

**Pregunta 7. En personas con plastrón apendicular, ¿se debería realizar apendicectomía temprana en lugar de apendicectomía diferida para el manejo de la enfermedad?**

**Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó una pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
7	Personas con plastrón apendicular	Apendicectomía temprana / Apendicectomía diferida	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad postoperatoria</li> <li>• Complicaciones postoperatorias</li> <li>• Infección del sitio quirúrgico</li> <li>• Absceso intraabdominal</li> <li>• Fístula fecal</li> </ul> <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reintervenciones quirúrgicas</li> <li>• Dolor</li> <li>• Tiempo operatorio</li> <li>• Duración de la primera hospitalización</li> <li>• Reingreso hospitalario</li> <li>• Estancia hospitalaria</li> <li>• Tiempo fuera de las actividades normales</li> <li>• Calidad de vida</li> </ul>

**Búsqueda de RS:**

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontró una RS publicada como artículo científico: Cheng 2017 (39). A continuación, se resumen las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR-2*	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Cheng 2017	13/14	Agosto 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad postoperatoria (1 ECA)</li> <li>• Complicaciones postoperatorias (1 ECA)</li> <li>• Infección de sitio quirúrgico (1 ECA)</li> <li>• Fístula fecal (1 ECA)</li> <li>• Estancia hospitalaria (1 ECA)</li> <li>• Tiempo fuera de las actividades normales (1 ECA)</li> </ul>

### Evidencia por cada desenlace:

- Mortalidad postoperatoria
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cheng 2017 (39).
  - Se decidió tomar como referencia la RS **Cheng 2017** (39) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de Cheng 2017 (39) reportó 1 ECA (n=40). El cual tuvo las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con masa apendicular determinada según la historia clínica, examen físico y resultados de las imágenes (como ecografía, o radiografía simple de abdomen). Se excluyeron pacientes con aire libre en la cavidad peritoneal (en radiografías simples), o acumulación de pus en fosa ilíaca derecha o pelvis, o neoplasia maligna de colon o tuberculosis ileocecal.
    - **El escenario clínico** fue en un entorno hospitalario.
    - **La intervención** fue la apendicectomía temprana, realizada tan pronto como la masa apendicular se resolvió dentro de la misma admisión.
    - **El comparador** fue la apendicetomía diferida, la cual consistió en un tratamiento conservador inicial seguido de apendicectomía abierta de intervalo 6 semanas después.
    - **El desenlace** de mortalidad postoperatoria fue definido como la incidencia de muerte dentro de los pacientes sometidos a la apendicectomía, durante un tiempo de seguimiento medio de 33.5 meses.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cheng 2017 (39) debido a que su búsqueda fue reciente (agosto 2016).
  
- Complicaciones postoperatorias
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cheng 2017 (39).
  - Se decidió tomar como referencia la RS **Cheng 2017** (39) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de Cheng 2017 (39) reportó. Este estudio tuvo las siguientes características:
    - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad postoperatoria.
    - **El desenlace** de complicaciones postoperatorias fue definido como la tasa general de complicaciones: infección de herida, absceso abdominal, obstrucción intestinal, hernia incisional o fistula fecal, durante un tiempo de seguimiento medio de 33.5 meses.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cheng 2017 (39) debido a que su búsqueda fue reciente (agosto 2016).
  
- Infección del sitio quirúrgico
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cheng 2017 (39).

- Se decidió tomar como referencia la RS **Cheng 2017 (39)** debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
- Para este desenlace, la RS de Cheng 2017 (39) reportó. Este estudio tuvo las siguientes características:
  - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad postoperatoria.
  - **El desenlace** de infección del sitio quirúrgico fue definido como la incidencia de infección del sitio quirúrgico del paciente sometido a apendicectomía, durante un tiempo de seguimiento medio de 14 días.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cheng 2017 (39) debido a que su búsqueda fue reciente (agosto 2016).
  
- Absceso intraabdominal
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Fístula fecal
  - Para este desenlace se contó con una RS: **Cheng 2017 (39)**.
  - Se decidió tomar como referencia la RS Cheng 2017 (39) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de Cheng 2017 (39) reportó. Este estudio tuvo las siguientes características:
    - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad postoperatoria.
    - **El desenlace** de fístula fecal fue definido como el paso anormal entre el colon y la superficie externa del cuerpo, descargando heces; durante un tiempo de seguimiento medio de 14 días.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cheng 2017 (39) debido a que su búsqueda fue reciente (agosto 2016).
  
