



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA
COLELITIASIS, COLECISTITIS AGUDA Y
COLEDOCOLITIASIS**

ANEXOS

GPC N°11

Marzo 2018

Grupo Elaborador

- Edson Guzmán Calderón, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Susana Aranzabar Durand, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Ricardo Cruzalegui Gómez, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Daniel Andrei Vargas Blácido, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Saúl Espinoza Rivera, Hospital I “Higos Urco” - Chachapoyas, EsSalud
- Yeray Trujillo Loli, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Rafael Barreda Celis, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Gian Carlos Mendiola Barrios, Hospital II Alberto Leopoldo Barton Thompson, EsSalud
- Owen Moquillaza Ramos, Red Asistencial Tarapoto EsSalud
- Enrique David More Hernández, Red Asistencial Apurímac, EsSalud
- José Toribio Bautista Vicente, la Red Asistencial Tumbes, EsSalud
- Luis Rodríguez Carranza, Red Asistencial Cajamarca, EsSalud
- Lourdes del Rocío Carrera Acosta, Equipo Técnico del IETSI-EsSalud
- Rommy Novoa Reyes, Consultora Independiente
- Raúl Timaná Ruiz, Asesor del IETSI-EsSalud

Grupo Validador

- Ítalo Landeo Aliaga, Gastroenterólogo, Sociedad de Gastroenterología del Perú
- Ricardo Prochazka Zárate, Gastroenterólogo, Sociedad de Gastroenterología del Perú
- Juan Torreblanca Nava, Gastroenterólogo, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Luis Quispe Ojeda, Gastroenterólogo, Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega”, EsSalud
- Yatsen Augusto Lock Vargas, Cirujano General, Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega”, EsSalud

Revisor Metodológico

- Dr. Álvaro Taype Rondan, Maestría en Ciencias en Investigación Epidemiológica por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Equipo Técnico del IETSI-EsSalud.

Revisores Clínicos

- Dr. Augusto Vera Calderón, Gastroenterólogo, Jefe del Servicio de Endoscopia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud, Secretario de Filiales de la Sociedad de Gastroenterología del Perú, Editor Asociado de la Revista de Gastroenterología del Perú.
- Dr. Orlando León Rosales, Gastroenterólogo, Hospital Victor Iazarte Echegaray, EsSalud-La Libertad.
- Dr. Adelmo Migdonio Pintado Baique, Cirujano General, Hospital Alanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud-Lambayeque.

Revisor Externo

- Mariano E. Giménez, Cirujano General, PhD. Profesor de Cirugía de la Cátedra "Taquini" de Cirugía General y Mínimamente Invasiva, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Cátedra de Excelencia en Cirugía Percutánea, Instituto de Estudios Avanzados, Universidad de Estrasburgo, Francia. Director Científico de Cirugía Percutánea, IHU-IRCAD, Estrasburgo, Francia.
- Juan Jaime Herrera Matta FACS, FRCS, MSCGP (Hon), Cirujano General del Hospital Nacional "Luis N. Sáenz" de la Policía Nacional del Perú, Tutor de Residentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener NINGÚN conflicto de interés financiero y no financiero, con relación a los temas descritos en el presente documento.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación EsSalud de Perú.

Guía de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Citación

Este documento debe ser citado como: IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. GPC N°11. Perú, marzo 2018.

Agradecimientos

- Dr. Víctor Suárez Moreno
- Lic. Obst. Stefany Salvador

Datos de contacto

Raúl Timaná Ruiz. Correo electrónico: raul.timana@essalud.gob.pe. Teléfono: +511-2656000, Anexo 1953.

Tabla de Contenido

Anexo N° 1. Grupo elaborador de la GPC.....	5
Anexo N° 2. Declaración de conflicto de interés.....	7
Anexo N° 3: Puntaje y clasificación de desenlaces.....	11
Anexo N° 4: Puntajes del instrumento AGREE-II de las Guías preseleccionadas.....	13
Anexo N° 5: Matriz general de las preguntas y recomendaciones	14
Anexo N° 6. Evaluación de la estrategia de búsqueda.....	16
Anexo N° 7: Actualización de la búsqueda.....	17
Anexo N° 8: Tablas de evaluación de la calidad	50
Anexo N° 9: ADAPTE aceptabilidad y aplicabilidad	56
Anexo N° 10: Tablas GRADE	64

Anexo N° 1. Grupo elaborador de la GPC.

Nombre	Institución	Profesión/Cargo	Conformación del GEG-Local
Rafael Barreda Celis	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud	Médico Internista	Experto Clínico
Owen Moquillaza Ramos	Red Asistencial Tarapoto	Médico Cirujano General	Experto Clínico
Saúl Espinoza Rivera	Red Asistencial Amazonas	Médico Cirujano General	Experto Clínico
Enrique David More Hernández	Red Asistencial Apurímac	Médico Gastroenterólogo	Experto Clínico
José Toribio Bautista Vicente	Red Asistencial Tumbes	Médico Gastroenterólogo	Experto Clínico
Luis Rodríguez Carranza	Red Asistencial Cajamarca	Médico Gastroenterólogo	Experto Clínico
Edson Guzmán Calderón	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud	Médico Gastroenterólogo	Experto Clínico
Ricardo Cruzalegui Gómez	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud	Médico Cirujano General	Experto Clínico
Gian Carlos Mendiola Barrios	Hospital II Alberto Leopoldo Barton Thompson, EsSalud	Médico Cirujano General	Experto Clínico
Susana Aranzabar Durand	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud	Médico Cirujano General	Experto Clínico
Daniel Andrei Vargas Blácido	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud	Médico Gastroenterólogo	Experto Clínico
Yeray Trujillo Loli	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud	Médico Cirujano General	Experto Clínico
Raúl Timaná Ruiz	IETSI, EsSalud	Médico especialista de Gestión en Salud,	Coordinador del grupo elaborador
Lourdes del Rocío Carrera Acosta	Consultor IETSI, EsSalud	Médico epidemiólogo	Experto Metodólogo
Rommy Novoa Reyes	Consultor IETSI, EsSalud	Médico epidemiólogo	Experto Metodólogo

Con fecha 30 de diciembre del 2016 se conformó el Grupo Elaborador de Guías mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 046–IETSI-ESSALUD-2017. Esta resolución se encuentra en la siguiente dirección electrónica: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini_farmacov_tecnov.html

Anexo N° 2. Declaración de conflicto de interés

Los responsables y participantes en la generación de las recomendaciones de esta Guía declararon no tener conflictos de interés frente a las mismas, no estar involucrados en actividades remuneradas o financiadas por instituciones privadas relacionadas al Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación en colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en los últimos 24 meses, no estar involucrados como investigadores en ECA en curso sobre el tema o en los últimos 24 meses, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones y no ser parte de grupos profesionales con conflictos de interés.

La elaboración, desarrollo y publicación de las recomendaciones contaron con el soporte financiero exclusivo del Seguro Social de Salud (EsSalud), y los derechos de autor son propiedad de los mismos.

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS																
1. Empleo y consultorías	Raúl Timaná	Lourdes Carrera Acosta	Rommel Y Novoa Reyes	Gian Mendiola Barrios	Susana Aranzabar Durand	Saúl Espinoza Rivera	Walter Malpartida Canchiz	Daniel Vargas Blácido	Yeray Trujillo Loli	Edson Guzmán Calderón	Ricardo Cruzalegui Gómez	Owen Moquillaza Ramos	Rafael Barreda Celis	Enrique David More Hernández	Luis Rodríguez Carranza	José Toribio Bautista Vicente
Empleado	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Consultor	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2. Apoyo a Investigación																
Financiamiento, colaboración, auspicio y otra transferencia de fondos	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
No monetario valorado en más de S/.1000	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Por pertenecer a un grupo de conferencistas	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3. Intereses de inversión																
Acciones, bonos u otros	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Intereses en empresas comerciales	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4. Propiedad intelectual																
Patentes, marcas o derechos de autor	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Propiedad sobre "conocimiento de cómo se produce" en una	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

materia, tecnología o proceso																	
5. Posiciones o declaraciones públicas																	
Como parte de un proceso regulatorio, legislativo o judicial emitido opinión relacionada al área de estudio	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Ha ocupado algún cargo en la cual representó los intereses relacionada al área de estudio	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6. Información adicional																	
Ha trabajado para algún competidor del producto del área de estudio del presente grupo de trabajo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
El resultado del presente grupo de trabajo podría beneficiar o afectar adversamente los intereses de una tercera parte con quien usted tiene interés común	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Excluyendo al MINSA, alguna entidad ha pagado o contribuido con sus gastos de traslado en	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

conexión con este grupo de trabajo																
Ha recibido algún pago u honorarios para hablar públicamente en la materia de este grupo de trabajo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Existe algún aspecto en su historial o circunstancias personales no abordados que pueden ser percibidos como influenciales en su objetividad e independencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7. Tabaco, alcohol y comida rápida																
Dentro de los pasados 4 años ha sido empleado o recibido apoyo para investigación con alguna entidad involucrada en tabaco, alcohol o comida rápida o representado sus intereses.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Anexo N° 3: Puntaje y clasificación de desenlaces

Pregunta 1: ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar a sospechar de coleditiasis sintomática?	
Desenlace	Clasificación
Pronóstico de coleditiasis sintomática	Crítico

Pregunta 2: ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar coleditiasis en adultos que se sospecha de esa condición?	
Desenlace	Clasificación
Sensibilidad	Crítico
Especificidad	Crítico

Pregunta 3: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar coleditiasis asintomática?	
Desenlace	Clasificación
Mortalidad	Crítico
Complicaciones relacionadas a la coleditiasis	Importante

Pregunta 4: ¿Cuál es el mejor tratamiento para el cólico biliar?	
Desenlace	Clasificación
Disminución del dolor	Crítico
Complicaciones	Importante

Pregunta 5: ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar a sospechar de colecistitis aguda?	
Desenlace	Clasificación
Predictor	Crítico

Pregunta 6: ¿Cuál es la mejor estrategia para diagnosticar colecistitis aguda en adultos que se sospecha de esa condición?	
Desenlace	Clasificación
Sensibilidad	Crítico
Especificidad	Crítico

Pregunta 7: ¿Tiene la colecistectomía temprana frente a colecistectomía diferida mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda?	
Desenlace	Clasificación
Complicaciones generales	Crítico
Infección de herida operatoria	Crítico
Daño a conductos biliares en la cirugía	Importante
Fuga de bilis	Importante
Estancia Hospitalaria	Importante

Pregunta 8: ¿Es la escala ASGE útil para valorar el riesgo de coledocolitiasis?	
Desenlace	Clasificación
Sensibilidad	Crítico
Especificidad	Crítico

Pregunta 9: ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar coledocolitiasis en adultos que se sospecha de esa condición?	
Desenlace	Clasificación
Sensibilidad	Crítico
Especificidad	Crítico

