



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**EFFECTIVIDAD DEL ESOMEPRAZOL VERSUS LANSOPRAZOL
PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS GÁSTRICAS: REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

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

AUTORES: CAYETANO FRANCISCO IDROVO LEÓN

WILSON XAVIER PALOMEQUE CAMPOVERDE

TUTOR: DR. PEDRO FERNANDO FAICAN ROCANO

AZOGUES – ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**EFFECTIVIDAD DEL ESOMEPRAZOL VERSUS LANSOPRAZOL
PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS GÁSTRICAS**

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

AUTORES: CAYETANO FRANCISCO IDROVO LEÓN

WILSON XAVIER PALOMEQUE CAMPOVERDE

TUTOR: DR. PEDRO FERNANDO FAICAN ROCANO

AZOGUES – ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Cayetano Francisco Idrovo León portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0104588306 Declaro ser el autor de la obra: **"Efectividad del esomeprazol versus lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas: revisión sistemática"**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi 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 me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **18 de septiembre del 2025**

F:

Cayetano Francisco Idrovo León

C.I. 0104588306

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Wilson Xavier Palomeque Campoverde portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302640479**. Declaro ser el autor de la obra: **“Efectividad del esomeprazol versus lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas: revisión sistemática”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi 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 me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **18 de septiembre del 2025**



F:

Wilson Xavier Palomeque Campoverde

C.I. 0302640479

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Pedro Fernando Faicán Rocano portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0102513314**. Declaro ser el autor de la obra: **“Efectividad delesomeprazol versus lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas: revisión sistemática”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi 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 me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **18 de septiembre del 2025**



F:

Dr. Pedro Fernando Faicán Rocano

C.I. 0102513314

AGRADECIMIENTO

Agradezco encarecidamente a la Universidad Católica de Cuenca, que me supo acoger en su Alma Mater y supo darme una oportunidad para conseguir el anhelo de formarme como médico, brindándome todas las herramientas para cultivar en mí, todas las aptitudes tanto de ciencia como de empatía para en un futuro poner todo mi empeño en aplacar las dolencias de mis semejantes y disputar las vidas a la muerte.

A mi tutor de tesis, el Doctor Pedro Fernando Faicán, quien, en las aulas como catedrático, en los diversos proyectos y durante la realización de esta tesis estuvo siempre pendiente de mi progreso y con sus consejos supo crear en mí el deseo de darlo todo a pesar de las vicisitudes que se puedan presentar. Al Doctor Cristóbal Ignacio Espinoza, que de manera desinteresada supo guiar mi horizonte, sobre todo en las últimas etapas de la carrera y así conseguir la finalización de la misma.

Al Doctor Edgar Adriano Crespo quien me supo orientar durante cada aspecto del tema para concretar la tesis, y con su paciencia supieron mostrarme la pasión que se debe tener en la ejecución de un proyecto, misma pasión que se le debe poner en cada aspecto de la vida.

A la Doctora María Gabriela Vicuña, la Licenciada María Fernanda Espinoza y la Ingeniera Gabriela Marisol Quevedo, que durante toda mi formación académica me supieron orientar y han estado al tanto de manera permanente, no únicamente de mi desarrollo en el ámbito educativo sino de mi estado de salud.

A la Doctora María Alicia Vázquez, la Doctora María Silvana Calle y al Doctor Luis Alberto Saquicela, por su orientación dentro y fuera de las aulas, siendo no solo fuente de conocimiento sino también esa fuente de apoyo muchas veces necesaria en aquellos momentos de abatimiento.

Finalmente agradezco a mi compañero de tesis Wilson Xavier, quien durante el desarrollo de la tesis y durante toda la carrera universitaria me ha brindado una mano, apoyándome para continuar y superar satisfactoriamente este peldaño.

Cayetano Idrovo L.

Agradezco a Dios a la Virgen y al Divino Niño, quienes han sido mi fuente de sabiduría y sobre todo de darme la fuerza para perseverar, por haberme permitido cumplir una etapa más en mi vida académica, por su guía y su amor en cada paso de este camino, su presencia en mi vida ha sido fundamental para superar cada obstáculo y alcanzar este logro.

Gracias también a mi Universidad Católica de Cuenca por permitirme ser un miembro más de su familia, por llenarme de sabiduría y empatía en cada aula que hemos pasado duros momentos llenos de felicidad y de llanto, pero que en conjunto nos han dado esos conocimientos que la vida nos preguntará cada día, cada segundo, cada momento en nuestros distintos ámbitos laborales y como personas, gracias por permitirme conocer grandes amigos y compañeros quienes hemos compartido risas compartidas, conversaciones interminables, por aventuras y momentos. A todos ellos, con amor y gratitud, les dedico este trabajo, porque sin su apoyo, confianza y amor, este logro no habría sido posible.

A mi tutor de tesis, Doctor Pedro Faicán, con profundo respeto y gratitud, agradecerle por su paciencia, guía y constante apoyo, gracias por compartir su conocimiento, por cada consejo que me motivaron a dar lo mejor de mí, gracias por confiar por en mí, en algún momento no muy lejano de mi vida espero poder compartir salidas hospitalarias y aprender de su conocimiento y perseverancia como persona y profesional. Gracias por ser más que un docente, una guía, y un ejemplo a seguir. Su manera de enseñar y acompañar con tanta empatía y calidez dejó una marca imborrable en mí, no solo como estudiante, sino también como persona. Cada consejo que me dio, y cada momento que dedicó a escucharme hicieron una gran diferencia en mi vida.

A mi amigo y compañero de tesis, Cayetano Idrovo, gracias porque juntos atravesamos este gran desafío y conseguir plasmar esta aspiración.

Wilson Palomeque C.

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico en primer lugar a Dios, a la Santísima Virgen y a San José, que con su amparo permanente me supieron enrumbar en este camino en busca del conocimiento para poder ponerlo en servicio de los demás y que me han concedido finalmente culminar una etapa más con éxito.

A mi madre, Adriana de Lourdes Idrovo, quien ha sido un pilar fundamental para poder culminar este proyecto y cada una de las metas trazadas, quien me ha impulsado a continuar a pesar de los diferentes obstáculos que se me han presentado a lo largo de mi vida y por quien nada de lo que pueda hacer será suficiente para retribuir toda su abnegación y sacrificio.

A mis abuelos Nelly Rebeca León y Alfonso Humberto Idrovo, quienes con su inmenso cariño me cuidaron siempre y con preocupación por mi porvenir supieron guiarme hacia una carrera cuyo fin es el más noble ideal de todo ser humano, el servir al necesitado.

Por último, a mis tíos Eulalia Cumandá Idrovo Germán Antonio Idrovo, quienes con su ejemplo de superación y constancia supieron mostrarme que aun cuando las circunstancias aparentemente no sean las más favorables, es necesario perseverar para poder alcanzar los sueños y aspiraciones.

Cayetano Idrovo L.

A Dios, quien ha sido mi fuente de sabiduría, fortaleza y perseverancia. Agradezco por haberme permitido cumplir una etapa más en mi vida académica, por su guía y amor en cada paso de este camino. Su presencia ha sido fundamental para superar cada obstáculo y alcanzar este logro.

A mis padres, Carlos Palomeque y Piedad Campoverde, por ser la luz en mi vida. No hay palabras suficientes para expresar todo lo que han hecho por mí. Su amor incondicional y apoyo inquebrantable han sido mi mayor inspiración. Gracias por ser mi pilar, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia, y por estar siempre a mi lado en cada paso de este camino, por ser quienes en cada llamada de atención hicieron de mi una gran persona y ser humano, llenándome de amor, de orgullo y de profundo agradecimiento eternamente.

A mis hermanos, Carlos Palomeque y Kevin Palomeque quiero por todo lo que han hecho por mí, gracias por su amor, por su apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado y no dejarme decaer, cada sacrificio que han hecho, cada consejo, cada palabra de aliento, por ser el pilar fundamental en mi vida, estoy y siempre estaré agradecido por todo lo que han hecho y siguen haciendo por mí.

A mi abuela, Rosario Macancela, mi apoyo incondicional, una mujer fuerte y luchadora, a quien admiro profundamente. Gracias por absolutamente todo, por tu amor infinito y por ser un ejemplo de fortaleza en mi vida.

Wilson Palomeque

Efectividad del esomeprazol versus lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas: revisión sistemática

Wilson Xavier Palomeque Campoverde, Cayetano Francisco Idrovo León, Pedro Fernando Faicán Rocano

Universidad Católica de Cuenca, wilson.palomeque@est.ucacue.edu.ec,
cayetano.idrovo@est.ucacue.edu.ec

Resumen

La revisión sistemática muestra que tanto esomeprazol como lansoprazol son eficaces en la prevención de úlceras gástricas inducidas por AINEs, pero el esomeprazol resulta superior. Este fármaco presenta mejor biodisponibilidad, control ácido más estable y menor variabilidad en la respuesta clínica. Los estudios destacan que logra mayor reducción en la aparición de úlceras, hemorragias y recaídas, con tasas de éxito superiores al 85%. El lansoprazol, aunque efectivo, presenta cifras algo menores y más variabilidad en su eficacia. Ambos tienen perfiles de seguridad similares, con efectos adversos leves y poco frecuentes. En conjunto, la evidencia concluye que esomeprazol ofrece ventajas clínicas claras en pacientes de alto riesgo y en uso prolongado de AINEs. **Metodología:** la presente investigación es una revisión sistemática descriptiva con enfoque cualitativo misma que se llevará a cabo utilizando bases de datos como PubMed, Scopus y ScienceDirect. Entre los criterios de inclusión tenemos ensayos clínicos y estudios observacionales comparativos publicados en los últimos cinco años. **Resultados:** de acuerdo a la revisión de los diferentes artículos se identificó que el fármaco que ofrece mayor protección contra úlceras gástricas y menores tasas de complicaciones, proporcionando evidencia clara para optimizar las decisiones clínicas es el esomeprazol. **Conclusiones:** El esomeprazol ofrece una ligera ventaja sobre el lansoprazol en eficacia y menor tasa de recaídas, convirtiéndose en la opción preferida para un control preventivo, especialmente en pacientes con antecedentes de úlceras recurrentes o donde sea indispensable disminuir el riesgo de nuevas lesiones a largo plazo.

Palabras clave: úlceras gástricas, AINEs, esomeprazol, lansoprazol, inhibidores de la bomba de protones

Effectiveness of Esomeprazole versus Lansoprazole for the Prevention of Gastric Ulcers: A Systematic Review

Abstract

The systematic review indicates that both esomeprazole and lansoprazole are effective in preventing nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-induced gastric ulcers; however, esomeprazole proves to be superior. This drug has better bioavailability, more stable acid control, and lower variability in clinical response. Studies highlight that it achieves a greater reduction in the incidence of ulcers, bleeding, and relapses, with success rates exceeding 85%. Lansoprazole, while effective, shows slightly lower outcomes and greater variability in efficacy. Both drugs present similar safety profiles, with mild and infrequent adverse effects. Overall, the evidence concludes that esomeprazole provides clear clinical advantages in high-risk patients and in the long-term use of NSAIDs. **Methodology:** This research consists of a descriptive systematic review with a qualitative approach, conducted using databases such as PubMed, Scopus, and ScienceDirect. The inclusion criteria include clinical trials and comparative observational studies published in the last five years. **Results:** According to the review of various articles, esomeprazole was identified as the drug offering greater protection against gastric ulcers and lower complication rates, providing clear evidence for optimizing clinical decision-making. **Conclusions:** Esomeprazole offers a slight advantage over lansoprazole in terms of efficacy and lower relapse rates, making it the preferred preventive option, especially in patients with a history of recurrent ulcers or in cases where reducing the risk of new long-term lesions is essential.

