

**Pregunta 10: ¿Cuál es el mejor manejo en pacientes con HDA de várices esofágicas que vuelven a sangrar luego del primer tratamiento endoscópico: segunda hemostasia endoscópica o TIPS?**

**Resumen de la evidencia:** Ninguna de las guías identificadas y seleccionadas mediante la evaluación AGREE II mostraba estudios primarios que respondieran esta pregunta.

Se realizó una búsqueda de novo de revisiones sistemáticas que comparasen segunda hemostasia o shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS) si el sangrado por várices esofágicas no es controlado por el manejo endoscópico. Para ello, se estableció como fecha límite dos años (desde 2015/01/01). Se hallaron dos revisiones sistemáticas que evaluaron la complicación de interés, una del 206 y otra del 2017 (47, 48). La revisión del 2017 incluyó todos los estudios evaluados en la revisión del 2016 (48). Esta revisión obtuvo un puntaje de 8 en el score AMSTAR, por lo cual fue usada como referencia para tomar decisiones para la presente pregunta.

Esta revisión sistemática (48) incluyó 17 ECA (n = 1327) y realizó metaanálisis para mortalidad, resangrado, y encefalopatía hepática:

- El metaanálisis que hace para mortalidad resumió 17 ECA (n = 1327) y encontró que el grupo de pacientes que reciben TIPS tuvo similar mortalidad (175/660 = 26.5%) en comparación con el grupo que no lo recibió (171/667 = 25.6%) (OR: 1.04, IC95%: 0.81 - 1.33).
- El metaanálisis que hace para resangrado resumió 17 ECA (n = 1327) y encontró que el grupo de pacientes que reciben TIPS tuvo menor resangrado (110/660 = 16.7%) en comparación con el grupo que no lo recibió (271/667 = 40.6%) (OR: 0.28, IC95%: 0.22 - 0.37).
- El metaanálisis que hace para encefalopatía hepática resumió 17 ECA (n = 1327) y encontró que el grupo de pacientes que reciben TIPS tuvo mayor incidencia de encefalopatía hepática (201/660 = 30.5%) en comparación con el grupo que no lo recibió (121/667 = 18.1%) (OR: 2.04, IC95%: 1.57 - 2.66).

**Beneficios y daños de las opciones:** El GEG-Local consideró que existe evidencia de que el uso de TIPS en comparación a tratamiento endoscópico disminuye el resangrado; sin embargo, también existe evidencia de un mayor riesgo de desarrollo de encefalopatía hepática.

**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 1 nivel por imprecisión), moderada para resangrado (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo) y moderada para encefalopatía hepática (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo) (**Anexo N°10**).

**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 la incomodidad que puede generar la realización de TIPS en el paciente es mayor que la realización de una segunda endoscopia.

**Aceptabilidad y factibilidad:** El GEG-Local refirió que muchos establecimientos no cuentan con disponibilidad de terapia por radiología intervencionista para la realización de TIPS, e incluso los establecimientos que cuentan con esta posibilidad no suelen

tenerla las 24 horas del día. Por este motivo se consideró que la realización de una segunda endoscopia para tratamiento era la alternativa más factible y rápida.

**Uso de recursos:** El GEG-Local consideró que la realización de TIPS era más costosa que la realización de hemostasia endoscópica.

**Balance entre efectos deseables e indeseables:** Si bien el uso de TIPS genera menos resangrado en HDA de várices esofágicas en comparación con hemostasia endoscópica, el GEG-Local consideró que el mayor riesgo de encefalopatía hepática y la menor disponibilidad, además de ser un procedimiento de mayor costo, no permitían hacer una recomendación a favor del uso de TIPS.

Tabla de la evidencia a la decisión		
Opción: Realizar segunda endoscopia con posibilidad de hemostasia en vez de TIPS si hay resangrado		
Dominios de decisión	Dirección	Juicio
Beneficios y daños de las opciones	¿Los beneficios de esta opción superan los daños?	Incertidumbre
Calidad de la evidencia	¿Cuál es el nivel de calidad de la evidencia?	Mortalidad: baja ⊕⊕⊖⊖ Resangrado: moderada ⊕⊕⊕⊖ Encefalopatía hepática: moderada ⊕⊕⊕⊖
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?	Sí
<b>Fuerza de la recomendación: fuerte</b>		

**Planteamiento de los puntos de buena práctica clínica:** Si la hemostasia endoscópica en resangrado fallase, se debería realizar TIPS o cirugía. Sin embargo, debido a la escasa disponibilidad de TIPS y cirugía 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 en los cuales se presenta resangrado luego de una terapia inicial exitosa, realizar una endoscopia. Si se encuentra sangrado, sugerimos aplicar una hemostasia endoscópica con ligadura o escleroterapia en vez de TIPS.

**Recomendación fuerte a favor**

**Calidad de evidencia para:**

- **Mortalidad: baja** ⊕⊕⊖⊖ (Anexo N°10)
- **Resangrado: moderada** ⊕⊕⊕⊖ (Anexo N°10)
- **Encefalopatía hepática: moderada** ⊕⊕⊕⊖ (Anexo N°10)

**Puntos de buena práctica clínica:**

2. En pacientes con HDA de várices esofágicas que resangran, si la segunda hemostasia endoscópica falla, realizar TIPS o cirugía, de acuerdo a disponibilidad de equipos y personal.