

Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de colon en el Seguro Social del Perú (EsSalud)

Material Suplementario 1. Búsquedas sistemáticas para cada pregunta clínica.

Revisiones sistemáticas

Pregunta 1. En pacientes adultos con cáncer de colon en proceso de estadiaje, ¿se debería realizar tomografía computarizada (TC) (tórax, abdomen y pelvis) o tomografía por emisión de positrones (PET/TC)?

Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas, ECA y EO.
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con cáncer de colon en proceso de estadiaje.
- Tipo de intervención / comparador: Tomografía por emisión de positrones (PET/TC) vs Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen, y pelvis.
- Tipo de desenlaces: Efectividad clínica, seguridad, daño, sensibilidad, especificidad, área bajo la curva, curva ROC, DOR (odds ratio diagnóstico).

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: febrero 2023		
Filtros: • Ninguno		
Descripción	Término	
#1 Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))	
#2 Intervención / Comparador	"Positron Emission Tomography Computed Tomography"[Mesh] OR "Positron Emission Tomography Computed Tomography"[tiab] OR CT-PET[tiab] OR "CT PET"[tiab] OR CT-TAP[tiab] OR "CT TAP"[tiab] OR imag*[tiab] OR "Radiologic Imaging"[tiab]	
#3 Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])	
#4 Término final	#1 AND #2 AND #3	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	110
Artículos evaluados a texto completo	6
Estudios incluidos en la revisión	1

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 1:		
Mulhall BP, Veerappan GR, Jackson JL. Meta-analysis: computed tomographic colonography. Ann Intern Med. 2005 Apr 19;142(8):635-50.	RS	Estudio no realizó la comparación de ambas pruebas diagnósticas, planteadas en la PICO.
Annunziata S, Caldarella C, Treglia G. Cost-effectiveness of Fluorine-18-Fluorodeoxyglucose positron emission tomography in tumours other than lung cancer: A systematic review. World J Radiol. 2014 Mar 28;6(3):48-55.	RS	Estudio no realizó la comparación de ambas pruebas diagnósticas, planteadas en la PICO.
Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter C, Webber EM, O'Connor E, Smith N, Whitlock EP. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 Jun. Report No.: 14-05203-EF-1. PMID: 27441328.	RS	Estudio no realizó la comparación de ambas pruebas diagnósticas, planteadas en la PICO.
Kim SJ, Pak K, Kim K. Diagnostic performance of F-18 FDG PET/CT for prediction of KRAS mutation in colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Abdom Radiol (NY). 2019 May;44(5):1703-1711.	RS	Estudio no realizó la comparación de ambas pruebas diagnósticas, planteadas en la PICO.
Liu W, Zeng AR, Tang HZ, Qiang JW. Radiologic Imaging Modalities for Colorectal Cancer. Dig Dis Sci. 2022 Jul;67(7):2792-2804. doi: 10.1007/s10620-021-07166-0. Epub 2021 Jul 30. PMID: 34328590.	RS	Estudio utilizó la comparación de colonografía por tomografía computarizada, diferente a la planteada en la PICO.
Brush J, Boyd K, Chappell F, Crawford F, Dozier M, Fenwick E, Glanville J, McIntosh H, Renehan A, Weller D, Dunlop M. The value of FDG positron emission tomography/computerised tomography (PET/CT) in pre-operative staging of colorectal cancer: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2011 Sep;15(35):1-192, iii-iv.	RS	Estudio no reporta resultados para la comparación planteada en la pregunta PICO.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos

Estudios	Diseño
PICO N° 1.1:	
Brush J, Boyd K, Chappell F, Crawford F, Dozier M, Fenwick E, Glanville J, McIntosh H, Renehan A, Weller D, Dunlop M. The value of FDG positron emission tomography/computerised tomography (PET/CT) in pre-operative staging of colorectal cancer: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2011 Sep;15(35):1-192, iii-iv.	RS

Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: febrero 2023		
Filtros: • Desde el 2009 hasta la fecha.		
Descripción	Término	
#1 Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))	
#2 Intervención / Comparador	"Positron Emission Tomography Computed Tomography"[Mesh] OR "Positron Emission Tomography Computed Tomography"[tiab] OR CT-PET[tiab] OR "CT PET"[tiab] OR CT-TAP[tiab] OR "CT TAP"[tiab] OR imag*[tiab] OR "Radiologic Imaging"[tiab]	
#3 Tipo de estudio	"Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial, Phase III"[PT] OR "Clinical Trial, Phase II"[PT] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR (random*[TIAB]) OR ((randomized[TIAB] OR randomised[TIAB] OR clinical[TIAB] OR control*[TIAB]) AND trial[TIAB]) OR ((singl*[TIAB] OR doubl*[TIAB] OR trebl*[TIAB] OR tripl*[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("Placebos"[Mesh] OR placebo*[TIAB]) OR ("Cross-Over Studies"[Mesh]) OR ((crossover[TIAB] OR cross-over[TIAB] OR "cross over"[TIAB]) AND (design*[TIAB] OR study[TIAB] OR studies[TIAB] OR procedure*[TIAB] OR trial*[TIAB]))	
#4 Término final	#1 AND #2 AND #3	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	605
Artículos evaluados a texto completo	1
Estudios incluidos en la revisión	0

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 1: Monteil J, Le Brun-Ly V, Cachin F, Zasadny X, Seitz JF, Mundler O, Selvy M, Smith D, Rullier E, Lavau-Denes S, Lades G, Labrunie A, Lecaillon C, Valli N, Leobon S, Terrebonne E, Deluche E, Tubiana-Mathieu N. Comparison of 18FDG-PET/CT and conventional follow-up methods in colorectal cancer: A randomised prospective study. Dig Liver Dis. 2021 Feb;53(2):231-237.	ECA	Estudio incluye desenlaces que evalúan la recurrencia de la enfermedad, más no los planteados en la PICO.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos

Estudios	Diseño
PICO N° 1: No se incluyeron estudios	-

Estudios observacionales (EO)

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: febrero 2023		
Filtros: • Desde el 2009 hasta la fecha.		
Descripción	Término	
#1 Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))	
#2 Intervención / Comparador	("Positron Emission Tomography Computed Tomography"[Mesh] OR "Positron Emission Tomography Computed Tomography"[tiab] OR CT-PET[tiab] OR "CT PET"[tiab]) AND (CT-TAP[tiab] OR "CT TAP"[tiab] OR "computed tomography"[tiab])	
#3 Término final	#1 AND #2	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	240
Artículos evaluados a texto completo	3
Estudios incluidos en la revisión	1