Pregunta 10: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar la coledocolitiasis?	
Desenlace	Clasificación
Mortalidad	Crítico
Progresión de la enfermedad	Crítico
Retención de cálculos	Importante
Necesidad de intervención adicional	Importante

Anexo N° 4: Puntajes del instrumento AGREE-II de las Guías preseleccionadas

Dominios	NICE 2015	TOKIO 2018
1 Alcance y Objetivos	81%	83%
2 Participación de los implicados	75%	56%
3 Rigor en la elaboración	82%	35%
4 Claridad en la presentación	83%	89%
5 Aplicabilidad	67%	42%
6 Independencia editorial	92%	83%
7 Global	80%	65%

Anexo N° 5: Matriz general de las preguntas y recomendaciones

Pregunta	NICE	TOKIO
1. ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de colelitiasis sintomática?	No genera recomendación	No genera recomendación
2. ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar colelitiasis en adultos que se sospecha esta condición?	La guía NICE recomienda el uso de la ultrasonografía abdominal para el diagnóstico de colelitiasis sintomática	No genera recomendación
3. ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar colelitiasis asintomática?	Explicar a las personas con colelitiasis asintomática quienes tienen una vesícula biliar y árbol biliar normal que no necesitan tratamiento a menos que desarrollen síntomas	No genera recomendación
4. ¿Cuál es el tratamiento del cólico biliar en la fase aguda?	No genera recomendación	No genera recomendación
5. ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar a sospechar de colecistitis?	No genera recomendación	Utilizar criterios de Tokyo para evaluar la sospecha de colecistitis aguda.
6. ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar colecistitis aguda en adultos que se sospecha de esa condición?	La guía NICE recomienda el uso de la ultrasonografía abdominal para el diagnóstico de colecistitis aguda.	Utilizar los criterios de Tokyo 1 o 2 más 3: signos ecográficos por ultrasonografía abdominal.
7. ¿Tiene la colecistectomía temprana frente a colecistectomía diferida mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda?	Ofrecer colecistectomía laparoscópica a personas diagnosticadas con cálculos de la vesícula biliar sintomáticos. Ofrecer una colecistectomía laparoscópica ambulatoria para las personas que la tengan colecistitis aguda, como un procedimiento programado electivo, a menos que sus circunstancias o situación clínica hagan que ser un paciente hospitalizado sea más apropiado. Ofrecer una colecistostomía percutánea para tratar el empiema de la vesícula biliar cuando: La cirugía no es apropiada en la presentación y	si se dispone de técnicas laparoscópicas avanzadas. La colecistitis aguda de grado II (moderado) con complicaciones locales graves es una indicación de colecistectomía urgente y drenaje. Manejo de la Colecistitis aguda de grado III (grave) La colecistitis aguda de grado III (grave) se acompaña de disfunción orgánica. Es necesario un soporte orgánico adecuado, como el manejo ventilatorio / circulatorio (ventilación no invasiva o invasiva con presión positiva y uso de vasopresores, etc.) además del tratamiento

Pregunta	NICE	TOKIO
	El tratamiento conservador no tiene éxito. Reconsidere la colecistectomía laparoscópica para personas que han tenido colecistostomía percutánea una vez que están lo suficientemente estables para la cirugía.	médico inicial. Debe realizarse un drenaje de la vesícula biliar urgente o temprana. La colecistectomía electiva se puede realizar después de que se haya logrado una mejoría de la enfermedad aguda mediante el drenaje de la vesícula biliar.
8. ¿Es la escala ASGE útil para valorar el riesgo de coledocolitiasis?	No genera recomendación	No genera recomendación
9. ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar coledocolitiasis en adultos que se sospecha esta condición?	La guía NICE recomienda el uso de la colangiografía por resonancia magnética si el ultrasonido no ha detectado coledocolitiasis, pero el conducto está dilatado y los resultados de las pruebas de función hepática son anormales y considerar ultrasonografía endoscópica si la colangiografía por resonancia magnética no permite realizar un diagnóstico.	
10. ¿Cuál es la mejor estrategia para el manejo de la coledocolitiasis?	La GPC NICE recomienda ofrecer la limpieza de las vías biliares y colecistectomía laparoscópica a personas con cálculos de la vía biliar sintomáticos o no. La limpieza de la vía biliar debería realizarse en el momento de la colecistectomía laparoscópica o con ERCP antes o en el momento de la colecistectomía laparoscópica. NICE también recomienda usar stent biliar para lograr el drenaje biliar como una medida temporal hasta la cirugía definitiva si el CPRE no logra la limpieza de la vía biliar.	

Anexo N° 6. Evaluación de la estrategia de búsqueda.

Guía TOKIO 2018			
Evaluador:			
Criterios	Cumple el criterio		
	Pregunta N° 5	Pregunta N° 6	Pregunta N° 7
	Sí	Sí	
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X	X	X
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X	X	
Número y bases de datos consultadas	MEDLINE, Embase, Cinahl, The Cochrane Library		
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X	X	X
Idiomas incluidos en la búsqueda	Inglés	Inglés	Inglés}
Resultado de la evaluación	Adecuada	Adecuada	Adecuada

Guía NICE							
Evaluador:							
Criterios	Cumple el criterio						
	Pregunta N° 1	Pregunta N° 2	Pregunta N° 3	Pregunta N° 6	Pregunta N° 7	Pregunta N° 9	Pregunta N° 10
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X	X	X	X	X	X	X
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X	X	X	X	X	X	X
Número y bases de datos consultadas	MEDLINE, Embase, Cinahl, The Cochrane Library						
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X	X	X	X	X	X	X
Idiomas incluidos en la búsqueda	Inglés	Inglés	Inglés	Inglés	Inglés	Inglés	Inglés
Resultado de la evaluación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada

Anexo N° 7: Actualización de la búsqueda

Preguntas 1, 5. ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de colelitiasis sintomática, colecistitis aguda y coledocolitiasis?

Criterios de Elegibilidad de los Estudios

Tipo de Estudios:

- Observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas

Tipo de Participantes

- Pacientes con adultos con colelitiasis sintomática

Tipo de Intervenciones

- No aplica

Tipo de comparadores

- No aplica

Tipo de desenlaces

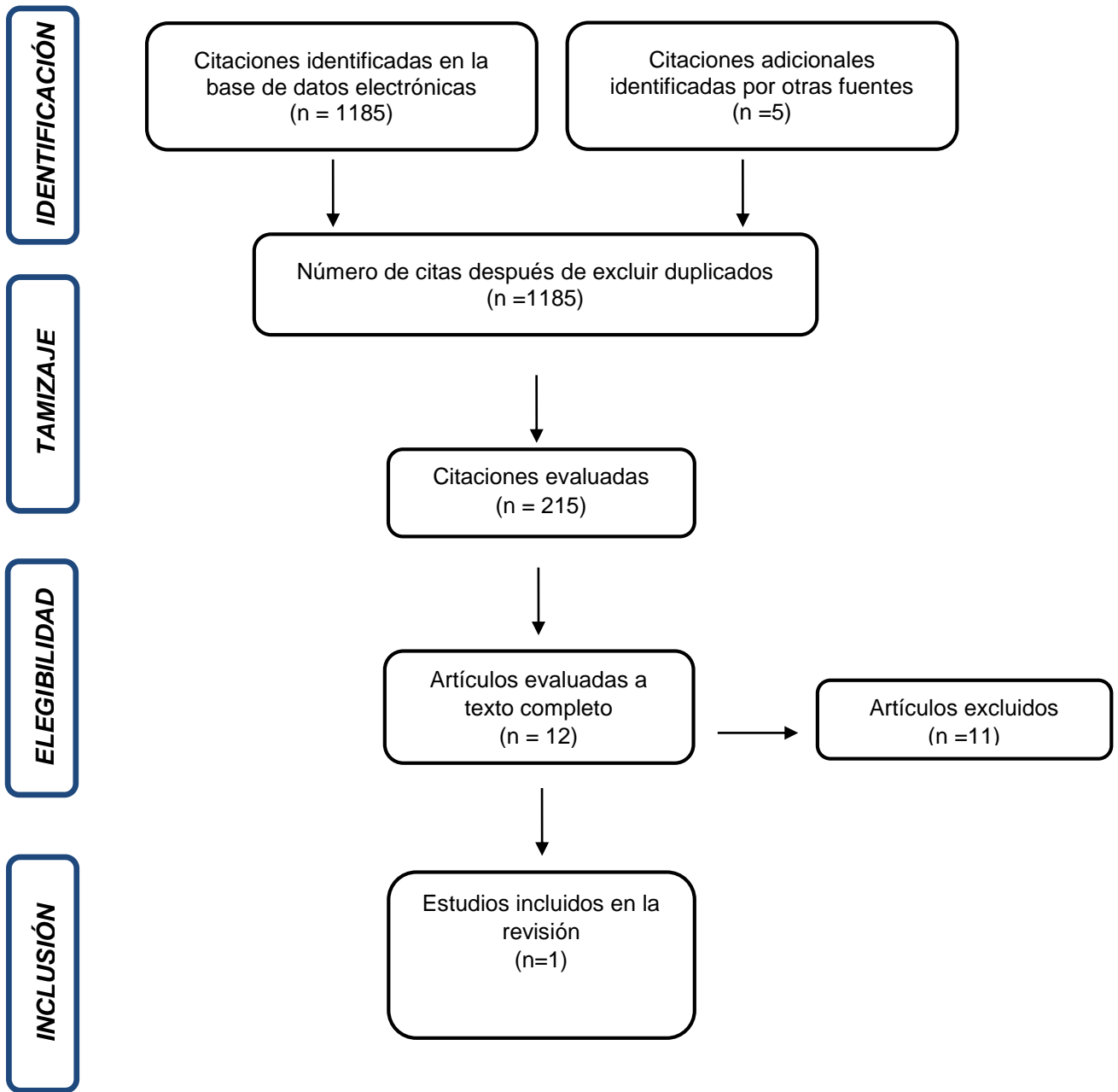
- Pronóstico

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas.

