

Pregunta 5: En personas con pancreatitis aguda severa necrotizante, ¿se debería administrar antibióticos profilácticos?

Introducción

Los pacientes complicados con pancreatitis aguda necrotizante tienen riesgo de presentar infección, falla orgánica y muerte.(79) Los antibióticos de forma profiláctica podrían mejorar en estos aspectos, pero se desconoce los beneficios y daños de administrar antibióticos profilácticos en pacientes con pancreatitis aguda necrotizante. (80, 81)

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
5	Pacientes con pancreatitis aguda necrotizante	Antibiótico profiláctico/ Control	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Eventos adversos serios • Falla orgánica <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necrosis pancreática infectada • Infección no pancreática

Búsqueda de RS:

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

Se encontró dos RS publicadas como artículos científicos: Ding 2020(82) y Moggia 2017(83). 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)
Moggia 2017	14/14	Octubre 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad (10 ECA) • Eventos adversos serios (4 ECA) • Falla orgánica (4 ECA) • Necrosis pancreática infectada (6 ECA)
Ding 2020	9/14	Junio 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Infección no pancreática (9 ECA)

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad
 - Para este desenlace se contó con una RS: Moggia 2017(83).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Moggia 2017(83)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.

- Para este desenlace, la RS de Moggia 2017(83) realizó un MA de 10 ECA (n=683). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** fueron personas con pancreatitis severa necrotizante
 - El **escenario clínico** fue hospitalario.
 - La **intervención** fue la profilaxis antibiótica.
 - El **comparador** fue el placebo o no brindar antibióticos.
 - El **desenlace** de mortalidad fue definido como presencia de muertes durante el régimen de administración.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Moggia 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2016).
- Eventos adversos serios
 - Para este desenlace se contó con una RS: Moggia 2017(83).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Moggia 2017(83)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Moggia 2017 realizó un MA de 4 ECA (n=281). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad.
 - El **desenlace** de eventos adversos serios fue definido como cualquier evento médico adverso que resulte en la muerte, ponga en peligro la vida, requiera la hospitalización del paciente o la prolongación de la hospitalización existente, o resulta en una discapacidad/incapacidad persistente o significativa.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Moggia 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2016).
- Falla orgánica
 - Para este desenlace se contó con una RS: Moggia 2017(83).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Moggia 2017(83)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Moggia 2017 (2) realizó un MA de 4 ECA (n=211). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad.
 - El **desenlace** de falla orgánica fue definido como presencia de afectación orgánica durante el régimen de administración.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Moggia 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2016).
- Necrosis pancreática infectada
 - Para este desenlace se contó con una RS: Moggia 2017(83).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Moggia 2017(83)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Moggia 2017 realizó un MA de 6 ECA (n=661). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad.

- El **desenlace** de necrosis pancreática infectada fue definido como presencia de infección del páncreas corroborado por cultivo durante el régimen de administración.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Moggia 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2016).
- Infección no pancreática
 - Para este desenlace se contó con una RS: Ding 2020(82).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Ding 2020(82)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la Ding 2020(82) realizó un MA de 6 ECA (n=661). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad.
 - El **desenlace** de Infección no pancreática fue definido como presencia de infección en órganos diferentes al páncreas durante el régimen de administración.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Ding 2020(82) debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2019).

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

Población: pacientes con pancreatitis aguda Intervención: Antibiótico profiláctico Comparador: Control Autores: Victor Velásquez-Rimachi Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad: RS de Moggia 2017 • Eventos adversos serios: RS de Moggia 2017 • Falla orgánica: RS de Moggia 2017 • Necrosis pancreática infectada: RS de Moggia 2017 • Infección no pancreática: RS de Ding 2020 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención n: Antibiótico profiláctico	Comparación n: Control	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia a (IC 95%)	Certeza	Interpretación
Mortalidad	CRÍTICO	10 ECA (n=683)	41/351 (11.7%)	45/332 (13.6%)	OR 0.82 (0.52 a 1.30)	22 menos por 1000 (de 60 menos a 34 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Al administrar el antibiótico profiláctico en lugar de no administrarlo, podría ser que no modifiquemos la mortalidad, aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos serios	CRÍTICO	4 ECA (n=281)	29/142 (20.4%)	31/139 (22.3%)	OR 0.84 (0.46 a 1.54)	29 menos por 1000 (de 106 menos a 84 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Al administrar el antibiótico profiláctico en lugar de no administrarlo, podría ser que no modifiquemos la frecuencia de eventos adversos serios, aunque la evidencia es incierta.
Falla orgánica	CRÍTICO	4 ECA (n=211)	32/110 (29.1%)	33/101 (32.7%)	OR 0.78 (0.42 a 1.45)	52 menos por 1000 (de 157 menos a 86 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Al administrar el antibiótico profiláctico en lugar de no administrarlo, podría ser que no modifiquemos la falla orgánica, aunque la evidencia es incierta.
Necrosis pancreática infectada	IMPORTANTE	6 ECA (n=426)	34/213 (16.0%)	37/213 (17.4%)	OR 0.85 (0.51 a 1.42)	22 menos por 1000 (de 77 menos a 56 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Al administrar el antibiótico profiláctico en lugar de no administrarlo, podría ser que no modifiquemos la necrosis pancreática infectada, aunque la evidencia es incierta.
Infección no pancreática	IMPORTANTE	9 ECA (n=661)	80/333 (24.0%)	109/328 (33.2%)	OR 0.59 (0.42 a 0.84)	105 menos por 1000 (de 159 menos a 37 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Por cada 1000 personas a las que brindemos antibiótico profiláctico en lugar de no administrarlo, podría ser que evitemos 105 casos de infección no pancreática (IC 95%: -159 a -37), aunque la evidencia es incierta.
IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias. Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se disminuyó dos niveles de certeza por riesgo de sesgo dado que < 50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios es de bajo riesgo de sesgo. b. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión dado que tiene en total < 300 eventos. c. Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia dado que el I ₂ fue de 40% a 80%.								

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

Presentación:

Pregunta 5: En personas con pancreatitis aguda severa necrotizante, ¿se debería administrar antibióticos profilácticos?	
Población:	Población con pancreatitis aguda
Intervención:	Antibiótico profiláctico
Comparador:	Control
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Eventos adversos serios • Falla orgánica • Necrosis pancreática infectada • Infección no pancreática
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
<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%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG consideró por unanimidad que el beneficio fue trivial. Esto debido a que los efectos sobre las infecciones no pancreáticas fueron inciertos. Además, estos resultados pudieron estar sobreestimados debido que se realizó un modelo de efectos fijos a pesar de la moderada heterogeneidad. Además, en sus análisis por subgrupos según la dosis y tipo de antibiótico no encontraron alguna diferencia significativa. Además, no se evidenció alguna diferencia entre los otros desenlaces como mortalidad, falla orgánica y necrosis pancreática infectada.
	Mortalidad	10 ECA (n=683)	OR 0.82 (0.52 a 1.30)	22 menos por 1000 (de 60 menos a 34 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Falla orgánica	4 ECA (n=211)	OR 0.78 (0.42 a 1.45)	52 menos por 1000 (de 157 menos a 86 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Necrosis pancreática infectada	6 ECA (n=426)	OR 0.85 (0.51 a 1.42)	22 menos por 1000 (de 77 menos a 56 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Infección no pancreática	9 ECA (n=661)	OR 0.59 (0.42 a 0.84)	105 menos por 1000 (de 159 menos a 37 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
En resumen, en <i>personas con pancreatitis severa necrotizante</i> , por cada 1000 personas a las que brindemos el antimicrobiano profiláctico en lugar no de brindarlos: <ul style="list-style-type: none"> • Por cada 1000 personas a las que brindemos antibiótico profiláctico en lugar del control, podría ser que evitemos 105 casos de infección no pancreática (IC 95%: -159 a -37), aunque la evidencia es incierta. • Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad, falla orgánica y necrosis pancreática infectada, 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
<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Eventos adversos serios	Número y Tipo de estudios 4 ECA (n=281)	Efecto relativo (IC 95%) OR 0.84 (0.46 a 1.54)	Diferencia (IC 95%) 29 menos por 1000 (de 106 menos a 84 más)	Certeza ⊕○○○ MUY BAJA	El GEG consideró por unanimidad que los daños de brindar la intervención en lugar del comparador fueron triviales. Sin embargo, el GEG considera que hasta el momento la evidencia es incierta.
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales		
<input checked="" type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No se evaluaron estudios	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	Entre los <i>desenlaces</i> críticos (mortalidad, eventos adversos serios y falla orgánica), se consideró el que presentó la menor certeza de evidencia, por lo cual la certeza general de la evidencia es muy baja.		
Mortalidad	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}				
Eventos adversos serios	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}				
Falla orgánica	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}				
Necrosis pancreática infectada	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}				
Infección no pancreática	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}				
Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se disminuyó dos niveles de certeza por riesgo de sesgo dado que < 50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios es de bajo riesgo de sesgo. b. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión dado que tiene en total < 300 eventos. c. Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia dado que el I2 fue de 40% a 80%.						
Entre los desenlaces críticos (mortalidad, eventos adversos serios y falla orgánica), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).						
Desenlaces importantes para los pacientes:						
¿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"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí	El GEG mencionó que, si bien se consideraron desenlaces críticos e importantes para los pacientes con pancreatitis aguda, el GEG refirió que hubiera sido importante evaluar el tiempo de estancia hospitalaria.					
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
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input checked="" 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						Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente no favorece a la intervención ni al comparador.

<input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce																				
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)?																				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
<input type="radio"/> Costos elevados <input checked="" type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intervención: Antibiótico profiláctico</th> <th>Comparador: Placebo o no intervención</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presentación</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Carbapenémicos: Imipenem/Meropenem Fluoroquinolonas: Ciprofloxacino + Metronidazol. Cefalosporina: Cefuroxima </td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Costo unitario</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Imipenem 0.5g + cilastatina 0.5g: 10.09 soles por ampolla. Meropenem 0.5g: 4.28 soles por ampolla. Ciprofloxacino 0.2g: 0.13 soles por ampolla. Metronidazol 0.5g: 1.70 soles por ampolla. Cefuroxima 750mg: 1.64 soles por ampolla. </td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar) y Duración del esquema</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Imipenem-Cilastatina 0.5-1g IV cada 8 horas durante 7-14 días. Meropenem 1g IV 3 veces al día durante 7-21 días. Ciprofloxacino 300-400mg IV cada 12 horas durante 7-21 días + Metronidazol 500mg IV cada 12 horas durante 7-21 días. Cefuroxima 1.5g IV cada 8 horas hasta 14 días. </td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Costo total tratamiento por persona:</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Imipenem 0.5g + cilastatina 0.5g: 211.89-847.56 soles. Meropenem 0.5g: 179.76-539.28 soles. Ciprofloxacino 0.2g + Metronidazol 0.5g: 27.44-82.32 soles. Cefuroxima 750mg: 137.76 soles </td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Diferencia</td> <td colspan="2">De 27.44 hasta 847.56 soles.</td> </tr> </tbody> </table>		Intervención: Antibiótico profiláctico	Comparador: Placebo o no intervención	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> Carbapenémicos: Imipenem/Meropenem Fluoroquinolonas: Ciprofloxacino + Metronidazol. Cefalosporina: Cefuroxima 	-	Costo unitario	<ul style="list-style-type: none"> Imipenem 0.5g + cilastatina 0.5g: 10.09 soles por ampolla. Meropenem 0.5g: 4.28 soles por ampolla. Ciprofloxacino 0.2g: 0.13 soles por ampolla. Metronidazol 0.5g: 1.70 soles por ampolla. Cefuroxima 750mg: 1.64 soles por ampolla. 	-	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar) y Duración del esquema	<ul style="list-style-type: none"> Imipenem-Cilastatina 0.5-1g IV cada 8 horas durante 7-14 días. Meropenem 1g IV 3 veces al día durante 7-21 días. Ciprofloxacino 300-400mg IV cada 12 horas durante 7-21 días + Metronidazol 500mg IV cada 12 horas durante 7-21 días. Cefuroxima 1.5g IV cada 8 horas hasta 14 días. 	-	Costo total tratamiento por persona:	<ul style="list-style-type: none"> Imipenem 0.5g + cilastatina 0.5g: 211.89-847.56 soles. Meropenem 0.5g: 179.76-539.28 soles. Ciprofloxacino 0.2g + Metronidazol 0.5g: 27.44-82.32 soles. Cefuroxima 750mg: 137.76 soles 	-	Diferencia	De 27.44 hasta 847.56 soles.		<p>El GEG consideró que la administración de los antibióticos profilácticos produciría costos moderados en comparación con el control. Este juicio se emitió considerando los precios unitarios de los antibióticos según los costos institucionales de EsSalud.</p>
		Intervención: Antibiótico profiláctico	Comparador: Placebo o no intervención																	
	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> Carbapenémicos: Imipenem/Meropenem Fluoroquinolonas: Ciprofloxacino + Metronidazol. Cefalosporina: Cefuroxima 	-																	
	Costo unitario	<ul style="list-style-type: none"> Imipenem 0.5g + cilastatina 0.5g: 10.09 soles por ampolla. Meropenem 0.5g: 4.28 soles por ampolla. Ciprofloxacino 0.2g: 0.13 soles por ampolla. Metronidazol 0.5g: 1.70 soles por ampolla. Cefuroxima 750mg: 1.64 soles por ampolla. 	-																	
	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar) y Duración del esquema	<ul style="list-style-type: none"> Imipenem-Cilastatina 0.5-1g IV cada 8 horas durante 7-14 días. Meropenem 1g IV 3 veces al día durante 7-21 días. Ciprofloxacino 300-400mg IV cada 12 horas durante 7-21 días + Metronidazol 500mg IV cada 12 horas durante 7-21 días. Cefuroxima 1.5g IV cada 8 horas hasta 14 días. 	-																	
Costo total tratamiento por persona:	<ul style="list-style-type: none"> Imipenem 0.5g + cilastatina 0.5g: 211.89-847.56 soles. Meropenem 0.5g: 179.76-539.28 soles. Ciprofloxacino 0.2g + Metronidazol 0.5g: 27.44-82.32 soles. Cefuroxima 750mg: 137.76 soles 	-																		
Diferencia	De 27.44 hasta 847.56 soles.																			
*Los precios fueron aproximados según el costo de medicamentos en EsSalud (Petitorio – Resolución Nº10 - 2022).																				
Equidad:																				
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?																				
<p>Definiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>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)</i> <i>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)</i> 																				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
<input type="radio"/> Reduce la equidad <input checked="" type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad <input type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Considerando que los antibióticos seleccionados son muy escasos en el primer nivel de atención y que en algunos casos se requiere una evaluación por especialistas (infectología), el GEG consideró que probablemente esta intervención reduciría la equidad.</p>																		
Aceptabilidad:																				
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?																				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Personal de salud: El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños del uso de los antibióticos profilácticos, los</p>																		

		<p>profesionales de la salud probablemente no aceptarían brindar la intervención. Esto debido a que es algo que vienen realizando como parte de sus protocolos de atención.</p> <p>Pacientes: El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños del uso de los antibióticos profilácticos, los pacientes probablemente no aceptarían la intervención.</p>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que el uso del antibiótico profiláctico probablemente no sería una intervención factible de implementar debido a la escasa disponibilidad y costos en EsSalud.

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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: El GEG consideró que, según la evidencia presentada, los potenciales beneficios y daños de la administración de antibióticos profilácticos serían triviales. Adicionalmente, los gastos para la administración de los antibióticos profilácticos fueron moderados. Por este motivo se optó por emitir una recomendación a <i>en contra</i>.</p> <p>Fuerza: Considerando que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue <i>condicional</i>.</p>	<p>En pacientes con pancreatitis aguda necrotizante, sugerimos no brindar antibióticos profilácticos.</p> <p>Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

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