jenny Tejada y Diego Gonzaga por todo el amor que me han brindado, por ser mi motivación e inspiración a lo largo de este arduo camino, pero en especial, a mi mamita. Sé que no existen palabras suficientes para poder expresar todo el amor y gratitud que le tengo al angelito que Dios mandó a la tierra hace años atrás para que un día, yo pudiera llamarle “madre”. Una mujer virtuosa, a quien le doy gracias por haber estado conmigo todos los días de mi vida, por ser la estrella que direccionó mi camino, quien aun estando a cientos de kilómetros, la podía sentir cerca, porque en todo este tiempo no hubo un solo día en el que me faltara un “que Dios te bendiga y cuide mijo”; gracias por enseñarme a volar sin haber soltado mi mano un solo instante; gracias por haberme apoyado incondicionalmente y dado la oportunidad que un día no tuviste, y ahora, yo estoy cumpliendo el sueño por los dos; gracias por mostrarme que a través de la fe y la esperanza todo es posible, por enseñarme que luchando con

esfuerzo, constancia y perseverancia todo se logra, a no desfallecer y saber cómo salir adelante de cada adversidad siempre con una sonrisa.

A mis hermanas, Michelle y Katherine, por ser mis amigas, mis cómplices y compañeras de vida. A ustedes, por siempre haber estado cuando las necesité, por todos esos bellos momentos que hemos compartido y atesoro en mi corazón, por aquellas risas y abrazos que fueron capaces de sanar heridas, por aprender a entenderme sin tener que decir una sola palabra, por tenerme paciencia a pesar de todo, por apoyarme en cada locura, por compartir y celebrar cada logro, pero, sobre todo, por enseñarme el valor de la unidad y que siempre seremos los tres contra todo.

A mis amigas, Stefany, Carol, Helen, Angely y Nicole, que no sabía que las necesitaba hasta que aparecieron en mi vida, convirtiéndose en mi segundo hogar. Caminar con ustedes ha sido realmente un placer, gracias por enseñarme el verdadero valor de la amistad, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por la sinceridad y bondad que supieron demostrar con cada palabra y acción, por hacer que esta carrera tan pesada se volviera amena y llevadera, por ser la alegría que sentía mi corazón al volvernos a encontrar luego de aquellos periodos de vacaciones.

A mi mejor amiga y compañera de tesis, Stefany Castillo, a quien sin tener que pedírselo, supo cómo quedarse en mi vida, y desde el preuniversitario hasta ahora, ha sido una de las coincidencias más bonitas que la vida me pudo dar, gracias por el cariño y la entrega en todo este tiempo, gracias por ser como siempre te he dicho “mi espejo”.

A mis sobrinas, Gordi y Chiqui, por recibirme siempre con tanto desborde de amor y felicidad cada que me ven, como si un ciego viera el mundo por primera vez, gracias por siempre alegrarme el día con tan solo mirarlas.

Atentamente,

Jean Diego Gonzaga Tejada

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica de Cuenca, por haberme abierto las puertas de esta magna y prestigiosa institución para poder formarme académica y profesionalmente.

Al Dr. Manuel Rafael Aldás Erazo, por ser el director, quien con su conocimiento y orientación supo cómo encaminar cada paso a lo largo de este camino, volviéndose pilar fundamental en este proyecto.

Al Dr. Juan Fernando Coronel Daquilema, por ser el metodólogo, que, con sus conocimientos, invaluable guía, entrega, dedicación e inmensurable paciencia, ha permitido la realización y culminación de este proyecto, mismo que no hubiera sido igual sin todo su apoyo.

Atentamente,

Jean Diego Gonzaga Tejada

RESUMEN

Título: Comparación del uso de vonoprazan y esomeprazol en el manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo: revisión sistemática.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del vonoprazan en comparación con el esomeprazol en el manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática acorde la guía PRISMA 2020. La búsqueda se efectuó en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Scopus, Springer Link Nature y Taylor & Francis, mediante descriptores en salud combinados con operadores booleanos. El riesgo de sesgo se evaluó mediante Risk of Bias Tool.

Resultados: Se analizaron 6 ensayos clínicos aleatorizados (>250 pacientes). Vonoprazan demostró mayor eficacia en la supresión ácida gástrica, resolución de lesiones esofágicas, alivio sintomático temprano, tolerabilidad y adherencia, en contraste con esomeprazol, cuyo efecto es más variable y dependiente del genotipo CYP2C19. En ambos fármacos, especialmente en vonoprazan, se evidenció hipergastrinemia, misma que se resolvió terminada la intervención.

Discusión: Vonoprazan mostró superioridad y ventaja farmacodinámica, su eficacia clínica global es comparable con esomeprazol, pues este mantiene una eficacia considerable a mediano plazo. Esto subraya la importancia de generar evidencia local que oriente su uso en Ecuador.

Conclusiones: Vonoprazan representa una alternativa eficaz y segura para el manejo de ERGE erosiva, especialmente en contextos de refractariedad a IBP o variabilidad farmacogenética.

Palabras clave: Esomeprazol; Reflujo gastroesofágico; Vonoprazan.

ABSTRACT

Title: Comparison of Vonoprazan and Esomeprazole in the Management of Patients with Erosive Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review.

Objective: To assess the efficacy and safety of vonoprazan compared to esomeprazole in the management of patients with erosive gastroesophageal reflux disease (GERD).

Methodology: A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines. Searches were performed across PubMed, Cochrane Library, Scopus, SpringerLink, and Taylor & Francis databases using Health Sciences Descriptors (DeCS/MeSH) combined with Boolean operators. Risk of bias was assessed using the Cochrane Risk of Bias Tool (RoB 2).

Results: Six randomized clinical trials (>250 patients) were analyzed. Vonoprazan demonstrated superior efficacy in gastric acid suppression, healing of esophageal lesions, early symptomatic relief, tolerability, and treatment adherence compared to esomeprazole, whose effect was more variable and dependent on the CYP2C19 genotype. Hypergastrinemia was observed with both drugs, particularly with vonoprazan, but resolved following discontinuation of intervention.

Discussion: Vonoprazan demonstrated superiority and pharmacodynamic advantages; however, its overall clinical efficacy remains comparable to esomeprazole over the medium term, as esomeprazole maintains substantial efficacy over time. This highlights the importance of generating local evidence to guide its clinical implementation in Ecuador.