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: octubre del 2017		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: From: 2014/02/01 		
	Descripción	Término
#1	Población	"Cholelithiasis"[Mesh]
#2		"Cholecystitis"[Mesh]
#3		"Cholangitis"[Mesh]
#4		("Abdominal Pain"[Mesh]) AND "Gallstones"[Mesh]
#5		("Gallstones"[Mesh]) AND "abdominal pain"[Title/Abstract]
#6		("Abdominal Pain"[Mesh]) AND gallstone*[Title/Abstract]
#7		#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
	Intervención	No aplica
	Comparador	No aplica
#8	Tipo de estudio	<p>((((("Meta-Analysis"[Publication Type]) OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh]) OR (((systematic* OR evidence*) AND Title/Abstract AND (review* OR overview*)) AND Title/Abstract)))) OR (("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh]) OR "Randomized Controlled Trial"[Publication Type]) OR (((("Epidemiologic Studies"[Mesh]) OR "Case-Control Studies"[Mesh]) OR "Cohort Studies"[Mesh]) OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh])) OR ((((((("Sensitivity and Specificity"[Mesh]) OR "likelihood ratio*"[Title/Abstract]) OR (((diagnos* AND (performance* OR accurac* OR utilit* OR value* OR efficien* OR effectiveness)))) OR (((diagnos*[Title/Abstract] AND (performance*[Title/Abstract] OR accurac*[Title/Abstract] OR utilit*[Title/Abstract] OR value*[Title/Abstract] OR efficien*[Title/Abstract] OR effectiveness[Title/Abstract]))) OR "gold standard"[Title/Abstract])) OR (((((((("Cost-Benefit Analysis"[Mesh]) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh]) OR ("Fees and Charges"[Mesh]) OR "Budgets"[Mesh]) OR ((economic*[Title/Abstract] OR pharmaco?economic*[Title/Abstract]))) OR ((price*[Title/Abstract] OR pricing*[Title/Abstract]) OR (((((((effective*[Title/Abstract]) OR utilit*[Title/Abstract]) OR benefit*[Title/Abstract]) OR minimi*[Title/Abstract] OR unit*[Title/Abstract]) OR estimat*[Title/Abstract] OR variable*[Title/Abstract])) AND cost*)) OR ((financ*[Title/Abstract] OR fee[Title/Abstract] OR fees[Title/Abstract])) OR ((value[Title/Abstract] AND (money[Title/Abstract] OR monetary[Title/Abstract])))</p>
#9		#7 AND #8

#10		Filters: Publication date from 2014/02/01 to 2017/09/31; Humans; English; Adult: 19+ years
------------	--	--

Flujograma del proceso de selección de estudios



1. Preguntas 1, 5. ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de colelitiasis sintomática, colecistitis aguda y coledocolitiasis?

Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Resultados
Wegge 1985	Cohorte prospectivo	Pacientes admitidos al hospital dolor abdominal	Los resultados de una entrevista y examen físico fueron condensados en 37 factores pronósticos.		El análisis multivariado encontró 6 factores pronósticos que predecían enfermedad por cálculos biliares; edad mayor a 50 años, previos ataques de dolor, intolerancia a comida grasas, haber recibido analgésicos

Estudios excluidos

N°	Estudio	Motivo de exclusión
1	Tuna et al, 2016	Estudio en niños
2	Sood et al, 2015	Estudio secundario
3	Smith et al, 2015	Revisión sistemática
4	Shabanzadeh et al, 2017	Pacientes post colecistectomía
5	Sethi S et al, 2016	Usan exámenes auxiliares. No clínica
6	Seager et al, 2015	Incluyen pacientes con todas las patologías biliares
7	Kang J et al, 2016	Predictores de laboratorio y radiológicos
8	Kamath et al, 2016	Score con radiología
9	Ginsburg et al, 2016	Uso de métodos radiológicos para evaluación de coledocolitiasis
10	Basha J et al, 2017.	Evalúan colecistitis acalculosa
11	Akhtar AJ et al, 2014	Evalúa el pronóstico de pacientes con y sin dolor. No determina signos y síntomas para el diagnóstico

Pregunta 2, 6 y 9: ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar colelitiasis sintomática, colecistitis aguda, coledocolitiasis en adultos que se sospecha esta condición?

Criterios de Elegibilidad de los Estudios

Tipo de Estudios:

- Observacionales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y evaluaciones económicas.

Tipo de Participantes

- Pacientes con adultos con colelitiasis sintomática o colecistitis aguda o coledocolitiasis

Tipo de Intervenciones

- Resonancia Magnética
- Tomografía Axial Computarizada (TAC)
- Ultrasonografía endoscópica

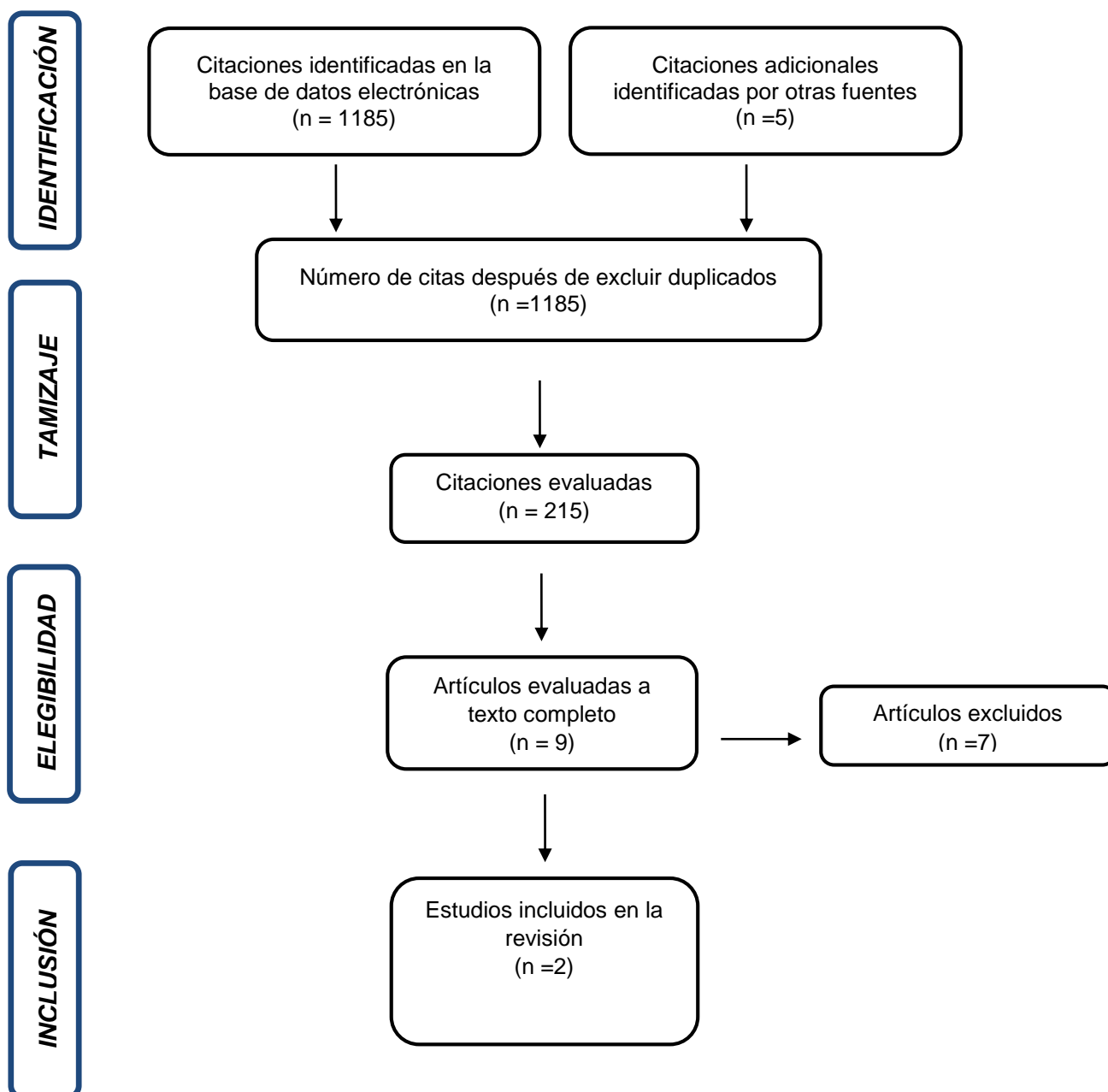
Tipo de comparadores

- Ultrasonido abdominal

Tipo de desenlaces

- Sensibilidad
- Especificidad

Flujograma del proceso de selección de estudios



Pregunta 2, 6 y 9: ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar colestitis sintomática, colecistitis aguda, coledocolitiasis en adultos que se sospecha esta condición?

COLECISTITIS AGUDA						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
Jain 2016 History, physical exam, laboratory testing and emergency department ultrasonography for the diagnosis of acute cholecystitis	Revisión sistemática	Pacientes adultos con presentación de dolor abdominal agudo en el cuadrante superior derecho	Ultrasonografía abdominal	Diagnóstico cirugía	Sensibilidad Especificidad LLR+ LLR-	Metanálisis de 5 estudios que estimó una sensibilidad para la ultrasonografía abdominal de 86% (rango = 78% -94%) y una especificidad del 71% (rango = 66% -76%); LR + fue 3.23 (rango = 1.74-6.00), y LR- fue 0.18 (rango = 0.10-0.33).
COLEDEOCOLITIASIS						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
Vinicius Leite, 2015 Endoscopic ultrasound versus magnetic resonance cholangiopancreatography in suspected choledocholithiasis: A systematic review	Revisión sistemática	Pacientes con sospecha de coledocolitiasis (n=538)	Ultrasonografía Endoscópica /Colangiografía resonancia	CPRE/ CIRUGIA	Sensibilidad Especificidad	La sensibilidad media de EUS y MRCP para la detección de la coledocolitiasis fue de 93.7 y 83.5, respectivamente; la especificidad era 88.5 y 91.5, respectivamente. En cuanto a EUS y MRCP, PPV fue de 89 y 87.8, respectivamente, y el VAN fue de 96.9 y 87.8, respectivamente. La precisión de EUS y MRCP era 93.3 y 89.7, respectivamente.

Estudios excluidos

N°	Estudio	Motivo de exclusión
1	Kang et al, 2017	Eliminado porque el patrón referente es la colangiografía intraoperatoria
2	Abdelaal et al 2017	Eliminado porque es para cálculos residuales
3	Taheri et al 2016	causas de obstrucción biliar
4	Villar et al 2015	estudio de datos secundario
5	Janikow et al 2017	Considera la guía de Tokio del 2007
6	Y Quiy et al, 2015	No considera valores de especificidad y sensibilidad
7	Tamir et al, 217	No es un estudio de diagnóstico o predictor

Pregunta 3. ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar colelitiasis asintomática?

Criterios de Elegibilidad de los Estudios:

Tipo de Estudios:

- Observacionales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y evaluaciones económicas.

