

Pregunta 8. En pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon, ¿se debería realizar colectomía simultánea o colectomía por etapas con resección hepática y/o pulmonar?

Introducción

Los pacientes con cáncer de colon resecable presentan cerca del 20 al 50% de metástasis hepáticas secundarias de manera sincrónica (68). Dentro del manejo de estos pacientes se encuentra la realización de la cirugía para extirpar el tumor en el colon y en el hígado, actualmente existen dos tipos de abordajes quirúrgicos denominados colectomía simultánea o colectomía por etapas (69). En ese contexto, ambos abordajes quirúrgicos necesitan ser evaluados con respecto a sus beneficios y daños. Por ese motivo, se planteó la siguiente pregunta clínica.

Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó una pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
8	Pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon	Colectomía simultánea vs Colectomía por etapas con resección hepática y/o pulmonar	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad perioperatoria • Mortalidad perioperatoria • Supervivencia global • Fuga anastomótica • Infección en la herida • Reoperación <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recurrencia de la enfermedad • Tiempo operatorio • Sangrado • Estancia hospitalaria

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 encontraron tres RS potencial publicada como artículo científico: Hajibandeh 2020 (69), Gavriilidis 2018 (70), y Slessor 2013 (71). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

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)
Hajibandeh 2020	10/14	Abril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad perioperatoria (29 EO) • Mortalidad perioperatoria (32 EO) • Supervivencia global (23 EO) • Fuga anastomótica (20 EO) • Infección en la herida (18 EO)

			<ul style="list-style-type: none"> • Reoperación (8 EO) • Recurrencia de la enfermedad (13 EO) • Tiempo operatorio (10 EO) • Sangrado (13 EO) • Estancia hospitalaria (19 EO)
Gavriilidis 2018	7/14	Diciembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad perioperatoria (21 EO) • Mortalidad perioperatoria (20 EO) • Supervivencia global (17 EO) • Fuga anastomótica (6 EO) • Infección en la herida (10 EO) • Tiempo operatorio (7 EO) • Sangrado (9 EO) • Estancia hospitalaria (13 EO)
Slessler 2013	9/14	Agosto 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad perioperatoria (18 EO) • Mortalidad perioperatoria (16 EO) • Supervivencia global (16 EO) • Fuga anastomótica (4 EO) • Infección en la herida (6 EO) • Recurrencia de la enfermedad (6 EO) • Tiempo operatorio (8 EO) • Sangrado (7 EO) • Estancia hospitalaria (10 EO)

*Esta RS no realiza MA.

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- **Morbilidad perioperatoria**
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavriilidis 2018 (70), y Slessler 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 29 EO (n= 7639). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes adultos entre 54 a 82 años de cualquier sexo que presentan tumores malignos de recto, colon sigmoide, colon descendente, colon transverso, colon ascendente o ciego con metástasis hepáticas sincrónicas. Los pacientes con cáncer de colon representaron el 70.25%; procedentes de Alemania, Francia, Japón, Los Estados Unidos, Grecia, Italia, Austria, Hungría, Polonia, Países bajos, Reino Unido, China, Hong Kong, Corea, Rumanía, y Canadá.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario, se internaron a los pacientes para la intervención quirúrgica.
 - **La intervención** fue la resección colorrectal y hepática simultánea, ya sea por cirugía laparoscópica o abierta.

- **El comparador** fue la resección colorrectal y hepática por etapas, la cual se enfoca primero en la resección del tumor primario, seguido de la resección posterior de las metástasis hepáticas en 3 a 6 meses.
- **El desenlace** se definió como la morbilidad perioperatoria reportada dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
- **Mortalidad perioperatoria**
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavrilidis 2018 (70), y Slessor 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 32 EO (n= 6552). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como la mortalidad perioperatoria reportada dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
- **Supervivencia global**
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavrilidis 2018 (70), y Slessor 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 23 EO (n= 6551). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** de supervivencia global fue definido como el tiempo desde la aleatorización hasta la muerte por cualquier causa, con un tiempo de seguimiento de 5 años.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
- **Fuga anastomótica**
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavrilidis 2018 (70), y Slessor 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad

- metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
- Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (63) realizó un MA de 20 EO (n= 3842). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como la fuga anastomótica reportada dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
- **Infección en la herida**
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavriliadis 2018 (70), y Slessor 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 18 EO (n= 3675). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como la infección en la herida reportada dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
 - **Reoperación**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Hajibandeh 2020 (69).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 18 EO (n= 3106). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como la reoperación reportada dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
 - **Recurrencia de la enfermedad**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Hajibandeh 2020 (69), y Slessor 2013 (71).

- Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 13 EO (n=2901). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como la recurrencia de la enfermedad reportada dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
- **Tiempo operatorio**
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavrilidis 2018 (70), y Slessor 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 10 EO (n=1307). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como el tiempo operatorio expresado en minutos, reportado después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).
- **Sangrado**
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavrilidis 2018 (70), y Slessor 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 13 EO (n=2745). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como el sangrado reportado dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).

- Estancia hospitalaria
 - Para este desenlace se contó con tres RS: Hajibandeh 2020 (69), Gavriliadis 2018 (70), y Slessor 2013 (71).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Hajibandeh 2020 (69), debido a que fue la que incluyó un mayor número de estudios, tuvo una buena calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (10/14), y que realizó su búsqueda hasta abril 2020.
 - Para este desenlace, la RS de Hajibandeh 2020 (69) realizó un MA de 19 EO (n= 5223). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de morbilidad perioperatoria.
 - **El desenlace** se definió como la estancia hospitalaria expresada en días, reportada después de la intervención quirúrgica.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Hajibandeh 2020 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2020).

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

Población: Pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon Intervención: Colectomía simultánea (CS) Comparador: Colectomía por etapas (CPE) con resección hepática y/o pulmonar Autora: Carolina Delgado Flores Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad perioperatoria: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Mortalidad perioperatoria: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Supervivencia global: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Fuga anastomótica: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Infección en la herida: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Reoperación: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Recurrencia de la enfermedad: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Tiempo operatorio: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Sangrado: RS de Hajibandeh 2020 (69). • Estancia hospitalaria: RS de Hajibandeh 2020 (69). 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: CS	Comparación: CPE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Morbilidad perioperatoria (rango de mediana: 30 días)	CRÍTICO	29 EO (7639)	1382/3523 (39.2 %)	1352/4116 (32.8 %)	OR: 1.04 (0.89 a 1.22)	9 más por 1000 (25 menos a 45 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la morbilidad perioperatoria, aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad perioperatoria (rango de mediana: 30 días)	CRÍTICO	32 EO (6552)	49/2607 (1.9 %)	54/3945 (1.4 %)	-	DR: 0.00 (-0.00 a 0.01)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la mortalidad perioperatoria, aunque la evidencia es incierta.
Supervivencia global (rango de media: 5 años)	CRÍTICO	23 EO (6551)	916/2176 (42.2 %)	2209/4375 (51.1 %)	OR: 0.88 (0.73 a 1.07)	32 menos por 1000 (78 menos a 17 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la supervivencia global, aunque la evidencia es incierta.

Fuga anastomótica (rango de mediana: 30 días)	CRÍTICO	20 EO (3842)	181/2171 (8.3 %)	64/1671 (3.8 %)	-	DR: 0.01 (-0.01 a 0.02)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la fuga anastomótica, aunque la evidencia es incierta.
Infección en la herida (rango de mediana: 30 días)	CRÍTICO	18 EO (3675)	291/2108 (13.8 %)	129/1567 (8.2%)	OR: 1.17 (0.92 a 1.49)	13 más por 1000 (6 menos a 36 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la infección en la herida, aunque la evidencia es incierta.
Reoperación (rango de mediana: 30 días)	CRÍTICO	18 EO (3106)	67/1690 (3.9 %)	44/1416 (3.1 %)	OR: 1.32 (0.88 a 1.98)	10 más por 1000 (4 menos a 29 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la reoperación, aunque la evidencia es incierta.
Recurrencia de la enfermedad (rango de mediana: 30 días)	IMPOR-TANTE	13 EO (2901)	825/1314 (62.8 %)	850/1587 (53.6 %)	OR: 1.33 (0.95 a 1.87)	70 más por 1000 (13 menos a 148 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la recurrencia de la enfermedad, aunque la evidencia es incierta.
Tiempo operatorio (rango de mediana: 30 días)	IMPOR-TANTE	10 EO (1307)	314.0 ± 86.8 minutos	337.2 ± 125.7 minutos	-	DM: -23.64 minutos (-79.96 a -32.68)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colectomía simultánea en lugar de la colectomía por etapas, podríamos disminuir 23.64 minutos el tiempo operatorio (-79.96 a -32.68), aunque la evidencia es incierta.

Sangrado (rango de mediana: 30 días)	IMPOR- TANTE	13 EO (2745)	45/1741 (2.6 %)	37/1004 (3.7 %)	OR: 0.60 (0.38 a 0.95)	14 menos por 1000 (23 menos a 2 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colectomía simultánea en lugar de la colectomía por etapas, podríamos disminuir 14 casos de sangrado (-23 a -2), aunque la evidencia es incierta.
Estancia hospitalaria (rango de mediana: 30 días)	IMPOR- TANTE	19 EO (5223)	13.2 ± 4.8 días	18.3 ± 5.1 días	-	DM: -5.40 días (-6.62 a -4.17)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colectomía simultánea en lugar de la colectomía por etapas, podríamos disminuir 5.40 días la estancia hospitalaria (-6.62 a -4.17), aunque la evidencia es incierta.