Conclusions: Vonoprazan represents an effective and safe alternative for managing erosive GERD, particularly in cases of PPI refractoriness or pharmacogenetic variability.

Keywords: Esomeprazole; Gastroesophageal reflux; Vonoprazan.

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	16
OBJETIVOS	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
METODOLOGÍA	20
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	40
CONFLICTO DE INTERESES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno digestivo crónico que se caracteriza por un persistente retorno del contenido gástrico hacia el esófago, llegando a generar síntomas molestos y/o potenciales complicaciones a este nivel (1). Esta patología se puede clasificar en dos grandes grupos con relación con la presencia, o no, de lesiones: se habla de enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE), cuando existe sintomatología relacionada y no se identifican erosiones durante la endoscopia digestiva alta (2), mientras que, aquellos síntomas con presencia de erosiones en la mucosa constituyen una esofagitis erosiva (EE) que afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes (3).

La prevalencia de ERGE ha ido incrementando en los últimos años, afectando aproximadamente del 20% al 40% de la población a nivel mundial. Las principales causas de riesgo se encuentran asociadas a la alimentación y estilo de vida (4). Epidemiológicamente, en regiones como Norteamérica, la población afectada llega a ser de 18,1% - 27,8%; mientras que, en Latinoamérica, los datos oscilan entre el 11,9 – 31,3% (5). En Ecuador, la prevalencia es del 52%, siendo más frecuente en el sexo femenino y en pacientes con antecedentes de alcoholismo (6). Un estudio realizado en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso evidenció que aproximadamente el 41,8% de los pacientes que acuden al Servicio de Gastroenterología, presentan ERGE (7).

Desde una perspectiva fisiopatológica, se define a la EE cómo una enfermedad compleja y multifactorial, resultado de un desbalance entre los factores protectores y agresores de la mucosa esofágica (8). En condiciones normales, el contenido gástrico no retorna hacia el esófago gracias a una barrera antirreflujo, la cual está compuesta

por el esfínter esofágico inferior (EEI), la crura diafragmática (CD) y la válvula gástrica o ángulo de His (8-10). Sin embargo, se puede desarrollar ERGE si se afecta al menos uno de los siguientes tres mecanismos, como las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RT-EEI), una presión basal disminuida del EEI y/o la presencia de alguna alteración de la UGE (9).

El diagnóstico de la ERGE se basa en síntomas típicos, como pirosis y regurgitación, aunque ante manifestaciones de alarma, factores de riesgo para esófago de Barrett o respuesta insuficiente a inhibidores de la bomba de protones (IBP), es necesaria una evaluación adicional mediante endoscopia digestiva, la cual resulta esencial para detectar complicaciones y neoplasias, especialmente ante signos como pérdida de peso, disfagia o anemia (10,11).

Además, el estudio endoscópico permite estadificar la severidad de la EE por medio de la escala de “Los Ángeles”, que considera cuatro grados (A-D) en función de la extensión y profundidad de las lesiones (12). En etapas más avanzadas, dichas lesiones pueden progresar a estenosis, úlceras, esófago de Barrett y adenocarcinoma (12,13). La sintomatología asociada a EE incluye pirosis severa, regurgitación frecuente, disfagia progresiva y dolor torácico de tipo no cardíaco. La gravedad de los síntomas suele estar relacionada con el grado de daño tisular, aunque no siempre existe una correlación directa (13).

El manejo de la ERGE demanda un enfoque integral que combina la evaluación clínica de los síntomas típicos y atípicos, junto con los hallazgos endoscópicos y las alteraciones funcionales o motoras del esófago. Con la finalidad de alcanzar los objetivos terapéuticos que incluyen el control sintomático, curación de lesiones y prevención de complicaciones, se precisan dos pilares fundamentales que incluyen

un abordaje no farmacológico, como un cambio en los hábitos de estilo de vida, y un tratamiento farmacológico, basado en la supresión de la secreción del ácido gástrico y así, lograr consecuentemente una mejoría del curso de la enfermedad (14).

El esomeprazol, un inhibidor de la bomba de protones (IBP), ha sido tradicionalmente utilizado para el tratamiento del ERGE, demostrando ser útil en la mejoría del cuadro clínico (15). Sin embargo; se pueden presentar ciertas limitaciones, como la variabilidad en la respuesta del paciente y la posibilidad de efectos adversos a largo plazo (14,15), por lo que actualmente el vonoprazan, un bloqueador ácido competitivo de potasio (P-CAB), ha mostrado resultados prometedores en la mejoría de síntomas y curación de lesiones esofágicas, al tener una supresión más rápida, potente y duradera del ácido gástrico, junto con un perfil de seguridad favorable (16). Esto nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿es el vonoprazan más eficaz que el esomeprazol para el manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo?

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la eficacia y seguridad del vonoprazan en comparación con el esomeprazol en el manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo.

Objetivos Específicos

- Comparar el tiempo de respuesta de vonoprazan y esomeprazol en la cicatrización de lesiones esofágicas y supresión de pH intragástrico en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo.
- Analizar el control de los signos y síntomas relacionados con la enfermedad por reflujo gastroesofágico entre los dos grupos de tratamiento.
- Contrastar el perfil de efectos adversos y su impacto en la tolerabilidad y adherencia de los tratamientos en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo.

METODOLOGÍA

La presente revisión sistemática fue elaborada siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA “Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses” del año 2020 (17). De igual manera, se comprobó que el tema no se encuentra registrado en PROSPERO “International prospective register of systematic reviews”.

La elaboración de la pregunta de investigación se llevó a cabo mediante la utilización de la nemotecnia PICO, misma que se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Pregunta PICO.

COMPONENTES		DESCRIPCIÓN
P	Pacientes o población	Pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo
I	Intervención	Vonoprazan
C	Comparación	Esomeprazol
O	Resultados	Eficacia

Es por ello que, formulamos la presente pregunta de investigación ¿Es el vonoprazan más eficaz que el esomeprazol para el tratamiento de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo?

Criterios de elegibilidad

Dentro de los criterios de elegibilidad empleamos los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Fecha de publicación: todos los artículos publicados hasta la actualidad.