Tipo de Participantes

- Pacientes con adultos con colelitiasis asintomática

Tipo de Intervenciones

- Colectomía
- Colangiografía
- Colecistografía
- Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica
- Litotripsia
- Colectostomía
- Ácido ursodesoxicólico
- Analgésicos
- Antibióticos

Tipo de comparadores

- Conducta expectante

Tipo de desenlaces:

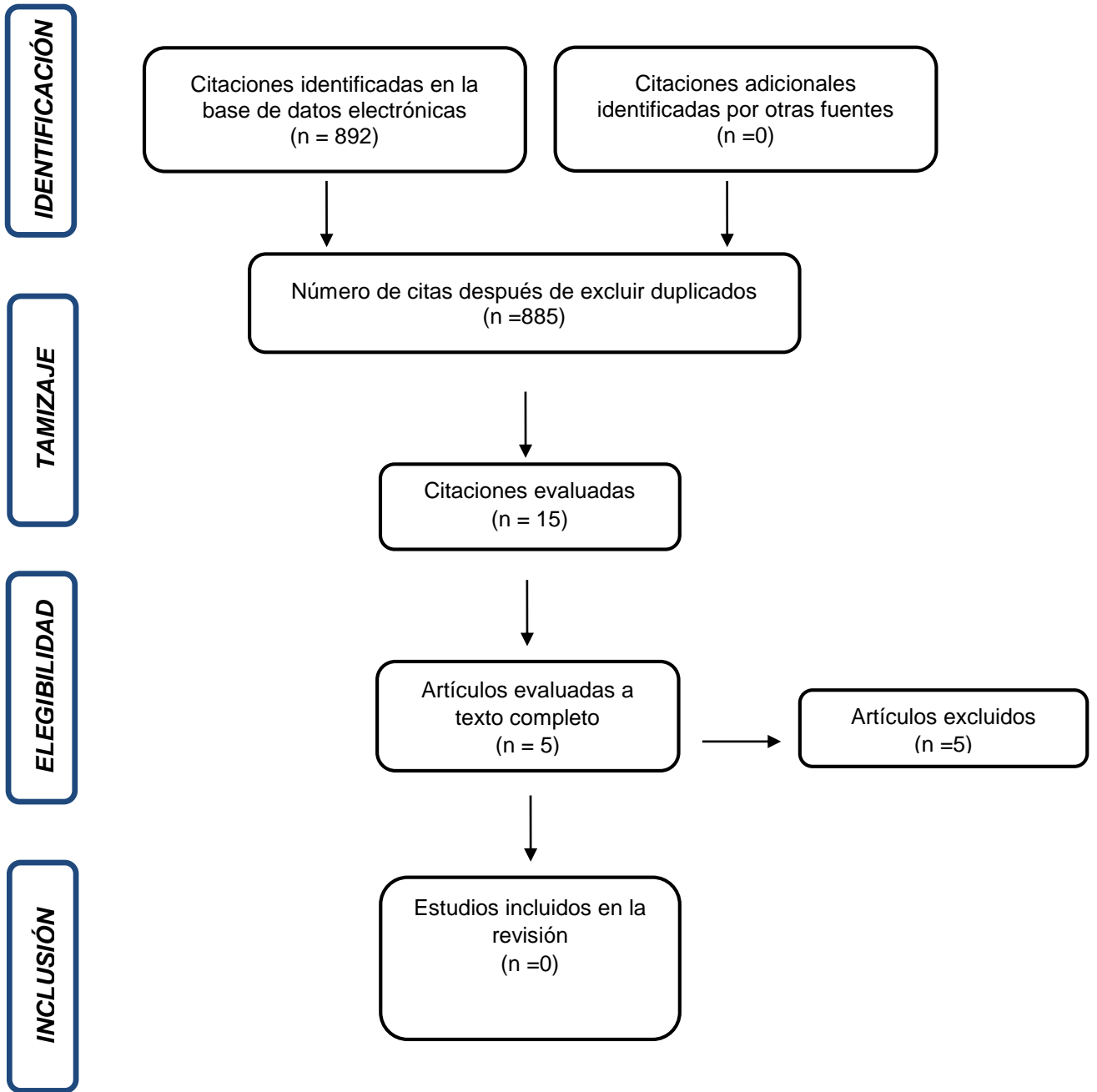
- Desarrollo de cálculos sintomáticos
- Síntomas post-colectomía
- Mortalidad
- Complicaciones de la intervención
- Calidad de vida relacionada con la salud
- Uso de recursos y costos

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas.

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: octubre 2017		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: From: 2014/02/01 		
	Descripción	Término
#1	Población	"Cholelithiasis"[Mesh]
#2		"Cholecystitis"[Mesh]
#3		"Cholangitis"[Mesh]
#4		("Abdominal Pain"[Mesh]) AND "Gallstones"[Mesh]
#5		("Gallstones"[Mesh]) AND "abdominal pain"[Title/Abstract]
#6		("Abdominal Pain"[Mesh]) AND gallstone*[Title/Abstract]
#7		#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
#8	Intervención	"Biliary Tract Surgical Procedures"[Mesh]
#9		"Cholecystectomy"[Mesh]
#10		"Cholangiography"[Mesh]
#11		"Cholecystography"[Mesh]
#12		"Sphincterotomy, Endoscopic"[Mesh]
#13		"Cholangiopancreatography, Endoscopic Retrograde"[Mesh]
#14		"Lithotripsy"[Mesh]
#15		"Cholecystostomy"[Mesh]
#16		"Ursodeoxycholic Acid"[Mesh]
#17		"Analgesics"[Mesh]
#18		"Anti-Bacterial Agents"[Mesh]
#19		((((("balloon sphincteroplast"[Title/Abstract]) OR "transduodenal sphinteroplast"[Title/Abstract]) OR "percutaneous biliary intervention"[Title/Abstract]) OR papillotomy*[Title/Abstract]) OR "transampullary septectom"[Title/Abstract]) OR tents[Title/Abstract] OR Drainage[Title/Abstract]
#20		

#21	Comparador	"Watchful Waiting"[Mesh]
#22	Tipo de estudio	<p>((((("Meta-Analysis"[Publication Type]) OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh]) OR (((((systematic* OR evidence*) AND Title/Abstract AND (review* OR overview*)) AND Title/Abstract)))) OR (("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh]) OR "Randomized Controlled Trial"[Publication Type])) OR (((("Epidemiologic Studies"[Mesh]) OR "Case-Control Studies"[Mesh]) OR "Cohort Studies"[Mesh]) OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh])) OR ((((((Sensitivity and Specificity"[Mesh]) OR "(likelihood ratio*)"[Title/Abstract]) OR (((diagnos* AND (performance* OR accurac* OR utilit* OR value* OR efficien* OR effectiveness)))) OR (((diagnos*[Title/Abstract] AND (performance*[Title/Abstract] OR accurac*[Title/Abstract] OR utilit*[Title/Abstract] OR value*[Title/Abstract] OR efficien*[Title/Abstract] OR effectiveness[Title/Abstract]))) OR "gold standard"[Title/Abstract])) OR (((((((("Cost-Benefit Analysis"[Mesh]) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR ("Fees and Charges"[Mesh])) OR "Budgets"[Mesh]) OR ((economic*[Title/Abstract] OR pharmaco?economic*[Title/Abstract]))) OR ((price*[Title/Abstract] OR pricing*[Title/Abstract])) OR (((((((effective*[Title/Abstract] OR utilit*[Title/Abstract] OR benefit*[Title/Abstract] OR minimi*[Title/Abstract] OR unit*[Title/Abstract] OR estimat*[Title/Abstract] OR variable*[Title/Abstract])) AND cost*)) OR ((financ*[Title/Abstract] OR fee[Title/Abstract] OR fees[Title/Abstract]))) OR (((value[Title/Abstract] AND (money[Title/Abstract] OR monetary[Title/Abstract])))</p>
#23		7 AND #20 AND #22
#24		Filters: Publication date from 2014/02/01 to 2017/09/31; Humans; English; Adult: 19+ years

Flujograma del proceso de selección de estudios



Pregunta 3: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar colelitiasis asintomática?

En el proceso de búsqueda no se seleccionó ningún artículo para esta pregunta.

Estudios excluidos

N°	Estudio	Motivo
1	Costi et al, 2015	Revisión narrativa del tratamiento actual de la colédocolitiasis.
2	Hyun JJ et al, 2015	El grupo de pacientes evaluados incluye pacientes asintomáticos y sintomáticos.
3	Kim SB et al, 2016	Estudio retrospectivo. Se compara estrategia entre pacientes sintomáticos versus asintomáticos.

Pregunta 4: ¿Cuál es el mejor tratamiento para el cólico biliar?

Criterios de Elegibilidad de los Estudios

Tipo de Estudios:

- Observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

Tipo de Participantes

- Pacientes con adultos con cólico biliar

Tipo de Intervenciones

- ANTIESPASMÓDICOS
- OPIACEOS

Tipo de comparadores

- AINE

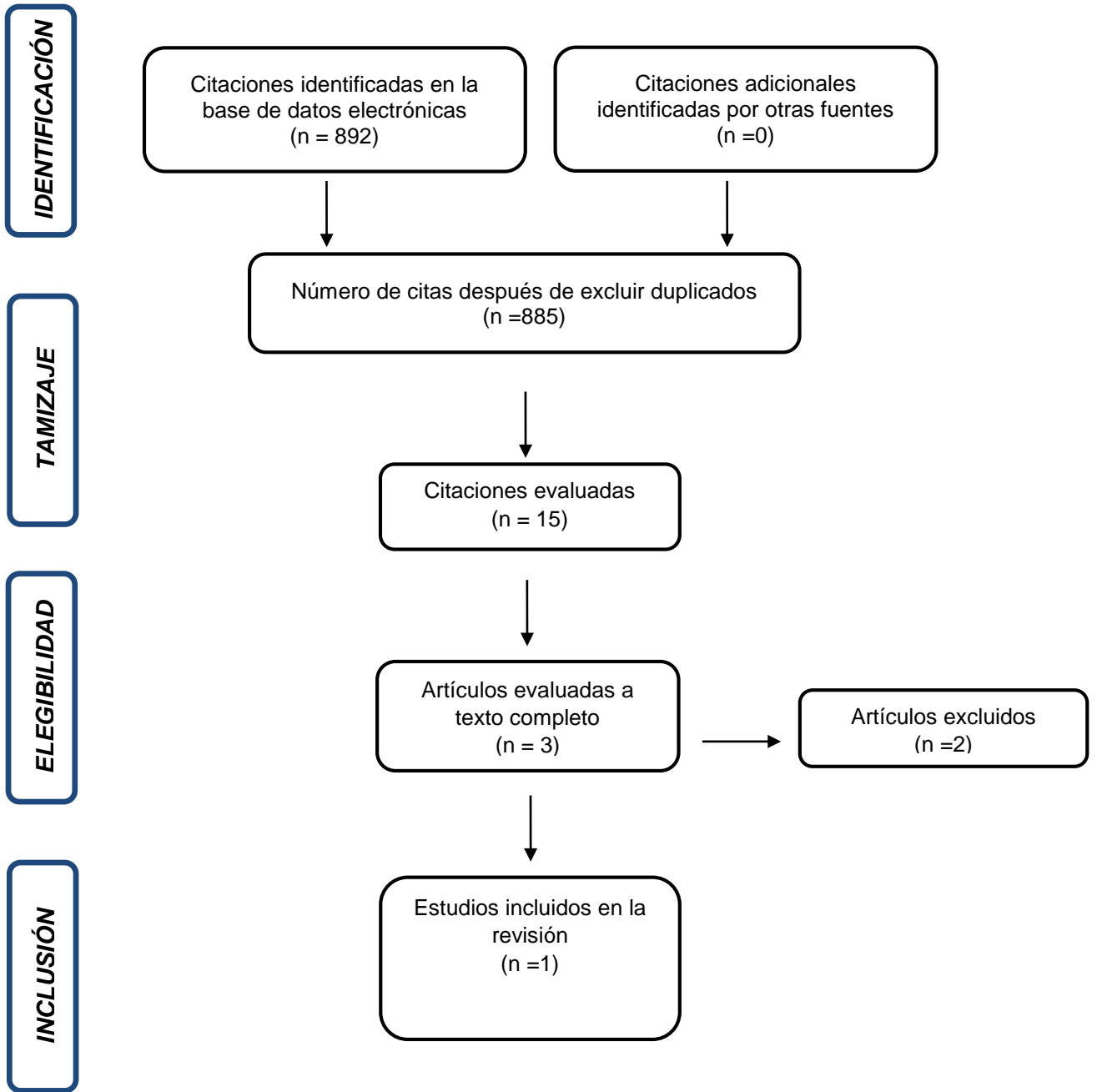
Tipo de desenlaces

- Disminución del dolor
- Complicaciones

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas.