IC: Intervalo de confianza; **OR:** Riesgo de odds; **DR:** Diferencia 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 un nivel de certeza debido a la evidencia indirecta: la población incluyó pacientes con cáncer de colon y recto.
- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgos en los estudios.
- Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I2 de 40% a 80%.
- Se disminuyó dos niveles por inconsistencia: I2 de > 80%.

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

Presentación:

Pregunta 8. En pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon, ¿se debería realizar colectomía simultánea o colectomía por etapas con resección hepática y/o pulmonar?	
Población:	Pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon
Intervención:	Colectomía simultánea
Comparador:	Colectomía por etapas con resección hepática y/o pulmonar
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidad perioperatoria • Mortalidad perioperatoria • Supervivencia global • Fuga anastomótica • Infección en la herida • Reoperación • Recurrencia de la enfermedad • Tiempo operatorio • Sangrado • Estancia hospitalaria
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Certeza	
	Mortalidad perioperatoria	32 EO (6552)	DR: 0.00 (-0.00 a 0.01)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	El GEG consideró que el beneficio fue pequeño (puesto que los efectos sobre la mortalidad perioperatoria y supervivencia global fueron similares tanto para la intervención y comparador; y los efectos sobre el tiempo operatorio, sangrado y estancia hospitalaria, mostraron una ligera ventaja hacia la intervención).
	Supervivencia global	23 EO (6551)	OR: 0.88 (0.73 a 1.07)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Tiempo operatorio	10 EO (1307)	DM: -23.64 minutos (-79.96 a -32.68)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	
	Sangrado	13 EO (2745)	OR: 0.60 (0.38 a 0.95)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
	Estancia hospitalaria	19 EO (5223)	DM: -5.40 días (-6.62 a -4.17)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	

	<p>En resumen, en <i>pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon</i>, por cada 1000 personas a las que se le realice la colectomía simultánea en lugar de colectomía por etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Podría ser que, disminuyamos el tiempo operatorio 23.64 minutos (-79.96 a -32.68), evitemos 14 casos de sangrado (-23 a -2), y disminuyamos la estancia hospitalaria 5.4 días (-6.62 a -4.17); aunque la evidencia es incierta. Podría ser que, no modifiquemos la mortalidad perioperatoria y la supervivencia global, aunque la evidencia es incierta. 			
Daños:				
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Certeza
	Morbilidad perioperatoria	29 EO (7639)	OR: 1.04 (0.89 a 1.22)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}
	Fuga anastomótica	20 EO (3842)	DR: 0.01 (-0.01 a 0.02)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}
	Infección en la herida	18 EO (3675)	OR: 1.17 (0.92 a 1.49)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}
	Reoperación	18 EO (3106)	OR: 1.32 (0.88 a 1.98)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}
	Recurrencia de la enfermedad	13 EO (2901)	OR: 1.33 (0.95 a 1.87)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}
<p>En resumen, en <i>pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon</i>, por cada 1000 personas a las que se le realice la colectomía simultánea en lugar de colectomía por etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Podría ser que, no modifiquemos la morbilidad perioperatoria, la fuga anastomótica, la infección en la herida, la reoperación, y la recurrencia de la enfermedad; aunque la evidencia es incierta. 				
Certeza de la evidencia:				
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales

<ul style="list-style-type: none"> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta <p>○ No se evaluaron estudios</p>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	
	Morbilidad perioperatoria	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
	Mortalidad perioperatoria	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
	Supervivencia global	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Fuga anastomótica	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
	Infección en la herida	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
	Reoperación	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
	Recurrencia de la enfermedad	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Tiempo operatorio	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	
	Sangrado	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
Estancia hospitalaria	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}		
<p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <p>a. Se disminuyó un nivel de certeza debido a la evidencia indirecta: la población incluyó pacientes con cáncer de colon y recto.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgos en los estudios.</p> <p>c. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I2 de 40% a 80%.</p> <p>d. Se disminuyó dos niveles por inconsistencia: I2 de > 80%.</p>				
<p>Entre los desenlaces críticos (morbilidad perioperatoria, mortalidad perioperatoria, supervivencia global, fuga anastomótica, infección en la herida, y reoperación), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).</p>				
Desenlaces importantes para los pacientes:				
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí 	No se contó con evidencia para los desenlaces importantes como el tiempo del inicio del tratamiento quimioterápico.			
Balance de los efectos:				
¿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	