- Disponibilidad de texto: artículos completos de acceso libre
- Tipo de artículo: ensayos clínicos.
- Especie: humanos
- Edad: mayores a 18 años
- Población diana: pacientes diagnosticados de ERGE y pacientes sanos.

Criterios de exclusión:

- Literatura sin fundamento científico o bibliografía gris
- Estudios no acordes a metodología planteada en el estudio
- Tipo de artículo: reporte de casos, revisión sistemática, metaanálisis.

Fuentes de información

Los estudios fueron consultados desde el 1 de noviembre de 2024 hasta el 16 de junio de 2025, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Springer Nature Link, Scopus y Taylor & Francis.

Estrategias de búsqueda

Las palabras clave empleadas se obtuvieron a través de la página web “Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS/MeSH”, como se muestra en la tabla 2 (18).

Tabla 2. Términos DeCS/MeSH

FUENTE	PALABRA CLAVE	TÉRMINOS ALTERNATIVOS
DeCS	Reflujo Gastroesofágico	Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, Reflujo Esofágico

		Acid Reflux, Gastric, Esophageal Reflux, Gastric Acid Reflux, Gastric Acid Reflux Disease, Gastro Esophageal Reflux, Gastro Esophageal Reflux Disease, Gastro oesophageal Reflux, Gastro-Esophageal Reflux, Gastro, Esophageal Reflux Disease, Gastro-Esophageal Reflux Diseases, Gastro-oesophageal Reflux, Gastroesophageal Reflux Disease, GERD, Reflux, Disease, Gastro-Esophageal, Reflux, Gastric Acid, Reflux, Gastro-Esophageal, Reflux, Gastro-oesophageal, Reflux, Gastroesophageal
MeSH	Gastroesophageal Reflux	
DeCS	Esomeprazol	Esomeprazol sódico, nexium
MeSH	Esofagitis péptica	Esofagitis por reflujo
DeCS	Vonoprazan	-

Se asociaron estos términos mediante los operados booleanos “AND” y “OR” para poder desarrollar algoritmos de búsqueda, mismos que se detallan en la tabla 3, los cuales fueron utilizados en las bases de datos antes descritas.

Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda.

BASES DE DATOS	ALGORITMOS DE BÚSQUEDA
Pubmed, Cochrane, Springer Nature Link, Scopus y Taylor & Francis.	(Gastroesophageal Reflux) AND (Esomeprazole)
	(Gastroesophageal Reflux) AND (Vonoprazan)
	(Gastroesophageal Reflux) AND ((Esomeprazole) AND (Vonoprazan))

Proceso de selección de los estudios

La selección de los estudios fue realizada por los dos autores por medio de un proceso de dos fases: inicialmente se examinaron los títulos y resúmenes de todos los artículos con la finalidad de excluir estudios no relacionados con el tema o duplicados; posteriormente, en la segunda etapa los artículos restantes se analizaron completamente para poder verificar su cumplimiento con los criterios de elegibilidad previamente descritos. Para la eliminación de duplicados se empleó el software Zotero.

Proceso de extracción de los datos

La extracción de los datos fue efectuada por los dos autores. Dicha información fue procesada y recopilada en una base previamente elaborada con el programa Microsoft Excel. En casos de desacuerdo en la selección o extracción, el encargado de solventar esta problemática fue el conductor de la investigación.

Lista de datos

- Desenlaces: Eficacia y seguridad: efectos adversos, tolerancia y adherencia.
- Otras variables: base de datos, título del artículo, autor del estudio, año, país y URL o DOI.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

La valoración del riesgo de sesgo se efectuó mediante las herramientas: Risk of bias tool (RoB 2) para ensayos clínicos. Dicha herramienta evalúa el riesgo de sesgo en ensayos aleatorizados, de modo que se enfoca en el efecto relativo entre dos intervenciones en un resultado específico, para lo cual, se estructura en 5 dominios;

por aleatorización, por desviaciones de intervenciones, por datos faltantes, en la medición del resultado y sesgo en la selección de resultados informados; incluyendo preguntas de señalización para guiar juicios sobre el riesgo de sesgo, con opciones de respuesta: "Sí", "Probablemente sí", "Probablemente no", "No" y "Sin información".

RESULTADOS

Se identificaron un total de 267 estudios por medio de la estrategia de búsqueda empleada, después de la eliminación de 184 artículos tras la aplicación de filtros y de 35 duplicados, se procedió a revisar los títulos y resúmenes de 52 registros, de los cuales, se incluyeron 32 estudios para ser evaluados completamente, de entre los cuales, 26 fueron excluidos.

Finalmente fueron incluidos 6 ensayos clínicos, mismos que fueron publicados entre el 2015 y 2024, con una combinación en total de 255 pacientes, de los cuales, 140 recibieron vonoprazan y 143 para esomeprazol. Los detalles de los estudios se describen y presentan en la tabla 4.