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 1:		
Lee JH, Lee MR. Positron emission tomography/computed tomography in the staging of colon cancer. Ann Coloproctol. 2014 Feb;30(1):23-7.	EO	Estudio tuvo como comparador a TC multidetector, distinta a la planteada en la PICO.
Cipe G, Ergul N, Hasbahceci M, Firat D, Bozkurt S, Memmi N, Karatepe O, Muslumanoglu M. Routine use of positron-emission tomography/computed tomography for staging of primary colorectal cancer: does it affect clinical management? World J Surg Oncol. 2013 Feb 27;11:49.	EO	Estudio tuvo como comparador a TC multidetector y MRI, distinta a la planteada en la PICO.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos

Estudios	Diseño
PICO N° 1:	
Engelmann BE, Loft A, Kjær A, Nielsen HJ, Berthelsen AK, Binderup T, Brinch K, Brünner N, Gerds TA, Høyer-Hansen G, Kristensen MH, Kurt EY, Latocha JE, Lindblom G, Sloth C, Højgaard L. Positron emission tomography/computed tomography for optimized colon cancer staging and follow up. Scand J Gastroenterol. 2014 Feb;49(2):191-201.	EO

Pregunta 2. En pacientes adultos con cáncer de colon en EC I, ¿se debería realizar resección endoscópica o resección quirúrgica?**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas, ECA, EO.
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con cáncer de colon en EC I
- Tipo de intervención / comparador: Resección endoscópica vs Resección quirúrgica.
- Tipo de desenlaces: Sobrevida global, efectos adversos, sobrevida libre de enfermedad, sobrevida libre de recurrencia, tasa de resección en bloque, tasa de resección curativa.

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**Revisiones sistemáticas**

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: febrero 2023		
Filtros: • Ninguno		
Descripción	Término	
#1 Población	("Colonic Neoplasms"[Mesh] OR "Colonic Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm, Colonic"[TIAB] OR "Neoplasms, Colonic"[TIAB] OR "Colon Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm, Colon"[TIAB] OR "Cancer of Colon"[TIAB] OR "Colon Cancer"[TIAB] OR "Cancer, Colon"[TIAB] OR "Cancer of the Colon"[TIAB] OR "Colonic Cancer"[TIAB] OR "Cancer, Colonic"[TIAB] OR "Colon Adenocarcinoma"[TIAB] OR "Adenocarcinoma, Colon"[TIAB] OR "colorectal cancer"[TIAB] OR "Colorectal Neoplasms"[Mesh] OR "Colorectal Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm*, Colorectal"[TIAB] OR "Colorectal Tumor"[TIAB] OR "Tumor*, Colorectal"[TIAB] OR "Cancer*, Colorectal"[TIAB] OR "Colorectal Carcinoma"[TIAB] OR "Carcinoma*, Colorectal"[TIAB] OR "Rectal Neoplasms"[Mesh] OR "Rectal Neoplasms"[TIAB] OR "Neoplasm, Rectal"[TIAB] OR "Rectal Neoplasm"[TIAB] OR "Rectum Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm, Rectum"[TIAB] OR "Rectal Tumor"[TIAB] OR "Tumor, Rectal"[TIAB] OR "Neoplasms, Rectal"[TIAB] OR "Cancer of Rectum"[TIAB] OR "Rectal Cancer"[TIAB] OR "Cancer, Rectal"[TIAB] OR "Rectum Cancer"[TIAB] OR "Cancer, Rectum"[TIAB] OR "Cancer of the Rectum"[TIAB])	
#2 Intervención	("endoscopic resection"[TIAB] OR "endoscopic treatment"[TIAB] OR "endoscopic submucosal dissection"[TIAB] OR "ESD"[TIAB] OR "Endoscop*[TIAB] OR "endoscopic submucosal resection"[TIAB] OR "local excision"[TIAB] OR "local resection"[TIAB] OR "Endoscopic mucosal resection"[TIAB] OR "partial colectomy"[TIAB])	
#3 Desenlace	-	
#4 Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])	
#5 Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	469
Artículos evaluados a texto completo	30
Estudios incluidos en la revisión	3

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 2:		
Wu Y, Wu YY, Li S, Zhu BS, Zhao K, Yang XD, Xing CG. TEM and conventional rectal surgery for T1 rectal cancer: a meta-analysis. <i>Hepatogastroenterology</i> . 2011 Mar-Apr;58(106):364-8.	RS	No es la población de estudio. No es la intervención (evalúa una técnica en específico de la resección local endoscópica)
Sgourakis G, Lanitis S, Gockel I, Kontovounisios C, Karaliotas C, Tsiptsis K, Tsiamis A, Karaliotas CC. Transanal endoscopic microsurgery for T1 and T2 rectal cancers: a meta-analysis and meta-regression analysis of outcomes. <i>Am Surg</i> . 2011 Jun;77(6):761-72.	RS	No es la población de estudio. No es la intervención (evalúa una técnica en específico de la resección local endoscópica)
Sajid MS, Farag S, Leung P, Sains P, Miles WF, Baig MK. Systematic review and meta-analysis of published trials comparing the effectiveness of transanal endoscopic microsurgery and radical resection in the management of early rectal cancer. <i>Colorectal Dis</i> . 2014 Jan;16(1):2-14.	RS	No es la población de estudio. No es la intervención (evalúa una técnica en específico de la resección local endoscópica)
Lu JY, Lin GL, Qiu HZ, Xiao Y, Wu B, Zhou JL. Comparison of Transanal Endoscopic Microsurgery and Total Mesorectal Excision in the Treatment of T1 Rectal Cancer: A Meta-Analysis. <i>PLoS One</i> . 2015 Oct 27;10(10):e0141427.	RS	No es la población de estudio.
Chiniah M, Ganganah O, Cheng Y, Sah SK. Transanal endoscopic microsurgery is an oncologically safe alternative to total mesorectal excision for stage I rectal cancer: results of a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Int J Colorectal Dis</i> . 2016 Aug;31(8):1501-4.	RS	No es la población de estudio.
Kidane B, Chadi SA, Kanter S, Colquhoun PH, Ott MC. Local resection compared with radical resection in the treatment of T1N0M0 rectal adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>Dis Colon Rectum</i> . 2015 Jan;58(1):122-40.	RS	No es la población de estudio.
Veereman G, Vlayen J, Robays J, Fairon N, Stordeur S, Rolfo C, Bielen D, Bols A, Demetter P, D'hoore A, Hausermans K, Hendilisz A, Lemmers A, Leonard D, Penninckx F, Van Cutsem E, Peeters M. Systematic review and meta-analysis of local resection or transanal endoscopic microsurgery versus radical resection in stage I rectal cancer: A real standard? <i>Crit Rev Oncol Hematol</i> . 2017 Jun;114:43-52.	RS	No es la población de estudio.
Xu ZS, Cheng H, Xiao Y, Cao JQ, Cheng F, Xu WJ, Ying JQ, Luo J, Xu W. Comparison of transanal endoscopic microsurgery with or without neoadjuvant therapy and standard total mesorectal excision in the treatment of clinical T2 low rectal cancer: a meta-analysis. <i>Oncotarget</i> . 2017 Oct 26;8(70):115681-115690.	RS	No es la población de estudio.
Halverson AL, Morris AM, Cleary RK, Chang GJ. For Patients with Early Rectal Cancer, Does Local Excision Have an Impact on Recurrence, Survival, and Quality of Life Relative to Radical Resection? <i>Ann Surg Oncol</i> . 2019 Aug;26(8):2497-2506.	RS	No es la población de estudio.
Marinello FG, Curell A, Tapiolas I, Pellino G, Vallibera F, Espin E. Systematic review of functional outcomes and quality of life after transanal endoscopic microsurgery and transanal minimally invasive surgery: a word of caution. <i>Int J Colorectal Dis</i> . 2020 Jan;35(1):51-67.	RS	No es la población de estudio.
Perivoliotis K, Baloyiannis I, Sarakatsianou C, Tzovaras G. Comparison of the transanal surgical techniques for local excision of rectal tumors: a network meta-analysis. <i>Int J Colorectal Dis</i> . 2020 Jul;35(7):1173-1182.	RS	No es la población de estudio.
Xiong X, Wang C, Wang B, Shen Z, Jiang K, Gao Z, Ye Y. Can transanal endoscopic microsurgery effectively treat T1 or T2 rectal cancer? A systematic review and meta-analysis. <i>Surg Oncol</i> . 2021 Jun;37:101561.	RS	No es la población de estudio.
Ahmad NZ, Abbas MH, Abunada MH, Parvaiz A. A Meta-analysis of Transanal Endoscopic Microsurgery versus Total Mesorectal Excision in the Treatment of Rectal Cancer. <i>Surg J (N Y)</i> . 2021 Sep 14;7(3):e241-e250.	RS	No es la población de estudio.
Socha J, Pietrzak L, Zawadzka A, Paciorkiewicz A, Krupa A, Bujko K. A systematic review and meta-analysis of pT2 rectal cancer spread and recurrence pattern: Implications for target design in radiation therapy for organ preservation. <i>Radiother Oncol</i> . 2019 Apr;133:20-27.	RS	No es la población de estudio.
Dekkers N, Dang H, van der Kraan J, le Cessie S, Oldenburg PP, Schoones JW, Langers AMJ, van Leerdam ME, van Hooft JE, Backes Y, Levic K, Meining A, Saracco GM, Holman FA, Peeters KCMJ, Moons LMG, Doornebosch PG, Hardwick JCH, Boonstra JJ. Risk of recurrence after local resection of T1 rectal cancer: a meta-analysis with meta-regression. <i>Surg Endosc</i> . 2022 Dec;36(12):9156-9168.	RS	No es la población de estudio.

Peltrini R, Imperatore N, Di Nuzzo MM, Pellino G. Towards personalized treatment of T2N0 rectal cancer: A systematic review of long-term oncological outcomes of neoadjuvant therapy followed by local excision. <i>J Gastroenterol Hepatol</i> . 2022 Aug;37(8):1426-1433.	RS	No es la población de estudio. No es la intervención
Tan S, Xu C, Ma H, Chen S, Yang Y, Zhan Y, Wu J, Sun Z, Ren B, Zhou Q, Cu Y. Local resection versus radical resection for early-stage rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. <i>Int J Colorectal Dis</i> . 2022 Jul;37(7):1467-1483.	RS	No es la población de estudio.
Patel N, Patel K, Ashrafian H, Athanasiou T, Darzi A, Teare J. Colorectal endoscopic submucosal dissection: Systematic review of mid-term clinical outcomes. <i>Dig Endosc</i> . 2016 May;28(4):405-416.	RS	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No tiene el comparador.
Wyatt JNR, Powell SG, Altaf K, Barrow HE, Alfred JS, Ahmed S. Completion Total Mesorectal Excision After Transanal Local Excision of Early Rectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Dis Colon Rectum</i> . 2022 May 1;65(5):628-640.	RS	No es la población de estudio. No es la intervención.
Akintoye E, Kumar N, Aihara H, Nas H, Thompson CC. Colorectal endoscopic submucosal dissection: a systematic review and meta-analysis. <i>Endosc Int Open</i> . 2016 Oct;4(10):E1030-E1044.	RS	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No tiene el comparador.
Thorlacius H, Rönnow CF, Toth E. European experience of colorectal endoscopic submucosal dissection: a systematic review of clinical efficacy and safety. <i>Acta Oncol</i> . 2019;58(sup1):S10-S14.	RS	No es la población de estudio.
Antonelli G, Vanello G, Orlando D, Angeletti S, Di Giulio E. Recurrence and cancer-specific mortality after endoscopic resection of low- and high-risk pT1 colorectal cancers: a meta-analysis. <i>Gastrointest Endosc</i> . 2019 Oct;90(4):559-569.e3.	RS	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No tiene el comparador.
Naughton AP, Ryan EJ, Bardon CT, Boland MR, Aherne TM, Kelly ME, Whelan M, Neary PC, McNamara D, O'Riordan JM, Kavanagh DO. Endoscopic management versus transanal surgery for early primary or early locally recurrent rectal neoplasms-a systematic review and meta-analysis. <i>Int J Colorectal Dis</i> . 2020 Dec;35(12):2347-2359.	RS	No es la población de estudio.
McKechnie T, Govind S, Lee J, Lee Y, Hong D, Eskicioglu C. Endoscopic Full-Thickness Resection for Colorectal Lesions: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Surg Res</i> . 2022 Dec;280:440-449.	RS	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No tiene el comparador.
Dang H, Dekkers N, le Cessie S, van Hooft JE, van Leerdam ME, Oldenburg PP, Flothuis L, Schoones JW, Langers AMJ, Hardwick JCH, van der Kraan J, Boonstra JJ. Risk and Time Pattern of Recurrences After Local Endoscopic Resection of T1 Colorectal Cancer: A Meta-analysis. <i>Clin Gastroenterol Hepatol</i> . 2022 Feb;20(2):e298-e314.	RS	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No tiene el comparador.
Dolan RD, Bazarbashi AN, McCarty TR, Thompson CC, Aihara H. Endoscopic full-thickness resection of colorectal lesions: a systematic review and meta-analysis. <i>Gastrointest Endosc</i> . 2022 Feb;95(2):216-224.e18.	RS	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No tiene el comparador.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos

Estudios	Diseño
PICO N° 2:	
Yeh JH, Tseng CH, Huang RY, Lin CW, Lee CT, Hsiao PJ, Wu TC, Kuo LT, Wang WL. Long-term Outcomes of Primary Endoscopic Resection vs Surgery for T1 Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Clin Gastroenterol Hepatol</i> . 2020 Nov;18(12):2813-2823.e5.	RS
Silva GL, de Moura EG, Bernardo WM, Leite de Castro V, Morais C, Baba ER, Safatle-Ribeiro AV. Endoscopic versus surgical resection for early colorectal cancer-a systematic review and meta-analysis. <i>J Gastrointest Oncol</i> . 2016 Jun;7(3):326-35.	RS
Li F, Wang B, Zhou X, Fu W. Comparison between different approaches applied in the management of early colorectal cancer: A Bayesian network meta-analysis. <i>Asian J Surg</i> . 2021 Dec;44(12):1539-1540.	RS

Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA)

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: febrero 2023		
Filtros: • Ninguno		
Descripción	Término	
#1 Población	("Colonic Neoplasms"[Mesh] OR "Colonic Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm, Colonic"[TIAB] OR "Neoplasms, Colonic"[TIAB] OR "Colon Neoplasm*"[TIAB] OR "Neoplasm, Colon"[TIAB] OR "Cancer of Colon"[TIAB] OR "Colon Cancer*"[TIAB] OR "Cancer, Colon"[TIAB] OR "Cancer of the Colon"[TIAB] OR "Colonic Cancer*"[TIAB] OR "Cancer, Colonic"[TIAB] OR "Colon Adenocarcinoma*"[TIAB] OR "Adenocarcinoma, Colon"[TIAB] OR "colorectal cancer*"[TIAB] OR "Colorectal Neoplasms"[Mesh] OR "Colorectal Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm*, Colorectal"[TIAB] OR "Colorectal Tumor*"[TIAB] OR "Tumor*, Colorectal"[TIAB] OR "Cancer*, Colorectal"[TIAB] OR "Colorectal Carcinoma*"[TIAB] OR "Carcinoma*, Colorectal"[TIAB])	
#2 Intervención	("endoscopic resection"[TIAB] OR "endoscopic treatment"[TIAB] OR "endoscopic submucosal dissection"[TIAB] OR "ESD"[TIAB] OR "Endoscopy"[TIAB] OR "endoscopic submucosal resection"[TIAB] OR "local excision"[TIAB] OR "local resection"[TIAB] OR "Endoscopic mucosal resection"[TIAB] OR "partial colectomy"[TIAB])	
#3 Desenlace	-	
#4 Tipo de estudio	("Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial, Phase III"[PT] OR "Clinical Trial, Phase II"[PT] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR (random*[TIAB]) OR ((randomized[TIAB] OR randomised[TIAB] OR clinical[TIAB] OR control*[TIAB]) AND trial[TIAB]) OR ((singl*[TIAB] OR doubl*[TIAB] OR trebl*[TIAB] OR tripl*[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("Placebos"[Mesh] OR placebo*[TIAB]) OR ("Cross-Over Studies"[Mesh]) OR ((crossover[TIAB] OR cross-over[TIAB] OR "cross over"[TIAB]) AND (design*[TIAB] OR study[TIAB] OR studies[TIAB] OR procedure*[TIAB] OR trial*[TIAB]))	
#5 Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	210
Artículos evaluados a texto completo	12
Estudios incluidos en la revisión	0

