

Pregunta 9. En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, ¿se debería usar ligaduras con bandas o escleroterapia?

Introducción:

La ligadura con bandas y la escleroterapia son dos métodos utilizados para controlar el sangrado variceal. Las ligaduras con bandas consisten en aplicar bandas elásticas alrededor de las várices para ocluir las, mientras que la escleroterapia implica inyectar una sustancia esclerosante directamente en las várices para provocar su trombosis y obliteración. La elección del método dependerá de factores como la disponibilidad de recursos, la experiencia del personal médico y las características individuales del paciente.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
9	Pacientes adultos con HDA de várices esofágicas	Ligadura con bandas / escleroterapia	Crítico: <ul style="list-style-type: none"> Mortalidad Resangrado Importante: <ul style="list-style-type: none"> Falla de hemostasia

Búsqueda de RS y resumen de la evidencia:

Se encontró que una de las GPC identificadas y seleccionadas mediante la evaluación AGREE II establecía recomendaciones para esta pregunta: la GPC de NICE (2012, actualizada el 2016):

NICE (2012, actualizada 2016)
Se recomienda el uso de ligadura con bandas en pacientes con HDA proveniente de várices esofágicas.

La guía de NICE recomienda utilizar ligadura con bandas en pacientes con várices esofágicas. Esta recomendación se basa en los metaanálisis para mortalidad, resangrado y falla de hemostasia que realiza NICE:

- El metaanálisis de mortalidad incluyó 17 estudios (n=1631 pacientes), y encontró que la mortalidad fue menor en el grupo de ligadura (167/822 = 20.3%) en comparación a la escleroterapia (199/809 = 24.6%) (RR: 0.86, IC95%: 0.74 - 0.99). Por lo tanto, por cada 1000 personas a las que realicemos ligadura con bandas en lugar de escleroterapia, **podría ser que evitemos 34 muertes** (IC 95%: -64 a -2).
- El metaanálisis de resangrado incluyó 17 estudios (n=1631 pacientes), y encontró que el resangrado fue menor en el grupo de ligadura (160/807 = 19.8%) en comparación a la escleroterapia (235/776 = 30.3%) (RR: 0.54, IC95%: 0.52 - 0.76). Por lo tanto, por cada 1000 personas a las que realicemos ligadura con bandas en lugar de escleroterapia, **podría ser que evitemos 139 resangrados** (IC 95%: -145 a -73).
- El metaanálisis de falla de hemostasia incluyó 9 estudios (n=733 pacientes), y encontró que la falla de hemostasia fue menor en el grupo de ligadura (40/377 = 10.6%) en comparación a la escleroterapia (60/356 = 16.9%) (RR: 0.62, IC95%: 0.43 - 0.90). Por lo tanto, por cada 1000 personas a las que realicemos ligadura con bandas en lugar de

escleroterapia, **podría ser que evitemos 64 casos de falla de hemostasia** (IC 95%: -96 a -17).

Se actualizó la búsqueda que realizó NICE, a partir del 06 de abril del 2016 usando el buscador PubMed, con la finalidad de recopilar nuevos estudios que compararan el uso de ligadura versus escleroterapia para el manejo de HDA variceal. No se encontraron estudios nuevos, por lo cual se decidió basar la recomendación en los metaanálisis de NICE.

En abril del 2024 se realizó una actualización de la búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), encontrándose tres nuevas RS (**Roccarina 2021 (10)**, **Roberts 2021 (11)**, **Onofrio 2019 (12)**).

Para el desenlace de **mortalidad**, se contó con las tres RS. Se decidió tomar referencia la **RS de Onofrio (12)** debido a que incluyó la mayor cantidad de estudios. La RS de Onofrio 2019 realizó MA de 10 ECA (n=1094). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población** fueron pacientes adultos con cirrosis y sangrado variceal agudo con tratamientos realizados dentro de las primeras 24 a 48 horas después del sangrado.
- El **escenario clínico** fue hospitalario.
- La **intervención** fue ligadura con bandas.
- El **comparador** fue escleroterapia.
- El MA de mortalidad encontró que el riesgo de mortalidad en los pacientes que fueron sometidos a ligadura con bandas fue 28% menor (RR: 0.72, IC 95%: 0.54 – 0.97) en comparación con los que fueron sometidos a escleroterapia.