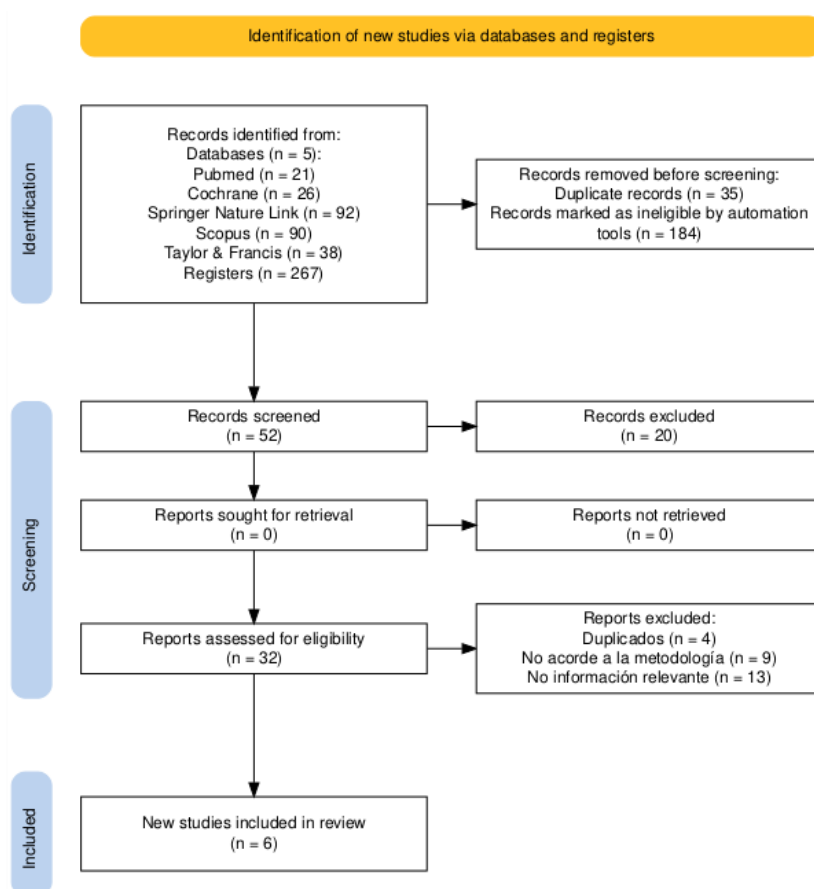


Figura 1. Selección de estudios.

Caracterización de los artículos

Los artículos que fueron utilizados en la presente revisión sistemática se proceden a describir en la tabla 4.

Tabla 4. Artículos incluidos en la revisión sistemática.

N	BASE DE DATOS	TÍTULO	AUTOR	AÑO	PAÍS	URL O DOI
1	Pubmed	Night-time gastric acid suppression by tegoprazan compared to vonoprazan or esomeprazole (19).	Yang E, et al.	2022	Corea del Sur	DOI: 10.1111/bcp.15268
2	Pubmed	Short-Term Symptomatic Relief in Gastroesophageal Reflux Disease: A Comparative Study of Esomeprazole and Vonoprazan (20).	Sakurai K, et al.	2019	Japón	DOI: 10.1007/s10620-018-5365-0
3	Cochrane	Potassium-Competitive Acid Blocker Versus Proton Pump Inhibitor: a Pilot Study on Comparable Efficacy in the	Zhong S, et al.	2024	China	https://doi.org/10.4168/aaair.2024.16.2.191

		Treatment of Gastroesophageal Reflux-Related Cough (21).				
4	Cochrane	A randomized controlled trial to assess the clinical efficacy of esomeprazole vs. Vonoprazan for resolution of Gastro-esophageal reflux disease symptoms in newly diagnosed patients (22).	Ishihara S.	2016	Amsterdam	https://doi.org/10.1177/2050640616663688
5	Pubmed	Acid-inhibitory effects of vonoprazan 20 mg compared with esomeprazole 20 mg or rabeprazole 10 mg in healthy adult male subjects- a randomised open-label cross-over study (23)	Sakurai Y	2015	Japón	DOI: 10.1111/apt.13325
6	Pubmed	Potent acid inhibition by vonoprazan in comparison with esomeprazole, with reference to CYP2C19 genotype (24)	Kagami T	2016	Japón	DOI:10.1111/apt.13588

Riesgo de sesgo de los estudios individualizados

Se analizó el potencial de sesgo en todos los artículos que fueron incluidos en esta revisión. Se incluyeron 6 artículos, de los cuales, 4 presentaban un riesgo bajo, mientras que, 1 evidenciaba un riesgo moderado y 1, un riesgo alto de sesgo.

		Risk of bias domains					
		D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Study	Yang et al 2022						
	Sakurai et al 2019						
	Zhong et al 2024						
	Ishihara 2016						
	Sakurai et al 2015						
	Kagami et al 2016						
		Domains: D1: Bias arising from the randomization process. D2: Bias due to deviations from intended intervention. D3: Bias due to missing outcome data. D4: Bias in measurement of the outcome. D5: Bias in selection of the reported result.					Judgement  High  Some concerns  Low

Figura 2. Riesgo de sesgo por medio de la herramienta RoB-2

Resultados de los estudios individualizados

Los hallazgos más relevantes de los artículos se proceden a detallar en la tabla 5, donde se abarca la cantidad general de participantes, por grupo de control, dosis de intervención, eficacia en la supresión del pH gástrico, cicatrización de lesiones esofágicas, control de síntomas, efectos adversos, tolerabilidad y duración de la intervención.

Tabla 5. Resultados de los estudios individualizados en comparación de vonoprazan y esomeprazol.

Estudio	Participantes			Dosis	Eficacia		Control de síntomas	Efectos adversos	Tolerabilidad	Duración de la intervención
					Supresión del pH gástrico	Cicatrización de lesiones				
Yang et al (19)	n 32	VPZ	n 16	20 mg	60.5% pH $\geq$ 4, pH medio: 4.7 $\pm$ 0.6	ND	Acidez gástrica nocturna controlada	6,25% (1/16)	Hipergastrinemia 67,7%	2 semanas
		EPZ	n 16	40 mg	36.1% pH $\geq$ 4, pH medio 3.5 $\pm$ 0.5		Deficiente control de la acidez gástrica	Ninguno reportado	Hipergastrinemia 66,4%	
Sakurai K et al (20)	n 47	VPZ	n 22	20 mg	No evaluado	S1: 0% S2: 33,3% S3: 33,3%	Resolución completa: 81,8% Resolución suficiente: 50%	Ninguno reportado	Excelente	4 semanas
		EPZ	n 25	20 mg		S1: 50% S2: 25% S3: 25%	Resolución completa: 88,0% Alivio suficiente: 64%			
Zhong et al (21)	n 50	VPZ	n 25	20 mg	ND	ND	Alivio sintomático sin diferencia	Ninguno reportado	Excelente	8 semanas

		EPZ	n 25	20 mg			estadística significativa			
Ishihara et al (22)	n 88	VPZ	n 44	20 mg	ND	ND	58,1% evidenció alivio suficiente	18,6% (8/44)	Excelente	4 semanas
		EPZ	n 44	20 mg			88,6% mostró alivio suficiente	4,5% (2/44)		
Sakurai Y (23)	n 10	VPZ	n 5	20 mg	85,8% pH≥4, pH medio 6,1	ND	ND	Ninguno reportado	Excelente	1 semana
		EPZ	n 5	20 mg	61,2%, pH ≥4 pH medio 4,7					
Kagami et al (24)	n 28	VPZ	n 28	20 mg	QD: 95% pH ≥4, mediana 6,5 BID: 100% pH ≥4, mediana 6,9	ND	ND	Ninguno reportado	Hipergastri nemia (100%)	1 semana
		EPZ	n 28	20 mg	QD: 68% pH ≥4, mediana 4,8				Hipergastri nemia (100%)	

BID: 91% pH
≥4, mediana
6,2

VPZ: vonoprazan; **EPZ:** esomeprazol; **QD:** una vez al día; **BID:** dos veces al día; **ND:** no disponible.

