

	Mortalidad por todas las causas (menos por causas cardiovasculares)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO	
	Mortalidad cardiovascular	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO	
	Peso	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE	
	Anemia	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	
	Deficiencia de vitamina B12	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE	
Desenlaces importantes para los pacientes:				
¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para 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			El GEG reportó que no se han evaluado algunos desenlaces importantes para el paciente, como la calidad de vida, y la mejoría o resolución de comorbilidades. Sin embargo, se consideró que estos desenlaces eran consecuencias indirectas y esperables de la reducción de peso, por lo que se aseguró que probablemente no haya incertidumbre o variabilidad importante en la valoración de los desenlaces por los pacientes.	
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 type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input checked="" type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce			Debido a que la evidencia utilizada reportó un beneficio sobre el uso de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida en desenlaces como mortalidad global y reducción de peso, cuyos daños son considerados pequeños, el GEG consideró que el balance de los efectos favorece a la intervención.	
Uso de recursos:				
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<input type="radio"/> Costos extensos <input checked="" type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Costos y ahorros insignificantes <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce			El GEG refirió que el costo para la realización de la cirugía bariátrica era alto, principalmente por los instrumentos necesarios para la operación, con un costo total aproximado de 21 000 nuevos soles por paciente. Sin embargo, se consideró que la no cirugía tendría costos significativos al comprender terapia farmacológica (reducción de peso y manejo de comorbilidades), atenciones de consulta externa, y otros implementos necesarios para los cambios de estilo de vida, la dieta, y el ejercicio. Por lo que se concluyó que los recursos de la intervención serían moderados con respecto al comparador.	
Equidad:				

¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud de preferir la intervención en lugar del comparador? (Equidad: favorecer 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 checked="" type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG considera que existe un grupo de pacientes que no podrán acceder a la cirugía por diferentes motivos: bajos recursos para poder acceder a un centro que realice la cirugía, falta de infraestructura según el nivel de atención al que puedan acceder o falta de apoyo familiar. Sin embargo actualmente se está realizando cirugía bariátrica en algunas provincias; por lo que ha mejorado la accesibilidad a dicha intervención.
Aceptabilidad: ¿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 type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que la intervención sería aceptada en primera instancia por los médicos especialistas en obesidad y cirugía bariátrica debido a que la indicación de esta intervención en pacientes con obesidad mórbida es una recomendación estipulada por sociedades internacionales y guías de práctica clínica, comúnmente usadas en nuestro contexto. Por otro lado, se consideró que también sería una intervención aceptada por los pacientes con obesidad mórbida debido a que es una estrategia conocida cuando ha habido fracaso a tratamientos previos para la reducción de peso, y cuyos beneficios son grandes.
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<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		La cirugía bariátrica es un procedimiento que, en la actualidad, ya se encuentra implementado en algunos hospitales de tercer nivel. Así mismo, el GEG refirió que existe un creciente número de especialistas en la realización de este procedimiento, y manejo de obesidad mórbida dentro de EsSalud.

Resumen de los juicios:

	JUICIO						
	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	Se desconoce
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderada	Pequeña	Trivial		Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderada	Alta			Ningún estudio incluido
DESENLACES IMPORTANTES	No	Posiblemente no	Posiblemente sí	Sí			
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	Se desconoce

	JUICIO						
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	Se desconoce

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: El GEG consideró que los posibles beneficios de la cirugía bariátrica, en cuanto a la mortalidad y la reducción de peso, serían mayores que los posibles daños. Por este motivo se optó por emitir una recomendación a favor.</p> <p>Fuerza: El GEG consideró que, a pesar de que los desenlaces tuvieron una certeza de la evidencia baja y muy baja, la evidencia disponible sugiere un beneficio considerable en la disminución de la mortalidad en pacientes cuyas opciones de tratamiento son escasas. Por ello se decidió emitir una recomendación fuerte.</p>	<p>En pacientes con IMC mayor o igual a 40 kg/m² con historia de fracaso previo en el tratamiento de la reducción del peso, se recomienda considerar la realización de cirugía bariátrica.</p> <p>Recomendación fuerte a favor de la intervención Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>

Puntos de BPC:

El GEG consideró relevante emitir los siguientes puntos de BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	Punto de BPC
El GEG tomó en cuenta que la cirugía bariátrica es una intervención que debe ser usada como última alternativa cuando existe fracaso de tratamiento médico previo para la reducción de peso, por este motivo consideró necesario definir y homogenizar el término de “fracaso previo en el tratamiento de la reducción del peso”. Para esto se adaptó lo recomendado en guías de prácticas clínicas internacionales (22-25), las cuales son comúnmente usadas dentro de nuestro contexto.	Se definirá como historia de fracaso previo en el tratamiento de la reducción del peso cuando no se ha logrado ni mantenido una pérdida de peso adecuada ($\geq 5\%$ del peso basal) luego de un periodo de 6 meses con el tratamiento indicado, pudiendo extenderse hasta los 12 meses según condición del pacientes y criterio del médico tratante.
Se estableció que de haber trastornos endocrinológicos descompensado que sean causa de la enfermedad, el riesgo de la cirugía bariátrica sería mayor que los posibles beneficios. Por este motivo el GEG decidió establecer un punto de buena práctica clínica donde se contraindique el uso de cirugía	Se debe contraindicar cirugía bariátrica en pacientes con trastornos endocrinológicos no compensados que sean causa de la obesidad mórbida.

<p>bariátrica en pacientes con trastornos endocrinos descompensados que sean causa de la obesidad mórbida, como ha sido recomendado por otras guías de práctica clínica (24).</p>	
<p>El GEG consideró que la obesidad es una enfermedad cuyo manejo debe involucrar a diferentes profesionales de la salud y especialidades, como lo mencionan guías previas (24). Por lo que es necesario integrar un equipo multidisciplinario para la evaluación pre y post quirúrgica.</p>	<p>En aquellos con indicación de cirugía bariátrica/metabólica, se debe realizar una evaluación pre quirúrgica y seguimiento post operatorio por un equipo multidisciplinario conformado por nutricionistas, psiquiatría, médico especialista en enfermedades endocrino-metabólicas (endocrinólogo, cardiólogo, etc.), neumólogo, gastroenterólogo, equipo quirúrgico entrenado en cirugía bariátrica, servicio social, y otro personal de salud afín.</p>
<p>Debido a que el beneficio y la disminución de las complicaciones de la cirugía bariátrica/metabólica dependen de la adherencia del paciente a las indicaciones tanto pre y post quirúrgicas, el GEG consideró necesario que el paciente que cuente con la indicación de cirugía bariátrica tenga la capacidad de entender y cumplir las indicaciones brindadas por el equipo multidisciplinario, así como, se recomienda en guías previas (24).</p>	<p>Los pacientes con indicación de cirugía bariátrica/metabólica deben tener la capacidad de entender y cumplir las indicaciones de manejo por el equipo multidisciplinario del tercer nivel, tanto en el periodo pre y post quirúrgico a largo plazo.</p>
<p>Se consideró que la cirugía bariátrica/metabólica, debido a la alta morbilidad de los pacientes con indicación quirúrgica, puede presentar posibles complicaciones durante la operación y el post operatorio, por lo que el paciente debe estar informado y aceptar los posibles riesgos relacionados a la misma previo a la realización de la cirugía.</p>	<p>Los pacientes con indicación de cirugía bariátrica/metabólica, previo a la cirugía, el paciente debe firmar y aceptar el consentimiento informado específico del servicio.</p>

Pregunta 2. En pacientes con IMC 35 a 39,9 kg/m² y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, ¿se debería indicar cirugía bariátrica/metabólica?

Introducción

Actualmente, existe un aumento en la prevalencia mundial de la obesidad y en paralelo a una carga cada vez mayor de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (26, 27), estimándose que el 2025 la prevalencia mundial de DM2 podría alcanzar el 12 % (28). Frente a ello, se genera la necesidad de un manejo integral en los pacientes obesos con DM2, es así que, en los últimos años la cirugía bariátrica se plantea como una alternativa de tratamiento disponible con el objetivo principal de mejorar el control glicémico además de la pérdida de peso (29).

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
2.1	Pacientes adultos con IMC 35 a 39,9 kg/m ² y DM2	Cirugía bariátrica / No cirugía u otra intervención para la reducción de peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalidad ▪ Complicaciones microvasculares ▪ Complicaciones macrovasculares ▪ Remisión de DM2 ▪ Calidad de vida ▪ Eventos adversos ▪ Deficiencias nutricionales

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**). Se encontraron nueve RS publicadas como artículos científicos: Gloy 2013 (30), Guo 2013 (31), Colquitt 2014 (19), Muller-Stich 2015 (32), Weng 2015 (21), Yan 2016 (33), Sheng 2017 (34), Cohen 2017 (35), y Khorgami 2019 (36). Se decidió seleccionar a la RS de Sheng 2017, Khorgami 2019, y Muller-Stich 2015 para la evaluación de los desenlaces de beneficio debido a que evaluaron un tiempo de seguimiento mayor e incluyeron un mayor número de estudios dentro de sus meta-análisis. Así mismo, se seleccionó la RS de Weng 2015 para la evaluación de los eventos adversos. A continuación, se resumen las características de las RS seleccionadas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Muller-Stich 2015	9	Junio 2014	• Control de diabetes mellitus tipo 2: 5 ECA
Weng 2015	10	Mayo 2014	• Anemia: 9 EO • Deficiencia de vitamina B12: 5 EO
Sheng 2017	6	Octubre 2016	• Mortalidad: 4 EO • Complicaciones microvasculares: 4EO • Complicaciones macrovasculares: 5 EO
Khorgami 2019	9	Abril 2018	• Remisión de DM2 de 2 a 5 años: 7 ECA

*ECA: ensayo clínico aleatorizado; EC: ensayo clínico no aleatorizado; EO: estudios observacionales

Evidencia por cada desenlace:

Cirugía bariátrica vs manejo médico (cambios de estilo de vida + medicación)

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- **Mortalidad:**
 - Para este desenlace se contó con la RS de Sheng 2017 (34). La RS de Sheng 2017 incluyó 4 estudios observacionales de cohortes retrospectivas, con una población total de 28605 pacientes. Donde se comparó la mortalidad en el grupo de cirugía bariátrica versus el grupo de tratamiento no quirúrgico, en pacientes diabéticos obesos con IMC promedio en rango 35 a 39,9 kg/m².
 - El desenlace de mortalidad fue la ocurrida por todas las causas, en un rango de seguimiento ≥ 5 años (tiempo máximo de seguimiento de 15 años).
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Sheng 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2016).
- **Complicaciones macrovasculares**
 - Para este desenlace se contó con la RS de Sheng 2017 (34). La RS de Sheng 2017 incluyó 5 estudios observacionales de cohortes retrospectivas, con una población total de 29026 pacientes. Se comparó la incidencia de complicaciones macrovasculares en el grupo de cirugía bariátrica versus el grupo de tratamiento no quirúrgico, en pacientes diabéticos obesos con IMC promedio en rango 35 – 39,9 kg/m².
 - El desenlace de complicaciones macrovasculares fue definido como el reporte de un episodio de: angina, infarto miocárdico no fatal, accidente cerebrovascular, revascularización coronaria, falla cardíaca congestiva o enfermedad arterial periférica. El rango de seguimiento es ≥ 5 años (tiempo máximo de 15 años).
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Sheng 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2016).
- **Complicaciones microvasculares**
 - Para este desenlace se contó con la RS de Sheng 2017 (34). Esta realizó un MA para este desenlace que incluyó 4 estudios observacionales de cohortes retrospectivas, con una población total de 16762 pacientes. En donde se comparó la incidencia de complicaciones microvasculares en el grupo de cirugía bariátrica versus el grupo de tratamiento no quirúrgico, en pacientes diabéticos obesos con IMC promedio en rango 35 a 39,9 kg/m².
 - El desenlace de complicaciones microvasculares fue definido como el reporte de: nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética. Es importante mencionar que para el diagnóstico de neuropatía, nefropatía y retinopatía diabéticas se tuvieron en cuenta diferentes criterios clínicos de valoración en algunos de los estudios incluidos. El rango de seguimiento es ≥ 5 años (tiempo máximo de 15 años).
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Sheng 2017 debido a que su búsqueda fue reciente (octubre 2016).
- **Remisión de DM2**
 - Para este desenlace se contó con la RS de Khorgami 2019 (37). La RS de Khorgami 2019 realizó un MA para este desenlace que incluyó 4 estudios de tipo ECA, con una población total de 381 pacientes. En donde comparó la incidencia de remisión de DM2 en el grupo de cirugía bariátrica versus el grupo de tratamiento no quirúrgico, en pacientes diabéticos obesos con IMC promedio en rango 35 a 39,9 kg/m². Cabe mencionar que en el MA para este desenlace se incluye 1 estudio en pacientes con

- IMC <30 kg/m²; sin embargo, fue una muestra poco representativa del total de pacientes.
- El desenlace de remisión de DM2 fue definido como el: control glicémico con HbA1c < 6 – 6,5 % y/o glicemia basal < 126 mg/dl, sin uso de medicación hipoglicemiante. Algunos estudios reportaron el desenlace como remisión parcial o total; sin embargo, no se realizó un análisis según el tipo de remisión. El rango de seguimiento es de 5 años.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Khorgami 2019 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2018).
 - Control de DM2
 - Para este desenlace se contó con la RS de Muller 2015 (38). La RS de Muller 2015 realizó un MA para este desenlace que incluyó 5 estudios de tipo ECA, con una población total de 543 pacientes. Se comparó la probabilidad de lograr el control de DM2 en el grupo de cirugía bariátrica versus el grupo de tratamiento no quirúrgico, en pacientes diabéticos obesos con IMC promedio en rango 35 a 39,9 kg/m². Cabe mencionar que en el MA para este desenlace se incluye 1 estudio en pacientes con IMC <30 kg/m²; sin embargo, fue una muestra poco representativa del total de pacientes.
 - El desenlace de control de DM2 fue definido como el: control glicémico con HbA1c < 7 %. El rango de seguimiento fue 12 – 36 meses.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Muller 2015 debido a que su búsqueda incluye los estudios más relevantes.

Previo a la cirugía bariátrica vs posterior a la cirugía bariátrica:

La RS de Weng 2015 evaluó el desenlace de deficiencias nutricionales. El GEG decidió tomar como referencia la RS de Weng 2015 (21) para evaluar los desenlaces de anemia y deficiencia de vitamina B12, debido a su calidad metodológica y que abordó una población de pacientes con obesidad.

- Anemia:
 - Para anemia, la RS de Weng 2015 (21) incluyó 9 estudios observacionales (n=2821). La población fue conformada por pacientes con obesidad mórbida. En ellos, se comparó el porcentaje de pacientes que presentaron anemia previa a la cirugía y posterior a la cirugía bariátrica. El desenlace de anemia fue definido como una disminución de la hemoglobina (hombres: menor de 11,5-14,0 mg/dl; mujeres: menor de 11,5-12,2 mg/dl) o de hematocrito (hombres: <39 %; mujeres: <35 %).
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Weng 2015 debido a que su búsqueda fue reciente (mayo 2014).
- Deficiencia de vitamina B12:
 - La RS de Weng 2015 (21) incluyó 5 estudios observacionales (n=700) que abordaron el desenlace de deficiencia de vitamina B12. La población fue conformada por pacientes con obesidad mórbida. En ellos, se comparó el porcentaje de pacientes que presentaron deficiencia de vitamina B12 previa a la cirugía y posterior a la cirugía bariátrica. Se definió deficiencia de vitamina B12 a un nivel de vitamina B12 menor al rango de 190-250 g/mL.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Weng 2015 debido a que su búsqueda fue reciente (mayo 2014).

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

Beneficios:							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios (número de participantes)	Manejo médico	Cirugía bariátrica	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Mortalidad 5 – 15 años	4 EO (N= 28605)	6,6 %	1,5 %	RR: 0,21 (0,209 – 0,213)	51 menos por 1000 (de 62 menos a 40 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	CRÍTICO
Complicaciones macrovasculares 5 – 15 años	5 EO (N= 29026)	7,6 %	2,6 %	RR: 0,52 (0,44 - 0,61)	50 menos por 1000 (de 57 menos a 43 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	IMPORTANTE
Complicaciones microvasculares 5 – 15 años	4 EO (N= 16762)	10,8 %	4 %	RR: 0,37 (0,30 - 0,46)	68 menos por 1000 (de 76 menos a 58 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	IMPORTANTE
Remisión de la DM2 a los 5 años	4 ECA (N= 381)	4,5 %	27,6 %	RR: 5,96 (2,74 - 12,97)	227 más por 1000 (de 78 más a 537 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	IMPORTANTE
Control de la DM2 (1 – 3 años)	5 ECA (N= 543)	35,3 %	73,8 %	OR: 5,48 (3,31 - 9,07)	396 más por 1000 (de 291 más a 479 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	IMPORTANTE
Daños:							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios (número de participantes)	% antes de cirugía (IC 95%)	% después de cirugía (IC 95%)	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia	Certeza	Importancia
Anemia	9 EO (N= 2821)	12,20 % (8,83 – 15,58)	20,88 % (14,69 – 27,07)	-	8,68 % más	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	IMPORTANTE
Deficiencia vitamina B12	5 EO (N= 700)	2,32 % (1,05 – 3,58)	6,47% (1,80 – 11,4)	-	4,15 % más	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	IMPORTANTE

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias; ECA: ensayo clínico aleatorizado; EO: estudio observacional

Explicaciones:

a. Se disminuyó 1 nivel de certeza por sesgo en la selección de participantes, medición del desenlace y datos incompletos en algunos de los estudios incluidos.

b. Se disminuyó 1 nivel de certeza por heterogeneidad estadística alta.

c. Se disminuyó 1 nivel de certeza debido a que no reportó el ocultamiento de la secuencia de aleatorización en la mayoría de estudios y del cegamiento de los evaluadores de los resultados.

d. Se disminuyó 1 nivel de certeza por evidencia indirecta. Incluye participantes con IMC > 40 kg/m².

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

Presentación:

Pregunta 2.1 En pacientes con IMC 35 a 39,9 kg/m² y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, ¿se debería indicar cirugía bariátrica/metabólica?	
Población:	Población con IMC 35 a 39,9 kg/m ² y DM2
Intervención y comparador:	Cirugía bariátrica / No cirugía u otra intervención para la reducción de peso
Desenlaces principales:	Mortalidad, complicaciones macrovasculares, complicaciones microvasculares, remisión de DM2, DM2 controlada, y deficiencias nutricionales (anemia y deficiencia de vitamina B12)
Escenario:	EsSalud – Nivel de atención III
Perspectiva:	Poblacional
Conflictos de intereses:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con 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 type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Por votación, en forma unánime se llegó a la conclusión que el tamaño del efecto de la cirugía bariátrica en diabéticos obesos con IMC 35 a 39,9 kg/m ² , es moderado.
	Mortalidad	4 EO	RR: 0,21 (0,21 - 0,21)	51 menos por 1000 (de 62 menos a 40 menos)	
	Complicaciones macrovasculares	5 EO	RR: 0,52 (0,44 - 0,61)	50 menos por 1000 (de 57 menos a 43 menos)	
	Complicaciones microvasculares	4 EO	RR: 0,37 (0,30 - 0,46)	68 menos por 1000 (de 76 menos a 58 menos)	
	Remisión de la DM2	4 ECA	RR: 5,96 (2,74 - 12,97)	223 más por 1000 (de 78 más a 537 más)	
	Control de la DM2	5 ECA	RR: 5,48 (3,31 - 9,07)	396 más por 1000 (de 291 más a 479 más)	
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 checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Relativo (95% CI)	Diferencia (IC 95%)	El GEG considera que los eventos adversos por deficiencia nutricional son prevenibles con el cumplimiento de la suplementación adecuada durante el seguimiento en el post operatorio. Además, el grado de deficiencia nutricional dependerá del tipo de cirugía que se realizó. Por este motivo, se categorizó este efecto como pequeño.
	Anemia	9 EO	-	8,68 % más alto.	
	Deficiencia de vitamina B12	5 EO	-	4,15 % más alto.	
Certeza de la evidencia:					
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales