

Pregunta 4: En pacientes adultos con sospecha de HDA, ¿en qué momento se debería realizar la endoscopia digestiva alta?

Introducción:

El manejo inicial de pacientes con HDA incluye la realización de una endoscopia, para identificar el origen del sangrado y realizar la terapia endoscópica pertinente para detener su sangrado. Si esta endoscopia demora demasiado, la salud del paciente podría estar en riesgo (49, 50), por lo cual resulta necesario preguntarnos cuántas horas deberían pasar desde la reanimación hemodinámica del paciente hasta la realización de la endoscopia.

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
4	Pacientes adultos con sospecha de HDA	Realizar la endoscopia alta a diferentes horas luego de la estabilización del paciente	Crítico: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Resangrado

Búsqueda de RS y resumen de la evidencia:

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

NICE (2012, actualizada 2016)	ESGE-HDA (2015)
Realizar endoscopia en pacientes inestables con HDA inmediatamente después de la reanimación. Realizar endoscopia dentro de las 24 horas de la admisión a todos los demás pacientes con HDA.	Después de la reanimación hemodinámica, ESGE recomienda realizar endoscopia alta temprana (≤ 24 horas). La endoscopia alta muy temprana (<12 horas) puede considerarse en pacientes con características clínicas de alto riesgo, a saber: inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión) que persiste a pesar de los intentos en curso de reanimación volumétrica; Vómito sanguinolento en el hospital/aspirado nasogástrico; o contraindicación a la interrupción de la anticoagulación.

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 (49). 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 (50).

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.

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 una nuevas RS (**Bai 2023 (4)**).

La RS de Bai 2023 realizó MA de 2 ECA ($n=579$). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población** fueron pacientes con hemorragia gastrointestinal no variceal alta hospitalizados para evaluación endoscópica.
- El **escenario clínico** fue hospitalario.
- La **intervención** fue endoscopia temprana (dentro de las 24 horas posteriores a la admisión).
- El **comparador** fue endoscopia no temprana (después de las 24 horas posteriores a la admisión).
- Los **desenlaces evaluados** fueron mortalidad y resangrado:
 - El MA de mortalidad incluyó 2 estudios ($n=579$ pacientes) y encontró que no hubo diferencias entre el odds de mortalidad en los pacientes que se sometieron a una endoscopia temprana (OR:1.23, IC 95%: 0.62 – 2.45) en comparación con los que se sometieron a una endoscopia no temprana.
 - El MA de resangrado incluyó 2 estudios ($n=579$ pacientes) y encontró que no hubo diferencias entre el odds de resangrado en los pacientes que se

sometieron a una endoscopia temprana (OR:1.29, IC 95%: 0.81 – 2.36) en comparación con los que se sometieron a una endoscopia no temprana.

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):

- Beneficios y daños de las opciones:** El GEG 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.
- Certeza de la evidencia:** La certeza 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) (**Anexo N° 4**).
- Valores y preferencias:** El GEG 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 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 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 decidió brindar puntos de buena práctica clínica para esta pregunta.

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
Dirección: En adultos con sospecha de HDA, los beneficios de realizar la endoscopia digestiva alta (reducción de resangrado) en lugar de no brindarla superaban a los potenciales daños. Se consideró que en nuestro contexto las endoscopías suelen demorar mucho más de 24 horas,	En pacientes adultos con sospecha de HDA que tengan un puntaje mayor a uno en el Índice de Glasgow-Blatchford, sugerimos realizar la endoscopia digestiva alta durante su permanencia en unidades críticas o durante su hospitalización.

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>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.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación a favor de realizar la endoscopia digestiva alta.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy 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 consideró que la endoscopia debería realizarse óptimamente en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente. Aunque la evidencia sobre este tema es escasa lo que no permite establecer un punto de corte en base a mortalidad o resangrado, está justificada porque permitiría una evaluación oportuna de la fuente del sangrado.</p> <p>Esto coincide con lo mencionado en las GPC NICE (21), ESGE No variceal 2021 (24), ESGE Variceal 2022 (23) y ACG 2021 (25) sobre la realización de la endoscopia dentro de las 24 horas de la presentación.</p>	<p>La realización de la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 24 horas desde el ingreso del paciente.</p>
<p>El GEG 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.</p>	<p>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, la endoscopia digestiva alta debería idealmente realizarse dentro de las 12 horas desde el ingreso del paciente.</p>

Justificación	BPC
<p>Esto coincide con lo mencionado en la GPC ESGE Variceal 2022 (23).</p>	
<p>El GEG consideró que otras acciones que se suelen realizar antes de la endoscopia deberían ser explicitadas en la presente guía como la colocación de una sonda de Sengstaken-Blakemore (en pacientes con sospecha de sangrado variceal masivo en el que no se pueda realizar una endoscopia rápida) en casos de HDA variceal como una medida temporal de control del sangrado.</p> <p>Esta intervención puede ser crucial para estabilizar al paciente hemodinámicamente, reduciendo la hemorragia activa y permitiendo tiempo adicional para preparar una endoscopia de emergencia o transferir al paciente a un centro con capacidades adecuadas (51). Aunque no es una solución definitiva, la sonda de Sengstaken-Blakemore puede salvar vidas al detener el sangrado masivo.</p>	<p>En pacientes con sospecha de sangrado variceal masivo en el que no se pueda realizar una endoscopia rápida, se puede considerar la colocación de sonda de Sengstaken-Blakemore por personal entrenado.</p>