

Pregunta 9: ¿Cuál es el mejor manejo en pacientes con HDA de várices esofágicas: ligadura con bandas o escleroterapia?

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

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).
- 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).
- 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).

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.

Beneficios y daños de las opciones: El GEG-Local 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-Local consideró que la escleroterapia podría presentar efectos secundarios importantes como embolia periférica o dolor.

Calidad de la evidencia: La calidad 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) (Tabla 70 de la guía NICE).

Valores y preferencias: El GEG-Local 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.

Aceptabilidad y factibilidad: El GEG-Local 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.

Uso de recursos: El GEG-Local 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.

Balance entre efectos deseables e indeseables: El GEG-Local 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 calidad de la evidencia fue baja, el GEG-Local 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 vez de escleroterapia		
Dominios de decisión	Dirección	Juicio
Beneficios y daños de las opciones	¿Los beneficios de esta opción superan los daños?	Sí
Calidad de la evidencia	¿Cuál es el nivel de calidad 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		

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica: El GEG-Local se resaltó que en algunos casos en los que la ligadura con bandas es técnicamente difícil, la escleroterapia podría ser usada prontamente. Asimismo, se resaltó la importancia del uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore para poder controlar el sangrado mientras se alista una segunda endoscopia.

Si esta segunda endoscopia fallase, se debería realizar TIPS o cirugía. Sin embargo, debido a la escasa disponibilidad de TIPS en nuestro medio, el GEG-Local decidió no recomendar uno de estos métodos sobre el otro.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Recomendación:

1. En pacientes con HDA de várices esofágicas, recomendamos, como primera opción, usar ligadura con bandas en vez de escleroterapia.

Recomendación fuerte a favor

Calidad de evidencia para:

- **Mortalidad:** baja ⊕⊕⊖⊖ (Tabla 70 de la guía NICE)
- **Resangrado:** baja ⊕⊕⊖⊖ (Tabla 70 de la guía NICE)
- **Falla de hemostasia:** baja ⊕⊕⊖⊖ (Tabla 70 de la guía NICE)

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA de várices esofágicas, usar escleroterapia en los casos en los que la ligadura con bandas sea técnicamente difícil o no esté disponible.
3. En pacientes con HDA de várices esofágicas en los cuales no se puede controlar el sangrado durante la endoscopia, colocar una sonda de Sengstaken-Blakemore, la cual debería ser retirada antes de las 24 horas.
4. Si luego de colocar la sonda el sangrado se detiene, realizar una segunda endoscopia con posibilidad de tratamiento hemostático.
5. Si luego de colocar la sonda el sangrado persiste, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.