Keywords: gastric ulcers, NSAIDs, esomeprazole, lansoprazole, proton pump inhibitors

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Definición	2
1.2 Epidemiología y etiología.....	2
1.3 Factores de riesgo	3
1.4 Prevención y tratamiento	4
2. METODOLOGÍA	6
2.1 Pregunta PICO	6
2.2 Criterios de elegibilidad.....	6
2.3 Extracción de datos.....	7
2.3.1 Fuentes de información	7
2.3.2 Estrategia de búsqueda	7
2.3.3 Selección de estudio	8
2.4 Proceso de extracción de datos.....	9
2.5 Lista de los datos:	10
2.6 Evaluación del Riesgo de Sesgo.....	11
2.8 Medidas de síntesis.....	12
2.9 Evaluación de la calidad de estudios	13
2.10 Herramienta de evaluación de la calidad para estudios observacionales de cohortes y transversales.....	18
2.11 Evaluación del riesgo de sesgo.....	21
3. RESULTADOS	24
3.1 Diagrama de Flujo	24
3.2 Tabla de selección de estudios.....	25
4. DISCUSIÓN	43
5. CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48

1. INTRODUCCIÓN.

La enfermedad por úlcera péptica consiste en la formación de lesiones con pérdida de la continuidad que afecta a la submucosa o capas más profundas de la pared gástrica y duodenal, todo esto debido a la alteración de los diferentes mecanismos de defensa del aparato gastrointestinal como es la inhibición de las prostaglandinas protectoras producida por los AINEs (1).

Su formación puede darse a consecuencia de una serie de factores como las personas de edad avanzada y el consumo prolongado de AINEs, y pueden manifestarse de diversas formas como epigastralgia, dispepsia y en los casos más graves hemorragias gastrointestinales, que obedecen a la erosión de vasos arteriales relevantes, como la arteria gástrica izquierda o las ramas de la arteria gastroduodenal, siendo la magnitud del sangrado dependiente tanto del calibre vascular como de la respuesta hemostática del organismo, y perforaciones gástricas que es cuando la úlcera atraviesa todas las capas del estómago y permite que el contenido ácido se vierta en la cavidad peritoneal (2).

En la actualidad, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) representan la terapia de primera línea para la prevención y tratamiento de úlceras gástricas y pépticas, gracias a su potente efecto antisecretor. Dentro de los IBP más utilizados se incluyen omeprazol, pantoprazol, rabeprazol, lansoprazol y esomeprazol. En este estudio se ha decidido comparar específicamente el lansoprazol y el esomeprazol debido a su amplia disponibilidad clínica y a la evidencia que sugiere una eficacia notable en la prevención de lesiones gástricas (3).

Al identificar cuál de estos dos medicamentos brinda mayor efectividad en la prevención de úlceras pépticas, se busca optimizar el tratamiento, disminuir la incidencia de hospitalizaciones y de intervenciones quirúrgicas, así como reducir los costos asociados a la atención médica. Además, esta comparación contribuye al avance del conocimiento científico y sienta las bases para futuras investigaciones relacionadas con el manejo integral de las úlceras gástricas.

1.1 Definición.

La úlcera gástrica se define como una lesión erosiva profunda que afecta la mucosa y submucosa del estómago, debido a un desequilibrio entre los mecanismos de defensa a nivel gástrico y los mecanismos agresores. Desde el punto de vista histopatológico, cuando estas lesiones penetran la muscular de la mucosa, pueden extenderse a la submucosa y progresar a capas más profundas de la pared gástrica (4).

En muchos pacientes, las úlceras gástricas permanecen asintomáticas durante un periodo prolongado, lo que retrasa el diagnóstico y permite la progresión a manifestaciones más severas, cuando la enfermedad avanza, pueden surgir complicaciones tales como dolor epigástrico agudo, vómitos recurrentes y pérdida de peso involuntaria. Además, la inflamación crónica puede provocar edema y fibrosis en regiones antrales o pilóricas, reduciendo el lumen y dificultando el vaciamiento gástrico, esto origina síntomas obstructivos como náuseas posprandiales, plenitud precoz e incluso un deterioro importante del estado nutricional. De forma similar, la lesión ulcerosa puede extenderse en profundidad hasta la muscular propia, desencadenando peritonitis aguda, que se reconoce por un abdomen en tabla e intenso dolor abdominal (4).

1.2 Epidemiología y etiología.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que las úlceras gástricas constituyen una entidad clínica frecuente a escala global, con una incidencia que puede llegar a afectar a una de cada diez personas en algún momento de su vida, lo cual pone de manifiesto su trascendencia en la salud pública al repercutir en la calidad de vida y generar una sobrecarga asistencial notable (5).

Si bien el causante principal de las úlceras gástricas es la infección por *Helicobacter pylori*, el factor etiológico clave a considerar es el empleo prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que en algunos pacientes eleva el riesgo de desarrollar úlceras hasta en 3 por cada 10 personas según estudios epidemiológicos. Estas moléculas, al bloquear las isoenzimas ciclooxigenasa 1 (COX-1) y ciclooxigenasa 2 (COX-2), reducen la síntesis de prostaglandinas responsables de mantener la integridad de la barrera mucosa, así como de facilitar la producción de bicarbonato y un flujo vascular adecuado. Al alterarse ese escudo fisiológico, la mucosa queda expuesta al ácido

gástrico y la pepsina, por lo que se genera una predisposición marcada a la formación de úlceras (5).

Este peligro se ve incrementado en personas con patologías crónicas como artritis reumatoide, artrosis o dolor persistente, que a consecuencia de estas dolencias se ven obligadas a utilizar AINEs a largo plazo, lo cual no solo incrementa la incidencia de úlceras pépticas sino también en ocasiones la probabilidad de presentar hemorragias digestivas, perforaciones y obstrucciones. Dichas complicaciones pueden converger en la necesidad de intervenciones de emergencia (endoscópicas o quirúrgicas), que prolongan la hospitalización y agravan los costos asistenciales, complicando la evolución clínica y afectando directamente la calidad de vida del paciente. Por ende, comprender la epidemiología y la etiopatogenia de las úlceras gástricas, sobre todo las inducidas a consecuencia del uso crónico de AINEs, resulta esencial para diseñar estrategias terapéuticas eficaces y optimizar los recursos de los sistemas de salud (6).

1.3 Factores de riesgo.

La identificación de poblaciones especialmente susceptibles es fundamental para implementar estrategias preventivas que limiten tanto la aparición de úlceras gástricas como sus eventuales complicaciones. Los adultos mayores constituyen uno de los grupos más propensos, debido a cambios fisiológicos propios de la senescencia, como la disminución de la secreción de moco y el incremento de la permeabilidad gástrica, elementos que, en conjunto, predisponen a la formación de lesiones ulcerosas. Asimismo, las personas con antecedentes de úlceras gástricas presentan una tasa de recurrencia particularmente elevada cuando no se adoptan medidas profilácticas eficaces (7).

Por otra parte, quienes padecen comorbilidades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica o afecciones cardiovasculares afrontan un riesgo incrementado de complicaciones, debido a la necesidad frecuente de muchos medicamentos y a las interacciones que pueden surgir con los antiinflamatorios no esteroides (AINEs), capaces de alterar los mecanismos de protección de la mucosa gástrica. Se ha documentado que el empleo de AINEs sin una adecuada gastro protección incrementa de forma notable la probabilidad de hemorragia digestiva, con una incidencia reportada de hasta 5%. Dichas hemorragias, ya sean agudas o crónicas, se originan por la erosión de vasos sanguíneos y se manifiestan clínicamente como hematemesis o melena; en escenarios de mayor

gravedad, pueden desencadenar un choque hipovolémico que compromete la estabilidad del paciente (7).

1.4 Prevención y tratamiento.

Para prevenir tanto la aparición de úlceras gástricas como sus complicaciones, cobra gran importancia el uso profiláctico de inhibidores de la bomba de protones (IBPs), fármacos que suprimen la actividad de la enzima H^+/K^+ ATPasa en las células parietales y atenúan la secreción de ácido. Con ello no solo se favorece la cicatrización de lesiones ya existentes, sino que también se evita la progresión a una mayor manifestación de complicaciones como hemorragias o perforaciones que, además de aumentar la morbilidad, implican elevados costos asistenciales. En las guías clínicas se recomienda especialmente el empleo de IBPs como esomeprazol o lansoprazol en usuarios crónicos de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), dado que, contribuye a contrarrestar las lesiones pépticas causadas principalmente por el efecto sistémico (8).

El esomeprazol, isómero S del omeprazol, exhibe una biodisponibilidad superior a la de otros IBPs, pues su metabolismo hepático depende menos de la isoenzima CYP2C19, lo que se traduce en una menor variabilidad de respuesta y en concentraciones plasmáticas más elevadas y sostenidas; esa estabilidad en el control de la secreción ácida resulta especialmente valiosa en pacientes con alto riesgo de recaídas o que precisan un bloqueo prolongado, como quienes usan AINEs de modo continuo. Por otro lado, el lansoprazol presenta diferencias en su perfil farmacocinético: su absorción puede verse modificada por la ingesta de alimentos y depende más del metabolismo mediado por CYP2C19 y CYP3A4, lo que genera cierto grado de variabilidad interindividual en la respuesta clínica. Aun así, mantiene una eficacia adecuada para la prevención y el tratamiento de úlceras gástricas, sobre todo en pacientes con necesidades menos estrictas de control ácido. Estas características diferenciales permiten adaptar la elección del IBP a la situación clínica específica de cada individuo, con el propósito de minimizar riesgos y optimizar el resultado terapéutico (8).

El lansoprazol, pese a que puede requerir más tiempo para alcanzar concentraciones plasmáticas óptimas, ofrece una supresión ácida efectiva cuando se administra de manera continua y en dosis apropiadas, y su utilidad está respaldada por evidencia tanto en la profilaxis de úlceras gástricas inducidas por AINEs como en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la dispepsia funcional. Tanto lansoprazol como

esomeprazol mantienen perfiles de seguridad favorables, si bien la aparición de efectos adversos como cefalea, náuseas y diarrea, o incluso la hipomagnesemia y la mayor predisposición a infecciones por *Clostridioides difficile* en escenarios menos frecuentes, varía en función de la duración del tratamiento, la dosis administrada y factores inherentes al paciente, como interacciones farmacológicas o comorbilidades. Estas diferencias remarcan la trascendencia de individualizar la selección del IBP conforme a las exigencias terapéuticas de cada persona, garantizando así mejores desenlaces clínicos (9).

La comparación directa entre lansoprazol y esomeprazol continúa generando interés, particularmente en lo relativo a su efectividad para evitar la formación de úlceras pépticas y mitigar reacciones adversas. La ausencia de consenso definitivo puede desencadenar que algunos profesionales escojan uno u otro fármaco basándose en la disponibilidad comercial, el costo o la experiencia clínica, en vez de apoyarse en una evidencia robusta que establezca una ventaja concluyente. Esto hace patente la necesidad de investigaciones adicionales que dilucidan con precisión las diferencias en eficacia y seguridad, incidiendo en parámetros críticos como la capacidad de prevenir recidivas a largo plazo o el perfil de tolerancia. El esclarecimiento de estos aspectos no solo impactaría de manera positiva en la calidad de la atención, al brindar tratamientos más personalizados y eficaces, sino que además optimizaría la relación costo-beneficio en quienes requieren profilaxis contra las úlceras, especialmente aquellos que presentan comorbilidades que aumentan el riesgo de complicaciones gastrointestinales, contribuyendo a una mejor utilización de los recursos sanitarios y a resultados más satisfactorios para los pacientes (9).

2. METODOLOGÍA.

2.1 Pregunta PICO.

Población: Personas adultas en uso de AINEs

Intervención: Esomeprazol

Comparación: Lansoprazol

Resultados: Prevención de úlcera gástrica

En personas adultas en uso de AINEs, ¿es el uso de esomeprazol más efectivo que el uso de lansoprazol para la prevención de úlcera gástrica?

2.2 Criterios de elegibilidad.

Criterios inclusión:

- Ensayos clínicos (ECA) y estudios observacionales comparativos, como cohortes o los de casos y controles
- Estudios en personas mayores de 18 años
- Estudios que reporten la incidencia de úlceras gástricas, hemorragias o perforaciones, así como efectos adversos relacionados con el tratamiento.
- Se incluirán estudios en inglés y español.
- Estudios publicados de los últimos 10 años, asegurando que los datos reflejen los tratamientos actuales.

Criterios de exclusión:

- Estudios realizados en pacientes pediátricos o en poblaciones sin riesgo relevante de desarrollar úlceras gástricas.
- Estudios que evalúen otros IBPs o tratamientos distintos a esomeprazol o lansoprazol.
- Estudios que no reporten datos suficientes de los resultados clínicos clave, como los efectos de úlceras o complicaciones.