Para el desenlace de **resangrado** se contó con las tres RS. Se decidió tomar referencia la **RS de Onofrio (12)** debido a que incluyó la mayor cantidad de estudios. La RS de Onofrio 2019 realizó MA de 10 ECA (n=1094). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población** fueron pacientes adultos con cirrosis y sangrado variceal agudo con tratamientos realizados dentro de las primeras 24 a 48 horas después del sangrado.
- El **escenario clínico** fue hospitalario.
- La **intervención** fue ligadura con bandas.
- El **comparador** fue escleroterapia.
- El MA de resangrado encontró que el riesgo de resangrado en los pacientes que fueron sometidos a escleroterapia fue 8% mayor (RR: 1.08, IC 95%: 1.02 – 1.15) en comparación con los que fueron sometidos a ligadura con bandas.

Tras discutirlo con el GEG, se concluyó que la nueva evidencia no cambiaría la dirección de la recomendación, por lo cual no se realizaron cambios al texto de desarrollo de la pregunta.

Evaluación de la certeza de la evidencia según GRADE

Se graduó la evidencia utilizando el sistema GRADE (**Anexo N° 4**).

Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

1. **Beneficios y daños de las opciones:** El GEG consideró que la evidencia del uso de ligadura, comparada con la escleroterapia, muestra que disminuye la mortalidad y resangrado en pacientes con HDA por várices esofágicas. Asimismo, el GEG consideró que la escleroterapia podría presentar efectos secundarios importantes como embolia periférica o dolor.

2. **Certeza de la evidencia:** La certeza de la evidencia del metaanálisis en la que se basó esta recomendación fue baja para mortalidad (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y descendió 1 nivel por imprecisión), baja para resangrado (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y descendió 1 nivel por imprecisión), y baja para falla de hemostasia (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y descendió 1 nivel por imprecisión) (**Anexos N° 4**).
3. **Valores y preferencias:** El GEG consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes y sus familiares. Asimismo, consideró que el uso de escleroterapia pueda generar algunas molestias en el paciente, derivadas de los eventos adverso. Sin embargo, estas son similares o equiparables a las molestias generadas por el uso de la ligadura.
4. **Aceptabilidad y factibilidad:** El GEG refirió que tanto la ligadura con bandas como la escleroterapia son técnicas utilizadas habitualmente por los especialistas, y que el abastecimiento de insumos para ambas técnicas suele ser similar.
5. **Uso de recursos:** El GEG consideró que el precio de la ligadura con bandas es mayor al de la escleroterapia, pudiendo generar mayor gasto institucional. Sin embargo, los efectos en reducción de mortalidad y resangrado, y su repercusión directa en días de hospitalización, equilibran los costos relacionados al procedimiento.
6. **Balance entre efectos deseables e indeseables:** El GEG encontró que la evidencia con respecto a mortalidad, resangrado y falla de hemostasia resultaba suficiente para recomendar el uso de ligadura con bandas como primera elección en pacientes con HDA de várices esofágicas. A pesar de que la certeza de la evidencia fue baja, el GEG consideró que el número de pacientes incluidos en los estudios permitía tener mayor seguridad en los resultados globales de los metaanálisis, por lo cual se optó por brindar una recomendación fuerte a favor del uso de ligadura de con bandas.