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
McCarty TR, Aihara H. Evolving techniques and technologies in colorectal endoscopic submucosal dissection: changing treatment paradigms and takeaways from a recent randomized trial. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2020 Aug;92(2):380-381.	CE	Es una carta al editor.
Peltrini R, Sacco M, Luglio G, Bucci L. Local excision following chemoradiotherapy in T2-T3 rectal cancer: current status and critical appraisal. <i>Updates Surg.</i> 2020 Mar;72(1):29-37.	EO	No es la población de estudio. No es un ensayo clínico aleatorizado.
Fields AC, Saadat LV, Scully RE, Davids JS, Goldberg JE, Bleday R, Melnitchouk N. Local Excision Versus Radical Resection for 1- to 2-cm Neuroendocrine Tumors of the Rectum: A National Cancer Database Analysis. <i>Dis Colon Rectum.</i> 2019 Apr;62(4):417-421.	EO	No es la población de estudio. No es un ensayo clínico aleatorizado.
Wawok P, Polkowski W, Richter P, Szczepkowski M, Olędzki J, Wierzbicki R, Gach T, Rutkowski A, Dziński A, Kołodziejewski L, Sopyło R, Pietrzak L, Kryński J, Wiśniowska K, Spałek M, Pawlewicz K, Polkowski M, Kowalska K, Paprota K, Jankiewicz M, Radkowski A, Chalubińska-Fendler J, Michalski W, Bujko K; Polish Colorectal Cancer Study Group. Preoperative radiotherapy and local excision of rectal cancer: Long-term results of a randomised study. <i>Radiother Oncol.</i> 2018 Jun;127(3):396-403.	ECA	No es la intervención. No es la población de estudio.
Spadaccini M, Bourke MJ, Maselli R, Pioche M, Bhandari P, Jacques J, Haji A, Yang D, Albéniz E, Kaminski MF, Messmann H, Herreros de Tejada A, Sferrazza S, Pekarek B, Rivory J, Geyl S, Gulati S, Draganov P, Shahidi N, Hossain E, Fleischmann C, Vespa E, Iannone A, Alkandari A, Hassan C, Repici A; ESD Western Alliance (EWA). Clinical outcome of non-curative endoscopic submucosal dissection for early colorectal cancer. <i>Gut.</i> 2022 Jan 20;gutjnl-2020-323897.	EO	No hay un grupo comparador
Kobayashi N, Takeuchi Y, Ohata K, Igarashi M, Yamada M, Kodashima S, Hotta K, Harada K, Ikematsu H, Uraoka T, Sakamoto N, Doyama H, Abe T, Katagiri A, Hori S, Michida T, Yamaguchi T, Fukuzawa M, Kiriya M, Fukase K, Murakami Y, Ishikawa H, Saito Y. Outcomes of endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms: Prospective, multicenter, cohort trial. <i>Dig Endosc.</i> 2022 Jul;34(5):1042-1051.	ECA	No hay un grupo comparador
Zwager LW, Bastiaansen BAJ, van der Spek BW, Heine DN, Schreuder RM, Perk LE, Weusten BLAM, Boonstra JJ, van der Sluis H, Wolters HJ, Bekkering FC, Rietdijk ST, Schwartz MP, Nagengast WB, Ten Hove WR, Terhaar Sive Droste JS, Rando Munoz FJ, Vlug MS, Beaumont H, Houben MHMG, Seerden TCJ, de Wijkerslooth TR, Gielisse EAR, Hazewinkel Y, de Ridder R, Straathof JA, van der Vlugt M, Koens L, Fockens P, Dekker E; Dutch eFTR Group. Endoscopic full-thickness resection of T1 colorectal cancers: a retrospective analysis from a multicenter Dutch eFTR registry. <i>Endoscopy.</i> 2022 May;54(5):475-485.	EO	No hay un grupo comparador
Zwager LW, Bastiaansen BAJ, Bronzwaer MES, van der Spek BW, Heine GDN, Haasnoot KJC, van der Sluis H, Perk LE, Boonstra JJ, Rietdijk ST, Wolters HJ, Weusten BLAM, Gilissen LPL, Ten Hove WR, Nagengast WB, Bekkering FC, Schwartz MP, Terhaar Sive Droste JS, Vlug MS, Houben MHMG, Rando Munoz FJ, Seerden TCJ, Beaumont H, de Ridder R, Dekker E, Fockens P; Dutch eFTR Group. Endoscopic full-thickness resection (eFTR) of colorectal lesions: results from the Dutch colorectal eFTR registry. <i>Endoscopy.</i> 2020 Nov;52(11):1014-1023.	ECA	No hay un grupo comparador
Schmidt A, Beyna T, Schumacher B, Meining A, Richter-Schrag HJ, Messmann H, Neuhaus H, Albers D, Birk M, Thimme R, Probst A, Faehndrich M, Frieling T, Goetz M, Riecken B, Caca K. Colonoscopic full-thickness resection using an over-the-scope device: a prospective multicentre study in various indications. <i>Gut.</i> 2018 Jul;67(7):1280-1289.	ECA	No hay un grupo comparador
Youk EG, Sohn DK, Hong CW, Lee SD, Han KS, Kim BC, Chang HJ, Kim MJ. Early Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Neoplasms According to Clinical Indications. <i>Dis Colon Rectum.</i> 2016 May;59(5):403-10.	EO	No hay un grupo comparador
Azevedo AAS, Ribeiro MCDPN, Mota FL, Correa PAFF, Loureiro JFM. Evaluation of recurrence and surgical complementation rates after endoscopic resection of large colorectal non-pedunculated lesions. <i>Rev Esp Enferm Dig.</i> 2020 Dec;112(12):898-902. doi: 10.17235/reed.2020.6695/2019. PMID: 33054283.	EO	No hay un grupo comparador
Ichijima R, Ikehara H, Sumida Y, Inada T, Nemoto D, Nakajima Y, Minagawa T, Sumiyoshi T, Inoki K, Yoshida N, Inoue K, Fukuzawa M, Minoda Y, Tsutsumi K, Esaki M, Gotoda T. Randomized controlled trial comparing conventional and traction endoscopic submucosal dissection for early colon tumor (CONNECT-C trial). <i>Dig Endosc.</i> 2023 Jan;35(1):86-93. doi: 10.1111/den.14426. Epub 2022 Oct 3. PMID: 35997037.	ECA	Compara dos técnicas endoscópicas.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos

Estudios	Diseño
PICO N° 2:	
No se incluyeron estudios	-

Estudios observacionales (EO)

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: febrero 2023		
Filtros: • Ninguno		
Descripción	Término	
#1 Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR "Colonic Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm, Colonic"[TIAB] OR "Neoplasms, Colonic"[TIAB] OR "Colon Neoplasm*"[TIAB] OR "Neoplasm, Colon"[TIAB] OR "Cancer of Colon"[TIAB] OR "Colon Cancer*"[TIAB] OR "Cancer, Colon"[TIAB] OR "Cancer of the Colon"[TIAB] OR "Colonic Cancer*"[TIAB] OR "Cancer, Colonic"[TIAB] OR "Colon Adenocarcinoma*"[TIAB] OR "Adenocarcinoma, Colon"[TIAB]	
#2 Intervención	("endoscopic resection"[TIAB] OR "endoscopic treatment"[TIAB] OR "endoscopic submucosal dissection"[TIAB] OR "ESD"[TIAB] OR "Endoscop*"[TIAB] OR "endoscopic submucosal resection"[TIAB] OR "local excision"[TIAB] OR "local resection"[TIAB] OR "Endoscopic mucosal resection"[TIAB] OR "partial colectomy"[TIAB])	
#3 Desenlace	-	
#4 Tipo de estudio	-	
#5 Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	738
Artículos evaluados a texto completo	4
Estudios incluidos en la revisión	0