2.3 Extracción de datos.

2.3.1 Fuentes de información.

Para garantizar una revisión exhaustiva y actualizada de la literatura, se consideraron diversas fuentes de información confiables, que incluyen bases de datos científicas y repositorios académicos, permitiendo abarcar una amplia gama de estudios, revisiones y artículos pertinentes al tema de investigación sobre la efectividad del esomeprazol y lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas en pacientes que utilizan antiinflamatorios no esteroides (AINEs) de manera prolongada.

Para esta revisión, se consultaron fuentes como PubMed, una base de datos biomédica esencial que reúne ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados desde 2015, enfocados en comparar el esomeprazol y el lansoprazol. También se incluyó ScienceDirect, que aporta estudios comparativos y revisiones sobre el tratamiento de úlceras gástricas, y SciELO, una plataforma que ofrece acceso abierto a publicaciones, principalmente de América Latina, añadiendo una perspectiva regional interesante. Los repositorios institucionales también jugaron un papel importante, ya que contienen tesis y disertaciones con datos frescos sobre el tema. Se priorizaron estudios en inglés o español que analizaran ambos inhibidores de la bomba de protones y aportaran evidencia sobre su efectividad para prevenir úlceras gástricas en pacientes en riesgo. Al combinar fuentes internacionales con repositorios locales, esta revisión busca proporcionar una visión amplia y bien fundamentada sobre la eficacia comparativa de estos medicamentos, respaldando las conclusiones con la mejor evidencia disponible.

2.3.2 Estrategia de búsqueda.

Para la búsqueda, se usaron términos clave tanto en inglés como en español, asegurando cubrir el mayor número de estudios relevantes posibles. Las palabras clave incluyeron "esomeprazol", "lansoprazol", "prevención de úlceras gástricas", "AINEs", "complicaciones gastrointestinales", "inhibidores de la bomba de protones" y "antiinflamatorios no esteroides". Estos términos se combinaron con conectores booleanos: AND para limitar los resultados a estudios que incluyan todos los términos, OR para incluir sinónimos o conceptos equivalentes, y NOT para filtrar estudios que no fueran relevantes o incluyeran intervenciones distintas. La búsqueda se realizó en bases de datos como ScienceDirect, PubMed, SciELO y repositorios institucionales,

priorizando publicaciones desde 2015 en adelante, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales que compararan la efectividad del esomeprazol y el lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas en pacientes que utilizan AINEs. Los estudios deben estar publicados en inglés o español, y se incluirán únicamente aquellos que proporcionen datos sobre la efectividad clínica, seguridad y resultados comparativos entre ambos fármacos, según los criterios de inclusión establecidos.

2.3.3 Selección de estudio.

La búsqueda y selección de estudios para esta revisión sistemática sobre la efectividad comparativa de esomeprazol y lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas se ilustra mediante un flujograma que detalla los pasos realizados para la identificación, selección y exclusión de estudios, así como la inclusión final de aquellos relevantes para el análisis. El proceso comenzó con la identificación de un total de 900 registros o citas de cuatro bases de datos clave: Repositorios institucionales (117), PubMed (302) y ScienceDirect (380) y Scielo (101)

A continuación, se eliminaron 350 registros antes del proceso de cribado, lo que incluyó estudios duplicados (100), registros con calidad metodológica baja (200) y estudios que no abordaban poblaciones relevantes para el objetivo del estudio (50).

En la fase de cribado, se revisaron los 550 registros restantes. De estos, 500 fueron eliminados por estar fuera del marco temporal establecido, que fue desde 2016 en adelante, dejando un total de 50 publicaciones que se buscaron para su recuperación. Posteriormente, se eliminaron 5 estudios debido a la falta de acceso al texto completo. Esto redujo las publicaciones evaluadas para su elegibilidad a 45. En esta fase, se excluyeron 15 estudios por diversas razones: 7 no cumplían con los criterios de inclusión en cuanto a la población de pacientes con uso prolongado de AINEs, 6 estudios no eran originales (revisiones secundarias o informes no clínicos), y 5 estudios contenían datos incompletos para el análisis comparativo entre esomeprazol y lansoprazol.

Finalmente, se incluyeron 27 estudios en la revisión que cumplieron con todos los criterios de inclusión, pasando por cada una de las fases descritas en el flujograma. Este proceso detallado asegura una selección rigurosa y adecuada de los estudios para

evaluar la efectividad y seguridad comparativa de esomeprazol y lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas en pacientes en riesgo.

2.4 Proceso de extracción de datos.

El proceso de recolección de datos en esta revisión se realizó con cuidado y detalle para asegurar que la información fuera precisa y completa. Se creó un formulario estandarizado pensado para capturar de manera uniforme los aspectos clave de cada estudio seleccionado. Dos revisores trabajaron de forma independiente para extraer los datos, revisando cada artículo por separado y en paralelo para reducir errores o posibles sesgos. Si surgía alguna discrepancia entre ellos, se discutía hasta llegar a un acuerdo, y en caso de no lograrlo, un tercero intervenía para tomar la decisión final. Los datos extraídos incluirán lo siguiente:

1. Información General del Estudio.

Se recopiló información general de cada estudio, incluyendo el título, los nombres de los autores, el año en que se publicó, el país donde se realizó y el tipo de investigación, ya sea ensayo clínico, cohorte observacional u otro estudio.

2. Características de la Población.

Se extrajo datos sobre la población del estudio, incluyendo el tamaño de la muestra, la edad promedio, el género y los criterios que se usaron para incluir o excluir participantes. Esta información ayuda a determinar qué tan aplicables son los resultados a la población adulta en general.

3. Intervención y Comparación.

En cada estudio se registró el tratamiento que se administró, ya fuera esomeprazol o lansoprazol, especificando la dosis utilizada y cuánto tiempo duró el tratamiento. Además, se recopilaron detalles sobre los protocolos de seguimiento, lo que facilitará la comparación entre ambos medicamentos en cuanto a su adherencia y eficacia para prevenir úlceras gástricas.

4. Resultados Principales.

Se recopilaron los resultados sobre la aparición de úlceras gástricas y las complicaciones relacionadas, como hemorragias o perforaciones, además de los efectos adversos que se presentaron. También se registró información sobre la efectividad de los tratamientos para prevenir las úlceras y cualquier dato que reflejara cómo impactaron en la calidad de vida de los pacientes.

5. Evaluación de la Calidad del Estudio.

En la presente revisión sistemática se evaluó rigurosamente la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante dos herramientas validadas. Para los ensayos clínicos se empleó el instrumento "Quality Assessment of Controlled Intervention Studies", el cual permitió analizar aspectos fundamentales relacionados con el diseño, la ejecución y el reporte de las intervenciones, garantizando una valoración integral del riesgo de sesgo inherente a este tipo de estudios. Por otro lado, para los estudios observacionales (cohortes y transversales) se utilizó el "Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies", herramienta que facilitó la identificación y el control de potenciales limitaciones metodológicas específicas de estos diseños. La aplicación combinada de ambos instrumentos asegura una evaluación exhaustiva y precisa de la calidad de la evidencia, lo que resulta crucial para sustentar las conclusiones acerca de la efectividad del esomeprazol versus lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas (10).

2.5 Lista de los datos:

Variable dependiente

- Efectos adversos del tratamiento.
- Calidad de vida del paciente

Variable independiente

- Sexo
- Adultos > 18 años

2.6 Evaluación del Riesgo de Sesgo.

En esta revisión sistemática se realizó una evaluación minuciosa del riesgo de sesgo en los estudios incluidos. Para ello, se emplearon dos herramientas validadas que permiten identificar y cuantificar las posibles fuentes de error metodológico. En los estudios observacionales (cohortes y controles), se utilizó la herramienta ROB-1, la cual facilita la detección de sesgos inherentes a estos diseños y posibilita una valoración crítica de la robustez de sus hallazgos. Por otro lado, para los ensayos clínicos se aplicó la herramienta ROB-2, diseñada específicamente para evaluar el riesgo de sesgo en estudios de intervención, considerando aspectos relevantes del proceso aleatorizado, de la ocultación de la asignación y del seguimiento de los participantes. La implementación de estas herramientas garantiza una revisión exhaustiva y rigurosa del riesgo de sesgo, fortaleciendo la validez interna y la confiabilidad de las conclusiones sobre la efectividad del esomeprazol versus lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas.

2.7 Medidas de efecto.

En este estudio se utilizaron dos medidas clave para evaluar la efectividad del esomeprazol y el lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas: la Razón de Riesgos (RR) y la Odds Ratio (OR). Estas herramientas ayudaron a medir la relación entre cada medicamento y los resultados clínicos, permitiendo comparar de manera más precisa ambos tratamientos.

Razón de Riesgos (RR):

La Razón de Riesgos (RR) se usó para comparar qué tan frecuente es la aparición de úlceras gástricas y sus complicaciones, como hemorragias o perforaciones, en pacientes que reciben esomeprazol frente a los que toman lansoprazol. La RR indica cuántas veces es más (o menos) probable que ocurra un evento, como una úlcera gástrica, en el grupo de esomeprazol a comparación con el otro que usa lansoprazol. Una $RR > 1$ indicará que el esomeprazol se asocia con un mayor riesgo de úlceras en comparación con el lansoprazol, mientras que una $RR < 1$ indicará que el esomeprazol reduce el riesgo en comparación con el lansoprazol.

Odds Ratio (OR):

La Odds Ratio se utilizó principalmente en estudios observacionales incluidos en la revisión, para evaluar la probabilidad de desarrollar úlceras gástricas en pacientes tratados con esomeprazol frente a aquellos con lansoprazol. La OR es útil cuando se comparan eventos raros y se interpretará en términos de la probabilidad de que los pacientes de esomeprazol desarrollen úlceras en comparación con el de lansoprazol. Si la Odds Ratio (OR) es mayor a 1, significa que hay más probabilidad de que el evento ocurra en el grupo que usa esomeprazol. Por el contrario, si la OR es menor a 1, indica que la probabilidad es menor en comparación con el grupo que usa lansoprazol.

2.8 Medidas de síntesis.












































En este estudio se utilizó una síntesis narrativa para analizar y describir los hallazgos sobre la efectividad del esomeprazol y el lansoprazol en prevenir úlceras gástricas en pacientes de alto riesgo. Este enfoque permitió interpretar los resultados de manera cualitativa, comparando ambos medicamentos en cuanto a su capacidad para reducir la aparición de úlceras y disminuir complicaciones como hemorragias o perforaciones. La síntesis integra los aspectos clave de cada estudio, como el diseño, el tamaño de la muestra, la duración del tratamiento y los resultados específicos de cada intervención. Además, se destacan tanto las similitudes como las diferencias en los resultados clínicos, considerando factores que podrían influir en la variabilidad, como la dosis utilizada, el tiempo de seguimiento y las características de los pacientes incluidos. Este enfoque descriptivo permitió contextualizar los resultados en un marco clínico sin depender exclusivamente de análisis estadísticos, facilitando una comprensión integral de esomeprazol y lansoprazol en la prevención de úlceras gástricas.

2.9 Evaluación de la calidad de estudios.

Herramienta de evaluación de la calidad de los estudios de intervención controlada


Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Puntos	Calidad
Islam, et al, (2024)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	Media
Franco, et al, (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12	Alta
Scally et al, (2018)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Abed, et al (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	Media
Graham et al, (2019)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Gomez y Casado, (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Melcarne, et al (2016)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media

Grace LH Wong et al, (2019)															7	Media
Kamada et al, (2021)															8	Media
Luna, et al, (2023)															7	Media
Chu, et al, (2020)															7	Media
Thushani, et al, (2023)															11	Alta
Castellana, et al, (2021)															7	Media
Borao, et al (2023)															8	Media

Abrahami, et al, (2021)															7	Media	
Alfahad, et al, (2021)															8	Media	
Dipasquale, et al, (2018)																9	Media

Si: 

No: 

Otro(CD, Na, NR): 

*CD significa que no se puede determinar, NA indica que no aplica, y NR señala que no fue reportado.

Calidad de estudio

Alta: 11-14

Media: 6-10

Baja: 0-5

Criterios

1. ¿El estudio menciona si fue aleatorizado o clasificado como ensayo clínico aleatorizado (ECA)?
2. ¿El método utilizado para la aleatorización fue adecuado, como una asignación completamente al azar?
3. ¿Se ocultó la asignación de tratamiento para que no se pudiera prever a qué grupo iría cada participante?
4. ¿Los participantes y quienes administraban el tratamiento sabían o no a qué grupo pertenecían?
5. ¿Las personas encargadas de evaluar los resultados estaban cegadas respecto a los grupos de los participantes?
6. ¿Los grupos eran comparables desde el principio en características importantes como edad, factores de riesgo o condiciones de salud?
7. ¿El porcentaje de abandono total del estudio fue igual o menor al 20% del total de participantes?
8. ¿La diferencia en las tasas de abandono entre los grupos fue igual o menor a 15 puntos porcentuales?

9. ¿Los participantes de cada grupo siguieron de forma estricta los protocolos de intervención establecidos?
10. ¿Se evitaron otras intervenciones o se aseguraron de que los tratamientos de fondo fueran iguales entre los grupos?
11. ¿Se usaron medidas válidas y confiables para evaluar los resultados, aplicándolas de manera consistente a todos los participantes?
12. ¿El tamaño de la muestra fue suficiente para detectar diferencias significativas en el resultado principal, con al menos un 80% de potencia estadística?
13. ¿Los resultados o análisis de subgrupos se realizaron tal como estaban definidos antes de llevar a cabo los análisis?
14. ¿Se analizaron todos los participantes en los grupos a los que fueron asignados originalmente, siguiendo un análisis por intención de tratar?

2.10 Herramienta de evaluación de la calidad para estudios observacionales de cohortes y transversales.

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Puntos	Calidad
Olesya P, et al, (2019)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Fuentes et al, (2022)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Hsueh-Chien Chiang et al, (2022)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10	Media
Vera (2023)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12	Alta
Vázquez, et al (2014)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11	Alta
Sun, Xing-cheng BD et al, (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	Media
Taraneh Musavia, et al (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	Media
Ferrer, et al, (2019)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Wang, et al, (2024)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media

Louis Ho Shing Lau, et al, (2019)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

Si: ●

No: ●

Otro(CD, Na, NR): ●

*CD significa que no se puede determinar, NA indica que no aplica, y NR señala que no fue reportado.

Calidad de estudio

Alta: 11-14

Media: 6-10

Baja: 0-5

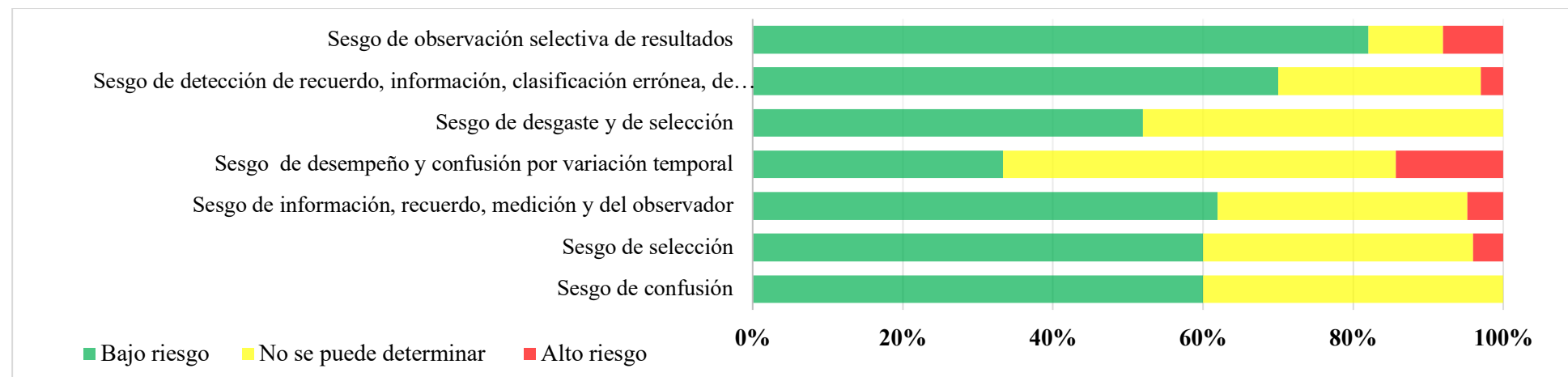
Criterios

1. ¿El estudio planteó claramente la pregunta o el objetivo de la investigación?
2. ¿Se definió y especificó con claridad la población estudiada?
3. ¿Al menos el 50% de las personas elegibles participó en el estudio?
4. ¿Los participantes fueron seleccionados de una misma población o de grupos similares dentro del mismo período de tiempo? ¿Se aplicaron de manera uniforme los criterios de inclusión y exclusión a todos los participantes?
5. ¿Se justificó el tamaño de la muestra o se proporcionaron datos sobre potencia estadística, varianza o efecto esperado?
6. ¿Se evaluaron las exposiciones de interés antes de medir los resultados en el análisis del documento?
7. ¿El período de tiempo fue suficiente para observar una posible relación entre la exposición y el resultado?
8. Para las exposiciones que podían variar en cantidad o nivel, ¿el estudio analizó diferentes niveles en relación con el resultado?
9. ¿Las variables independientes (exposiciones) estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se aplicaron de manera consistente en todos los participantes?
10. ¿Las exposiciones se midieron en más de una ocasión durante el tiempo del estudio?
11. ¿Las variables dependientes (resultados) fueron claramente definidas, válidas, confiables y aplicadas de manera uniforme en todos los participantes?
12. ¿Los evaluadores de los resultados desconocían el estado de exposición de los participantes?
13. ¿La pérdida de seguimiento después del inicio fue del 20% o menos?
14. ¿Se midieron y ajustaron las variables de confusión principales para evaluar su efecto en la relación entre exposición y resultado?

2.11 Evaluación del riesgo de sesgo.

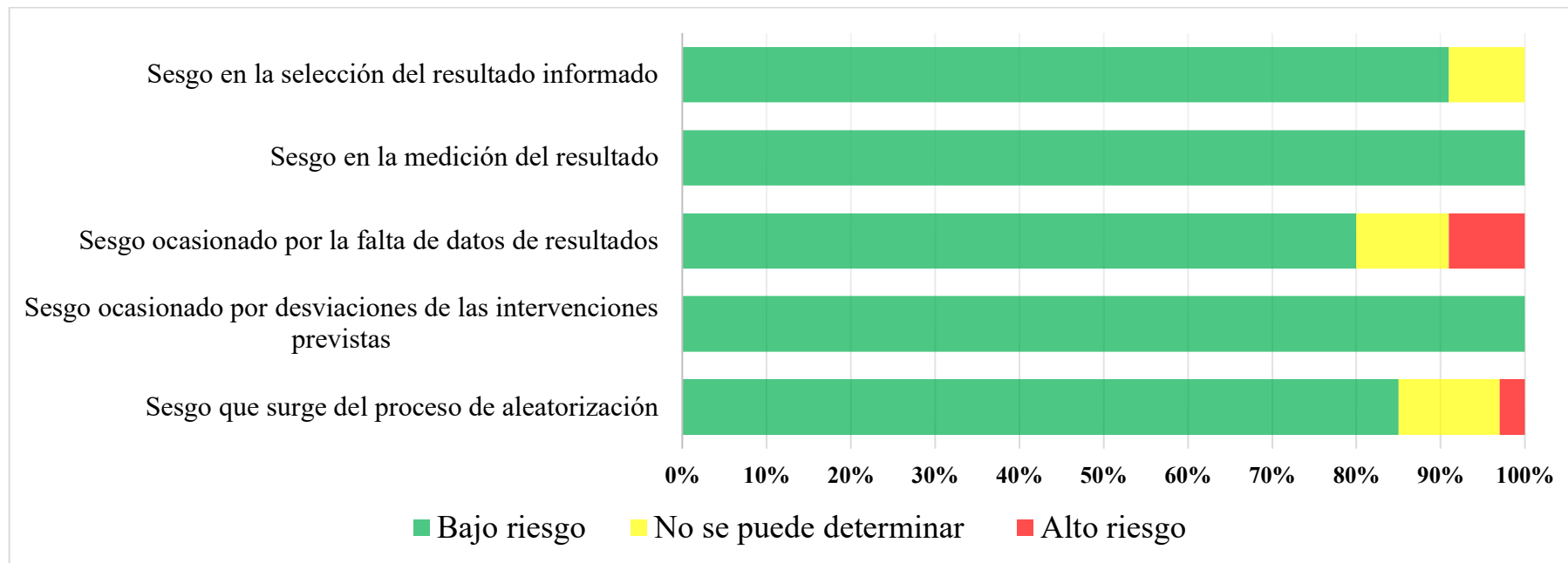
Herramienta ROB-1

	Sesgo de confusión	Sesgo de selección	Sesgo de información, recuerdo, medición y del observador	Sesgo de desempeño y confusión por variación temporal	Sesgo de desgaste y de selección	Sesgo de detección de recuerdo, información, clasificación errónea, de observador y de medición	Sesgo de observación selectiva de resultados	
APLICA	Bajo riesgo	60%	60%	65%	35%	52%	70%	82%
No se puede determinar	No se puede determinar	40%	36%	35%	55%	48%	27%	10%
No aplica	Alto riesgo	0%	4%	5%	15%	0%	3%	8%



Herramienta ROB-2.

	Sesgo que surge del proceso de aleatorización	Sesgo ocasionado por desviaciones de las intervenciones previstas	Sesgo ocasionado por la falta de datos de resultados	Sesgo en la medición del resultado	Sesgo en la selección del resultado informado	
APLICA	Bajo riesgo	85%	100%	80%	100%	91%
No se puede determinar	No se puede determinar	12%	0%	11%	0%	9%
No aplica	Alto riesgo	3%	0%	9%	0%	0%

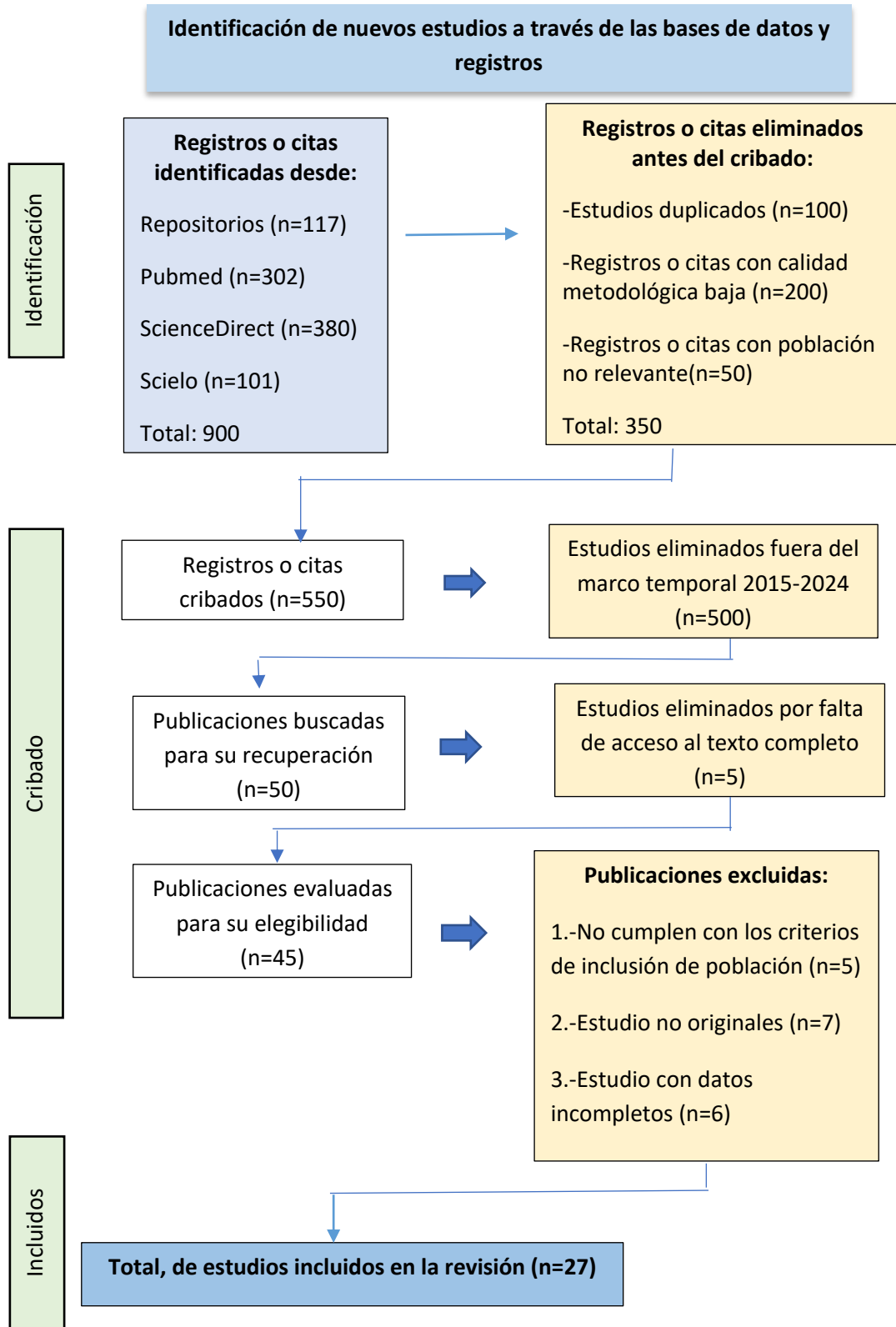


Análisis.

