

Pregunta 4: ¿En qué momento se debe realizar la endoscopia digestiva alta?

Resumen de la evidencia: Se encontró que las dos guías identificadas y seleccionadas mediante la evaluación AGREE II establecían recomendaciones para esta pregunta: las guías de NICE (2012, actualizada el 2016) y ESGE (2015).

NICE recomienda ofrecer la endoscopia a pacientes hemodinámicamente inestables con HDA aguda inmediatamente después de la reanimación, así como ofrecer la endoscopia dentro de las 24 horas posteriores a la admisión a todos los pacientes con HDA. Para formular estas recomendaciones, NICE realiza metaanálisis de ECA teniendo como desenlaces mortalidad y resangrado, encontrando pocos estudios de población pequeña y baja calidad:

- El metaanálisis que hace NICE para mortalidad resumió 3 ECA (n = 528) y encontró que el grupo de pacientes a los que se les realizó endoscopia temprana (de 2 a 12 horas del ingreso) presentó similar mortalidad (2/265 = 0.75%) en comparación con el grupo de pacientes a los que la endoscopia fue tardía (3/263 = 1.1%) (RR: 0.81, IC95%: 0.13 - 5.29).
- El metaanálisis que hace NICE para resangrado resumió 2 ECA (n = 435) y encontró que el grupo de pacientes a los que se les realizó endoscopia temprana (de 2 a 12 horas del ingreso) presentó similar riesgo de resangrado (9/218 = 4.1%) en comparación con el grupo de pacientes a los que la endoscopia fue tardía (10/217 = 4.6%) (RR: 0.89, IC95%: 0.37 - 2.18).

Asimismo, NICE realiza un modelo económico para comparar los costos de realizar la endoscopia a las 4, 12 y 24 horas; encontrando que el principal ahorro en el modelo de 24 horas se debía a la menor estancia hospitalaria y que el tener personal entre 8am y 5pm fue el que tuvo el menor coste por paciente. Sin embargo, solo cuando el número de pacientes superaba a 330 por año, el modelo mostraba que el costo por paciente disminuía lo suficiente como para recomendar la realización de endoscopia durante las primeras 24 horas.

ESGE recomienda, tras la reanimación hemodinámica, realizar la endoscopia digestiva alta temprana (≤ 24 horas). Una endoscopia GI muy temprana (<12 horas) puede considerarse en pacientes con rasgos clínicos de alto riesgo, a saber: la inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión) que persiste a pesar de los intentos de reanimación volumétrica; emesis/aspirado nasogástrico intrahospitalario; o contraindicación a la interrupción de la anticoagulación. Esta recomendación se basó en dos revisiones sistemáticas: Una revisión sistemática incluyó 23 estudios, de los cuales solo 3 fueron ECA, los cuales evaluaron el riesgo de realizar una endoscopia temprana y alta precoz, encontrando que esta estrategia evitaba hospitalizaciones y no se asociaba a un mayor riesgo de complicaciones (23). Otra revisión sistemática incluyó 8 estudios, de los cuales 3 fueron ECA. Si bien los ECA no encontraron diferencias significativas en muerte, resangrado o necesidad de cirugía; estudios observacionales sí hallaron menor necesidad de cirugía en el grupo que recibió endoscopia temprana (24).

Se actualizó la búsqueda que realizó NICE, a partir del 06 de abril del 2016, usando el buscador Pubmed, con la finalidad de recopilar estudios que hayan comparado distintos puntos de corte de tiempo para la realización de la endoscopia en HDA. Sin embargo, no se encontraron nuevos ECA ni revisiones sistemáticas al respecto.

Beneficios y daños de las opciones: El GEG-Local observó que la evidencia sobre este tema es escasa, por lo que no permite establecer un punto de corte en base a mortalidad o resangrado.

Calidad de la evidencia: La calidad de la evidencia del metaanálisis en la que se basó esta recomendación fue muy baja para mortalidad (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y descendió 2 niveles por imprecisión) y muy baja para resangrado (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y descendió 2 niveles por imprecisión) (Tabla 37 de la guía NICE).

Valores y preferencias: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta (resangrado y mortalidad) serían relevantes para los pacientes y sus familiares. Asimismo, consideró que los pacientes y sus familiares estarían de acuerdo con la pronta realización de la endoscopia.

Aceptabilidad y factibilidad: El GEG-Local consideró que una recomendación a favor de una pronta endoscopia sería aceptada por el personal de salud. Sin embargo, esto no siempre sería factible debido a la disponibilidad heterogénea de recursos entre los establecimientos de salud.

Uso de recursos: El GEG-Local resaltó que muchos establecimientos no tienen acceso a endoscopia, en los cuales el seguimiento de esta recomendación dependería de un adecuado sistema de referencias.

Balance entre efectos deseables e indeseables: A pesar de que la realización de la endoscopia en las primeras 24 horas podría tener un impacto positivo en desenlaces clínicos relevantes, la evidencia actual no es suficiente para sostener dicha asociación. Luego de debatir sobre el tema, el GEG-Local decidió brindar puntos de buena práctica clínica para esta pregunta.

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica: El GEG-Local consideró que la endoscopia debería realizarse óptimamente en las primeras 24 horas post-reanimación hemodinámica. Sin embargo, se consideró que en nuestro contexto las endoscopias suelen demorar mucho más de 24 horas, usualmente debido a falencias en la disponibilidad de equipamiento y personal, por lo cual se optó por mencionar que la realización de la endoscopia se realice durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización.

El GEG-Local consideró que ciertos pacientes se verían especialmente beneficiados con la realización de una endoscopia dentro de las 12 horas, y acordó recomendar este punto de corte en pacientes con alta sospecha de sangrado activo (manifestado por signos como inestabilidad hemodinámica que persiste a pesar de los intentos de reanimación volumétrica, o hematemesis intrahospitalaria) o con contraindicación a la interrupción de la anticoagulación.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Puntos de buena práctica clínica:

1. En pacientes con HDA que tengan un puntaje de dos o más en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos realizar la endoscopia digestiva alta durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización.
2. La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas post-reanimación hemodinámica.
3. En pacientes con alta sospecha de sangrado activo (manifestado por signos como inestabilidad hemodinámica que persiste a pesar de los intentos de reanimación volumétrica, o hematemesis intrahospitalaria) o con contraindicación a la interrupción de la anticoagulación: se sugiere que la endoscopia digestiva alta se realice dentro de las 12 horas después del inicio de la reanimación hemodinámica.