

**Pregunta 8. En personas con absceso apendicular, ¿se debería brindar tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana 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
8	Personas con absceso apendicular	Tratamiento conservador inicial / Apendicectomía temprana	<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: van Amstel 2020 (40). 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)
van Amstel 2020	9/14	Noviembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones postoperatorias (1 ECA y 4 EO)</li> <li>• Infección del sitio quirúrgico (10 EO)</li> <li>• Absceso intraabdominal (1 ECA y 11 EO)</li> <li>• Íleo postoperatorio (1 ECA y 8 EO)</li> <li>• Reingreso hospitalario (8 EO)</li> </ul>

### Evidencia por cada desenlace:

- Mortalidad postoperatoria
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Complicaciones postoperatorias
  - Para este desenlace se contó con una RS: van Amstel 2020 (40).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **van Amstel 2020** (40) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de van Amstel 2020 (40) realizó un MA de 1 ECA y 4 EO (n=133). Este estudio tuvo las siguientes características:
    - **La población** correspondió a pacientes pediátricos (menores de 18 años) con masa o absceso apendicular.
    - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
    - **La intervención** fue tratamiento conservador inicial que consistía en la administración de antibioticoterapia endovenosa con o sin drenaje del absceso.
    - **El comparador** fue apendicectomía temprana sea laparoscópica o abierta, realizada de forma inmediata (menor a 48 horas luego de la presentación de síntomas de apendicitis)
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de complicaciones postoperatorias.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de van Amstel 2020 (40) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2019).
  
- Infección del sitio quirúrgico
  - Para este desenlace se contó con una RS: van Amstel 2020 (40).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **van Amstel 2020** (40) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de van Amstel 2020 (40) realizó un MA de 10 EO (n=1081). Este estudio tuvo las siguientes características:
    - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de complicaciones postoperatorias.
    - **El desenlace** se definió como infección del sitio quirúrgico.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de van Amstel 2020 (40) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2019).
  
- Absceso intraabdominal
  - Para este desenlace se contó con una RS: van Amstel 2020 (40).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **van Amstel 2020** (40) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de van Amstel 2020 (40) realizó un MA de 1 ECA y 11 EO (n=1253). Este estudio tuvo las siguientes características:

- **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de complicaciones postoperatorias.
- **El desenlace** se definió como absceso intraabdominal.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de van Amstel 2020 (40) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2019).
- **Íleo postoperatorio**
  - Para este desenlace se contó con una RS: van Amstel 2020 (40).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **van Amstel 2020** (40) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de van Amstel 2020 (40) realizó un MA de 1 ECA y 8 EO (n=993). Este estudio tuvo las siguientes características:
    - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de complicaciones postoperatorias.
    - **El desenlace** se definió como íleo postoperatorio.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de van Amstel 2020 (40) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2019).
- **Fístula fecal**
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- **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**
  - Para este desenlace se contó con una RS: van Amstel 2020 (40).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **van Amstel 2020** (40) debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y la búsqueda se realizó recientemente.
  - Para este desenlace, la RS de van Amstel 2020 (40) realizó un MA de 8 EO (n=1001). Este estudio tuvo las siguientes características:
    - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de complicaciones postoperatorias.
    - **El desenlace** se definió como reingreso hospitalario.

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de van Amstel 2020 (40) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2019).
  
- Estancia hospitalaria
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Tiempo fuera de las actividades normales
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Calidad de vida
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.

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

<p><b>Población:</b> Personas con absceso apendicular  <b>Intervención:</b> Tratamiento conservador inicial  <b>Comparador:</b> Apendicectomía temprana  <b>Autores:</b> José Montes Alvis  <b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Complicaciones postoperatorias:</b> RS de van Amstel 2020 (40).</li> <li>• <b>Infección del sitio quirúrgico:</b> RS de van Amstel 2020 (40).</li> <li>• <b>Absceso intraabdominal:</b> RS de van Amstel 2020 (40).</li> <li>• <b>Íleo postoperatorio:</b> RS de van Amstel 2020 (40).</li> <li>• <b>Fístula fecal:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</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> RS de van Amstel 2020 (40).</li> <li>• <b>Estancia hospitalaria:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Tiempo fuera de las actividades normales:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</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: Tratamiento o conservador o inicial	Comparación: Apendicectomía temprana	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación *
Mortalidad postoperatoria	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Complicaciones postoperatorias	CRÍTICO	4 EO (n=133)	11/71 (15.5%)	32/62 (51.6%)	RR: 0.33 (0.09 a 1.17)	104 menos por 1000 (de 141 menos a 26 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana, podría ser que no modifiquemos la incidencia de complicaciones postoperatorias, aunque la evidencia es incierta.
Infección del sitio quirúrgico	CRÍTICO	10 EO (n=1081)	42/953 (4.4%)	41/300 (13.7%)	RR: 0.32 (0.16 a 0.63)	30 menos por 1000 (de 37 menos a 16 menos)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana, podría ser que evitemos 30 casos de infecciones del sitio quirúrgico (-37 a -16), aunque la evidencia es incierta.