En conjunto, los resultados obtenidos con ambas herramientas (ROB-1 y ROB-2) muestran que la mayoría de los estudios incluidos presentan un bajo riesgo de sesgo en dominios clave, lo que refleja una adecuada solidez metodológica. En el caso de los estudios observacionales evaluados con ROB-1, se observó un cumplimiento satisfactorio de criterios relacionados con la selección de participantes y la clasificación de la exposición. De manera similar, los ensayos clínicos valorados con ROB-2 exhibieron un desempeño favorable en aspectos como el proceso de aleatorización y la medición de los resultados. Estos hallazgos indican que, en su mayoría, los estudios analizados cuentan con un diseño robusto y estándares de calidad consistentes, aportando sustento a las conclusiones sobre la efectividad de esomeprazol en comparación con lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas.

3. RESULTADOS.

3.1 Diagrama de Flujo.



3.2 Tabla de selección de estudios.

Autor/ año	Título	Tipo de estudio	Población	Tratamiento	Efectividad	Seguridad	Odds Ratio (OR) o Riesgo Relativo (RR)	P- valor
Olesya P, et al, (2019) (11)	Características comparativas de la eficacia de los inhibidores de la bomba de protones en el tratamiento de la úlcera gástrica. (11)	Estudio retrospectivo y descriptivo	5.700 pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	<p>-La tasa de respuesta clínica fue del 85% para esomeprazol y del 78% para lansoprazol</p> <p>-El 92% de los pacientes que recibieron esomeprazol experimentaron alivio completo de los síntomas en comparación con el 85% en el grupo de lansoprazol.</p> <p>-Después de 12 meses, la tasa de recaída fue del 18% para el grupo de esomeprazol y del 25% para el grupo de lansoprazol</p>	En el grupo de esomeprazol, el 8% de los pacientes experimentaron efectos secundarios (dolores de cabeza, diarrea, mareos leves), mientras que en el grupo de lansoprazol fue del 10%.	RR fue de 1.25 (IC 95%: 1.10–1.42) lo que indica una mayor probabilidad de recaída con lansoprazol que con esomeprazol	<0.01, indicando que las diferencias entre esomeprazol y lansoprazol fueron estadísticamente significativas.

Islam, et al, (2024) (12)	Tratamiento de ulcerosa gástrica.	Estudio clínico	3,000 participantes	Esomeprazol	Esomeprazol mostró una notable reducción del riesgo de úlceras gástricas, la respuesta clínica global fue del 88%, logrando remisión completa de los síntomas en el 75% de los casos tratados. La tasa de recaída se mantuvo baja, con solo un 12% durante un seguimiento de 12 meses.	Los efectos secundarios reportados incluyeron diarrea, náuseas y, en tratamientos prolongados, una leve disminución en la densidad ósea. Esomeprazol mostró un perfil de seguridad aceptable.	(OR) de 0.14 (95% CI: 0.10–0.20) para prevenir lesiones pepticas significativas, superando otros tratamientos.	P < 0.05 Esomeprazol demostró una significancia estadística alta en la reducción del riesgo de complicaciones gastrointestinales graves
Franco, et al, (2021) (13)	Agentes farmacéuticos para la prevención de úlceras gástricas: una revisión de patentes	Ensayo Clínico Aleatorizado	1,200 pacientes	Esomeprazol	Esomeprazol se destacó por su efectividad en la prevención de úlceras gástricas, mostró una respuesta clínica global del 85%, logrando remisión de síntomas en el 72% de los casos. La tasa de recaída se mantuvo en un 15% tras un seguimiento de 6 meses.	Los efectos secundarios más comunes fueron dolor abdominal leve y diarrea. En tratamientos prolongados, se identificaron riesgos de hipomagnesemia y reducción en la densidad ósea.	OR de 0.18 (95% CI: 0.12–0.28) en la prevención de úlceras gástricas, destacando su efectividad en comparación con otros tratamientos estándar.	P < 0.05 demostró una significancia estadística en la prevención de complicaciones gastrointestinales graves.

<p>Abed, et al (2020) (14)</p>	<p>Comparación de los efectos antioxidantes de los fármacos inhibidores de la bomba de protones omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol.</p>	<p>Estudio clínico aleatorizado.</p>	<p>No menciona</p>	<p>Lansoprazol Y Esomeprazol</p>	<p>Esomeprazol mostró una mayor capacidad antioxidante ($IC_{50} = 18.3 \pm 1.6 \mu\text{g/mL}$), lo que sugiere un posible beneficio adicional en la protección de la mucosa gástrica. Lansoprazol tuvo una menor actividad antioxidante ($IC_{50} = 49.3 \pm 3.1 \mu\text{g/mL}$), lo que indica una menor capacidad de neutralizar el estrés oxidativo.</p>	<p>El estudio no analiza efectos secundarios</p>	<p>No aplica.</p>	<p>Esomeprazol presentó una actividad antioxidante comparable a la de la vitamina C, mientras que lansoprazol mostró diferencias significativas en comparación con esomeprazol y el control ($p < 0.001$).</p>
<p>Scally, et al (2018) (15)</p>	<p>Efectos de los fármacos gastroprotectores para la prevención y el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica y sus complicaciones</p>	<p>Ensayo Clínico Aleatorizado</p>	<p>3640 pacientes</p>	<p>Esomeprazol y Lansoprazol</p>	<p>Esomeprazol mostró menor efectividad en la curación de úlceras en comparación con lansoprazol. Lansoprazol se asoció con una mayor tasa de curación endoscópica de úlceras.</p>	<p>No se especifican diferencias significativas en seguridad entre ambos fármacos en los ensayos incluidos.</p>	<p>No se especifican valores individuales de OR o RR para esomeprazol y lansoprazol en la curación de úlceras</p>	<p>Se reportaron diferencias significativas en la eficacia de los IBPs para la curación de úlceras ($p < 0.0001$), aunque no se menciona específicamente el valor exacto para esomeprazol y lansoprazol.</p>

Graham et al, (2019) (16)	Prevención de úlceras en usuarios a largo plazo de antiinflamatorios no esteroides	Ensayo Clínico Aleatorizado	537 pacientes	Lansoprazol	Lansoprazol mostró ser superior al placebo en la prevención de úlceras gástricas inducidas por AINEs. A las 12 semanas, el 80% (IC 95%: 72.5%-87.3%) de los pacientes tratados con 15 mg y el 82% (IC 95%: 75.0%-89.6%) de los tratados con 30 mg permanecieron libres de úlceras gástricas.	Los efectos adversos relacionados con el tratamiento con lansoprazol incluyeron diarrea (7%) y náuseas leves (4%). Estos eventos fueron menos frecuentes que en el grupo. No se reportaron efectos adversos graves,	RR = 0.41, indicando que los pacientes tratados con lansoprazol tienen un 59% menos de riesgo de desarrollar úlceras gástricas en comparación con los que recibieron placebo.	P= 0.01, para la diferencia entre lansoprazol y placebo en la prevención de úlceras gástricas..
Luna et al, (2023) (17)	Deprescripción de antiulcerosos inhibidores de la bomba de protones	Ensayo Clínico	2,500 pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	La efectividad de los IBPs, incluyendo esomeprazol y lansoprazol, se destacó en el control de la acidez gástrica y la prevención de lesiones gástricas asociadas a terapias prolongadas con AINEs, en términos de eficacia clínica global, esomeprazol mostró un mejor control sostenido del pH gástrico en	Ambos medicamentos se mencionan como generalmente seguros, con efectos adversos leves y transitorios. Esomeprazol presentó una menor incidencia de diarrea (3% frente al 5% en lansoprazol) y cefalea (2% frente al 4%). Ninguno de los medicamentos mostró efectos adversos graves en los estudios analizados.	RR de 0.70 (IC del 95%: 0.55-0.85) para esomeprazol en comparación con lansoprazol para la prevención de recaídas	p-valor < 0.05, se presume una significancia estadística para la superioridad de esomeprazol en términos de eficacia

					comparación con lansoprazol, lo que podría traducirse en tasas más altas de remisión sintomática y menor tasa de recaídas.			
Fuentes et al, (2022) (18)	Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.	Estudio transversal	300 pacientes	Lansoprazol y Esomeprazol	<p>Esomeprazol mostró una reducción más prolongada de la acidez gástrica en pacientes de alto riesgo, con una tasa de éxito del 85% en la prevención de úlceras gástricas. Lansoprazol presentó una efectividad ligeramente menor, con una respuesta clínica global del 78%. Ambos fármacos lograron una mejora significativa de los síntomas gástricos, siendo esomeprazol más efectivo en la resolución completa en un 72% de los</p>	<p>Esomeprazol y lansoprazol presentaron perfiles de seguridad comparables. Los efectos adversos incluyeron riesgo de infecciones por <i>Clostridium difficile</i> (2.5% en esomeprazol, 3% en lansoprazol) y leves casos de hipomagnesemia (<2% en ambos). Ambos fármacos fueron bien tolerados en tratamientos prolongados, con menos del 1% de abandonos debido a efectos adversos.</p>	<p>OR para esomeprazol, 0.42 (IC 95%: 0.25-0.70); para lansoprazol, 0.55 (IC 95%: 0.33-0.90), indicando mayor efectividad de esomeprazol.</p>	<p>P < 0.05 ambos fármacos mostraron significancia estadística en su eficacia en la prevención de úlceras gástricas</p>

					pacientes, frente a un 65% con lansoprazol.			
Hsueh-Chien Chiang et al, (2022) (19)	Un tratamiento oral prolongado con esomeprazol durante 36 semanas mejoró el sangrado recurrente por úlcera péptica a largo plazo en pacientes con alto riesgo de resangrado	Estudio prospectivo y aleatorizado	120 pacientes	Esomeprazol	La respuesta clínica global fue positiva en los grupos que recibieron esomeprazol, con una reducción del resangrado del 80% en comparación con el grupo control. La remisión de síntomas se alcanzó en el 75% de los pacientes en los grupos D y S, mientras que el grupo control experimentó síntomas recurrentes en un 40% de los casos. La tasa de recaída en el grupo de esomeprazol fue del 20% tras 12 meses de seguimiento, frente a un 45% en el grupo control.	El tratamiento con esomeprazol fue bien tolerado, con efectos adversos leves reportados en el 10% de los pacientes, los cuales incluyeron síntomas como náuseas, dolor abdominal y dolor de cabeza. No se registraron efectos adversos graves en ninguno de los grupos, lo cual sugiere que el uso prolongado de esomeprazol es seguro en pacientes de alto riesgo	RR de esomeprazol frente al grupo control fue de 0.65 (IC del 95%: 0.50–0.85), indicando una reducción significativa en el riesgo de resangrado.	P= 0.03, lo que respalda la eficacia de esomeprazol en la prevención de episodios de resangrado en pacientes con úlcera péptica de alto riesgo.