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: septiembre 2017		
Filtros: Ninguno		
	Descripción	Término
#1	Población	(((Cholelithiasis OR Choledocholithiasis OR Cholecystolithiasis) or ("biliary tract diseases"[Mesh]) OR gall stone or gallstone* OR ("gallbladder"[Mesh] OR gall bladder))
#2		(inflammation or pain or "colic"[Mesh])
#3		#1 AND #2
#4	Intervención	antispasmodic[tiab] or opioids[tiab]
#5	Comparación	("Anti-Inflammatory Agents"[Mesh] OR "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal"[Mesh] OR ((anti-inflammatory agent*) and (non-steroid*)) or (nonsteroidal anti-inflammatory agents))
#6		#4 OR #5
#7		#3 AND #6
	Filtros	Publication date 2015
	Resultados	184

Flujograma del proceso de selección de estudios



Pregunta 4. ¿Cuál es el tratamiento del cólico biliar en la fase aguda?

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/ pacientes	Intervención/ exposición	Compara ción	Desenlace s	Resultados
Fraquelli, 2016 Non-steroid anti-inflammatory drugs for biliary colic (Review)	Revisión sistemática	Personas con cólico biliar 12 ECA (n=828)	AINES	ANTIESPASMÓDICOS/OPIACEOS	Disminución del dolor Complicaciones	El grupo que recibió AINES tuvo mayor disminución total del dolor (55/92 = 59.7%) en comparación antiespasmolíticos (29/98 = 29.5%) (RR: 0.51, IC95%: 0.37 – 0.71). paracomplikaciones relacionadas a colelitiasis (6/52 = 11.6%) en comparación con el grupo que recibió antiespasmolíticos (24/52 = 46.1%) (RR: 0.27, IC95%: 0.12 - 0.57).

Estudios excluidos

N°	Estudio	Motivo
1	Gurusamy et al, 2013	Número de estudios incluidos
2	Masudi et al, 2016	Revisión narrativa

Pregunta 7. ¿Tiene la colecistectomía temprana frente a colecistectomía diferida mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda?

Criterios de Elegibilidad de los Estudios

Tipo de Estudios:

- Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas

Tipo de Participantes

- Pacientes con colecistitis aguda

Tipo de Intervenciones

- Colecistectomía temprana

Tipo de comparadores

- Colecistectomía diferida

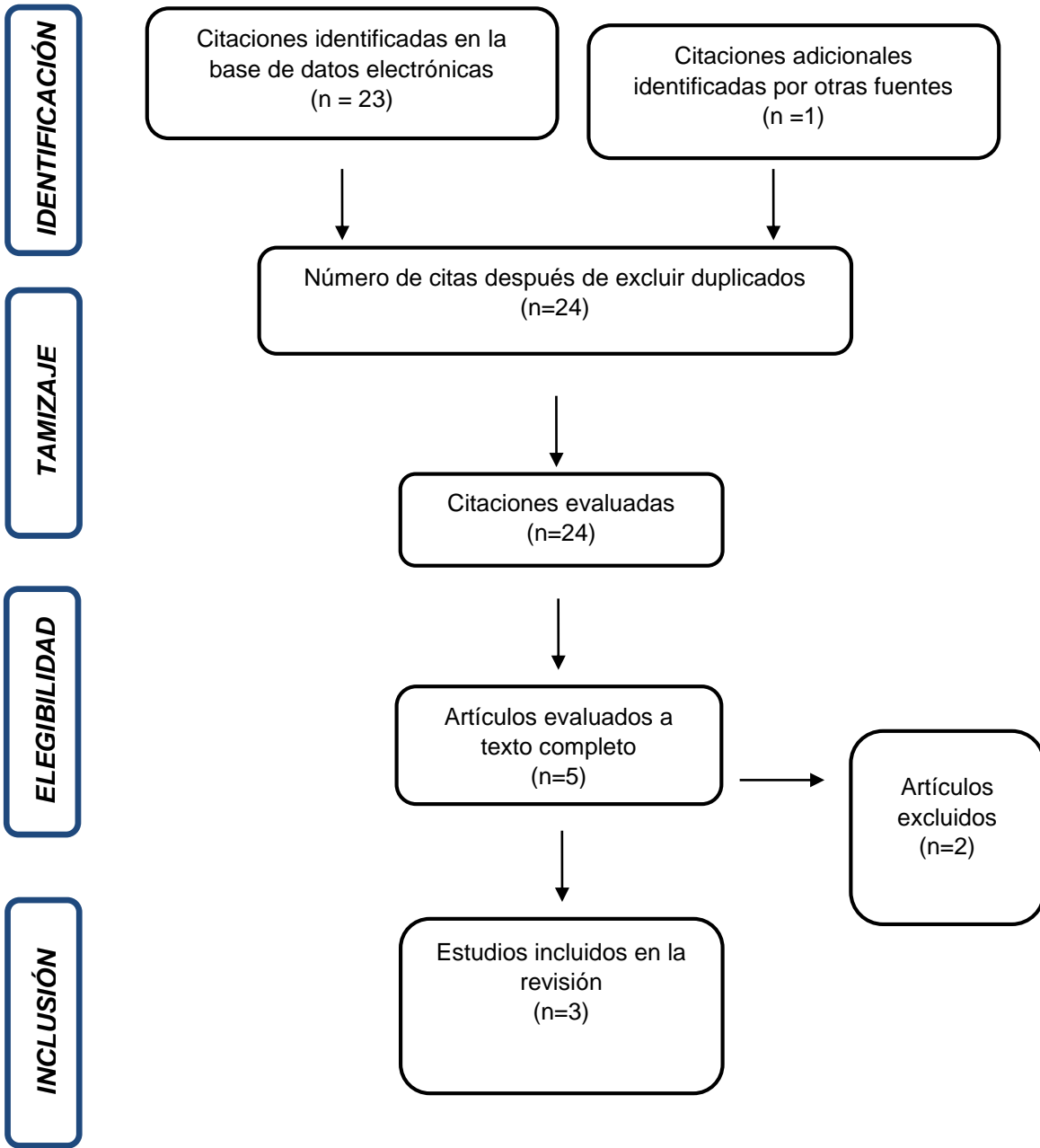
Tipo de desenlaces

- Complicaciones generales
- Infección de herida operatoria
- Daño a conductos biliares en la cirugía
- Fuga de bilis
- Estancia hospitalaria

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas.

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: septiembre 2017		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: From: 2016/04/06 		
	Descripción	Término
#1	Población	("cholelithiasis"[MeSH Major Topic] OR "choledocholithiasis"[MeSH Major Topic] OR "gallstones/cytology"[MeSH Major Topic] OR "cholecystitis"[MeSH Major Topic] OR gallbladder[MeSH Major Topic] or ("Gallbladder"[Mesh] and inflam) or (gall bladder and inflam)
#2	Intervención	("cholecystectomy"[MeSH Terms] OR "cholecystostomy"[MeSH Terms]) OR (cholecystectomy[Title/Abstract] OR cholecystostomy[Title/Abstract])
#3		#1 AND #2
#4	Tipo de estudio	(randomized controlled trial[PT]) OR (controlled clinical trial[PT]) OR (clinical trial[PT]) OR (randomized[TIAB] OR randomised [TIAB]) or (placebo[TIAB] OR "Placebos"[Mesh]) OR (randomly[TIAB]) OR (trial[TIAB]) OR (groups [TIAB])
#5	Término final	#3 AND #4

Flujograma del proceso de selección de estudios



Pregunta 7. ¿Tiene la colecistectomía temprana frente a colecistectomía diferida mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda??

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
Menahem, 2015 Early Cholecystectomy Is Superior to Delayed Cholecystectomy for Acute Cholecystitis: a Meta-analysis.	Revisión Sistemática	Pacientes con colecistitis aguda	Colecistectomía temprana	Colecistectomía diferida		La cirugía temprana tiene menos riesgo de infección de sitio operatorio (RR 0.57, 95 % CI 0.35-0.93, p=0.01) No hubo diferencia en mortalidad, daño a la vía biliar, fuga de bilis, riesgo de conversión a cirugía abierta. La colecistectomía tuvo una estancia hospitalaria menor y menores costos
Wu, 2015 Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis	Metanálisis	Pacientes con colecistitis aguda	Colecistectomía laparoscópica temprana	Colecistectomía laparoscópica diferida	Costo Efectividad Calidad de Vida Seguridad Eficacia	La colecistectomía laparoscópica temprana fue asociada con un costo hospitalario menor, menor cantidad de días de trabajo perdidos, mayor satisfacción del paciente, mejor calidad de vida, menor riesgo de infección de la herida, menor duración de la estancia hospitalaria. Pero también fue asociado a un tiempo operatorio mayor. No hubo diferencia significativa para mortalidad, injuria de las vías biliares, fuga de bilis, conversión a colecistectomía abierta u otras complicaciones.
Cao, 2016 Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people	Revisión sistemática	Pacientes con colecistitis aguda de alto riesgo	Colecistectomía laparoscopia temprana: menos de 7 días de presentación con síntomas	Colecistectomía laparoscopia diferida: más de 6 semanas de la admisión con	Beneficios: Temporal o permanente alivio de los síntomas Daños: Recurrencia de los síntomas,	No hubo diferencia en los que desarrollaron injuria de vías biliares entre los grupos, ni en otras complicaciones serias. El grupo con colelap temprana volvió antes a trabajar.

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
with acute cholecystitis (Review)				colecistitis aguda	morbilidad relacionada al procedimiento	18.3% de pacientes del grupo de colelap diferida tuvo recurrencia o no resolución de los síntomas y tuvo que ir a colelap de emergencia. La conversión fue de 45% No concluyente

N°	Estudio	Motivo
1	Kim et al, 2015	No tiene metanaalisis
2	Hu et al, 2015	No considera outcomes de interés

Pregunta 8: ¿Es la escala ASGE útil para establecer el riesgo de coledocolitiasis?