Tabla de la evidencia a la decisión		
Opción: Usar ligadura de bandas como primera opción en lugar de escleroterapia		
Dominios de decisión	Dirección	Juicio
Beneficios y daños de las opciones	¿Los beneficios de esta opción superan los daños?	Sí
Certeza de la evidencia	¿Cuál es el nivel de certeza de la evidencia?	Mortalidad: baja ⊕⊕⊖⊖ Resangrado: baja ⊕⊕⊖⊖ Falla de hemostasia: baja ⊕⊕⊖⊖
Valores y preferencias	¿Tenemos confianza en que los desenlaces principales son relevantes para los pacientes?	Sí
Aceptabilidad y factibilidad	¿La implementación de esta opción es aceptable y factible?	Sí
Uso de recursos	¿El uso de recursos para esta opción es aceptable?	Incertidumbre
Fuerza de la recomendación: fuerte		

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En adultos con HDA de várices esofágicas, los beneficios de usar ligadura con bandas (menor resangrado, menor mortalidad, menor falla de hemostasia) en lugar de escleroterapia no fueron superiores a los daños.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación a favor de la ligadura con bandas en lugar de escleroterapia.</p> <p>Fuerza: Si bien la certeza general de evidencia fue baja por los desenlaces de resangrado, mortalidad y falla de hemostasia a favor de la ligadura con bandas, el GEG consideró que la escleroterapia podría presentar efectos secundarios importantes como embolia periférica o dolor y que podría generar molestias en el paciente, por lo cual esta recomendación fue fuerte.</p>	<p>En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en lugar de escleroterapia.</p> <p>Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
<p>El GEG se resaltó que en algunos casos en los que la ligadura con bandas es técnicamente difícil, la escleroterapia podría ser usada prontamente ya que es una técnica que puede ser realizada con materiales y habilidades más ampliamente disponibles, especialmente en entornos de bajos recursos o en situaciones de emergencia donde la ligadura con bandas no puede ser practicada.</p>	<p>En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas, usar escleroterapia en los casos en los que la ligadura con bandas sea técnicamente difícil o no esté disponible.</p>
<p>El GEG resaltó la importancia del uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore para poder controlar el sangrado mientras se alista una segunda endoscopia. Esta sonda ofrecer un control temporal y urgente de la hemorragia. Esta intervención puede ser vital para estabilizar al paciente, proporcionando tiempo para planificar estrategias de tratamiento adicionales o transferir al paciente a un centro con mayores recursos (70). Sin embargo, debido a los riesgos asociados con el</p>	<p>En pacientes adultos con HDA de várices esofágicas en los cuales no se puede controlar el sangrado durante la endoscopia, se puede colocar una sonda de Sengstaken-Blakemore, la cual debería ser retirada antes de las 24 horas.</p>

Justificación	BPC
<p>uso prolongado de la sonda, como la necrosis esofágica o gástrica, la sonda debe ser retirada antes de las 24 horas (23). Este enfoque equilibrado permite utilizar la sonda como una medida temporal de emergencia, reduciendo el riesgo de complicaciones graves mientras se busca una solución más definitiva para el control del sangrado variceal.</p>	
<p>El GEG consideró la realización de una segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia, si el sangrado se detiene después de colocar la sonda de Sengstaken-Blakemore. La colocación de la sonda es una medida temporal que ayuda a controlar la hemorragia en una situación aguda, pero no resuelve la causa subyacente del sangrado (70). Una segunda endoscopia permite al equipo médico visualizar directamente las várices esofágicas y aplicar terapias hemostáticas específicas que pueden reducir significativamente el riesgo de resangrado y mejorar los resultados a largo plazo (51). Además, esta intervención minimiza la necesidad de medidas temporales repetidas, proporcionando un enfoque más definitivo y seguro para el manejo del paciente.</p>	<p>Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, realizar una segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia.</p>
<p>El GEG consideró que, si esta segunda endoscopia fallase, se debería realizar TIPS o cirugía (23). Sin embargo, debido a la escasa disponibilidad de TIPS en nuestro medio, el GEG decidió no recomendar uno de estos métodos sobre el otro.</p> <p>La elección entre TIPS y cirugía dependerá de la disponibilidad de equipos y personal capacitado, así como del estado clínico del paciente, buscando siempre la opción que ofrezca mayores probabilidades de éxito y menor riesgo de complicaciones.</p>	<p>Si luego de colocar la sonda el sangrado persiste, realizar TIPS o cirugía, según la disponibilidad de equipos y personal.</p>