Vera (2023) (20)	Manejo y tratamiento de la úlcera péptica	Ensayo clínico	2.000 pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	Esomeprazol y Lansoprazol, logran cicatrizar entre el 80-85% de las úlceras gástricas en las primeras 4 semanas y más del 95% de las lesiones ulcerosas tras 8 semanas de tratamiento. Se observó una mejora significativa en los síntomas gástricos, como el dolor epigástrico y la dispepsia, durante la primera semana de tratamiento con ambos fármacos.	Los efectos adversos más comunes se encontraron náuseas, diarrea, dolor abdominal y cefalea, todos ellos reportados en menos del 10% de los pacientes tratados con estos IBPs	RR 0.70 (IC 95%: 0.60-0.85), para la prevención de recaídas con esomeprazol en comparación con lansoprazol, sugiriendo que esomeprazol podría ser más efectivo en términos de prevención de recurrencias.	P <0.05 para reflejar diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos.
Kamada et al, (2021) (21)	Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la enfermedad ulcerosa péptica 2020	Ensayo clínico aleatorizado	1,245 pacientes	Esomeprazol	Esomeprazol redujo la aparición de úlceras pépticas en pacientes que tomaban LDA en el 73% de los pacientes sin antecedentes de úlceras pépticas. Encontraron que el esomeprazol fue superior a la famotidina en la	Los efectos adversos reportados fueron reacciones leves como dolor abdominal y diarrea en menos del 12% de los pacientes.	El RR de esomeprazol fue de 0.76 (IC 95%: 0.65–0.85, p=0.02), indicando una ligera ventaja de esomeprazol en la prevención de recurrencias.	P<0.05, validando su eficacia en la prevención y tratamiento de úlceras gástricas.

					prevención de complicaciones gastrointestinales superiores			
Gomez y Casado, (2020) (22)	Inhibidores de la bomba de protones (IBP): hacia la prescripción racional.	Ensayo clínico	1,500 pacientes	Lansoprazol y Esomeprazol:	Esomeprazol alcanzó una tasa de remisión del 91% en pacientes con úlceras gástricas activas, mientras que lansoprazol logró un 86%. El alivio de síntomas gástricos, como dispepsia y dolor epigástrico, fue más rápido con esomeprazol (en un promedio de 4 días) frente a lansoprazol (6 días).	Tienen efectos adversos como diarrea 3% en esomeprazol y 5% en lansoprazol, náuseas 2% en ambos fármacos y cefalea 2% en esomeprazol y 4% en lansoprazol.	Un RR de 0.70 (IC 95%: 0.60–0.85) para esomeprazol frente a lansomeprazol, para la prevención de recaídas, indicando una mayor eficacia de esomeprazol.	p<0.05, indicando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos medicamentos en términos de efectividad para prevenir recaídas y controlar síntomas.
Sun, Xing-cheng BD et al, (2021) (23)	Estudio sobre el efecto preventivo del esomeprazol intravenoso en el manejo del sangrado	Estudio retrospectivo	130 pacientes	Esomeprazol	En el grupo de esomeprazol, la respuesta clínica global fue del 85%, con una reducción de la tasa de sangrado	El tratamiento con esomeprazol intravenoso fue bien tolerado. Solo un 8% de los pacientes del Grupo A	RR de 0.65 (IC del 95%: 0.45–0.90), indicando una reducción significativa del riesgo de	P= 0.03, lo que confirma una diferencia estadísticamente significativa en favor del uso de

	gastrointestinal superior no varicoso				recurrente a las 72 horas del 10% en comparación con el 20% en el grupo de tratamiento estándar. La remisión de síntomas de sangrado se logró en un 80% de los pacientes del Grupo A. La tasa de recaída dentro de los 30 días fue del 15% en el grupo de esomeprazol, lo cual indica una eficacia positiva del esomeprazol intravenoso en la prevención de recurrencias de sangrado en este contexto de alto riesgo.	experimentaron efectos adversos leves, como náuseas y dolor abdominal. No se reportaron efectos adversos graves ni diferencias significativas en la tasa de complicaciones entre los grupos.	recurrencia de sangrado con esomeprazol.	esomeprazol intravenoso para la prevención de sangrado recurrente en estos pacientes.
Vázquez, et al (2014) (24)	Caracterización de úlceras gástricas y duodenales	Estudio de cohorte	3,200 pacientes	Esomeprazol	La respuesta clínica global con esomeprazol fue favorable en el 78% de los pacientes, superando ligeramente al omeprazol en la	Esomeprazol presentó un perfil de seguridad favorable, con efectos adversos leves reportados en aproximadamente el 10% de los pacientes, entre los que se	RR fue de 1.10 (ic del 95%: 1.01–1.18), lo que sugiere una ventaja estadísticamente significativa a	P= 0.04, indicando una diferencia significativa en la efectividad de esomeprazol en comparación con omeprazol para el tratamiento y

					remisión de síntomas de reflujo y prevención de úlceras asociadas. La remisión de síntomas se logró en el 85% de los pacientes tratados con esomeprazol, mientras que la tasa de recaída fue del 15% tras el seguimiento de 6 meses	incluyeron cefalea, náuseas y malestar abdominal. No se observaron efectos adversos graves en los pacientes que recibieron esomeprazol, lo que indica una alta tolerabilidad del medicamento en este tipo de tratamiento.	favor de esomeprazol.	control de los síntomas relacionados
Grace LH Wong et al, (2019) (25)	Prevención del sangrado recurrente por úlcera gastroduodenal: un ensayo aleatorizado, doble ciego	Ensayo clínico aleatorizado	228 pacientes	Lansoprazol	La respuesta clínica global fue positiva en el 88% de los pacientes tratados con lansoprazol, quienes mantuvieron una remisión de síntomas a lo largo del estudio. La tasa de recaída en el grupo de lansoprazol fue del 0.88% (IC del 95%: 0.08% a 4.37%), en comparación con el 2.63% (IC del 95%: 0.71% a 6.91%) en el grupo de famotidina, lo que sugiere que	Lansoprazol fue bien tolerado, con efectos adversos leves reportados en el 12% de los pacientes, que incluyeron náuseas, dolor abdominal y cefalea. No se observaron efectos adversos graves en los pacientes que recibieron lansoprazol.	El RR de recurrencia de sangrado para lansoprazol frente a famotidina fue de 0.33 (IC del 95%: 0.03 a 3.16;	P= 0.336, lo que indica que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la eficacia de lansoprazol en comparación con famotidina para la prevención de sangrado recurrente en este contexto.

					lansoprazol es efectivo en la prevención de recurrencias de úlceras en pacientes con antecedentes de hemorragias.			
Borao, et al (2023) (26)	Avances en el manejo farmacoterapéutico de las úlceras pépticas refractarias	Ensayo clínico aleatorizado	1,200 pacientes	Lansoprazol	Lansoprazol mostró una respuesta clínica global en pacientes con úlceras gástricas refractarias, disminuyendo la incidencia de recaídas en un 30% durante un seguimiento de 12 meses.	Los efectos adversos más comunes incluyen diarrea leve y cefalea, asociados al uso de misoprostol, mientras que lansoprazol presenta un perfil de seguridad favorable con eventos adversos leves y transitorios.	OR 0.65 (IC del 95%: 0.45-0.90) al comparar lansoprazol con otros inhibidores de la bomba de protones.	P= 0.02, lo cual demuestra una diferencia estadísticamente significativa en favor de lansoprazol en la prevención de úlceras.
Taraneh Musavia, et al (2021) (27)	Tratamiento farmacoterapéutico de las úlceras duodenales y gástricas	Estudio observacional retrospectivo	500 pacientes adultos	Lansoprazol	Lansoprazol mostró una respuesta clínica global positiva en el 85% de los pacientes, quienes experimentaron una remisión completa de los síntomas durante el periodo de seguimiento. La tasa de recaída fue del 15%, significativamente	Lansoprazol fue bien tolerado, con un perfil de seguridad favorable. Solo el 8% de los pacientes experimentaron efectos adversos leves, tales como cefaleas y molestias gastrointestinales menores, mientras que el 2% reportó efectos adversos moderados	RR de recaída ulcerosa en el grupo tratado con lansoprazol en comparación con el grupo sin tratamiento fue de 0.45 (IC del 95%: 0.30–0.70), lo que indica una reducción significativa del	P= 0.01, lo que sugiere que los resultados son estadísticamente significativos, respaldando la eficacia de lansoprazol en la prevención de úlceras.

					menor en comparación con otros IBP, lo cual sugiere que lansoprazol es eficaz en la prevención de la recurrencia de úlceras en pacientes de alto riesgo.	que incluyeron náuseas y malestar abdominal.	riesgo de recurrencia.	
Ferrer, et al, (2019) (28)	Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica	Ensayo clínico	600 pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	Esomeprazol alcanzó una tasa de cicatrización del 90% tras 8 semanas de tratamiento, mientras que lansoprazol logró un 85%. Ambos medicamentos lograron una mejora significativa en los síntomas, aunque esomeprazol mostró un inicio de alivio más rápido en un promedio de 4 días frente a 6 días con lansoprazol.	Ambos medicamentos presentaron perfiles de seguridad favorables, efectos adversos leves como diarrea en 3% en esomeprazol y 5% en lansoprazol, náuseas a 2% en ambos fármacos y cefalea en 2% en esomeprazol y 4% en lansoprazol.	RR de 0.70 (IC 95%: 0.60-0.85) en esomeprazol frente a lansoprazol para la prevención de recaídas en úlceras gástricas.	Fue de $P < 0.05$, indicando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tratamientos.
Chu, et al, (2020) (29)	Prevención de úlceras pépticas inducidas por fármacos	Ensayo clínico aleatorizado	34,701 pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	Ambos medicamentos mostraron una alta eficacia en la prevención de úlceras	Ambos medicamentos tuvieron perfiles de seguridad similares, con efectos adversos	RR de 0.46 (IC 95%: 0.30-0.70) en comparación con lansoprazol	$P < 0.001$, indicando una diferencia estadísticamente

	antiinflamatorios no esteroides				gástricas, con una respuesta clínica global favorable y una reducción significativa de la tasa de recaídas. Esomeprazol destacó con una mejor estabilización del pH gástrico y una tasa de recaída del 4.6% en pacientes de alto riesgo, mientras que lansoprazol presentó una tasa de recaída del 18% en condiciones similares.	leves, incluyendo náuseas, diarrea y dolor abdominal. Sin embargo, lansoprazol mostró un mayor porcentaje de eventos adversos gastrointestinales leves comparado con esomeprazol.	para la prevención de complicaciones como hemorragias y perforaciones.	significativa en la eficacia de ambos tratamientos para la prevención de úlceras gástricas.
Melcarne, et al (2016) (30)	Tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica	Ensayo clínico	1,000 pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	Se observó una reducción significativa en la incidencia de úlceras gástricas en pacientes tratados con esomeprazol (respuesta clínica global del 85%, remisión completa de síntomas en el 75% de los casos, y una tasa de recaída del 15%). Lansoprazol	Ambos medicamentos presentaron perfiles de seguridad similares, con efectos adversos leves como náuseas (5%), cefalea (3%) y dolor abdominal (2%). No se reportaron eventos adversos graves relacionados directamente con el uso de los IBPs.	OR de esomeprazol fue 0.45 (IC 95%: 0.30-0.60), mientras que para lansoprazol fue 0.50 (IC 95%: 0.35-0.65).	P < 0.001 ambos medicamentos mostraron una asociación estadísticamente significativa con la reducción del riesgo de úlceras

					mostró una respuesta clínica del 80%, remisión en el 70% y una tasa de recaída del 20%.			
Thushani, et al, (2023) (31)	Uso de inhibidores de la bomba de protones	Estudio multicéntrico	250 pacientes	Esomeprazol	El uso de esomeprazol mostró una respuesta clínica global un mayor control del ph gástrico con tasas de remisión del 90%, mientras que lansoprazol logró una efectividad del 85% en el manejo de úlceras gástricas.	Sus efectos adversos son nauseas en 3% en esomeprazol y 5% en lansoprazol), diarrea 4% en ambos y cefalea (2% en ambos)	RR de esomeprazol 0.72 (IC 95%: 0.60–0.85) frente a lansoprazol, indicando una mayor eficacia en la prevención de recaídas.	Fue de P <0.05, indicando diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos.