- Reintervenciones quirúrgicas
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Dolor
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Tiempo operatorio
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Duración de la primera hospitalización
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Reingreso hospitalario
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Estancia hospitalaria
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cheng 2017 (39).

- Se decidió tomar como referencia la RS **Cheng 2017** (39) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
- Para este desenlace, la RS de Cheng 2017 (39) reportó. Este estudio tuvo las siguientes características:
  - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad postoperatoria.
  - **El desenlace** de estancia hospitalaria fue definido como el tiempo de permanencia hospitalaria del paciente sometidos a apendicectomía, expresado en días; durante un tiempo de seguimiento medio de 3 semanas.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cheng 2017 (39) debido a que su búsqueda fue reciente (agosto 2016).
  
- **Tiempo fuera de las actividades normales**
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cheng 2017 (39).
  - Se decidió tomar como referencia la RS **Cheng 2017** (39) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de Cheng 2017 (39) reportó. Este estudio tuvo las siguientes características:
    - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad postoperatoria.
    - **El desenlace** de tiempo fuera de las actividades normales fue definido como el tiempo estimado en el que el paciente sometido a apendicectomía estuvo no apto para desarrollar sus actividades habituales, expresado en días; durante un tiempo de seguimiento medio de 33.5 semanas.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cheng 2017 (39) debido a que su búsqueda fue reciente (agosto 2016).
  
- **Calidad de vida**
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.

**Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):**

<b>Población:</b> Personas con plastrón apendicular <b>Intervención:</b> Apendicectomía temprana <b>Comparador:</b> Apendicectomía diferida <b>Autores:</b> José Montes Alvis <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad postoperatoria:</b> RS de Cheng 2017 (39).</li> <li>• <b>Complicaciones postoperatorias:</b> RS de Cheng 2017 (39).</li> <li>• <b>Infección del sitio quirúrgico:</b> RS de Cheng 2017 (39).</li> <li>• <b>Absceso intraabdominal:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Fístula fecal:</b> RS de Cheng 2017 (39).</li> <li>• <b>Reintervenciones quirúrgicas:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Dolor:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Tiempo operatorio:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Duración de la primera hospitalización:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Reingreso hospitalario:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Estancia hospitalaria:</b> RS de Cheng 2017 (39).</li> <li>• <b>Tiempo fuera de las actividades normales:</b> RS de Cheng 2017 (39).</li> <li>• <b>Calidad de vida:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Apendicectomía temprana	Comparación: Apendicectomía diferida	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación *
Mortalidad postoperatoria (mediana: 33.5 meses)	CRÍTICO	1 ECA (n=40)	0/20 (0%)	0/20 (0%)	No estimable	No estimable	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad postoperatoria, aunque la evidencia es incierta.
Complicaciones postoperatorias (mediana: 33.5 meses)	CRÍTICO	1 ECA (n=40)	6/20 (30.0%)	0/20 (0%)	RR: 13.00 (0.78 a 216.39)	300 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la morbilidad general, aunque la evidencia es incierta.
Infección del sitio quirúrgico (mediana: 33.5 meses)	CRÍTICO	1 ECA (n=40)	4/20 (20.0%)	0/20 (0%)	RR: 9.00 (0.52 a 156.91)	200 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la infección de herida, aunque la evidencia es incierta.
Absceso intraabdominal	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Fístula fecal (mediana: 33.5 meses)	CRÍTICO	1 ECA (n=40)	1/20 (5%)	0/20 (0%)	RR: 3.00 (0.13 a 69.52)	50 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la fístula fecal, aunque la evidencia es incierta.
Reintervención quirúrgicas	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Dolor	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Tiempo operatorio	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Duración de la primera hospitalización	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Reingreso hospitalario	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Estancia hospitalaria (mediana: 3 semanas)	IMPORTANTE ANTE	1 ECA (n=40)	Rango medio: 21.4 días	Rango medio: 14.7 días	-	DM: 6.70 días (2.76 a 10.64)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos la apendicectomía temprana en lugar de la apendicectomía diferida, podríamos aumentar 6.70 días la estancia hospitalaria (+2.76 a +10.64), aunque la evidencia es incierta.
Tiempo fuera de las actividades normales (días) (mediana: 33.5 meses)	IMPORTANTE ANTE	1 ECA (n=40)	Rango medio: 25.0 días	Rango medio: 20 días	-	DM: 5.00 días (1.52 a 8.48)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos la apendicectomía temprana en lugar de la apendicectomía diferida, podríamos aumentar 5.00 días el tiempo fuera de las actividades normales (+1.52 a +8.48), aunque la evidencia es incierta.
Calidad de vida	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; DM: Diferencia de medias.