Eficacia

En un estudio realizado por Sakurai K et al (20), se observó que al cabo de una semana de tratamiento con vonoprazan 20 mg, el 50% de los pacientes logró una resolución de las lesiones LA grado C/D, mientras que en las semanas dos y cuatro, dicha resolución se mantuvo en 25%. Por su parte, esomeprazol 20 mg mostró una tasa de resolución del 0% en la primera semana, alcanzando el 33,3% en la segunda y cuarta semana. En el resto de los estudios analizados, no se ofrecieron datos específicos relacionados con la cicatrización de lesiones esofágicas, limitando el análisis a estos resultados.

La acción antisecretora de vonoprazan ha sido evaluada mediante la medición del tiempo durante el cual el pH intragástrico se mantiene igual o por encima de 4, así como a través del pH medio durante las 24 horas. En una población de 16 sujetos, se administró vonoprazan 20 mg, observándose que el pH intragástrico se elevó por encima de 4 aproximadamente a las cuatro horas de su administración, con un pH medio de $4,7 \pm 0,6$. El porcentaje de tiempo durante el cual el pH se mantuvo igual o superior a 4 fue del 60,5% durante el periodo nocturno (22h00 a 10h00) (19).

En otro estudio llevado a cabo por Sakurai Y et al (23), se evidenció que tras un día de tratamiento con vonoprazan, el porcentaje de tiempo con pH mayor a 4 fue del 71,4%, aumentando al 85,8% al séptimo día, cuyo pH gástrico medio fue de 6,1. Kagami et al (24), realizó un análisis que consideró el genotipo CYP2C19, donde se registró un pH medio global de 6,5 y 6,9 con vonoprazan, al administrarse una y dos veces al día, respectivamente. La administración dos veces al día permitió alcanzar un tiempo con $\text{pH} \geq 4$ del 100%, indicando una potente inhibición ácida que favorecía a la cicatrización de lesiones y mejoría clínica de la sintomatología.

En cuanto a esomeprazol, su administración llevó a un pH medio de $3,5 \pm 0,5$ durante la noche, y un porcentaje de tiempo con $\text{pH} \geq 4$ de 36,1%. Sakurai K et al, observaron que al primer día de administración el porcentaje de tiempo con $\text{pH} \geq 4$ fue del 23,9%, aumentando al 61,2% al séptimo día, con una media de pH de 4,7. En sujetos con distintos genotipos CYP2C19, el esomeprazol no logró alcanzar niveles terapéuticos de supresión ácida de forma consistente, especialmente con dosis una vez al día, alcanzando un porcentaje del 68% (24).

Seguridad y efectos adversos

En términos de seguridad, vonoprazan presentó un perfil favorable en los estudios revisados. Se reportaron efectos adversos de carácter leve, sin alteraciones clínicas o de laboratorio significativas. Un hallazgo común fue el incremento transitorio en los niveles séricos de gastrina, alcanzando un aumento de 67,7% y 66,4%, siendo mucho mayor en vonoprazan que en esomeprazol, respectivamente, pero sin implicaciones clínicas y con retorno a los niveles basales tras la interrupción del tratamiento (19). En los pacientes con regímenes de administración dos veces al día, se observaron concentraciones mucho más elevadas de gastrina cuyos valores alcanzaban hasta un 664 pg/mL, especialmente en los metabolizadores pobres, lo cual se asoció a una mayor supresión ácida (Figura 3) (24).

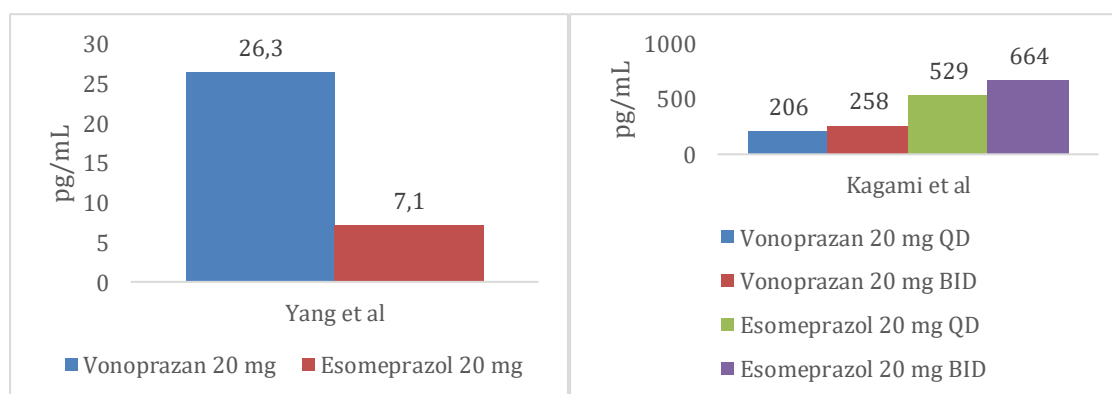


Figura 3. Niveles de gastrina sérica al finalizar el tratamiento.

QD: una vez al día; **BID:** dos veces al día.

Sensibilidad y adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento farmacológico en la ERGE puede estar afectada no solo por la eficacia clínica o efectos adversos, sino que también, por determinados factores farmacocinéticos, entre ellos el metabolismo del gen CYP2C19, mismo que codifica las enzimas pertenecientes al citocromo P450.

Los pacientes a los que se les ha administrado IBP, como el esomeprazol, pueden verse afectados en gran medida por la actividad del CYP2C19 para su metabolismo, pues aquellos que son metabolizadores rápidos o ultrarrápidos, pueden disminuir considerablemente su concentración plasmática, de manera consecuente, reduciendo la eficacia clínica y la respuesta terapéutica. En contraste con el vonoprazan, este conlleva una ventaja farmacocinética, pues al ser menos susceptible al metabolismo de dicho gen, ofreciendo una mayor eficacia y adherencia al tratamiento.

