

Pregunta 7: En pacientes con pancreatitis aguda biliar resuelta, ¿cuál es el momento más adecuado para realizar la colecistectomía?

Introducción

Los pacientes con pancreatitis aguda biliar deben someterse a la extracción quirúrgica de la vesícula biliar (colecistectomía). La colecistectomía temprana podría prevenir la presencia de complicaciones dependiendo principalmente de la severidad del cuadro, pero se desconoce los beneficios y daños de comparado con la realización tardía.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
7	Pacientes con pancreatitis aguda biliar resuelta	Colecistectomía temprana/ Colecistectomía tardía	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones quirúrgicas • Readmisión • Conversión (Laparoscópica a abierta) • Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE) <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de estancia hospitalaria • Pancreatitis recurrente • Eventos biliares recurrentes • Colecistitis

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: Prasanth 2022(96) y Yuan 2021(97). 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)
Prasanth 2022	10/14	Marzo 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones quirúrgicas (7 ECA) • Readmisión (7 ECA) • Conversión (Laparoscópica a abierta) (11 ECA) • Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE) (6 ECA) • Tiempo de estancia hospitalaria (10 ECA) • Pancreatitis recurrente (5 ECA) • Eventos biliares recurrentes (7 ECA) • Colecistitis (3 ECA)

Yuan 2021	9/14	Junio 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones quirúrgicas (3 ECA) • Conversión (Laparoscópica a abierta) (3 ECA) • Pancreatitis recurrente (2 ECA) • Tiempo de estancia hospitalaria (4 ECA)
--------------	------	------------	--

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- **Complicaciones quirúrgicas**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022(96) realizó un MA de 7 ECA (n=708). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** fueron personas con pancreatitis aguda biliar resuelta leve-moderada
 - El **escenario clínico** fue hospitalario.
 - La **intervención** fue la colecistectomía temprana.
 - El **comparador** fue colecistectomía tardía.
 - El **desenlace** de mortalidad fue definido como presencia complicaciones durante la realización.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la Prasanth 2022(96) debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).

- **Readmisión**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022 realizó un MA de 7 ECA (n=772). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población, escenario clínico, intervención y control** fueron definido anteriormente.
 - El **desenlace** readmisión fue definido como el reingreso de pacientes a la hospitalización luego de la realización de la colecistectomía.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Prasanth 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).

- **Conversión (Laparoscópica a abierta)**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022(96) realizó un MA de 11 ECA (n=1176). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población, escenario clínico, intervención y control** fueron definido anteriormente.

- El **desenlace** conversión fue definido como la necesidad de realizar una cirugía abierta para reemplazar la laparoscópica durante la colecistectomía.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Prasanth 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).
- Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE)
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022(96) realizó un MA de 6 ECA (n=832). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población, escenario clínico, intervención y control** fueron definidos anteriormente.
 - El **desenlace** necesidad de CPRE fue definido como la necesidad de realizar una intervención endoscópica preoperatoria antes de la colecistectomía.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Prasanth 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).
- Tiempo de estancia hospitalaria
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022(96) realizó un MA de 10 ECA (n=1116). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población, escenario clínico, intervención y control** fueron definidos anteriormente.
 - El **desenlace** tiempo de estancia hospitalaria fue definido como la cantidad de días de hospitalización del paciente.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Prasanth 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).
- Pancreatitis recurrente
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022(96) realizó un MA de 5 ECA (n=741). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población, escenario clínico, intervención y control** fueron definidos anteriormente.
 - El **desenlace** pancreatitis recurrente fue definido como la incidencia de pancreatitis posterior a la colecistectomía.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Prasanth 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).

- Eventos biliares recurrente
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022(96) realizó un MA de 7 ECA (n=867). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población, escenario clínico, intervención y control** fueron definidos anteriormente.
 - El **desenlace** eventos biliares recurrente fue definido como la incidencia de problemas biliares posterior a la colecistectomía.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Prasanth 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).

- Colecistitis
 - Para este desenlace se contó con una RS: Prasanth 2022(96).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Prasanth 2022(96)**, debido a que fue la única que evaluó este desenlace, además de tener una búsqueda reciente.
 - Para este desenlace, la RS de Prasanth 2022 realizó un MA de 3 ECA (n=467). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población, escenario clínico, intervención y control** fueron definidos anteriormente.
 - El **desenlace** colecistitis recurrente fue definido como la incidencia de inflamación de vesícula biliar posterior a la colecistectomía.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Prasanth 2022(96) debido a que su búsqueda fue reciente (marzo 2021).

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

Población: pacientes con pancreatitis aguda Intervención: Antibiótico profiláctico Comparador: Control Autores: Víctor Velásquez-Rimachi Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones quirúrgicas: RS de Prasanth 2022 • Readmisión: RS de Prasanth 2022 • Conversión (Laparoscópica a abierta): RS de Prasanth 2022 • Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE): RS de Prasanth 2022 • Tiempo de estancia hospitalaria: RS de Prasanth 2022 • Pancreatitis recurrente: RS de Prasanth 2022 • Eventos biliares recurrentes: RS de Prasanth 2022 • Colestistitis: RS de Prasanth 2022 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Colecistectomía temprana	Comparación: Colecistectomía tardía	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación
Complicaciones quirúrgicas	CRÍTICO	7 ECA (n=708)	14/360 (3.9%)	13/348 (3.7%)	RR 1.04 (0.47 a 2.26)	1 más por 1,000 (de 20 menos a 47 más)	⊕○○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a las complicaciones quirúrgicas, aunque la evidencia es incierta
Readmisión	CRÍTICO	7 ECA (n=772)	15/391 (3.8%)	55/381 (14.4%)	RR 0.37 (0.14 a 0.96)	91 menos por 1,000 (de 124 menos a 6 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}	Por cada 1000 personas a las que brindemos colecistectomía temprana en lugar de colecistectomía tardía, podría ser que evitemos 91 casos de readmisión (IC 95%: -124 a -6), aunque la evidencia es incierta.
Conversión (Laparoscópica a abierta)	CRÍTICO	11 ECA (n=1176)	22/593 (3.7%)	20/583 (3.4%)	RR 1.03 (0.57 a 1.87)	1 más por 1,000 (de 15 menos a 30 más)	⊕○○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la conversión, aunque la evidencia es incierta
Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE)	CRÍTICO	6 ECA (n=832)	55/419 (13.1%)	77/413 (18.6%)	RR 0.46 (0.19 a 1.11)	101 menos por 1,000 (de 151 menos a 21 más)	⊕○○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la necesidad de intervención endoscópica preoperatoria, aunque la evidencia es incierta
Tiempo de estancia hospitalaria	IMPORTANTE	10 ECA (n=1116)	563	553	-	MD 2.56 días menos (3.59 menos a 1.52 menos)	⊕○○○○ MUY BAJA ^{a,e}	Brindar colecistectomía temprana en lugar de colecistectomía tardía, podría causar 2.56 días menos de estancia hospitalaria (-3.59 a -1.52), aunque la evidencia es incierta.

Pancreatitis recurrente	IMPORTANTE	5 ECA (n=741)	5/372 (1.3%)	28/369 (7.6%)	RR 0.21 (0.09 a 0.51)	60 menos por 1,000 (de 69 menos a 37 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que brindemos colecistectomía temprana en lugar de colecistectomía tardía, podría ser que evitemos 60 casos de pancreatitis recurrente (IC 95%: -69 a -37), aunque la evidencia es incierta.
Eventos biliares recurrentes	IMPORTANTE	7 ECA (n=867)	9/428 (2.1%)	133/439 (30.3%)	RR 0.10 (0.05 a 0.19)	273 menos por 1,000 (de 288 menos a 245 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,d}	Por cada 1000 personas a las que brindemos colecistectomía temprana en lugar de colecistectomía tardía, podría ser que evitemos 273 casos de eventos biliares recurrentes (IC 95%: -288 a +245), aunque la evidencia es incierta.
Colecistitis	IMPORTANTE	3 ECA (n=467)	0/236 (0.0%)	7/231 (3.0%)	RR 0.17 (0.03 a 0.94)	25 menos por 1,000 (de 29 menos a 2 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que brindemos colecistectomía temprana en lugar de colecistectomía tardía, podría ser que evitemos 25 casos de colecistitis (IC 95%: -29 a -2), aunque la evidencia es incierta.

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

**Desenlace no priorizado previamente por el GEG.

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 dos niveles de certeza por imprecisión dado que tiene en total < 50 eventos.
- c. Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia dado que tiene I₂ de 40% a 80%.
- d. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión dado que tiene en total < 300 eventos.
- e. Se disminuyó dos niveles de certeza por inconsistencia dado que tiene I₂ > 80%.

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

Presentación:

Pregunta 7: En pacientes con pancreatitis aguda biliar resuelta, ¿cuál es el momento más adecuado para realizar la colecistectomía?	
Población:	Población con pancreatitis aguda
Intervención:	Colecistectomía temprana
Comparador:	Colecistectomía tardía
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones quirúrgicas • Readmisión • Conversión (Laparoscópica a abierta) • Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE) • Tiempo de estancia hospitalaria • Pancreatitis recurrente • Eventos biliares recurrentes • Colecistitis
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 type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> 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 moderado. Esto debido a que los efectos de la colecistectomía temprana fueron significativos, aunque inciertos.
	Readmisión	7 ECA (n=772)	RR 0.37 (0.14 a 0.96)	91 menos por 1,000 (de 124 menos a 6 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Tiempo de estancia hospitalaria	10 ECA (n=1116)	-	MD 2.56 días menos (3.59 menos a 1.52 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Pancreatitis recurrente	5 ECA (n=741)	RR 0.21 (0.09 a 0.51)	60 menos por 1,000 (de 69 menos a 37 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Eventos biliares recurrentes	7 ECA (n=867)	RR 0.10 (0.05 a 0.19)	273 menos por 1,000 (de 288 menos a 245 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Colecistitis	3 ECA (n=467)	RR 0.17 (0.03 a 0.94)	25 menos por 1,000 (de 29 menos a 2 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
En resumen, en <i>personas con pancreatitis severa necrotizante</i> , por cada 1000 personas a las que brindemos el antibiótico profiláctico en lugar no de brindarlos: <ul style="list-style-type: none"> • Podría ser que evitemos 91 casos de readmisión (IC 95%: -124 a -6), aunque la evidencia es incierta. 						

	<ul style="list-style-type: none"> Podría ser que causemos 2.56 días menos de estancia hospitalaria (-3.59 a -1.52), aunque la evidencia es incierta. Podría ser que evitemos 60 casos de pancreatitis recurrente (IC 95%: -69 a -37), aunque la evidencia es incierta. Podría ser que evitemos 273 casos de eventos biliares recurrentes (IC 95%: -288 a +245), aunque la evidencia es incierta. Podría ser que evitemos 25 casos de colecistitis (IC 95%: -29 a -2), 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)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza
	Complicaciones quirúrgicas	7 ECA (n=708)	RR 1.04 (0.47 a 2.26)	1 más por 1,000 (de 20 menos a 47 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	Conversión (Laparoscópica a abierta)	11 ECA (n=1176)	RR 1.03 (0.57 a 1.87)	1 más por 1,000 (de 15 menos a 30 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE)	6 ECA (n=832)	RR 0.46 (0.19 a 1.11)	101 menos por 1,000 (de 151 menos a 21 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	<ul style="list-style-type: none"> En resumen, podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a las complicaciones quirúrgicas, la conversión (laparoscópica a abierta) y la necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE) 				
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		
	Complicaciones quirúrgicas	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}		
	Readmisión	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}		
	Conversión (Laparoscópica a abierta)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}		
	Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}		
	Tiempo de estancia hospitalaria	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,e}		
	Pancreatitis recurrente	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}		
	Entre los <i>desenlaces</i> críticos (Complicaciones quirúrgicas, Readmisión, Conversión (Laparoscópica a abierta) y Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE)), se consideró el que presentó la menor certeza de evidencia, por lo cual la certeza general de la evidencia es muy baja.				

	Eventos biliares recurrentes	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,d}	
	Colecistitis	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
<p>IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias **Desenlace no priorizado previamente por el GEG.</p> <p>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 dos niveles de certeza por imprecisión dado que tiene en total < 50 eventos. c. Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia dado que tiene I2 de 40% a 80%. d. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión dado que tiene en total < 300 eventos. e. Se disminuyó dos niveles de certeza por inconsistencia dado que tiene I2 > 80%.</p> <p>Entre los desenlaces críticos (Complicaciones quirúrgicas, Readmisión, Conversión (Laparoscópica a abierta) y Necesidad de intervención endoscópica preoperatoria (CPRE)), 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	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí	El GEG mencionó que probablemente se consideraron desenlaces críticos e importantes para los pacientes con pancreatitis aguda biliar leve resuelta.			
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 checked="" type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce			Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente favorece a la intervención.	
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 type="radio"/> Costos moderados <input checked="" 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	Gastos del comparador frente a la intervención: La intervención o comparador no involucran un uso de recursos directos, si no la decisión de iniciar esta en un momento oportuno. Por otro parte el GEG, consideró que la intervención incurriría en costos pequeños frente a no brindarlo.			
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
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce la equidad ○ Probablemente reduce la equidad ○ Probablemente no tenga impacto en la equidad ● Probablemente incrementa la equidad ○ Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce 		Considerando que brindar colecistectomía temprana podría beneficiar a poblaciones vulnerables al no exponerlos a futuros desenlaces adversos. Es importante recalcar que la decisión se toma en instituciones que poseen los recursos para realizar la colecistectomía. Por otro lado, se podría generar un mayor embalse de pacientes, sin embargo, la priorización de intervenciones por parte de los especialistas facilitaría el brindar la colecistectomía temprana.
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>Personal de salud: El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños del uso de colecistectomía temprana, los profesionales de la salud aceptarían brindar la intervención.</p> <p>Pacientes: El GEG consideró que luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños del uso de colecistectomía temprana, los pacientes aceptarían la intervención.</p>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ● Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		El GEG consideró que el uso de la colecistectomía temprana sería una intervención probablemente factible de implementar en hospitales de nivel 2 en adelante, ya que estos disponen de los recursos 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 los daños de la realización de colecistectomía temprana serían moderados y triviales, respectivamente. Adicionalmente, los gastos para la administración de colecistectomía temprana no fueron relevantes. Por este motivo se optó por emitir una recomendación a favor.</p> <p>Fuerza: Considerando que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes con pancreatitis aguda biliar leve resuelta, sugerimos realizar colecistectomía temprana (48-72 horas posteriores a la resolución del cuadro clínico) en lugar de colecistectomía tardía; siempre y cuando se haya descartado coledocolitiasis.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

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

Justificación	BPC
<p>Existe controversia en el tiempo óptimo para a colecistectomía en pacientes con pancreatitis aguda moderada-severa. En estos pacientes se debe retrasar la colecistectomía hasta la estabilización del paciente y posterior al manejo del cuadro agudo. Por ello, el GEG estableció un tiempo conservador para la colecistectomía que va en línea con lo evaluado por las GPC: <i>“IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis”</i>(10), <i>“Acute pancreatitis. Evidence-based practice guidelines, prepared by the Hungarian Pancreatic Study Group”</i>(98) y la <i>“American Association for the Surgery of Trauma emergency general surgery guideline summaries 2018: acute appendicitis, acute cholecystitis, acute diverticulitis, acute pancreatitis, and small bowel obstruction”</i>(99).</p>	<p>En pacientes con pancreatitis aguda biliar severa, realizar colecistectomía posterior a las 6 semanas de la resolución del cuadro clínico.</p>
<p>Se debe realizar la colecistectomía temprana mediante un quirúrgico efectivo y seguro. Por ello, el GEG estableció el abordaje que va en línea con lo evaluado en los ECA incluidos en la RS de Prasanth 2022(100).</p>	<p>Para realizar la colecistectomía, preferir el abordaje laparoscópico.</p>

Existe escasa evidencia en los casos de pancreatitis aguda moderada en relación con el manejo quirúrgico. Existe guías de práctica clínica por consensos a juicio de expertos que mencionan que se debe operar a partir de la sexta semana al igual que una pancreatitis severa. Sin embargo, se requiere una evaluación a criterio del médico tratante para decidir el momento de realizar la colecistectomía.(101)	En pacientes con pancreatitis aguda biliar moderada, realizar una valoración de acuerdo con criterios del médico tratante para definir el momento de realizar la colecistectomía.
--	---

VI. Plan de actualización de la Guía de Práctica Clínica

La presente GPC tiene una vigencia de cinco años. Al acercarse al fin de este período, se procederá a una revisión de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la presente GPC o se procede a realizar una nueva versión, de acuerdo con la cantidad de evidencia nueva que se encuentre.