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: debido a que el estudio tuvo riesgo de sesgo poco claro en la generación de secuencia aleatoria, ocultación de la asignación, y cegamiento de la evaluación del desenlace; y riesgo de sesgo alto en el cegamiento del personal y participantes, y reporte selectivo.
- Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número total de eventos fue < 50.

### Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

<b>Pregunta 7. En personas con plastrón apendicular, ¿se debería ofrecer apendicectomía temprana en lugar de apendicectomía diferida para el manejo de la enfermedad?</b>	
<b>Población:</b>	Personas con plastrón apendicular
<b>Intervención:</b>	Apendicectomía temprana
<b>Comparador:</b>	Apendicectomía diferida
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad postoperatoria</li> <li>• Complicaciones postoperatorias</li> <li>• Infección del sitio quirúrgico</li> <li>• Fístula fecal</li> <li>• Estancia hospitalaria</li> <li>• Tiempo fuera de las actividades normales</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro Social de Salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b>																						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales																
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudio</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad postoperatoria</td> <td>1 ECA (n=40)</td> <td>No estimable</td> <td>No estimable</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudio	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Mortalidad postoperatoria	1 ECA (n=40)	No estimable	No estimable	⊕○○○ MUY BAJA	<p>En resumen, en <i>personas con plastrón apendicular</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que realicemos apendicectomía temprana en lugar de apendicectomía diferida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que no modifiquemos la mortalidad postoperatoria, aunque la evidencia es incierta.</li> </ul>	<p>En personas con plastrón apendicular, los beneficios de realizar apendicectomía temprana en lugar de apendicectomía diferida se desconocen (puesto que los efectos sobre la mortalidad postoperatoria fueron inciertos).</p>									
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudio	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza																		
Mortalidad postoperatoria	1 ECA (n=40)	No estimable	No estimable	⊕○○○ MUY BAJA																		
<b>Daños:</b>																						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales																
<input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudio</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Complicaciones postoperatorias</td> <td>1 ECA (n=40)</td> <td>RR: 13.00 (0.78 a 216.39)</td> <td>300 más por 1000</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> <tr> <td>Infección del sitio quirúrgico</td> <td>1 ECA (n=40)</td> <td>RR: 9.00 (0.52 a 156.91)</td> <td>200 más por 1000</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> <tr> <td>Fístula fecal</td> <td>1 ECA (n=40)</td> <td>RR: 3.00 (0.13 a 69.52)</td> <td>50 más por 1000</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudio	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Complicaciones postoperatorias	1 ECA (n=40)	RR: 13.00 (0.78 a 216.39)	300 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA	Infección del sitio quirúrgico	1 ECA (n=40)	RR: 9.00 (0.52 a 156.91)	200 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA	Fístula fecal	1 ECA (n=40)	RR: 3.00 (0.13 a 69.52)	50 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA	<p>En personas con plastrón apendicular, los daños de realizar apendicectomía temprana en lugar de apendicectomía diferida se consideraron moderados (puesto que los potenciales efectos sobre complicaciones postoperatorias, infección del sitio quirúrgico y fístula fecal fueron moderados, asimismo, el tiempo sobre la estancia hospitalaria, y el tiempo fuera de las actividades normales fueron mayores, aunque la evidencia es incierta).</p>
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudio	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza																		
Complicaciones postoperatorias	1 ECA (n=40)	RR: 13.00 (0.78 a 216.39)	300 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA																		
Infección del sitio quirúrgico	1 ECA (n=40)	RR: 9.00 (0.52 a 156.91)	200 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA																		
Fístula fecal	1 ECA (n=40)	RR: 3.00 (0.13 a 69.52)	50 más por 1000	⊕○○○ MUY BAJA																		

	Estancia hospitalaria	1 ECA (n=40)	-	<b>DM: 6.70 días</b> (2.76 a 10.64)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Tiempo fuera de las actividades normales	1 ECA (n=40)	-	<b>DM: 5.00 días</b> (1.52 a 8.48)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Absceso intraabdominal	No se encontró evidencia para el desenlace.				
	Reintervenciones quirúrgicas	No se encontró evidencia para el desenlace.				
	Dolor	No se encontró evidencia para el desenlace.				
	Tiempo operatorio	No se encontró evidencia para el desenlace.				
	Duración de la primera hospitalización	No se encontró evidencia para el desenlace.				
	Reingreso hospitalario	No se encontró evidencia para el desenlace.				
	Calidad de vida	No se encontró evidencia para el desenlace.				
	<p>En resumen, en <i>personas con plastrón apendicular</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que realicemos apendicectomía temprana en lugar de apendicectomía diferida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Podría ser que no modifiquemos las complicaciones postoperatorias, infección del sitio quirúrgico y fístula fecal, aunque la evidencia es incierta.</li> <li>Podría ser que aumentemos en promedio 6.70 días la estancia hospitalaria (+2.76 a +10.64), y podría ser que aumentemos en promedio 5.00 días el tiempo fuera de las actividades normales (+1.52 a +8.48), aunque la evidencia es incierta.</li> <li>En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para los desenlaces de absceso intraabdominal, reintervenciones quirúrgicas, dolor, tiempo operatorio, duración de la primera hospitalización, reingreso hospitalario y calidad de vida.</li> </ul>					
<b>Certeza de la evidencia:</b>						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Muy baja</b></li> <li>○ Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li> <li>○ No se evaluaron estudios</li> </ul>	<b>Desenlaces</b> <i>(tiempo de seguimiento)</i>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>	Para la certeza general de la evidencia, el GEG consideró la certeza más baja entre los desenlaces críticos. Por ello, la certeza global de la evidencia fue muy baja.		
	Mortalidad postoperatoria	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
	Complicaciones postoperatorias	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
	Infección del sitio quirúrgico	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
	Fístula fecal	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
	Estancia hospitalaria	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
	Tiempo fuera de las actividades normales	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			

	<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: debido a que el estudio tuvo riesgo de sesgo poco claro en la generación de secuencia aleatoria, ocultación de la asignación, y cegamiento de la evaluación del desenlace; y riesgo de sesgo alto en el cegamiento del personal y participantes, y reporte selectivo.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número total de eventos fue &lt; 50.</p>	
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b>		
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente sí</b> <input type="radio"/> Sí	Aunque no se contó con evidencia para algunos otros desenlaces críticos/importantes (absceso intraabdominal, reintervenciones quirúrgicas, dolor, tiempo operatorio, duración de la primera hospitalización, reingreso hospitalario y calidad de vida). El GEG consideró que probablemente sí se evaluaron desenlaces críticos/importantes para los pacientes.	
<b>Balance de los efectos:</b>		
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente favorece al comparador</b> <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente favorece al comparador.
<b>Uso de recursos:</b>		
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Costos elevados <input type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input checked="" type="radio"/> <b>Ahorros moderados</b> <input type="radio"/> Ahorros extensos  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		
<b>Inequidad:</b>		
¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente no tenga impacto</b> <input type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que siendo la intervención y el comparador intervenciones quirúrgicas, probablemente no tenga mayor impacto sobre la equidad en las poblaciones vulnerables.

<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente no</b> <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que los profesionales de la salud no aceptarían brindar la intervención en los pacientes adultos con plastrón apendicular, dado que, la evidencia actual es incierta.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que los pacientes no aceptarían la intervención, luego de conocer los beneficios y daños inciertos de la apendicectomía temprana.</p>
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> <b>Sí</b>  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que realizar la apendicectomía temprana es factible, dado que los establecimientos de salud de tercer nivel de EsSalud en su mayoría cuentan con el equipo, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y personal capacitado necesario para la intervención.

**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

**Recomendaciones y justificación:**

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>En personas con plastrón apendicular, los beneficios de realizar apendicectomía temprana en lugar de apendicectomía diferida se desconocen (puesto que los efectos sobre la mortalidad postoperatoria fueron inciertos) y los daños se consideraron moderados (puesto que los potenciales efectos sobre complicaciones postoperatorias, infección del sitio quirúrgico y fistula fecal fueron moderados, asimismo, el tiempo sobre la estancia hospitalaria, y el tiempo fuera de las actividades normales fueron mayores, aunque la evidencia es incierta). Por ello, al no contar con la evidencia suficiente para optar por la intervención, se emitió una recomendación <b>a favor del comparador</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue muy baja, debido a que la evidencia no favorece a la apendicectomía temprana probablemente sería no aceptada por parte de los profesionales de la salud y pacientes, a pesar de su factibilidad de implementación. Por ello, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En personas con plastrón apendicular, sugerimos realizar apendicetomía diferida.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor del comparador</b>  <b>Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</b></p>

**Buenas Prácticas Clínicas (BPC):**

El GEG no consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada.