

Pregunta 6: ¿Es necesario realizar un seguimiento endoscópico de rutina luego de la primera endoscopia en pacientes con HDA no variceal?

Se define como seguimiento endoscópico de rutina a la realización de una segunda endoscopia a todos los pacientes con HDA sometidos a una primera endoscopia.

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 ESGE (2015) y NICE (2012, actualizada el 2016).

ESGE no recomienda seguimiento endoscópico de rutina para HDA no variceal, pero menciona que éste debe considerarse en pacientes con alto riesgo de resangrado. Esta recomendación se basa en un metaanálisis de ECA publicado el año 2012 que incluyó 4 estudios, de los cuales solo 1 brindó IBP a alta dosis; este estudio encontró un riesgo de resangrado similar en el grupo con seguimiento endoscópico de rutina (3/39 = 7.7%) en comparación con el grupo control (3/34 = 8.8%) (OR: 0.86, IC95%: 0.16-4.58) (35). Además, ESGE considera para su decisión un estudio que concluye que el seguimiento endoscópico de rutina no es costo-efectivo (36).

NICE recomienda considerar seguimiento endoscópico de rutina para todos los pacientes con alto riesgo de resangrado, sobre todo si hay dudas sobre la hemostasia adecuada en la primera endoscopia. Esta recomendación se basa en metaanálisis de ECA que hace NICE para mortalidad, resangrado durante la hospitalización, resangrado a 30 días, y necesidad de cirugía:

- El metaanálisis que hace NICE para mortalidad resumió 5 ECA (n = 979) y encontró que el grupo de pacientes a los que se les realizó seguimiento endoscópico de rutina presentó similar mortalidad (19/493 = 3.9%) en comparación con el grupo de pacientes en los que no se realizó seguimiento endoscópico de rutina (23/486 = 4.7%) (RR: 0.82, IC95%: 0.45 - 1.49).
- El metaanálisis que hace NICE para resangrado durante la hospitalización resumió 3 ECA (n = 403) y encontró que el grupo de pacientes a los que se les realizó seguimiento endoscópico de rutina presentó similar resangrado durante la hospitalización (29/204 = 14.2%) en comparación con el grupo de pacientes en los que no se realizó seguimiento endoscópico de rutina (39/199 = 19.6%) (RR: 0.74, IC95%: 0.48 - 1.13).
- El metaanálisis que hace NICE para resangrado a 30 días resumió 3 ECA (n = 770) y encontró que el grupo de pacientes a los que se les realizó seguimiento endoscópico de rutina presentó menor resangrado a 30 días (47/389 = 12.1%) en comparación con el grupo de pacientes en los que no se realizó seguimiento endoscópico de rutina (69/381 = 18.1%) (RR: 0.67, IC95%: 0.48 - 0.94). Sin embargo, el GEG de NICE consideró que esta diferencia, si bien estadísticamente significativa, no necesariamente era clínicamente relevante.
- El metaanálisis que hace NICE para necesidad de cirugía resumió 5 ECA (n = 979) y encontró que el grupo de pacientes a los que se les realizó seguimiento endoscópico de rutina presentó similar necesidad de cirugía (17/493 = 3.4%) en comparación con el grupo de pacientes en los que no se realizó seguimiento endoscópico de rutina (29/486 = 6.0%) (RR: 0.58, IC95%: 0.32 - 1.03).

Además, el GEG de NICE consideró en su decisión un estudio económico que sugiere que el seguimiento endoscópico de rutina no es costo-efectivo (37).

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 brindaran evidencia sobre el impacto de realizar un seguimiento endoscópico de rutina para complicaciones y mortalidad en HDA no variceal. Se halló un ECA en el cual se incluyó 319 pacientes con HDA debido a úlcera péptica (38). Este estudio encontró que:

- La mortalidad fue similar en el grupo de grupo de pacientes a los que se les realizó seguimiento endoscópico de rutina (2/158 = 1.3%) en comparación con el grupo de pacientes en los que no se realizó seguimiento endoscópico de rutina (2/161 = 1.2%) (p-valor = 0.999)
- El resangrado fue similar en el grupo de pacientes a los que se les realizó seguimiento endoscópico de rutina (16/158 = 10.1%) en comparación con el grupo de pacientes en los que no se realizó seguimiento endoscópico de rutina (9/161 = 5.6%) (p-valor = 0.132)
- La necesidad de cirugía fue similar en el grupo de pacientes a los que se les realizó seguimiento endoscópico de rutina (0/158 = 0%) en comparación con el grupo de pacientes en los que no se realizó seguimiento endoscópico de rutina (1/161 = 0.6%) (p-valor = 0.999)

Debido a que este estudio tenía la misma dirección que los resultados previos, el GEG-Local no consideró necesario actualizar el análisis que realiza NICE para incluir dicho estudio.

Beneficios y daños de las opciones: El GEG-Local determinó que la evidencia no sugiere que el seguimiento endoscópico de rutina tenga beneficios en términos de mortalidad ni necesidad de cirugía; en tanto que se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa pero no clínicamente relevante en resangrado. Por otro lado, la realización de una segunda endoscopia aumenta el riesgo de complicaciones menores, propias del procedimiento endoscópico.

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), baja para resangrado en el hospital (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y 1 nivel por imprecisión), baja para resangrado a 30 días (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y 1 nivel por imprecisión), y baja para necesidad de cirugía (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y 1 nivel por imprecisión) (Tabla 58 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 la no realización de un seguimiento endoscópico de rutina sería aceptada por los pacientes y sus familiares, debido a que se evitaría la incomodidad relacionada al procedimiento de endoscopia.

El GEG-Local también consideró que es importante la información que brinde el médico respecto a la indicación de endoscopia, teniendo en cuenta las expectativas del paciente.

Aceptabilidad y factibilidad: El GEG-Local refirió que habitualmente los especialistas en nuestro contexto no realizan un seguimiento endoscópico de rutina en pacientes con HDA no variceal, y que el seguimiento endoscópico es establecido por el médico que realiza la endoscopía, por lo cual se consideró que plantear esta recomendación sería aceptable para los especialistas.

Uso de recursos: El GEG-Local consideró que realizar un seguimiento endoscópico de rutina a todos los pacientes con HDA no variceal significaría un innecesario uso de recursos humanos y económicos por parte de la institución.

Balance entre efectos deseables e indeseables: El seguimiento endoscópico de rutina a pacientes con HDA no variceal no ha mostrado tener beneficios; además de incrementar los costos, riesgos y malestar en los pacientes.

Tabla de la evidencia a la decisión		
Opción: no realizar seguimiento endoscópico de rutina		
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: muy baja ⊕⊖⊖⊖ Resangrado en hospital: baja ⊕⊕⊖⊖ Resangrado a 30 días: baja ⊕⊕⊖⊖ Necesidad de cirugía: 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?	Sí
Fuerza de la recomendación: débil		

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica: El GEG-Local consideró que existen pacientes con mayor riesgo de resangrado en los cuales sí se debería realizar un seguimiento endoscópico. Si bien una revisión narrativa reciente sobre el tema proponía usar el índice de Full-Rockall para elegir a los pacientes que vayan a ser sometidos a un seguimiento endoscópico (39), el GEG-Local consideró que aún no existía evidencia suficiente para justificar el uso de este score para dicho propósito.

Luego de discutir las condiciones en las cuales sería recomendable realizar un seguimiento endoscópico, el GEG-Local acordó que el principal factor era la opinión del médico que realizó la primera endoscopia, quien pudiera tener dudas sobre la adecuada hemostasia.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Recomendación:

1. En pacientes con HDA no variceal, recomendamos no realizar seguimiento endoscópico de rutina.

Recomendación débil en contra

Calidad de evidencia para:

- **Mortalidad: muy baja** ⊕⊖⊖⊖ (Tabla 58 de la guía NICE)
- **Resangrado en hospital: baja** ⊕⊕⊖⊖ (Tabla 58 de la guía NICE)
- **Resangrado a 30 días: baja** ⊕⊕⊖⊖ (Tabla 58 de la guía NICE)
- **Necesidad de cirugía: baja** ⊕⊕⊖⊖ (Tabla 58 de la guía NICE)

Puntos de buena práctica clínica:

2. En pacientes con HDA no variceal, realizar seguimiento endoscópico en los pacientes en los cuales el médico que realizó la primera endoscopia tenga dudas sobre la adecuada hemostasia.