<p> <input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input checked="" type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce </p>		<p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente favorece a la intervención.</p>
Uso de recursos: ¿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)?		
<p> Juicio <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"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce </p>	<p> Evidencia El uso de recursos se duplicaría debido a que, la colectomía simultánea requeriría de una sola intervención quirúrgica, mientras que la colectomía por etapas, dos intervenciones quirúrgicas. Y con ello, se duplicaría el costo instrumental, del quirófano, de la atención de enfermería, del costo de hospitalización, entre otros. </p>	<p> Consideraciones adicionales </p>
Equidad: Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?		
<u>Definiciones</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, 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). Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, 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). 		
<p> Juicio <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input checked="" type="radio"/> Probablemente incremente la inequidad <input type="radio"/> Incrementa la inequidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce </p>		<p> Consideraciones adicionales El GEG consideró que brindar la intervención, probablemente incrementaría la inequidad, debido a que, las instituciones de mayor complejidad contarían con los equipos necesarios, y un equipo quirúrgico más especializado para realizar la colectomía simultánea, a su vez ello incrementaría la demanda, pudiendo poner en desventaja a pacientes que no viven cerca de estos establecimientos. </p>
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
<p> Juicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce </p>		<p> Consideraciones adicionales Personal de salud: El GEG consideró que los profesionales de la salud probablemente sí aceptarían brindar la intervención en los pacientes con cáncer de colon con metástasis resecables, previa valoración del estado clínico del paciente. Pacientes: El GEG consideró que los pacientes probablemente si aceptarían la intervención. </p>
Factibilidad: ¿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"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que tanto la intervención como el comparador son factibles de implementar en la institución.

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIO	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑO	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO	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
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	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>Dirección: Los beneficios del realizar colectomía simultánea en lugar de colectomía por etapas se consideraron pequeños (puesto que los efectos sobre la mortalidad perioperatoria y supervivencia global fueron similares para ambos; y los efectos sobre el tiempo operatorio, sangrado y estancia hospitalaria, mostraron una ligera ventaja hacia la intervención) y los daños se consideraron triviales (puesto que los efectos sobre la morbilidad perioperatoria, fuga anastomótica, infección en la herida, reoperación, y recurrencia de la enfermedad, fueron similares en ambos grupos).</p> <p>Si bien el balance de los efectos favorece probablemente a la intervención, el brindarlo representa un incremento de la inequidad, brindarla dependerá del estado clínico del paciente, de la disponibilidad de recursos en cada establecimiento de salud y de la experiencia del equipo quirúrgico. Por ello, se emitió una recomendación a favor de la intervención o del control.</p> <p>Fuerza: La certeza de la evidencia fue muy baja. Por ello, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes adultos con metástasis hepáticas reseables de cáncer de colon, sugerimos realizar colectomía simultánea o colectomía por etapas para la resección hepática; dependiendo de la complejidad de la hepatectomía o colectomía, enfermedades comórbidas, estado funcional del paciente, exposición quirúrgica y experiencia del equipo de cirugía.</p> <p>Recomendación condicional a favor de la intervención o del control</p> <p>Certeza de la evidencia: muy baja</p> <p>⊕○○○</p>

Puntos de BPC:

Justificación	BPC
<p>El GEG consideró importante mencionar los principales criterios que el especialista debe tener en cuenta en caso de preferir la colectomía simultánea en lugar de la colectomía por etapas.</p>	<p>Considere brindar colectomía simultánea en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente pueda recibir cuatro a seis ciclos de quimioterapia neoadyuvante seguido de cirugía simultánea, - En el caso de enfermedad hepática limitada y un tumor primario reseable, o - En caso sea accesible la cirugía del tumor primario y la metástasis hepática al mismo tiempo.
<p>El GEG consideró importante puntualizar que en general el manejo de la enfermedad en pacientes con cáncer de colon en estadio IV, debe ser realizarse de manera individual y en</p>	<p>El tratamiento de pacientes adultos con cáncer de colon reseable en EC IV debe ser individualizado y basado en una discusión multidisciplinaria integral.</p>

consideración conjunta de un equipo multidisciplinario.	
El GEG consideró necesario señalar que aquellos pacientes sometidos, ya sea, a colectomía simultánea o colectomía por etapas, deben recibir un adecuado soporte posoperatorio, que contribuya con la óptima recuperación del paciente.	Brindar un adecuado soporte posoperatorio especializado, ya sea en cuidados intensivos o intermedios, después de la cirugía para cáncer de colon y hepatectomía.