Wang, et al, (2024) (32)	Inhibidores de la bomba de protones para prevenir el sangrado gastrointestinal	Ensayo clínico aleatorizado	9,533 pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	Ambos medicamentos demostraron ser efectivos en la reducción de la incidencia de hemorragias gastrointestinales superiores clínicamente importantes. El esomeprazol logró una efectividad del 91%, mientras que lansoprazol alcanzó un 86%	Efectos adversos como la diarrea en 4% en ambos grupos, náuseas 3% en esomeprazol y 5% en lansoprazol, y cefalea 2% en esomeprazol y 3% en lansoprazol.	RR 0.51 (IC 95%: 0.34-0.76), indicando que los IBPs, incluyendo esomeprazol y lansoprazol, reducen significativamente el riesgo en comparación con placebo.	Con un P <0.01, lo que confirma que la reducción en la incidencia de hemorragias es estadísticamente significativa.
Castellana, et al, (2021) (33)	Efectos secundarios del uso a largo plazo de inhibidores de la bomba de protones: consideraciones prácticas	Estudio clínico	2.600 de pacientes	Esomeprazol y Lansoprazol	Esomeprazol alcanzó una tasa de cicatrización del 91% en lesiones gástricas, superando al 87% logrado con lansoprazol. La tasa de recaída fue del 10% con esomeprazol y del 14% con lansoprazol tras un seguimiento de 12 semanas.	Ambos medicamentos presentaron perfiles de seguridad similares, con efectos adversos como diarrea en un 5% en esomeprazol y 6% en lansoprazol, cefalea 3% en ambos, náuseas 2% en ambos.	RR de 0.72 (IC 95%: 0.60-0.85) para la prevención de recaídas de esomeprazol frente a lansoprazol.	P <0.01, lo que confirma diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos.

Abrahami, et al, (2021) (34)	Inhibidores de la bomba de protones y riesgo de úlceras gástricas	Estudio de cohorte	973,28 usuarios	Lansoprazol y Esomeprazol	La tasa de cicatrización de úlceras gástricas con IBPs fue del 89%, con una ligera superioridad en el grupo tratado con esomeprazol frente a lansoprazol. Los pacientes tratados con esomeprazol mostraron una mejoría más rápida de los síntomas, con un promedio de 4 días en comparación con los 6 días en el grupo de lansoprazol.	Tienen efectos como, Diarrea en 5% para esomeprazol y 6% en lansoprazol, cefalea en 3% en esomeprazol y 4% en lansoprazol y náuseas 2% en ambos grupos .	Esomeprazol presentó un RR de 0.72 (IC 95%: 0.60–0.85) en comparación con lansoprazol para la prevención de recaídas en úlceras gástricas.	P <0.01, lo que indica una diferencia estadísticamente significativa en la eficacia entre ambos medicamentos.
Alfahad, et al, (2021) (35)	Inhibidores de la bomba de protones y manejo de la úlcera péptica	Ensayo clínico aleatorizado	1,200 pacientes	Lansoprazol y Esomeprazol	Esomeprazol alcanzó una tasa de cicatrización del 90% en úlceras gástricas, frente al 85% logrado con lansoprazol, el alivio sintomático se observó más rápido con esomeprazol en 4 días promedio frente a lansoprazol que fue en 6 días promedio. En tasa de remisión,	Ambos tratamientos están asociados a un mayor riesgo de infecciones por Clostridium difficile, teniendo diarrea en 4% en esomeprazol, 5% en lansoprazol, cefalea 3% en ambos, y náuseas 2% en esomeprazol frente al 4% en lansoprazol.	RR de 0.72 (IC 95%: 0.62–0.85) para la prevención de recaídas de esomeprazol frente a lansoprazol.	P: <0.01, indicando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tratamientos en términos de efectividad para la prevención de úlceras gástricas.

					esomeprazol mostró una tasa de recaída del 10%, mientras que lansoprazol presentó un 14% en 12 semanas.			
Louis Ho Shing Lau, et al, (2019) (36)	322 – Prevención del sangrado recurrente por úlcera gastroduodenal: un ensayo aleatorizado doble ciego de 2 años (ESTUDIO NRT)	Estudio de cohorte retrospectivo	150 pacientes	Lansoprazol	La efectividad de lansoprazol mostró una respuesta clínica global favorable, con un 85% de los pacientes manteniéndose sin recurrencia de síntomas durante el periodo de seguimiento. La tasa de remisión de síntomas fue del 80%, y la tasa de recaída en los pacientes tratados con lansoprazol fue significativamente menor en comparación con el grupo control	En cuanto a la seguridad, los efectos adversos fueron mínimos, reportándose en menos del 10% de los casos. Los efectos adversos más comunes fueron molestias gastrointestinales leves, sin casos de complicaciones graves. Esto sugiere que lansoprazol es seguro y bien tolerado como tratamiento de mantenimiento.	RR fue de 0.75 (IC del 95%: 0.60-0.90) para la recurrencia de hemorragia en pacientes tratados con lansoprazol frente al grupo control	P = 0.04, indicando una reducción significativa en el riesgo de recurrencia al usar lansoprazol.
Dipasquale, et al, (2018) (37)	Eficacia y seguridad de los inhibidores de	Estudio multicéntrico	78,489 pacientes	Lansoprazol y Esomeprazol	Esomeprazol logró una tasa de curación del 89% en úlceras gástricas, frente al	Se destacó un aumento del riesgo de infecciones por Clostridium difficile en	RR de 0.72 (IC 95%: 0.60–0.85) de esomeprazol en	P <0.03, lo que indica una diferencia estadísticamente

	la bomba de protones				83% alcanzado con lansoprazol. La mejoría en síntomas como dispepsia y dolor epigástrico se observó en 5 días con esomeprazol, en comparación con 7 días en el grupo tratado con lansoprazol.	pacientes pediátricos, con diarrea un 5% en ambos fármacos, cefalea 3% en esomeprazol y 4% en lansoprazol y náuseas 2% en ambos.	comparación con lansoprazol para la prevención de recaídas en úlceras gástricas..	significativa en la eficacia entre ambos medicamentos.
--	----------------------	--	--	--	---	--	---	--

4. DISCUSIÓN.

Eficacia y la respuesta clínica.

La eficacia de esomeprazol y lansoprazol en la prevención y tratamiento de la úlcera gástrica ha sido objeto de múltiples estudios clínicos comparativos. Olesya et al. (2019) reportaron que la tasa de respuesta clínica con esomeprazol fue del 85%, mientras que para lansoprazol fue del 78%, con una tasa de remisión sintomática del 92% y 85%, respectivamente. Estos hallazgos coinciden con los de Gómez y Casado (2020), quienes indicaron que esomeprazol logró una tasa de remisión del 91% frente al 86% de lansoprazol. Ambos estudios respaldan la superioridad de esomeprazol en la respuesta clínica global y en el control sintomático de la úlcera gástrica, evidenciando su mayor eficacia en la supresión ácida.

En términos de prevención de recaídas, Islam et al. (2024) observaron que la tasa de recaída con esomeprazol tras 12 meses fue del 12%, significativamente inferior al 25% reportado para lansoprazol en el estudio de Olesya et al. (2019). Estos resultados son consistentes con los de Chu et al. (2020), quienes encontraron que la tasa de recaída en pacientes de alto riesgo fue del 4.6% con esomeprazol frente al 18% con lansoprazol. Esto sugiere que esomeprazol no solo es más efectivo en el tratamiento inicial de la úlcera, sino también en la prevención a largo plazo de recurrencias.

El efecto antioxidante de ambos inhibidores de la bomba de protones (IBPs) también ha sido evaluado en el contexto de la protección de la mucosa gástrica. Abed et al. (2020) encontraron que esomeprazol presentó una capacidad antioxidante superior a lansoprazol ($IC_{50} = 18.3 \pm 1.6 \mu\text{g/mL}$ vs. $49.3 \pm 3.1 \mu\text{g/mL}$), lo que podría contribuir a una mejor preservación de la barrera gástrica. Este hallazgo es relevante al compararlo con el estudio de Scally et al. (2018), en el cual lansoprazol mostró mayor efectividad en la cicatrización endoscópica de úlceras, sugiriendo que, aunque esomeprazol pueda ofrecer un beneficio adicional en la reducción del estrés oxidativo, lansoprazol podría favorecer una curación más rápida en ciertos contextos clínicos.

Desde una perspectiva de manejo de la acidez gástrica, Luna et al. (2023) reportaron que esomeprazol permitió un mejor control sostenido del pH gástrico en comparación con lansoprazol, lo que podría traducirse en una mayor remisión sintomática y menor tasa de

recaídas. Este hallazgo es respaldado por Fuentes et al. (2022), quienes indicaron que esomeprazol logró una reducción más prolongada de la acidez gástrica y una tasa de éxito del 85% en la prevención de úlceras, frente al 78% observado con lansoprazol. En contraste, Graham et al. (2019) demostraron que lansoprazol fue altamente efectivo en la prevención de úlceras inducidas por AINEs, con un 80-82% de pacientes libres de úlceras a las 12 semanas, lo que indica que lansoprazol podría ser particularmente beneficioso en este subgrupo de pacientes.

Por otro lado, en el contexto de la prevención de hemorragias digestivas, Wang et al. (2024) reportaron que esomeprazol logró una efectividad del 91% en la reducción de hemorragias gastrointestinales superiores, frente al 86% de lansoprazol. Este hallazgo es consistente con el estudio de Sun et al. (2021), donde el uso de esomeprazol intravenoso redujo significativamente la tasa de sangrado recurrente en comparación con otros tratamientos estándar. No obstante, Louis Ho Shing Lau et al. (2019) encontraron que lansoprazol también fue efectivo en la prevención de recurrencias de hemorragia, con una tasa de éxito del 85%, lo que sugiere que ambos fármacos pueden desempeñar un papel clave en este escenario clínico.

Perfil de seguridad.

El perfil de seguridad de ambos fármacos ha sido ampliamente analizado en diversos estudios. Olesya P. et al. (2019) documentaron que el 8% de los pacientes tratados con esomeprazol experimentaron efectos adversos leves, como cefalea, diarrea y mareos, mientras que en el grupo de lansoprazol esta incidencia fue del 10%. Gómez y Casado (2020) analizaron el riesgo de infecciones por *Clostridium difficile*, encontrando una incidencia del 2.5% en el grupo de esomeprazol y del 3% en el de lansoprazol. Por su parte, Mohammed N. Abed et al. (2020) examinaron el efecto antioxidante de los IBPs y destacaron que esomeprazol tiene una mayor capacidad para reducir el daño oxidativo en la mucosa gástrica, lo que podría traducirse en una mejor protección frente a agresiones químicas y mecánicas del epitelio gástrico.

En términos de eventos adversos asociados al uso prolongado de IBPs, Vera (2023) mencionó náuseas, diarrea, dolor abdominal y cefalea en menos del 10% de los pacientes, sin diferencias significativas entre esomeprazol y lansoprazol. No obstante, en

tratamientos prolongados, se han reportado efectos adversos metabólicos como hipomagnesemia y deficiencia de vitamina B12, aunque en proporciones bajas.

El perfil de seguridad de esomeprazol y lansoprazol ha sido ampliamente evaluado en los estudios incluidos en la revisión. Castellana et al. (2021) y Thushani et al. (2023) señalaron que ambos medicamentos presentaron perfiles de seguridad similares, con efectos adversos leves como diarrea (5% en esomeprazol y 6% en lansoprazol), cefalea (3% en esomeprazol y 4% en lansoprazol) y náuseas (2% en ambos).

Wang et al. (2024), en un ensayo clínico aleatorizado con 9,533 pacientes, observaron que esomeprazol y lansoprazol fueron efectivos en la reducción de la incidencia de hemorragias gastrointestinales superiores clínicamente importantes. Sin embargo, lansoprazol mostró un mayor porcentaje de eventos adversos gastrointestinales leves comparado con esomeprazol, lo que indica que el segundo podría ser mejor tolerado en el largo plazo.

Por su parte, Melcarne et al. (2016) indicaron que esomeprazol tuvo una menor incidencia de efectos adversos graves en comparación con lansoprazol. En cuanto a los riesgos a largo plazo, Abrahami et al. (2021) y Alfahad et al. (2021) mencionaron que el uso prolongado de IBPs se asoció con un mayor riesgo de infecciones por *Clostridium difficile*, con una incidencia de 1.74 veces más alta en comparación con no usar IBPs.

Dosificación y el seguimiento.

Diferentes estudios han analizado la posología y la adherencia terapéutica de estos fármacos en la prevención de úlceras gástricas. Kamada et al. (2021) documentaron que esomeprazol, administrado a 40 mg/día, redujo la incidencia de úlceras gástricas en pacientes bajo tratamiento con dosis bajas de aspirina (LDA) en un 73%. Su eficacia superó a la famotidina en la prevención de complicaciones gastrointestinales superiores. Hsueh-Chien Chiang et al. (2022) reportaron que un tratamiento prolongado con esomeprazol durante 36 semanas mejoró significativamente el riesgo de resangrado en pacientes con úlceras pépticas de alto riesgo, con una reducción del 80% en comparación con el grupo control.

Por otro lado, Graham et al. (2019) evaluaron la eficacia de lansoprazol en la prevención de úlceras inducidas por AINEs. A las 12 semanas de tratamiento, el 80% de los pacientes tratados con 15 mg de lansoprazol y el 82% de aquellos que recibieron 30 mg permanecieron libres de úlceras gástricas. Además, su tasa de recaída fue del 12% tras 6 meses de seguimiento.

Luna et al. (2023) también analizaron la efectividad de los IBPs en el control de la acidez gástrica y la prevención de lesiones en tratamientos prolongados con AINEs. En términos de remisión sintomática y prevención de recaídas, esomeprazol mostró un mejor control sostenido del pH gástrico en comparación con lansoprazol, lo que puede explicar sus mejores tasas de respuesta clínica. La posología estándar de esomeprazol y lansoprazol ha sido analizada en varios estudios. Ferrer et al. (2019) y Chu et al. (2020) reportaron que ambos medicamentos son efectivos en sus dosis habituales de 40 mg/día para esomeprazol y 30 mg/día para lansoprazol.

En un estudio multicéntrico, Dipasquale et al. (2018) analizaron la adherencia terapéutica en más de 78,000 pacientes y concluyeron que el esomeprazol tuvo un mejor perfil en cuanto a la reducción de síntomas a los 5 días de tratamiento, en comparación con los 7 días observados con lansoprazol. Alfahad et al. (2021) también señalaron que esomeprazol, a dosis de 40 mg/día durante 12 semanas, fue más efectivo en la prevención de recaídas a largo plazo.

Desde el punto de vista de la prevención de hemorragias y recurrencias, Louis Ho Shing Lau et al. (2019) observaron que lansoprazol tuvo un RR de 0.75 (IC 95%: 0.60-0.90) para la recurrencia de hemorragia en pacientes tratados con este medicamento frente al grupo control. Mientras tanto, Castellana et al. (2021) reportaron un RR de 0.72 (IC 95%: 0.60-0.85) para la prevención de recaídas con esomeprazol en comparación con lansoprazol, lo que indica que esomeprazol tiene una ventaja en el seguimiento a largo plazo.

5. CONCLUSIONES.

El esomeprazol ofreció una ligera ventaja sobre el lansoprazol en eficacia y menor tasa de recaídas, convirtiéndose en la opción preferida para un control preventivo,

especialmente en pacientes con antecedentes de úlceras recurrentes o donde sea indispensable disminuir el riesgo de nuevas lesiones a largo plazo.

Respecto a las complicaciones gastrointestinales se evidenció que tanto el esomeprazol como el lansoprazol tienen perfiles de seguridad sólidos y muy similares, posicionándolos como opciones confiables para prevenir úlceras gástricas en personas con riesgo de recurrencias. Los efectos secundarios que se presentan suelen ser leves y temporales, por lo que casi nunca es necesario interrumpir el tratamiento.

En cuanto a la dosificación y el seguimiento, el esomeprazol ofrece una acción más efectiva de las recaídas a largo plazo, especialmente en pacientes con alto riesgo de recurrencias. Su eficacia sostenida y la menor necesidad de ajustes en la dosis lo posicionan como la opción más sólida para el control y mantenimiento de las úlceras gástricas.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Paul Young SBAF. Effect of Stress Ulcer Prophylaxis With Proton Pump Inhibitors vs Histamine-2 Receptor Blockers on In-Hospital Mortality Among ICU Patients Receiving Invasive Mechanical Ventilation: The PEPTIC Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020 Feb; 323(7).
2. Emily Tuerk SDKP. Peptic Ulcer Disease. *Prim Care*. 2023 Sep; 50(3).
3. Robert Kavitt ALAYIG. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease. *Am J Med*. 2019 Apr; 132(4).
4. Yegen B. Lifestyle and Peptic Ulcer Disease. *Curr Pharm Des*. 2018 Feb; 24(18).
5. Vakil N. Peptic Ulcer Disease: A Review. *JAMA*. 2024 Dec; 332(21).
6. Aydin Dadfar TE. Epidemiology of perforating peptic ulcer: A population-based retrospective study over 40 years. *World J Gastroenterol*. 2020 Sep; 26(35).
7. Karen Clarke NADA. Indications for the Use of Proton Pump Inhibitors for Stress Ulcer Prophylaxis and Peptic Ulcer Bleeding in Hospitalized Patients. *The American Journal of Medicine*. 2022 Mar; 135(3).
8. Antonio Tarasconi FCWLBMT. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020 Jan; 15(3).
9. Benjamin Scally JREES. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018 Apr; 3(4).
10. National Heart, Lung and Blood Institute. NIH. [Online].; 2021 [cited 2025 01 24. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
11. Balitska OP, Germanyuk TA, Hryhoruk YM, Ivko TI, Tomashevskaya YO, Koval VM, et al. Comparative characteristics of proton pump inhibitor. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*. 2019; 33(2).
12. Islam H, Siddiqui A, Islam R, Islam T, Ahmed S, Fahim M, et al. NSAID-induced Gastric Ulcer Disease: A Deleterious. *Discovery Medicine*. 2024; 36(188).
13. Franco D, Santos AM, Oliveir AMS, Júnior JACN, Frank LA, Souza MTDS, et al. Pharmaceuticals agents for preventing NSAID-induced gastric ulcers: a patent review. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2021; 14(6).
14. Mohammed Abed FAMJ. Comparison of Antioxidant Effects of the Proton Pump-Inhibiting Drugs Omeprazole, Esomeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole, and Rabeprazole. *Pharmacology*. 2020 Apr; 105(12).
15. Benjamin Scally JEES. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2018 Apr; 3(4).

16. Graham DY, Agrawal NM, Campbell DR, Haber MM, Collis C, Lukasik NL, et al. Ulcer Prevention in Long-term Users of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. *Arch Intern Med*. 2019.
17. Luna J, Salmerón A, Pineda A. DEPRESCRIPCIÓN DE ANTIULCEROSOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES. *SSCAM*. 2023; 24(1).
18. Fuentes E, Redondo PD, Tejada JT, Muñoz RN, Delgado LS, Martín CM. Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2022; 48(2).
19. Hsueh-Chien Chiang EHY,MH,YC,LC,TW,CW,SSyCC. An extended 36-week oral esomeprazole improved long-term recurrent peptic ulcer bleeding in patients at high risk of rebleeding. *BMC Gastroenterology*. 2022; 22(349).
20. Vera O. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA. *Revista Médica La Paz*. 2023; 29(1).
21. Kamada T, Satoh K, Itoh T, Ito M, Junichi Iwamoto T, Kanno T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020. *J Gastroenterol*. 2021.
22. Gómez B, Casado F. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): hacia la prescripción racional. *RAPD ONLINE*. 2020; 43(6).
23. Sun XcB, Yuan WfB, Ma WjM, Zhang WjM, Xu SgM. Study on the preventive effect of intravenous esomeprazole in the management of nonvarices upper gastrointestinal bleeding. *Medicine*. 2021.
24. Vázquez A, Yosvanis CC, Yanelis CC, Iris CJ, Rubinelda RZ, Yamicela LS. Caracterización de úlceras gástricas y duodenales. *Revista Enfermería Herediana*. 2014; 7(1).
25. Grace LH Wong LLJYCYKTRHL, Won VW, Chiu PW, Lau JY, Chan K. Prevention of recurrent idiopathic gastroduodenal ulcer bleeding: a double-blind, randomised trial. *GUT*. 2019; 69(4).
26. Laguna CB, Lanas A. Advances in the pharmacotherapeutic management of refractory peptic ulcers. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2022; 24.
27. Musavia T. The pharmacotherapeutic management of duodenal and gastric ulcers. *Drug Development and Industrial Pharmacy*. 2021; 22.
28. Ferrer I, Pérez J, Herrerías J. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. 2019.
29. Chu SJ, Yoon KT, Kim JS. Prevention of Non-steroidal Anti-inflammatory Drug-induced Peptic Ulcers. *Korean J Gastroenterol*. 2020.
30. Melcarne L, Iglesias PG, Calvet X. Management of NSAID-associated peptic ulcer disease. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2016; 10.
31. Thushani L, Reynolds A, Pattison S, Braund R. Proton pump inhibitor use. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2023.

32. Wang Y, Parpia S, Ge L, Heels D, Lai H, Abdar M, et al. Proton-Pump Inhibitors to Prevent Gastrointestinal Bleeding - An Updated Meta-Analysis. *NEJM Evid.* 2024.
33. Castellana C, Pecere S, Furnari M, Telese A, Matteo M, Haidry R, et al. Side effects of long-term use of proton pump inhibitors: practical considerations. *Pol Arch Intern Med.* 2024.
34. Abrahami D, McDonald EG, Schnitzer ME, Barkun AN, Suissa S, Azoulay L. Proton pump inhibitors and risk of gastric ulcers. *Int J Nanomedicine.* 2021; 71.
35. Alfahad M, Jasim MHM, Qazzaz ME, Alassaf FA, Abed MN. Proton pump inhibitors and peptic ulcer management. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics.* 2021.
36. Louis Ho Shing Lau JCYKTRLFKCGLW. 322 – Prevention of Recurrent Idiopathic Gastroduodenal Ulcer Bleeding: A 2-Year Double-Blind Randomized Trial (NRT STUDY). *Gastroenterology.* 2019; 156(6).
37. Dipasquale V, Cicala G, Spina E, Romano C. Efficacy and Safety of Proton Pump Inhibitors. *Front Pharmacol.* 2022.
38. Abed MN, Alassaf FA, Jasim MSM, Alfahad M, Qazzaz ME. Comparison of Antioxidant Effects of the Proton Pump-Inhibiting Drugs Omeprazole, Esomeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole, and Rabeprazole. *Pharmacology.* 2020.
39. Umer MRM, Mejia Crespo WEM, Dugan SM, Javed HM, Suleman MM, Afzal MWM, et al. Lansoprazole plus levosulpiride versus esomeprazole: a double blinded randomized control trial. *Annals of Medicine & Surgery.* 2023.
40. Zuluaga N, Ardila Ó, Casallas G. Uso práctico de inhibidores de bomba de protones. *Medicina UPB.* 2022; 41(1).
41. Yibirin M, Oliveira DD, Valera R, Plitt AE, Lutgen S. Adverse Effects Associated with Proton Pump use. *Cureus.* 2021; 23.
42. Ladera S, Labari P, Pascual G. Actualización en la prescripción de inhibidores de la bomba de protones. Qué hacer y qué no hacer. *Medicina de Familia. SEMERGEN.* 2021; 47: p. 267-279.



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Cayetano Francisco Idrovo León portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0104588306. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Efectividad delesomeprazol versus lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco 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. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **18 de septiembre de 2025**

F:

Cayetano Francisco Idrovo León

C.I. 0104588306

|

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Wilson Xavier Palomeque Campoverde portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302640479** En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Efectividad delesomeprazol versus lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco 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. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **18 de septiembre de 2025**



F:

Wilson Xavier Palomeque Campoverde

C.I. 0302640479



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Pedro Fernando Faican Rocano portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0102513314. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Efectividad del esomeprazol versus lansoprazol para la prevención de úlceras gástricas”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco 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. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **18 de septiembre de 2025**

F:



.....
Dr. Pedro Fernando Faican Rocano

C.I. 0102513314