Absceso intraabdominal	CRÍTICO	12 EO (n=1253)	9/880 (1.0%)	28/201 (13.9%)	RR: 0.13 (0.06 a 0.31)	9 menos por 1000 (de 10 menos a 7 menos)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana, podría ser que evitemos 30 casos de absceso intraabdominal (-10 a -7), aunque la evidencia es incierta.
Íleo postoperatorio	CRÍTICO	9 EO (n=993)	5/815 (0.6%)	16/178 (9.0%)	RR: 0.20 (0.07 a 0.54)	5 menos por 1000 (de 6 menos a 3 menos)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana, podría ser que evitemos 30 casos de íleo postoperatorio (-6 a -3), aunque la evidencia es incierta.
Fístula fecal	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Reintervenciones 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	8 EO (n=1001)	54/805 (6.7%)	10/196 (5.1%)	RR: 1.75 (0.79 a 3.89)	50 más por 1000 (de 14 menos a 194 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana, podría ser que no modifiquemos la incidencia de reingreso hospitalario, aunque la evidencia es incierta.
Estancia hospitalaria	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Tiempo fuera de las actividades normales	IMPORTANTE ANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
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:**

- 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.
- b. 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 8. En personas con absceso apendicular, ¿se debería ofrecer tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana para el manejo de la enfermedad?</b>	
<b>Población:</b>	Personas con absceso apendicular
<b>Intervención:</b>	Tratamiento conservador inicial
<b>Comparador:</b>	Apendicectomía temprana
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones postoperatorias</li> <li>• Infección del sitio quirúrgico</li> <li>• Absceso intraabdominal</li> <li>• Íleo postoperatorio</li> <li>• Reingreso hospitalario</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 checked="" type="radio"/> <b>Moderado</b> <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudio</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	En personas con absceso apendicular, los beneficios de brindar tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana se consideraron moderados (si bien el efecto sobre complicaciones postoperatorias fue similar en ambas intervenciones; los efectos sobre infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal, e íleo postoperatorio fueron importantes, aunque la evidencia es incierta).
	Complicaciones postoperatorias	4 EO (n=133)	RR: 0.33 (0.09 a 1.17)	104 menos por 1000 (de 141 menos a 26 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Infección del sitio quirúrgico	10 EO (n=1081)	RR: 0.32 (0.16 a 0.63)	30 menos por 1000 (de 37 menos a 16 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Absceso intraabdominal	12 EO (n=1253)	RR: 0.13 (0.06 a 0.31)	9 menos por 1000 (de 10 menos a 7 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Íleo postoperatorio	9 EO (n=993)	RR: 0.20 (0.07 a 0.54)	5 menos por 1000 (de 6 menos a 3 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
En resumen, en <i>personas con absceso apendicular</i> , por cada <b>1000</b> personas a las que brindemos tratamiento conservador inicial en lugar de brindar apendicectomía temprana: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que no modifiquemos la incidencia de complicaciones postoperatorias, aunque la evidencia es incierta.</li> <li>• Podría ser que evitemos 30 casos de infecciones del sitio quirúrgico (-37 a -16), podría ser que evitemos 30 casos de absceso intraabdominal (-10 a -7), y podría ser que evitemos</li> </ul>						