Lo anteriormente descrito se evidencia mediante la supresión del ácido gástrico, donde el porcentaje de $\text{pH} \geq 4$ fue de 95% (79-100%), 100 (85-100%), 68% (37-78%) y 91% (62-100%), para vonoprazan diario, vonoprazan dos veces al día, esomeprazol diario y esomeprazol dos veces al día, respectivamente (24). Específicamente, su pH medio fue de 6,4 en metabolizadores pobres (PMs), 6,5 para metabolizadores intermedios (IMs) y 6,6 para metabolizadores rápidos (RMs) tras la administración de vonoprazan 20 mg diario, mientras que, si se administra 2 veces al día, los resultados son; PMs, 6,9; IMs, 6,7; RMs, 6,9. En tanto el esomeprazol, al administrarse una vez al día; PMs, 4,8; IMs, 5,1; RMs, 4,6, mientras que dos veces al día; PMs, 6,3; IMs, 6,4; RMs 6,1 (24).

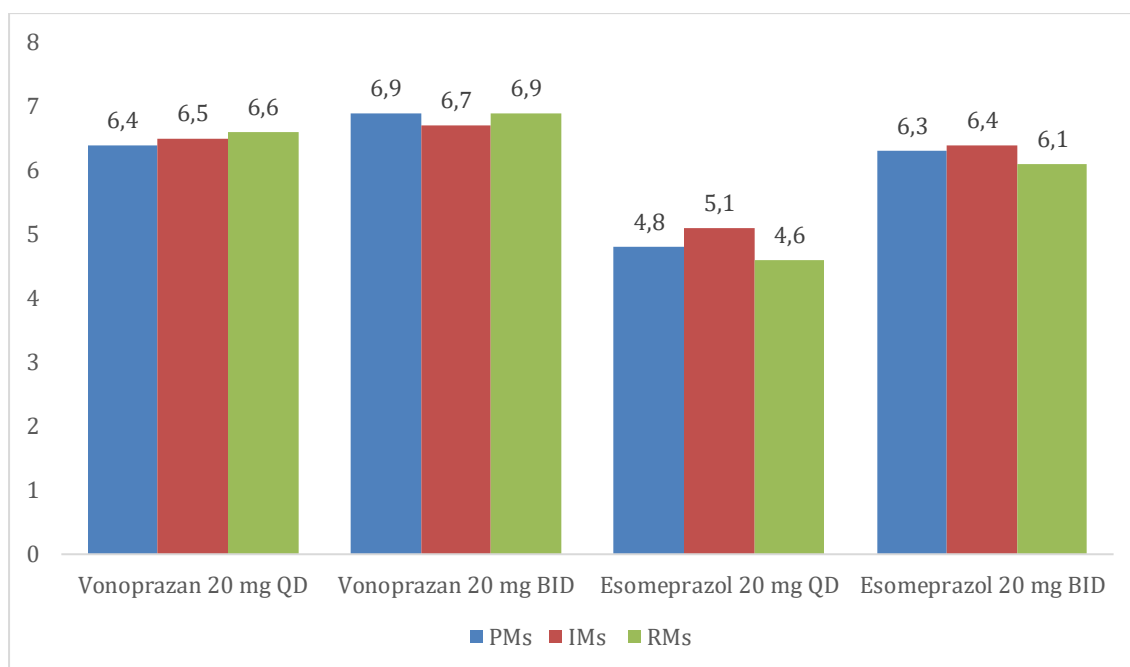


Figura 4. Niveles de pH medio entre cuatro regímenes de tratamiento.

PMs: metabolizadores pobres; **IMs:** metabolizadores intermedios; **RMs:** metabolizadores rápidos.

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática, los estudios incluidos muestran un consenso en cuanto a la capacidad del vonoprazan para lograr una supresión más efectiva de la secreción ácida gástrica, en comparación con los inhibidores de bomba de protones. Este efecto es especialmente notable durante el periodo nocturno, momento en el que suele observarse una menor eficacia con los tratamientos convencionales. Yang E (19), et al. indicaron que el vonoprazan 20 mg logró mantener un $\text{pH} \geq 4$ durante el 60,5% del tiempo nocturno, superando ampliamente al esomeprazol 40 mg, que alcanzó solo el 36,1%. Este patrón fue respaldado por Sakurai Y (20), en cuyo estudio reportó que, desde el primer día de tratamiento, el vonoprazan ofrecía un mayor porcentaje de tiempo con pH intragástrico elevado (71,4% vs. 23,9%), diferencia que se mantuvo hasta el séptimo día. Estos resultados confirman la potencia y rapidez del vonoprazan para alcanzar niveles terapéuticos, lo que puede ser clínicamente relevante en pacientes con síntomas nocturnos persistentes o con esofagitis erosiva activa.

Sin embargo; al contrastar estos hallazgos farmacodinámicos con la respuesta clínica reportada por los pacientes, se observa una variabilidad en los resultados. Sakurai K, et al. (20), refieren que, aunque ambos medicamentos mostraron una eficacia similar en la resolución de los síntomas tras cuatro semanas (88,0% para esomeprazol y 81,8% para vonoprazan), no se encontraron diferencias significativas en la resolución de esofagitis erosiva en ninguno de los momentos evaluados. Por su parte, Ishihara S. (22), en su ensayo clínico reporta que el esomeprazol mostró una tasa de mejoría clínica significativamente mayor (88,6%) frente al 58,1% alcanzado por vonoprazan. Esta discrepancia sugiere que, aunque el vonoprazan actúa de manera más rápida y sostenida a nivel gástrico, su impacto clínico no siempre supera al de los IBP tradicionales como el esomeprazol.

El perfil farmacogenético influye de manera significativa en la eficacia del tratamiento antisecretor. Kagami et al. (24) demostraron que esomeprazol una vez al día no logra una supresión ácida adecuada en todos los genotipos del CYP2C19, especialmente en metabolizadores rápidos, lo que limita su efectividad en ciertos pacientes. En contraste, vonoprazan mantiene una acción potente y constante independientemente del perfil genético, lo que representa una ventaja clave en poblaciones con alta frecuencia de metabolizadores rápidos. Esta uniformidad en su efecto no solo garantiza una mayor previsibilidad terapéutica, sino que también lo posiciona como una alternativa preferente en casos donde los IBP muestran respuesta variable o insuficiente.

Conjuntamente, en lo que respecta al control sintomático Yang E, et al. (19), reporta que vonoprazan 20 mg logra un alivio más rápido de la pirosis en comparación con esomeprazol durante la fase de curación de la ERGE, con una tasa de resolución de síntomas al tercer día del 34,4%. Además, la media de días sin pirosis fue también superior con vonoprazan. Este resultado sugiere una acción más inmediata, lo que puede ser beneficioso en pacientes con síntomas severos. Estos hallazgos coinciden con Kagami T (24), donde se observó que vonoprazan proporciona una inhibición más potente del ácido gástrico desde las primeras dosis, lo cual explica su efecto clínico más rápido en comparación al esomeprazol.

Durante la fase de mantenimiento, el mismo estudio de Yang E, et al. (19), indica que vonoprazan continúa mostrando una leve superioridad sintomática respecto al esomeprazol, con una media de días sin pirosis del 30,0% frente a 28,6% y 27,5% respectivamente, compatible con la farmacodinámica descrita por Kagami (24) donde vonoprazan mantiene valores más estables de pH gástrico durante periodos prolongados, incluso con dosis más bajas.

Kagami et al. (24) demostraron que vonoprazan 20 mg ofrece una supresión ácida nocturna más eficaz que esomeprazol 40 mg, lo que favorecería el control sintomático nocturno. Yang et al. (19) mostraron que esomeprazol logra resolución completa de síntomas desde la segunda semana, con mejoría progresiva del 33,3% en la semana 1 al 100% en la semana 4. Según la escala GOS, los síntomas como pirosis, regurgitación y dismotilidad mejoraron entre el 87% y 90,9% a la semana 2. Aunque vonoprazan presenta inicio rápido, esomeprazol mantiene alta eficacia clínica sostenida, consolidándose como tratamiento confiable a mediano plazo.

Zhong S et al. (21) evaluaron el impacto de vonoprazan 20 mg y esomeprazol 20 mg en síntomas extraesofágicos como la tos crónica asociada al reflujo, observando una mejoría significativa en las puntuaciones de los cuestionarios HARQ y GERDQ con ambos tratamientos. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre ellos, lo que sugiere que, en manifestaciones atípicas del ERGE, la superioridad farmacodinámica de vonoprazan no se traduce en una mayor eficacia clínica respecto al esomeprazol.

En Ecuador, el esomeprazol continúa siendo el tratamiento principal del ERGE erosivo por su amplia disponibilidad, aunque hasta un 40% de los pacientes presenta una respuesta inadecuada, constituyendo casos refractarios. Frente a esta limitación, los P-CABs como el vonoprazan han demostrado mayor eficacia en la inhibición ácida. Simadibrata et al. (25) reportaron tasas de curación superiores al 88% en esofagitis erosiva resistente a IBP. No obstante, el vonoprazan no está disponible en el mercado ecuatoriano ni incluidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, es por ello la importancia de este estudio en el que se incluye una alternativa terapéutica con respaldo científico.

Entre las principales limitaciones del estudio fue la escasa disponibilidad de ensayos clínicos comparativos entre ambos fármacos, el tamaño muestral reducido, la heterogeneidad de la población incluida, la variación en los tiempos de intervención y evaluación complicaron la comparación directa de resultados y limitaron la posibilidad de extraer conclusiones sólidas y generalizables.

CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados obtenidos en esta revisión sistemática sugieren que, aunque el vonoprazan presenta una mayor capacidad para suprimir la secreción ácida gástrica, especialmente durante el periodo nocturno, y ofrece una respuesta más rápida en el alivio de síntomas como la pirosis, su ventaja clínica frente al esomeprazol no es concluyente. Si bien el vonoprazan muestra un perfil farmacodinámico superior y es independiente del genotipo CYP2C19, lo que le otorga una ventaja sobre pacientes con metabolizadores rápidos, la eficacia clínica a largo plazo del esomeprazol sigue siendo elevada, especialmente en la resolución de síntomas y en la curación de lesiones esofágicas. Así, aunque el vonoprazan podría ser útil en el manejo de pacientes con ERGE refractaria o severa, su inclusión en los tratamientos estándar en Ecuador aún requiere una evaluación más profunda, considerando la disponibilidad de ambos fármacos y la necesidad de evidencia local que respalde su uso en el contexto específico del país.

CONFLICTO DE INTERESES

No se presentaron conflictos de intereses en la elaboración del proyecto de titulación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Gastroenterología (WGO). Perspectiva mundial sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev. Gastroenterol. Latinoam [Internet]. 2018 [Consultado 18 de marzo del 2025]; 29(3): 123-146. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2018n3000.03.pdf>
2. Caballero A, López J, Torres U, Hernández J, Quintero M, Caballero A, et al. Factores de riesgo de dispepsia funcional, enfermedad por reflujo gastroesofagico erosivo y no erosivo: un estudio transversal. Gastroenterología y Hepatología [Internet]. 2023 [Consultado 18 de marzo del 2025]; 46(7): 542-552. Disponible en: [10.1016/j.gastrohep.2022.12.005](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.12.005)
3. Shaqran T, Ismaeel M, Alnuaman A, Al Ahmad F, Albalawi G, Almubarak J, et al. Epidemiology, causes, and management of Gastro-esophageal reflux disease: A systematic review. Cureus [Internet]. 2023 [Consultado 18 de marzo del 2025];15(10):e47420. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.47420>
4. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut [Internet]. 2020 [Consultado 18 de marzo del 2025];69(9):1665-1675. Disponible en: doi:10.1136/gutjnl-2019-319365.
5. Organización Panamericana de Gastroenterología (OPGE). Consenso Latinoamericano de Diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Acta Gastroenterológica Latinoamericana [Internet]. 2022 [Consultado 19 de marzo del 2025]. Disponible en: https://www.opge.org/portal/wp-content/uploads/2022/09/concenso_latinoamericano.jpg.

6. Ortega M, León J, Echeverría S, Marín K, Cárdenas K. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), Fisiopatología, Avances en Estrategias Terapéuticas Farmacológicas y Endoscópicas. Pol. Con. [Internet]. 2025 [Consultado 19 de marzo del 2025]; 10(2): 474-489. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/8885/pdf>
7. Angulo A. Utilidad de GERDQ para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico en mayores de 18 años de consulta externa de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso: Mayo 2018 – Diciembre 2018. Repositorio UCACUE [Internet]. 2018 [Consultado 19 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11093>
8. Argüero J, Sifrim D. Actualización en la fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofagico. Acta Gastroenterol Latinoam. 2022[Consultado 19 de marzo del 2025]; 52(2): 135 - 152. Disponible en: <https://doi.org/10.52787/agl.v52i2.212>
9. Sharma P, Yadlapati R. Pathophysiology and treatment options for Gastroesophageal reflux disease: looking beyond acid. Ann N Y Acad Sci. 2022[Consultado 19 de marzo del 2025]; 1486(1): 3-14. Disponible en: doi:10.1111/nyas.14501.
10. Valdovinos M, Amieva M, Carmona R, Coss E, Gómez O, et al. Recomendaciones de buena práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Gastr Mex [Internet]. 2023 [Consultado 19 de marzo del 2025]; 89(2024): 121 143. Disponible en: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-recomendaciones-buena-practica-clinica-el-articulo-S037509062400003X>

11. Katz P, Dunbar K, Schnoll-Sussman F, Greer K, Yadlapati R, Spechler S. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2022 [Consultado 19 de marzo del 2025] 117(1):27-56. Disponible en: doi:10.14309/ajg.0000000000001769.
12. Vakil N, Zanten S, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease (GERD): a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2020 [Consultado 19 de marzo del 2025] 116(5):917-934. Disponible en: doi:10.14309/ajg.0000000000000204.
13. Chait MM. Optimal management of erosive esophagitis: An evidence-based and pragmatic approach. *J Transl Gastroenterol* [Internet]. 2025 [Consultado 19 de marzo del 2025];3(1):39–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14218/jtg.2025.00006>
14. Dulbecco M, Guzmán M. Abordaje terapéutico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. 2022 [Consultado 19 de marzo del 2025]; 52(2):153-165. Disponible en: <https://doi.org/10.52787/agl.v52i2.207>
15. Laine L, Shapiro M, Sandler R. Proton Pump Inhibitors and Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2021 [Consultado 19 de marzo del 2025] 55(3):197-203. Disponible en: doi:10.1097/MCG.0000000000001359.
16. Ogawa S, Takeuchi K, Okada M, et al. Efficacy of vonoprazan versus lansoprazole in patients with erosive esophagitis: A phase 3 randomized controlled trial. *Gastroenterology* [Internet]. 2020. [Consultado 19 de marzo del 2025] 158(4):1062-1071. Disponible en: doi:10.1053/j.gastro.2019.11.016.
17. PRISMA statement [Internet]. PRISMA statement. [Consultado 20 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.prisma-statement.org/>

18. Alves B/. O/. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. Bvsalud.org. [Consultado 20 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
19. Yang E, Kim S, Kim B, Kim B, Kim Y, Park S, et al. Night-time gastric acid suppression by tegoprazan compared to vonoprazan or esomeprazole. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2022 [Consultado 23 de marzo del 2025]; 88(7):3288-3296. Disponible en: doi: 10.1111/bcp.15268.
20. Sakurai K, Suda H, Fujie S, Takeichi T, Okuda A, Murao T, et al. Short-Term Symptomatic Relief in Gastroesophageal Reflux Disease: A Comparative Study of Esomeprazole and Vonoprazan. Dig Dis Sci [Internet]. 2019 [Consultado 23 de marzo del 2025]; 64(3):815-822. Disponible en: doi:10.1007/s10620-018-5365-0.
21. Zhong S, Zhong M, Fang L, Zhi H, Ji X, Tang K, et al. Potassium-Competitive Acid Blocker Versus Proton Pump Inhibitor: a Pilot Study on Comparable Efficacy in the Treatment of Gastroesophageal Reflux-Related Cough. Allergy Asthma Immunol Res [Internet]. 2024 [Consultado 25 de marzo del 2025]; 16(2):191-201. Disponible en: <https://doi.org/10.4168/aair.2024.16.2.191>
22. Ishihara S. A randomized controlled trial to assess the clinical efficacy of esomeprazole vs. Vonoprazan for resolution of Gastro-esophageal reflux disease symptoms in newly diagnosed patients. UEG J [Internet]. 2016 [Consultado 25 de marzo del 2025]; 4(5): A23. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2050640616663688>
23. Sakurai Y, Mori Y, Okamoto H, Nishimura A, Komura E, Araki T, et al. Acid-inhibitory effects of vonoprazan 20 mg compared with esomeprazole 20 mg or rabeprazole 10 mg in healthy adult male subjects- a randomised open-label

cross-over study. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2015 [Consultado 25 de marzo del 2025]; 42: 719 - 730. Disponible en: DOI: [10.1111/apt.13325](https://doi.org/10.1111/apt.13325)

24. Kagami T, Sahara S, Ichikawa H, Uotani T, Yamade M, Sugimoto M, et al. Potent acid inhibition by vonoprazan in comparison with esomeprazole, with reference to CYP2C19 genotype. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2016 [Consultado 25 de marzo del 2025]; 43: 1048 -1059. Disponible en: DOI: [10.1111/apt.13588](https://doi.org/10.1111/apt.13588)
25. Simadibrata DM, Lesmana E, Fass R. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of vonoprazan for proton pump inhibitor-resistant gastroesophageal reflux disease. J Gastroenterol Hepatol. 2024;39(5):796–805. doi:10.1111/jgh.16475.

ANEXOS

[BASE DE DATOS DE TESIS.xlsx](#)

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

María Stefany Castillo Condoy, portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0750632085** y **Gonzaga Tejada Jean Diego** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706400488**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Comparación del uso de vonoprazan y esomeprazol en el manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo: revisión sistemática**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 21 de septiembre de 2026



F:

María Stefany Castillo Condoy

C.I. 0750632085



F:

Jean Diego Gonzaga Tejada

C.I. 0706400488