Criterios de Elegibilidad de los Estudios

Tipo de Estudios:

- Observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas

Tipo de Participantes

- Pacientes con sospecha de coledocolitiasis

Tipo de Intervenciones

- No aplica

Tipo de comparadores

- No aplica

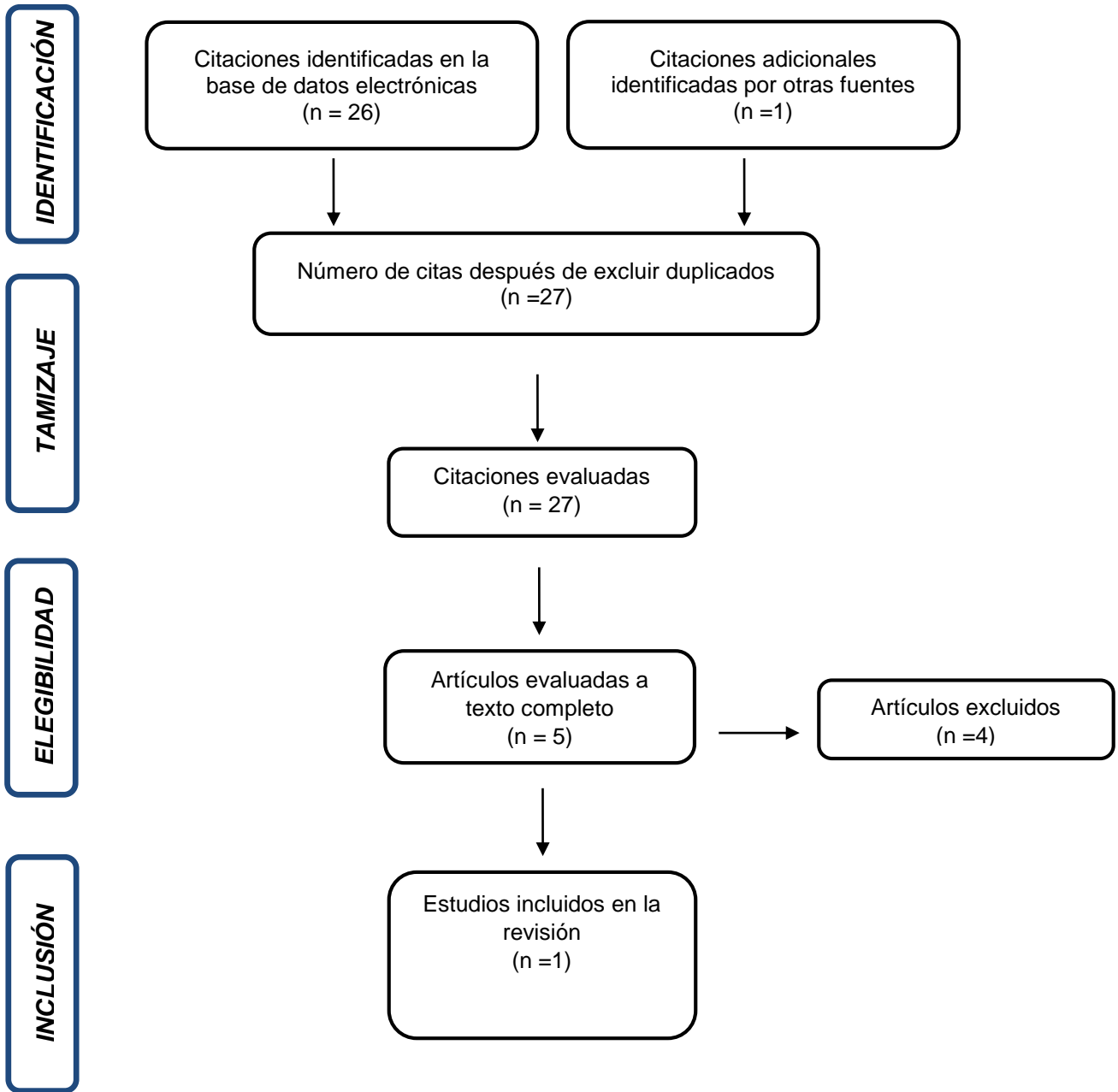
Tipo de desenlaces

- Sensibilidad
- Especificidad

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas.

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: agosto - septiembre 2017		
<ul style="list-style-type: none"> No filtros 		
	Descripción	Término
#1	Intervención	(accuracy[Title/Abstract] OR sensibility[Title/Abstract] OR especificity[Title/Abstract])
#2		ASGE[Title/Abstract]
#3		#1 AND #2
	Filtro	Public date: 01 enero del 2010
	Resultados	26

Flujograma del proceso de selección de estudios



Pregunta 8: ¿Es la escala ASGE útil para establecer el riesgo de coledocolitiasis?

Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
Huiqin, 2017 Accuracy of ASGE high risk criteria in evaluation of patients with suspected common bile duct stones	Observacional Cohorte	2724 con sospecha de coledocolitiasis	Escala ASGE	CPRE/CIRUGIA	Sensibilidad Especificidad	De 2724 pacientes con sospecha de coledocolitiasis, 1171 (43%) cumplieron los criterios de alto riesgo. (CPRM en 2442 [90%], USE en 67 [2%], CPRE en 659 [24%], colangiografía intraoperatoria en 229 [8%] y CDBexploración en 447 [16%]) reveló coledocolitiasis en 1076 [40%] pacientes. La especificidad del alto riesgo de ASGE los criterios fueron del 74% ([IC] del 95%, 72% -77%) y el valor predictivo positivo fue del 64% (IC del 95%,61% -67%). (IC 95%, 44% - 65%), respectivamente.

Estudios excluidos

N°	Estudio	Motivo
1	Rubin et al, 2013	No reporto sensibilidad y especificidad
2	Korson et al, 2016	Revisión narrativa
3	Adams et al 2015	Poster Conference
4	Magalhaes et al 2015	Poster conference

Pregunta 10. ¿Cuál es la mejor estrategia para el manejo de la coledocolitiasis?

Criterios de Elegibilidad de los Estudios

Tipo de Estudios:

- Observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

Tipo de Participantes

- Pacientes adultos con colelitiasis asintomática

Tipo de Intervenciones y comparaciones

- Colectomía laparoscópica + pre/intra/post CPRE vs colectomía laparoscópica + exploración quirúrgica de la vía biliar
- CPRE + colectomía laparoscópica vs CPRE + vesícula biliar in situ
- CPRE vs manejo conservador
- Conducto biliar obstruido + stent biliar vs conducto biliar libre (cirugía o CPRE)
- CPRE ambulatorio vs CPRE en pacientes hospitalizados para cálculos del conducto biliar común

Tipo de desenlaces

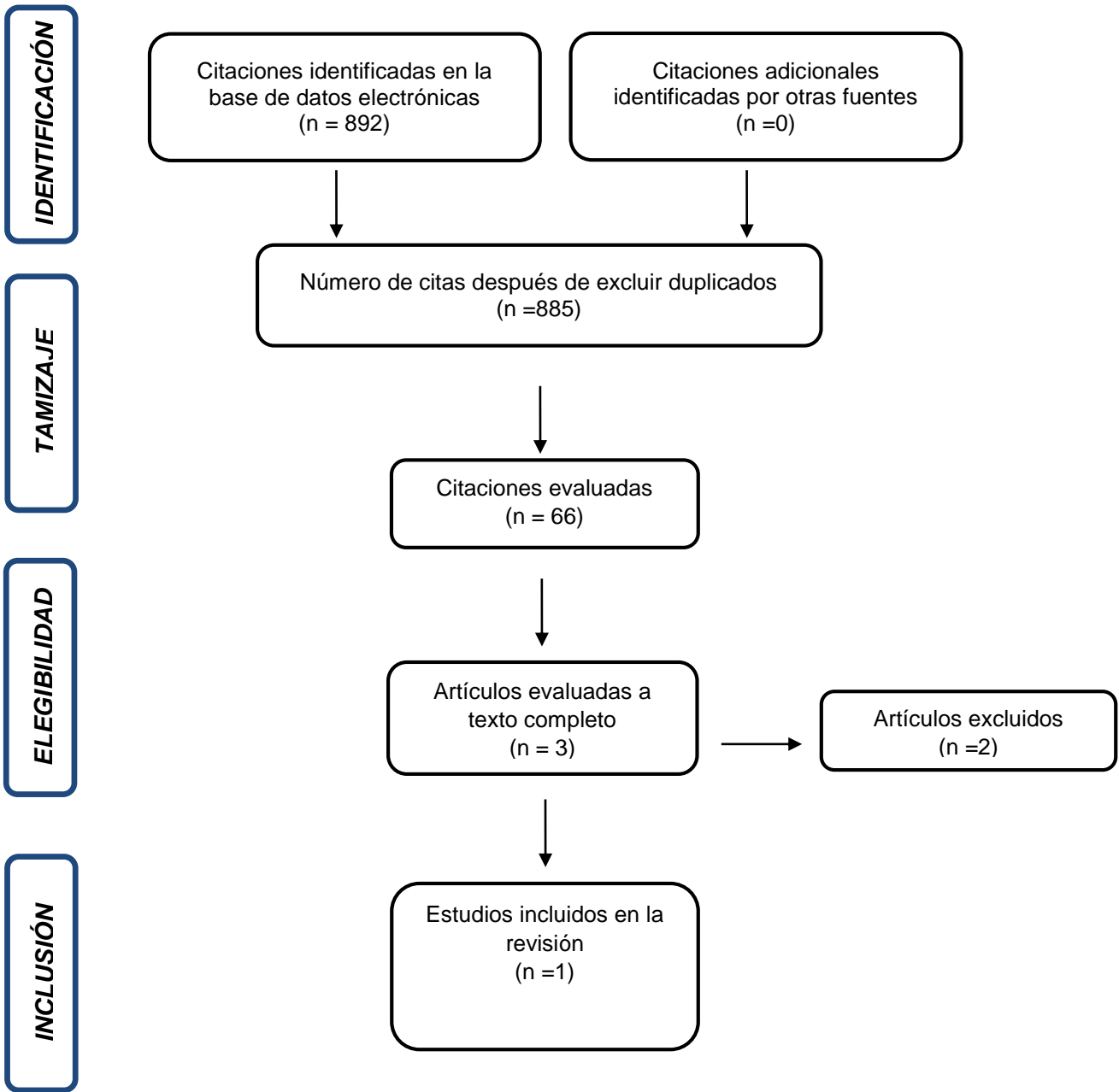
- Mortalidad
- Progresión de la enfermedad

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas.

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: Octubre 2017		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: From: 2014/02/01 		
	Descripción	Término
#1	Población	"Cholelithiasis"[Mesh]
#2		"Cholecystitis"[Mesh]
#3		"Cholangitis"[Mesh]
#4		("Abdominal Pain"[Mesh]) AND "Gallstones"[Mesh]
#5		("Gallstones"[Mesh]) AND "abdominal pain"[Title/Abstract]
#6		("Abdominal Pain"[Mesh]) AND gallstone*[Title/Abstract]
#7		#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
#8	Intervención	"Biliary Tract Surgical Procedures"[Mesh]
#9		"Cholecystectomy"[Mesh]
#10		"Cholangiography"[Mesh]
#11		"Cholecystography"[Mesh]
#12		"Sphincterotomy, Endoscopic"[Mesh]
#13		"Cholangiopancreatography, Endoscopic Retrograde"[Mesh]
#14		"Lithotripsy"[Mesh]
#15		"Cholecystostomy"[Mesh]
#16		"Ursodeoxycholic Acid"[Mesh]
#17		"Analgesics"[Mesh]
#18		"Anti-Bacterial Agents"[Mesh]
#19		((((("balloon sphincteroplast"[Title/Abstract]) OR "transduodenal sphinteroplast"[Title/Abstract]) OR "percutaneous biliary intervention"[Title/Abstract]) OR papillotomy*[Title/Abstract]) OR "transampullary septectomy"[Title/Abstract]) OR tents[Title/Abstract] OR Drainage[Title/Abstract]
#20		#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19

#21	Comparador	"Watchful Waiting"[Mesh]
#22	Tipo de estudio	<p>((((("Meta-Analysis"[Publication Type]) OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh]) OR (((((systematic* OR evidence*) AND Title/Abstract AND (review* OR overview*)) AND Title/Abstract)))))) OR (("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh]) OR "Randomized Controlled Trial"[Publication Type])) OR (((("Epidemiologic Studies"[Mesh]) OR "Case-Control Studies"[Mesh]) OR "Cohort Studies"[Mesh]) OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh])) OR ((((((Sensitivity and Specificity"[Mesh]) OR "(likelihood ratio*)" [Title/Abstract] OR ((diagnos* AND (performance* OR accurac* OR utilit* OR value* OR efficien* OR effectiveness)))))) OR (((diagnos*[Title/Abstract] AND (performance*[Title/Abstract] OR accurac*[Title/Abstract] OR utilit*[Title/Abstract] OR value*[Title/Abstract] OR efficien*[Title/Abstract] OR effectiveness[Title/Abstract]))) OR "gold standard"[Title/Abstract])) OR (((((((("Cost-Benefit Analysis"[Mesh]) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR ("Fees and Charges"[Mesh])) OR "Budgets"[Mesh]) OR ((economic*[Title/Abstract] OR pharmaco?economic*[Title/Abstract]))) OR ((price*[Title/Abstract] OR pricing*[Title/Abstract])) OR (((((((effective*[Title/Abstract] OR utilit*[Title/Abstract] OR benefit*[Title/Abstract] OR minimi*[Title/Abstract] OR unit*[Title/Abstract] OR estimat*[Title/Abstract] OR variable*[Title/Abstract])) AND cost*)) OR ((financ*[Title/Abstract] OR fee[Title/Abstract] OR fees[Title/Abstract]))) OR (((value[Title/Abstract] AND (money[Title/Abstract] OR monetary[Title/Abstract])))</p>
#23		#7 AND #20 AND #22
#24		Filters: Publication date from 2014/02/01 to 2017/09/31; Humans; English; Adult: 19+ years

Flujograma del proceso de selección de estudios



Pregunta 10. ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar la coledocolitiasis?

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/ pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
Prason , 2016 One-stage laproendoscopic procedure versus two-stage procedure in the management for gallstone disease and biliary duct calculi: a systemic review and meta-analysis	Revisión sistemática y metanálisis		Colecistectomía laparoscópica + exploración quirúrgica de la vía biliar (una etapa) 800 pacientes	ERCP + colecistectomía laparoscópica (dos etapas) 800 pacientes		El manejo en una y dos etapas tuvo una eficacia y seguridad similares en cuanto a la tasa de aclaramiento de cálculos del CDB, la mortalidad, la morbilidad, el tiempo de operación, la estadía en el hospital y la tasa de cálculos retenidos. La administración en una etapa puede reducir el procedimiento adicional

Estudios excluidos

N°	Estudio	Motivo
1	Ye L et al, 2015	Se evalúa mediante metanálisis mediante colecistolitotomía versus colecistectomía laparoscópica.
2	Xu Y et al, 2016	Evalúa el uso de tubo T o tubo de drenaje luego de la coledocotomía.

Anexo N° 8: Tablas de evaluación de la calidad

Pregunta 4: AMSTAR

Artículo: "Non-steroid anti-inflammatory drugs for biliary colic– Review"

Preguntas	Respuestas (marcar una)			
	Sí	No	No se puede responder	No aplicable
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	X			
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	X			
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	X			
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?		X		
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	X			
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	X			
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	X			
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	X			
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	X			
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?				X
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	X			
Puntaje total	9			

Pregunta 2, 6 y 9: AMSTAR

Artículo: “Endoscopic ultrasound versus magnetic resonance cholangiopancreatography in suspected choledocholithiasis: A systematic review”

Preguntas	Respuestas (marcar una)			
	Sí	No	No se puede responder	No aplicable
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	X			
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	X			
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	X			
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?		X		
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	X			
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	X			
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	X			
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	X			
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	X			
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?			X	
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	X			
Puntaje total	9			

Artículo: "History, Physical Exam. Laboratory Testing and Emergency Department Ultrasonography for the Diagnosis of Acute Cholecystitis"

Preguntas	Respuestas (marcar una)			
	Sí	No	No se puede responder	No aplicable
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?	X			
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	X			
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	X			
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?		X		
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	X			
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	X			
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	X			
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	X			
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	X			
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?			X	
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	X			
Puntaje total	9			

Pregunta 7: AMSTAR

Artículo: Wu “Meta-analysis comparing early *versus* delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis”

Artículo: Cao “Early laparoscopic cholecystectomy is superior to delayed acutecholecystitis: a meta-analysis of case–control studies”

Artículo: Menahem “Early laparoscopic cholecystectomy is superior to delayed acute cholecystitis: a meta-analysis of case–control studies”

Preguntas	Wu	Cao	Menahem
1¿Existe un protocolo previo?	No	No	No
2¿Se realizó extracción de los datos y selección de estudios duplicados?	Si	Si	Si
3 ¿Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura científica?	Si	Si	Si
4¿Se utilizó como criterio de inclusión el estado de publicación de la literatura?	Si	No	No
5¿Se ha incluido una lista de los estudios (incluidos y no incluidos)?	No	No	No
6¿Se provee información de las características de los estudios?	Si	Si	Si
7¿Se evaluó la calidad de los estudios incluidos?	Si	Si	Si
8¿La calidad científica de los estudios científicos fue utilizada apropiadamente para formular conclusiones?	Si	Si	Si
9¿Los métodos para combinar los resultados fueron apropiados?	Si	Si	Si
10 ¿Se evaluó la posibilidad de sesgo de publicación?	Si	Si	Si
11¿Se declararon los conflictos de interés?	Si	Si	Si
Total	9	8	8

Pregunta 8: ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de coledocolitiasis?

Cohorte (Instrumento de evaluación de Ottawa)	Huiqm (2017)
1 Representatividad de la cohorte expuesta <i>(representativo o cercano al promedio en la comunidad)</i>	SI
2 Selección de la cohorte no expuestos <i>(de la misma comunidad que los expuestos)</i>	SI
3 Evaluación de la exposición <i>(registros confiables, entrevista estructurada)</i>	NO
4 El desenlace no estuvo presente al inicio del estudio	SI
5 Se ajustó por los confusores principales <i>(ej.: edad, sexo)</i>	SI
6 Se ajustó por al menos tres factores adicionales	SI
7 Evaluación del desenlace <i>(evaluación ciega independiente, uso de registros)</i>	SI
8 El seguimiento tuvo la duración apropiada para el desarrollo del desenlace	SI
9 cumplimiento del seguimiento <i>(seguimiento completo)</i>	SI
CALIDAD TOTAL	8/9

Pregunta 10: AMSTAR

Artículo: "Prason , 2016. One-stage laproendoscopic procedure versus two-stage procedure in the management for gallstone disease and biliary duct calculi: a systemic review and meta-analysis

Preguntas	Respuestas (marcar una)			
	Sí	No	No se puede responder	No aplicable
1. ¿Se realizó un diseño "a priori"?		X		
2. ¿La selección de estudios y la extracción se realizaron por duplicado?	X			
3. ¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	X			
4. ¿Se utilizó el estatus de publicación (es decir, literatura gris) como criterio de inclusión?		X		
5. ¿Se proporcionó una lista de estudios (incluidos y excluidos)?	X			
6. ¿Se proporcionaron las características de los estudios incluidos?	X			
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	X			
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos en la formulación de conclusiones?	X			
9. ¿Los métodos usados para combinar los resultados de los estudios fueron los apropiados?	X			
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?		X		
11. ¿Se incluyeron los conflictos de intereses?	X			
Puntaje total	8			

Anexo N° 9: ADAPTE aceptabilidad y aplicabilidad

Se presentan las tablas de aceptabilidad y aplicabilidad de las preguntas 1,2, 3, 5, 6, 7, 9. Y 10
Las preguntas 4 y 8 no fueron adaptadas, pues fueron desarrolladas de novo:

Pregunta 1: ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de colelitiasis sintomática?

	NICE (2014)
En general, la recomendación es aceptable	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí
Comentarios:	
En general, la recomendación es aplicable	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí
Comentarios:	-

Pregunta 2: ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar colelitiasis en adultos que se sospecha de esa condición?

	NICE (2014)
En general, la recomendación es aceptable	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí
Comentarios:	-
En general, la recomendación es aplicable	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí
Comentarios:	-

Pregunta 3: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar colelitiasis asintomática?

	NICE (2014)
En general, la recomendación es aceptable	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí
Comentarios:	-
En general, la recomendación es aplicable	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí
Comentarios:	-

Pregunta 5: ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de colecistitis?

	NICE (2014)	TOKIO (2018)
En general, la recomendación es aceptable	Sí	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí	Sí
Comentarios:	-	-
En general, la recomendación es aplicable	Sí	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí	Sí
Comentarios:	-	-

Pregunta 6: ¿Cuál es la mejor estrategia para diagnosticar colecistitis aguda en adultos que se sospecha de esa condición?

	NICE (2014)	TOKIO (2018)
En general, la recomendación es aceptable	Sí	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí	Sí
Comentarios:	-	-
En general, la recomendación es aplicable	Sí	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí	Sí
Comentarios:	-	-

Pregunta 7: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar la colecistitis aguda?

	NICE (2014)	TOKIO (2013)
En general, la recomendación es aceptable	Sí	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí	Sí
Comentarios:	-	-
En general, la recomendación es aplicable	Sí	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí	Sí
Comentarios:	-	-

Pregunta 9: ¿Cuál es la mejor estrategia para diagnosticar colecistitis aguda en adultos que se sospecha de esa condición?

	NICE (2014)	TOKIO (2018)
En general, la recomendación es aceptable	Sí	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí	Sí
Comentarios:	-	-
En general, la recomendación es aplicable	Sí	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí	Sí
Comentarios:	-	-

Pregunta 10: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar la coledocolitiasis?

	NICE (2014)
En general, la recomendación es aceptable	Sí
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	Sí
El beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible	Sí
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	Sí
Comentarios:	-
En general, la recomendación es aplicable	Sí
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	Sí
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	Sí
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	Sí
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la recomendación	Sí
Comentarios:	-

Anexo N° 10: Tablas GRADE



Pregunta 4: ¿Cuál es el tratamiento del cólico biliar en la fase aguda?

Autor(es): Lourdes Carrera, Rommy Novoa

Fecha: Octubre 2017

Pregunta: AINES comparado con OPIACEOS para COLICO BILIAR

Bibliografía: (1)Fraquelli M, Casazza G, Conte D, Colli A. Non-steroid anti-inflammatory drugs for biliary colic. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(9).

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	AINES	OPIACEOS	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Disminución del dolor												
4	ensayos aleatorios	Serio1	No es serio	No es serio	Muy serio2	ninguno	56/242(23.1%)	39/217 (17.9%)	RR 0.98 (0.47 a 2.07)	9 menos por 1.000 (de 251 menos a 506 más)	 MUY BAJA	CRÍTICO
Complicaciones relacionadas a la coleditiasis												
1	ensayos aleatorios	Serio3	No es serio	no es serio	Muy serio	ninguno	2/16 (12..5%)	2/14 (14.2%)	RR 0.88 (0.14 a 5.42)	8 menos por 1.000 (de 57 menos a 295 más)	 BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

1 Disminución de un nivel por riesgo de sesgo porque el riesgo total fue UNCLEAR en 3 de los 4 estudios incluidos

2 Disminución de dos niveles por imprecisión, el tamaño de muestra requerido no fue alcanzado

3Disminución de un nivel porque el riesgo de sesgo de un solo estudio



Autor(es): Lourdes Carrera, Rommy Novoa

Fecha: Octubre 2017

Pregunta: AINES comparado con ANTIESPASMÓDICOS para COLICO BILIAR

Configuración:

Bibliografía:

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	AINES	ANTIESPASMÓDICOS	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Disminución del dolor												
4	ensayos aleatorios	serio 1	no es serio	no es serio	serio 2	ninguno	29/98 (29.6%)	55/92 (59.8%)	RR 0.51 (0.37 a 0.71)	293 menos por 1.000 (de 173 menos a 377 menos)	 BAJA	CRITICO
Complicaciones por colelitiasis												
2	ensayos aleatorios	serio	no es serio 1	no es serio	serio 2	ninguno	6/52 (11.5%)	24/52 (46.2%)	RR 0.27 (0.12 a 0.57)	337 menos por 1.000 (de 198 menos a 406 menos)	 BAJA	CRITICO

CI: Intervalo de confianza ; RR: Razón de riesgo

1 Bajo un nivel por riesgo de sesgo , por riesgo UNCLEAR de los estudios incluido

2 Bajo un nivel por imprecisión, el tamaño requerido de la muestra no fue alcanzado

Pregunta 6: ¿Cuál es la mejor estrategia para diagnosticar colecistitis aguda en adultos que se sospecha de esa condición?

Sensibilidad	0.85 (95% CI: 0.82 a 0.91)
Especificidad	0.70 (95% CI: 0.66 a 0.95)

Prevalencias	1%	5%	10%
--------------	----	----	-----

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested			Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 1%	probabilidad pre-test de 5%	probabilidad pre-test de 10%	
verdaderos positivos (pacientes con)	4 Estudios 300 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio	no es serio	serio	no es serio	ninguno	9 (8 a 9)	43 (41 a 46)	85 (82 a 91)	⊕○○○ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								1 (1 a 2)	7 (4 a 9)	15 (9 a 18)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	4 Estudios 192 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio	no es serio	serio	no es serio	ninguno	693 (653 a 941)	665 (627 a 903)	630 (594 a 855)	⊕○○○ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								297 (49 a 337)	285 (47 a 323)	270 (45 a 306)	

Pregunta 7: ¿ Tiene la Colectomía temprana frente a colectomía diferida mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda?



Autor(es): Mayita L. Alvarez Vargas

Fecha: 04 Diciembre 2017

Pregunta: Colectomía laparoscópica temprana comparado con Colectomía laparoscópica tardía para Pacientes con colecistitis aguda

Bibliografía: Wu XD, Tian X, Liu MM, Wu L, Zhao S, Zhao L. Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. BJS 2015; 102: 1302–1313

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Colectomía laparoscópica temprana	Colectomía laparoscópica tardía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Duración de la estancia hospitalaria (seguimiento: media 8 semanas)												
12	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	723	720	-	MD 3.38 menos (4.23 menos a 2.52 menos)	⊕⊕○○ BAJA	IMPORTANTE
Infección de la herida operatoria (seguimiento: media 08 semanas)												
14	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno	50/784 (6.4%)	74/791 (9.4%)	RR 0.65 (0.47 a 0.91)	33 menos por 1.000 (de 8 menos a 50 menos)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Daño a los conductos biliares en la operación (seguimiento: media 08 semanas)												
8	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^{c,d}	ninguno	2/309 (0.6%)	2/309 (0.6%)	RR 0.98 (0.20 a 4.75)	0 menos por 1.000 (de 5 menos a 24 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Fuga de bilis (seguimiento: media 8 semanas)												

Certainty assessment							№ de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Colecistectomía laparoscópica temprana	Colecistectomía laparoscópica tardía	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
12	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^{c,d}	ninguno	17/735 (2.3%)	7/734 (1.0%)	RR 1.72 (0.75 a 3.94)	7 más por 1.000 (de 2 menos a 28 más)	 BAJA	IMPORTANTE
Complicaciones generales (seguimiento: media 08 semanas)												
14	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^{c,d}	ninguno	121/784 (15.4%)	0.0%	RR 0.91 (0.58 a 1.41)	0 menos por 1.000 (de 0 menos a 0 menos)	 MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. Existe riesgo no claro de sesgo en los estudios, en el cegamiento, y tratamiento de los desenlaces.
- b. Existe inconsistencia entre los estudios, con I cuadrado mayor a 60% y p menor a 0.05
- c. El intervalo de confianza cruza el punto de 0.75
- d. El intervalo de confianza cruza el punto de 1.25

Pregunta 8: ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de coledocolitiasis?

Pregunta: ¿Debería usarse ASGE vs. CPRE para diagnosticar COLEDOCOLITIASIS en [problema de salud y/o de la población]?

ASGE		CPRE	
Sensibilidad	0.70 (95% CI: 0.67 a 0.72)	Sensibilidad	0.83 (95% CI: 0.65 a 1.00)
Especificidad	0.74 (95% CI: 0.72 a 0.77)	Especificidad	0.92 (95% CI: 0.81 a 1.00)

Prevalencias	40%		
--------------	-----	--	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 40%		
								ASGE	CPRE	
verdaderos positivos (pacientes con)	1 Estudios 1171 pacientes	(tipo cohorte)	No es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	280 (268 a 288)	334 (260 a 400)	⊕⊕○○ BAJA
54 menos TP en ASGE										
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								120 (112 a 132)	66 (0 a 140)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	1 Estudios 1572 pacientes	cohorte)	No es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	444 (432 a 462)	549 (485 a 600)	
								54 más FN en ASGE		

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 40%		
								ASGE	CPRE	
Falsos positivos (pacientes incorrectamente clasificados como)								105 menos TN en ASGE		
								156 (138 a 168)	51 (0 a 115)	
								105 más FP en ASGE		

⊕⊕○○
BAJA

Explicaciones

Pregunta 9: ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar coledocolitiasis en adultos que se sospecha de esa condición?

Pregunta: ¿Debería usarse Ultrasonografía endoscópica vs. Colangiografía resonancia para diagnosticar coledocolitiasis en paciente con sospecha de coledocolitiasis?

Pregunta: ¿Debería usarse colangiografía resonancia vs. ultrasonografía endoscópica para diagnosticar coledocolitiasis en pacientes?

Colangiografía resonancia magnética		ultrasonografía endoscópica	
Sensibilidad	0.83 (95% CI: 0.65 a 1.00)	Sensibilidad	0.94 (95% CI: 0.87 a 1.00)
Especificidad	0.92 (95% CI: 0.81 a 1.00)	Especificidad	0.89 (95% CI: 0.72 a 1.00)

Prevalencias	0.05%		
--------------	-------	--	--

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 0.05%		
								colangiografía resonancia	ultrasonografía endoscópica	
verdaderos positivos (pacientes con)	8 Estudios 203 pacientes	cohorte	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	0 (0 a 1)	0 (0 a 1)	⊕○○○ MUY BAJA
0 menos TP en colangiografía resonancia										
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								1 (-1 a 1)	1 (-1 a 1)	
	0 menos FN en colangiografía resonancia									
Verdaderos negativos (pacientes sin)	8 Estudios 335 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	915 (808 a 1000)	885 (724 a 1000)	⊕○○○ MUY BAJA
30 más TN en colangiografía resonancia										

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested		Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 0.05%		
								colangiografía	ultrasonografía endoscópica	
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								85 (-1 a 192)	115 (-1 a 276)	
								30 menos FP en colangiografía		
Explicaciones										
a. Selección de pacientes , Interpretación del prueba diagnóstica y probable de introducción de sesgo en el flujo de los pacientes										

Pregunta 10: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar la coledocolitiasis?

Autor(es): Rommy Novoa , Lourdes Carrera

Fecha: Diciembre 2017

Pregunta: ERCP + CL comparado con EXPLORACIÓN VÍA BILIAR + CL para el manejo de los cálculos de la vía biliar común

Configuración:

Bibliografía: Prasson P, Bai X, Zhang Q, Liang T. One-stage laproendoscopic procedure versus two-stage procedure in the management for gallstone disease and biliary duct calculi: a systemic review and meta-analysis. Surgical endoscopy. Aug 2016;30(8):3582-3590.

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ERCP + CL	EXPLORACIÓN VÍA BILIAR + CL	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ELIMINACIÓN DE LOS CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR COMÚN												
1	Revisión sistemática y metanálisis	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno	630/800 (78.8%)	656/800 (82.0%)	RR 0.96 (0.90 a 1.20)	33 menos por 1.000 (de 82 menos a 164 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
MORBILIDAD POST OPERATORIA												
1	Revisión sistemática y metanálisis	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno	127/800 (15.9%)	124/800 (15.5%)	RR 0.89 (0.71 a 1.12)	17 menos por 1.000 (de 19 más a 45 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
MORTALIDAD POSTOPERATORIA												
1	Revisión sistemática y metanálisis	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno	9/800 (1.1%)	4/800 (0.5%)	RR 1.74 (0.57 a 5.32)	4 más por 1.000 (de 2 menos a 22 más)	⊕○○○ MUY BAJA	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza ; **RR:** Razón de riesgo

Explicaciones

- a. La revisión sistemática no describe la evaluación de sesgo de los estudios. Existe riesgo de sesgo en el cegamiento de participantes y personal. Se reporta un riesgo de sesgo no claro en la generación de la secuencia aleatoria y en el cegamiento en la valoración de los desenlaces. Además, algunos ensayos clínicos tienen reporte selectivo de datos.
- b. Los estimados de los estudios difieren a través de la línea de no efecto
- c. Los resultados se degradaron en un incremento si el IC del 95% superior o inferior cruzó la línea de decisión clínica