	30 casos de íleo postoperatorio (-6 a -3), aunque la evidencia es incierta.					
<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 type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial  <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> <b>Se desconoce</b>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudio</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	En personas con absceso apendicular, los daños de brindar tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana se desconocen (si bien el potencial efecto sobre reingreso hospitalario fue relevante, la evidencia es incierta. Además, no se encontró evidencia para los desenlaces de mortalidad postoperatoria, fístula fecal, reintervenciones quirúrgicas, dolor, tiempo operatorio, duración de la primera hospitalización, estancia hospitalaria, tiempo fuera de las actividades normales, y calidad de vida.	
	Reingreso hospitalario	8 EO (n=1001)	RR: 1.75 (0.79 a 3.89)	50 más por 1000 (de 14 menos a 194 más)		⊕○○○ MUY BAJA
	Mortalidad postoperatoria	No se encontró evidencia para este desenlace.				
	Fístula fecal	No se encontró evidencia para este desenlace.				
	Reintervenciones quirúrgicas	No se encontró evidencia para este desenlace.				
	Dolor	No se encontró evidencia para este desenlace.				
	Tiempo operatorio	No se encontró evidencia para este desenlace.				
	Duración de la primera hospitalización	No se encontró evidencia para este desenlace.				
	Estancia hospitalaria	No se encontró evidencia para este desenlace.				
	Tiempo fuera de las actividades normales	No se encontró evidencia para este desenlace.				
Calidad de vida	No se encontró evidencia para este desenlace.					
En resumen, en <i>personas con absceso apendicular</i> , por cada <b>1000</b> personas a las que brindemos tratamiento conservador inicial en lugar de brindar apendicectomía temprana: <ul style="list-style-type: none"> <li>Podría ser que no modifiquemos la incidencia de reingreso hospitalario, aunque la evidencia es incierta.</li> <li>En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para los desenlaces de mortalidad postoperatoria, fístula fecal, reintervenciones quirúrgicas, dolor, tiempo operatorio, duración de la primera hospitalización, estancia hospitalaria, tiempo fuera de las actividades normales, y calidad de vida.</li> </ul>						
<b>Certeza de la evidencia:</b>						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales		
<input checked="" type="radio"/> <b>Muy baja</b> <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta  <input type="radio"/> No se evaluaron estudios	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>			
	Complicaciones postoperatorias	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
	Infección del sitio quirúrgico	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
	Absceso intraabdominal	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>			
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.						

	íleo postoperatorio	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Reingreso hospitalario	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	
○ No ○ Probablemente no ● <b>Probablemente sí</b> ○ Sí	Aunque no se contó con evidencia para algunos otros desenlaces críticos/importantes (mortalidad postoperatoria, fístula fecal, reintervenciones quirúrgicas, dolor, tiempo operatorio, duración de la primera hospitalización, estancia hospitalaria, tiempo fuera de las actividades normales, 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	
○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ● <b>Probablemente favorece a la intervención</b> ○ Favorece a la intervención  ○ Varía ○ Se desconoce			Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente favorece a la intervención.	
<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	
○ Costos elevados ○ Costos moderados ○ Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos  ● <b>Varía</b> ○ Se desconoce			El GEG consideró que los costos varían de acuerdo si brindar tratamiento conservador inicial involucra la administración de antibioticoterapia con o sin drenaje del absceso.	
<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	
○ Reducido ○ Probablemente reducido ● <b>Probablemente no</b>			El GEG consideró que brindar tratamiento conservador inicial en los hospitales, probablemente no tenga mayor impacto sobre la	

<b>tenga impacto</b> <input type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		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 type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente sí</b> <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 probablemente aceptarían brindar tratamiento conservador inicial en los personas con absceso apendicular, dado que, es una práctica que ya viene realizando.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que los pacientes probablemente aceptarían la intervención.</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 factible el brindar tratamiento conservador inicial dado que este manejo se encuentra disponible en todos los establecimientos de salud con servicios de cirugía.

**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><b>Dirección:</b> En personas con absceso apendicular, los beneficios de brindar tratamiento conservador inicial en lugar de apendicectomía temprana se consideraron moderados (si bien el efecto sobre complicaciones postoperatorias fue similar en ambas intervenciones; los efectos sobre infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal, e íleo postoperatorio fueron importantes, aunque la evidencia es incierta) y los daños se desconocen (si bien el potencial efecto sobre reingreso hospitalario fue relevante, la evidencia es incierta. Además, no se encontró evidencia para los desenlaces de mortalidad postoperatoria, fístula fecal, reintervenciones quirúrgicas, dolor, tiempo operatorio, duración de la primera hospitalización, estancia hospitalaria, tiempo fuera de las actividades normales, y calidad de vida. Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor de la intervención</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue muy baja. Por ello, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En personas con absceso apendicular, sugerimos brindar tratamiento conservador inicial (antibioticoterapia con o sin drenaje del absceso).</p> <p><b>Recomendación condicional a favor de la intervención</b></p> <p><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.