

Pregunta 6. En pacientes adultos con HDA no variceal, ¿se debería realizar un seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso?

Introducción:

Se define como seguimiento endoscópico de rutina a la realización de una segunda endoscopia a los pacientes con HDA sometidos a una primera endoscopia con tratamiento hemostático exitoso. Existe un debate sobre la necesidad y los beneficios de realizar este seguimiento endoscópico: el realizarlo podría detectar posibles signos de resangrado o de lesiones persistentes. No obstante, puede no ser necesario para todos los pacientes y que debería reservarse para casos específicos donde exista un alto riesgo de resangrado o complicaciones.

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
6	Pacientes adultos con HDA no variceal	Realizar de seguimiento endoscópico / No realizar	Crítico: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Resangrado Importante: <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de cirugía

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

NICE (2012, actualizada 2016)	ESGE-HDA (2015)
Considere endoscopia de control, con tratamiento apropiado, para todos los pacientes con alto riesgo resangrado, sobre todo si hay dudas de haber conseguido una hemostasia adecuada en la primera endoscopia.	ESGE no recomienda el seguimiento endoscópico de rutina como parte del manejo de HDA no variceal.

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) (57). Además, ESGE considera para su decisión un estudio que concluye que el seguimiento endoscópico de rutina no es costo-efectivo (58).

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. Por lo tanto, por cada 1000 personas a las realicemos seguimiento endoscópico de rutina en lugar de no realizarlo, **posiblemente evitemos 60 casos de resangrado** (IC 95%: -94 a -11).
- 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 (59).

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 (60). 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 no consideró necesario actualizar el análisis que realiza NICE para incluir dicho estudio.

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 tres nuevas RS (**Benites-Goñi 2024 (6)**, **Kogilathota 2024 (7)**, **Kamal 2021 (8)**).

Para el desenlace de **mortalidad**, se contó con las tres RS. Se decidió tomar referencia la **RS de Benites-Goñi 2024 (6)** debido a que fue la que realizó su búsqueda más recientemente (setiembre 2022) e incluyó más estudios. La RS de Benites-Goñi 2024 realizó MA de 7 ECA (n=1128 pacientes). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población** fueron pacientes con hemorragia por úlcera péptica después de una hemostasia inicial exitosa
- El **escenario clínico** fue hospitalario.
- La **intervención** fue seguimiento endoscópico de rutina
- El **comparador** fue no seguimiento endoscópico de rutina
- Se encontró que **probablemente no hay diferencias** en mortalidad a los 30 días entre el seguimiento endoscópico de rutina en lugar de no realizarlo (RR: 0.89, IC 95%: 0.46 – 1.71) (certeza de evidencia moderada según GRADE).

Para el desenlace de **resangrado**, se contó con las tres RS. Se decidió tomar referencia la **RS de Benites-Goñi 2024 (6)** debido a que fue la que realizó su búsqueda más recientemente (setiembre 2022) e incluyó más estudios. La RS de Benites-Goñi 2024 realizó MA de 10 ECA (n=1513 pacientes). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población** fueron pacientes con hemorragia por úlcera péptica después de una hemostasia inicial exitosa
- El **escenario clínico** fue hospitalario.
- La **intervención** fue seguimiento endoscópico de rutina
- El **comparador** fue no seguimiento endoscópico de rutina
- Se encontró que **probablemente no hay diferencias** en resangrado a los 30 días entre el seguimiento endoscópico de rutina en lugar de no realizarlo (RR: 0.78, IC 95%: 0.53 – 1.14) (certeza de evidencia moderada según GRADE).

Para el desenlace de **necesidad de cirugía**, se contó con las tres RS. Se decidió tomar referencia la **RS de Benites-Goñi 2024 (6)** debido a que fue la que realizó su búsqueda más recientemente (setiembre 2022) e incluyó más estudios. La RS de Benites-Goñi 2024 realizó MA de 8 ECA (n=1255 pacientes). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población** fueron pacientes con hemorragia por úlcera péptica después de una hemostasia inicial exitosa
- El **escenario clínico** fue hospitalario.
- La **intervención** fue seguimiento endoscópico de rutina
- El **comparador** fue no seguimiento endoscópico de rutina
- Se encontró que **probablemente no hay diferencias** en la necesidad de cirugía a los 30 días entre el seguimiento endoscópico de rutina en lugar de no realizarlo (RR: 0.58, IC 95%: 0.29 – 1.15) (certeza de evidencia moderada según GRADE).

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*):

1. **Beneficios y daños de las opciones:** El GEG 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.
2. **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), 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) (**Anexo N° 4**).
3. **Valores y preferencias:** El GEG 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 también consideró que es importante la información que brinde el médico respecto a la indicación de endoscopia, teniendo en cuenta las expectativas del paciente.

4. **Aceptabilidad y factibilidad:** El GEG 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 endoscopia, por lo cual se consideró que plantear esta recomendación sería aceptable para los especialistas.
5. **Uso de recursos:** El GEG 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.
6. **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
Certeza de la evidencia	¿Cuál es el nivel de certeza de la evidencia?	Mortalidad: muy baja ⊕⊖⊖⊖

Tabla de la evidencia a la decisión		
		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: condicional		

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En adultos con sospecha de HDA, los beneficios realizar el seguimiento endoscópico de rutina (menor resangrado, pero no clínicamente relevante) en lugar de no realizarlo no fueron superiores que los daños relevantes para el paciente. Además, que incrementaría los costos, riesgos y malestar en los pacientes.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación en contra del seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes adultos con HDA no variceal, sugerimos no realizar seguimiento endoscópico de rutina luego del primer tratamiento endoscópico exitoso.</p> <p>Recomendación condicional en contra 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
El GEG 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	En pacientes adultos con HDA no variceal, realizar seguimiento endoscópico en los pacientes en los cuales el médico que

Justificación	BPC
<p>tema proponía usar el índice de Full-Rockall para elegir a los pacientes que vayan a ser sometidos a un seguimiento endoscópico (61), el GEG consideró que aún no existía evidencia suficiente para justificar el uso de este score para dicho propósito.</p> <p>Luego de discutir las condiciones en las cuales sería recomendable realizar un seguimiento endoscópico, el GEG acordó que el principal factor era la opinión del médico que realizó la primera endoscopia, quien pudiera tener dudas sobre la adecuada hemostasia.</p>	<p>realizó la primera endoscopia tenga dudas sobre la adecuada hemostasia.</p>