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Wu ZW, Ding CH, Song YD, Cui ZC, Bi XQ, Cheng B. Colon Sparing Endoscopic Full-Thickness Resection for Advanced Colorectal Lesions: Is It Time for Global Adoption? Front Oncol. 2022 Jul 13;12:967100.	EO	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No tiene el comparador.
Takamaru H, Saito Y, Sekiguchi M, Yamada M, Sakamoto T, Matsuda T, Sekine S, Ochiai H, Tsukamoto S, Shida D, Kanemitsu Y. Endoscopic Resection Before Surgery Does Not Affect the Recurrence Rate in Patients With High-Risk T1 Colorectal Cancer. Clin Transl Gastroenterol. 2021 Apr 12;12(4):e00336.	EO	Incluye a la población de pacientes con cáncer de recto. No es la intervención.
Ma X, Ma H, Gao T, Cao J, Liu C, Niu Q. Comparison of efficiency and safety between dual-clip and rubber band-assisted ESD and conventional ESD for colonic lateral spreading tumors (LSTs) with different levels of technical difficulty: a retrospective case-control study. BMC Gastroenterol. 2022 Nov 16;22(1):460.	EO	Compara dos técnicas endoscópicas.
McBride R, Hicks BM, Coleman HG, Loughrey MB, Gavin AT, Dunne PD, Campbell WJ. Prognosis following surgical resection versus local excision of stage pT1 colorectal cancer: A population-based cohort study. Surgeon. 2020 Apr;18(2):65-74.	EO	No es el comparador. Los pacientes fueron sometidos a escisión local y luego radical.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos

Estudios	Diseño
PICO N° 2:	
No se incluyeron estudios	-

Pregunta 3. En pacientes adultos con cáncer de colon EC I-III, ¿se debería realizar la colectomía segmentaria mediante cirugía mínimamente invasiva o cirugía abierta?

Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas, ECA.
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con cáncer de colon de EC I-III.
- Tipo de intervención / comparador: Cirugía mínimamente invasiva (cirugía laparoscópica o robótica) vs Cirugía abierta.
- Tipo de desenlaces: Mortalidad, supervivencia global, complicaciones posoperatorias, supervivencia libre de enfermedad, número total de ganglios linfáticos extraídos, tiempo operatorio, pérdida de sangre, estancia hospitalaria.

Estrategia de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Revisiones sistemáticas

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: marzo 2023		
Filtros: • Ninguno		
Descripción	Término	
#1 Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))	
#2 Intervención / Comparador	"Minimally Invasive Surgical Procedures"[Mesh] OR (laparoscopic[tiab] OR open[tiab] OR conventional[tiab] OR robotic[tiab] OR "minimally invasive"[tiab]) AND (surg*[tiab] OR resection[tiab] OR procedure*[tiab])	
#3 Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])	
#4 Término final	#1 AND #2 AND #3	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	308
Artículos evaluados a texto completo	21
Estudios incluidos en la revisión	10

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 3:		
Wu J, Li B, Tu S, Zheng B, Chen B. Comparison of laparoscopic and open colectomy for splenic flexure colon cancer: a systematic review and meta-analysis. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2022 Apr;37(4):757-767.	RS	Artículo no disponible a texto completo.
Kulkarni N, Arulampalam T. Laparoscopic surgery reduces the incidence of surgical site infections compared to the open approach for colorectal procedures: a meta-analysis. <i>Tech Coloproctol.</i> 2020 Oct;24(10):1017-1024.	RS	El estudio incluyó población de cáncer colorrectal, y no reportó análisis por subgrupos para cáncer de colon.
Zanghì A, Cavallaro A, Piccolo G, Fisichella R, Di Vita M, Spartà D, Zanghì G, Berretta S, Palermo F, Cappellani A. Dissemination metastasis after laparoscopic colorectal surgery versus conventional open surgery for colorectal cancer: a metanalysis. <i>Eur Rev Med Pharmacol Sci.</i> 2013 May;17(9):1174-84.	RS	El estudio incluyó población de cáncer colorrectal, y no reportó análisis por subgrupos para cáncer de colon.
Gavriilidis P, Davies RJ, Biondi A, Wheeler J, Testini M, Carcano G, Di Saverio S. Laparoscopic versus open complete mesocolic excision: a systematic review by updated meta-analysis. <i>Updates Surg.</i> 2020 Sep;72(3):639-648.	RS	El estudio incluyó estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados, y no reportó meta-análisis por tipo de estudio.
Chaouch MA, Dougaz MW, Mesbehi M, Jerraya H, Nouira R, Khan JS, Dziri C. A meta-analysis comparing hand-assisted laparoscopic right hemicolectomy and open right hemicolectomy for right-sided colon cancer. <i>World J Surg Oncol.</i> 2020 May 7;18(1):91.	RS	El estudio incluyó estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados, y no reportó meta-análisis por tipo de estudio.
Arezzo A, Passera R, Ferri V, Gonella F, Cirocchi R, Morino M. Laparoscopic right colectomy reduces short-term mortality and morbidity. Results of a systematic review and meta-analysis. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2015 Nov;30(11):1457-72.	RS	El estudio incluyó estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados, y no reportó meta-análisis por tipo de estudio.
Martel G, Crawford A, Barkun JS, Boushey RP, Ramsay CR, Fergusson DA. Expert opinion on laparoscopic surgery for colorectal cancer parallels evidence from a cumulative meta-analysis of randomized controlled trials. <i>PLoS One.</i> 2012;7(4):e35292.	RS	El estudio incluyó población de cáncer colorrectal, y no reportó análisis por subgrupos para cáncer de colon.
Wu Z, Zhang S, Aung LH, Ouyang J, Wei L. Lymph node harvested in laparoscopic versus open colorectal cancer approaches: a meta-analysis. <i>Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.</i> 2012 Feb;22(1):5-11.	RS	El estudio evaluó desenlace no priorizado por el GEG.
Liang YC, Li GX, Chen PY, Yu J, Zhang C. [Laparoscopic versus conventional open resection for colorectal cancer: a meta-analysis on recurrence]. <i>Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.</i> 2008 Sep;11(5):414-20. Chinese.	RS	El estudio incluyó población de cáncer colorrectal, y no reportó análisis por subgrupos para cáncer de colon.
Kahnamoui K, Cadeddu M, Farrokhhyar F, Anvari M. Laparoscopic surgery for colon cancer: a systematic review. <i>Can J Surg.</i> 2007 Feb;50(1):48-57.	RS	El estudio incluyó población de cáncer colorrectal, y no reportó análisis por subgrupos para cáncer de colon.
Kuhry E, Schwenk WF, Gaupset R, Romild U, Bonjer HJ. Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2008 Apr 16;2008(2):CD003432.	RS	El estudio es un extracto de la RS publicada en Cochrane Central, y se incluyó este último.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
PICO N° 3:	
Anania G, Arezzo A, Davies RJ, Marchetti F, Zhang S, Di Saverio S, Cirocchi R, Donini A. A global systematic review and meta-analysis on laparoscopic vs open right hemicolectomy with complete mesocolic excision. Int J Colorectal Dis. 2021 Aug;36(8):1609-1620.	RS
Lilley R, Chan E, Ng N, Orr A, Szostok M, Yeh GTT, Tulloch R, Ramsay G, Mokini Z, Forget P. Recurrence Kinetics after Laparoscopic Versus Open Surgery in Colon Cancer. A Meta-Analysis. J Clin Med. 2021 Sep 15;10(18):4163.	RS
Lorenzon L, La Torre M, Ziparo V, Montebelli F, Mercantini P, Balducci G, Ferri M. Evidence based medicine and surgical approaches for colon cancer: evidences, benefits and limitations of the laparoscopic vs open resection. World J Gastroenterol. 2014 Apr 7;20(13):3680-92.	RS
Theophilus M, Platell C, Spilsbury K. Long-term survival following laparoscopic and open colectomy for colon cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. Colorectal Dis. 2014 Mar;16(3):O75-81.	RS
Di B, Li Y, Wei K, Xiao X, Shi J, Zhang Y, Yang X, Gao P, Zhang K, Yuan Y, Zhang D, Wei X, Liu S, Wang J, Wang X, Zhang Y, Cai H. Laparoscopic versus open surgery for colon cancer: a meta-analysis of 5-year follow-up outcomes. Surg Oncol. 2013 Sep;22(3):e39-43.	RS
Ohtani H, Tamamori Y, Arimoto Y, Nishiguchi Y, Maeda K, Hirakawa K. A meta-analysis of the short- and long-term results of randomized controlled trials that compared laparoscopy-assisted and open colectomy for colon cancer. J Cancer. 2012;3:49-57.	RS
Ma Y, Yang Z, Qin H, Wang Y. A meta-analysis of laparoscopy compared with open colorectal resection for colorectal cancer. Med Oncol. 2011 Dec;28(4):925-33.	RS
Bai HL, Chen B, Zhou Y, Wu XT. Five-year long-term outcomes of laparoscopic surgery for colon cancer. World J Gastroenterol. 2010 Oct 21;16(39):4992-7.	RS
Kuhry E, Schwenk W, Gaupset R, Romild U, Bonjer J. Long-term outcome of laparoscopic surgery for colorectal cancer: a cochrane systematic review of randomised controlled trials. Cancer Treat Rev. 2008 Oct;34(6):498-504.	RS
Bonjer HJ, Hop WC, Nelson H, Sargent DJ, Lacy AM, Castells A, Guillaou PJ, Thorpe H, Brown J, Delgado S, Kuhrij E, Haglind E, Páhlman L; Transatlantic Laparoscopically Assisted vs Open Colectomy Trials Study Group. Laparoscopically assisted vs open colectomy for colon cancer: a meta-analysis. Arch Surg. 2007 Mar;142(3):298-303.	RS

Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: marzo 2023		
Filtros:		
Desde el octubre 2011 hasta la fecha.		
	Descripción	Término
#1	Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))
#2	Intervención / Comparador	(laparoscopic[tiab] OR open[tiab] OR conventional[tiab]) AND (surg*[tiab] OR resection[tiab] OR procedure*[tiab])
#3	Tipo de estudio	"Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial, Phase III"[PT] OR "Clinical Trial, Phase II"[PT] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR (random*[TIAB]) OR ((randomized[TIAB] OR randomised[TIAB] OR clinical[TIAB] OR control*[TIAB]) AND trial[TIAB]) OR ((singl*[TIAB] OR doubl*[TIAB] OR trebl*[TIAB] OR tripl*[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("Placebos"[Mesh] OR placebo*[TIAB]) OR ("Cross-Over Studies"[Mesh]) OR ((crossover[TIAB] OR cross-over[TIAB] OR "cross over"[TIAB]) AND (design*[TIAB] OR study[TIAB] OR studies[TIAB] OR procedure*[TIAB] OR trial*[TIAB]))
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	473
Artículos evaluados a texto completo	14
Estudios incluidos en la revisión	9

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 3:		
Topuzov RE, Manikhas GM, Rylo AG, Topuzov EG, Fridman MKh, Plotnikov YV. [Laparoscopic surgery in treatment for colon cancer]. <i>Vopr Onkol.</i> 2015;61(4):607-13. Russian. PMID: 26571831.	ECA	Artículo no disponible a texto completo.
Procaccianti F, De Luca M, Abilalaj V, Chiaretti M, Diamantini G. Post-operative ileus in hemicolectomy for cancer: open versus laparoscopic approach. <i>Ann Ital Chir.</i> 2013 Sep-Oct;84(5):557-62. PMID: 24140940.	ECA	Artículo no disponible a texto completo.
Fujii S, Akagi T, Inomata M, Katayama H, Mizusawa J, Ota M, Saito S, Kinugasa Y, Yamaguchi S, Sato T, Kitano S; Japan Clinical Oncology Group. Transitional impact of short- and long-term outcomes of a randomized controlled trial to evaluate laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer from Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0404. <i>Ann Gastroenterol Surg.</i> 2019 Mar 26;3(3):301-309.	ECA	Estudio evaluó los desenlaces priorizados, pero por subgrupos de tiempo.
McCombie AM, Frizelle F, Bagshaw PF, Frampton CM, Hewett PJ, McMurrick PJ, Rieger N, Solomon MJ, Stevenson AR; ALCCaS Trial group. The ALCCaS Trial: A Randomized Controlled Trial Comparing Quality of Life Following Laparoscopic Versus Open Colectomy for Colon Cancer. <i>Dis Colon Rectum.</i> 2018 Oct;61(10):1156-1162.	ECA	Estudio evaluó desenlaces no priorizados en la pregunta PICO.
Schietroma M, Pessia B, Carlei F, Cecilia EM, De Santis G, Amicucci G. Laparoscopic versus open colorectal surgery for colon cancer: the effect of surgical trauma on the bacterial translocation. A prospective randomized study. <i>Am J Surg.</i> 2015 Aug;210(2):263-9.	ECA	Estudio evaluó desenlaces no priorizados en la pregunta PICO.
Kashihara H, Shimada M, Kurita N, Iwata T, Nishioka M, Morimoto S, Yoshikawa K, Miyatani T, Mikami C. Comparisons of inflammatory cytokines expressions in drain after laparoscopic versus open surgery. <i>Hepatogastroenterology.</i> 2014 Mar-Apr;61(130):379-81. PMID: 24901144.	ECA	Estudio evaluó desenlaces no priorizados en la pregunta PICO.
Schietroma M, Pessia B, Carlei F, Cecilia EM, Amicucci G. Intestinal permeability, systemic endotoxemia, and bacterial translocation after open or laparoscopic resection for colon cancer: a prospective randomized study. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2013 Dec;28(12):1651-60.	ECA	Estudio evaluó desenlaces no priorizados en la pregunta PICO, y no está disponible a texto completo.
Veenhof AA, Vlug MS, van der Pas MH, Sietes C, van der Peet DL, de Lange-de Klerk ES, Bonjer HJ, Bemelman WA, Cuesta MA. Surgical stress response and postoperative immune function after laparoscopy or open surgery with fast track or standard perioperative care: a randomized trial. <i>Ann Surg.</i> 2012 Feb;255(2):216-21.	ECA	Estudio evaluó desenlaces no priorizados en la pregunta PICO.
Tsimogiannis KE, Tellis CC, Tselepis AD, Pappas-Gogos GK, Tsimoyiannis EC, Basdanis G. Toll-like receptors in the inflammatory response during open and laparoscopic colectomy for colorectal cancer. <i>Surg Endosc.</i> 2012 Feb;26(2):330-6.	ECA	Estudio evaluó desenlaces no priorizados en la pregunta PICO.
Fujii S, Ishibe A, Ota M, Yamagishi S, Watanabe J, Suwa Y, Kunisaki C, Endo I. Long-term results of a randomized study comparing open surgery and laparoscopic surgery in elderly colorectal cancer patients (Eld Lap study). <i>Surg Endosc.</i> 2021 Oct;35(10):5686-5697.	ECA	Estudio incluyó pacientes con cáncer rectal y de colon, y no reporta resultados por subgrupo.
Green BL, Marshall HC, Collinson F, Quirke P, Guillou P, Jayne DG, Brown JM. Long-term follow-up of the Medical Research Council CLASICC trial of conventional versus laparoscopically assisted resection in colorectal cancer. <i>Br J Surg.</i> 2013 Jan;100(1):75-82.	ECA	Estudio no evaluó los desenlaces que se buscan actualizar.
Kitano S, Inomata M, Mizusawa J, Katayama H, Watanabe M, Yamamoto S, Ito M, Saito S, Fujii S, Konishi F, Saida Y, Hasegawa H, Akagi T, Sugihara K, Yamaguchi T, Masaki T, Fukunaga Y, Murata K, Okajima M, Moriya Y, Shimada Y. Survival outcomes following laparoscopic versus open D3 dissection for stage II or III colon cancer (JCOG0404): a phase 3, randomised controlled trial. <i>Lancet Gastroenterol Hepatol.</i> 2017 Apr;2(4):261-268.	ECA	Estudio no evaluó los desenlaces que se buscan actualizar.
Manceau G, Brouquet A, Chaibi P, Passot G, Bouché O, Mathonnet M, Regimbeau JM, Lo Dico R, Lefèvre JH, Peschaud F, Facy O, Volpin E, Chouillard E, Beyert-Berjot L, Verny M, Karoui M, Benoist S. Multicenter phase III randomized trial comparing laparoscopy and laparotomy for colon cancer surgery in patients older than 75 years: the CELL study, a Fédération de Recherche en Chirurgie (FRENCH) trial. <i>BMC Cancer.</i> 2019 Dec 4;19(1):1185.	ECA	Estudio no evaluó los desenlaces que se buscan actualizar.
Schölin J, Buunen M, Hop W, Bonjer J, Anderberg B, Cuesta M, Delgado S, Ibarzabal A, Ivarsson ML, Janson M, Lacy A, Lange J, Pahlman L, Skullman S, Haglind E. Bowel obstruction after laparoscopic and open colon resection for cancer: results of 5 years of follow-up in a randomized trial. <i>Surg Endosc.</i> 2011 Dec;25(12):3755-60.	ECA	Estudio no evaluó los desenlaces que se buscan actualizar.
Bagshaw PF, Allardyce RA, Frampton CM, Frizelle FA, Hewett PJ, McMurrick PJ, Rieger NA, Smith JS, Solomon MJ, Stevenson AR; Australasian Laparoscopic Colon Cancer Study Group. Long-term outcomes of the Australasian randomized clinical trial comparing laparoscopic and conventional open surgical treatments for colon cancer: the Australasian Laparoscopic Colon Cancer Study trial. <i>Ann Surg.</i> 2012 Dec;256(6):915-9.	ECA	Estudio no evaluó los desenlaces que se buscan actualizar.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
PICO N° 3:	
Toritani K, Watanabe J, Nakagawa K, Suwa Y, Suwa H, Ishibe A, Ota M, Fujii S, Kunisaki C, Endo I. Randomized controlled trial to evaluate laparoscopic versus open surgery in transverse and descending colon cancer patients. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2019 Jul;34(7):1211-1220.	ECA
Deijen CL, Vasmel JE, de Lange-de Klerk ESM, Cuesta MA, Coene PLO, Lange JF, Meijerink WJHJ, Jakimowicz JJ, Jeekel J, Kazemier G, Janssen IMC, Pålman L, Haglind E, Bonjer HJ; COLOR (COlon cancer Laparoscopic or Open Resection) study group. Ten-year outcomes of a randomised trial of laparoscopic versus open surgery for colon cancer. <i>Surg Endosc.</i> 2017 Jun;31(6):2607-2615.	ECA
Schietroma M, Pessia B, Carlei F, Cecilia EM, Amicucci G. Gut barrier function and systemic endotoxemia after laparotomy or laparoscopic resection for colon cancer: A prospective randomized study. <i>J Minim Access Surg.</i> 2016 Jul-Sep;12(3):254-9.	ECA
Kennedy RH, Francis EA, Wharton R, Blazeby JM, Quirke P, West NP, Dutton SJ. Multicenter randomized controlled trial of conventional versus laparoscopic surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme: EnROL. <i>J Clin Oncol.</i> 2014 Jun 10;32(17):1804-11.	ECA
Yamamoto S, Inomata M, Katayama H, Mizusawa J, Etoh T, Konishi F, Sugihara K, Watanabe M, Moriya Y, Kitano S; Japan Clinical Oncology Group Colorectal Cancer Study Group. Short-term surgical outcomes from a randomized controlled trial to evaluate laparoscopic and open D3 dissection for stage II/III colon cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG 0404. <i>Ann Surg.</i> 2014 Jul;260(1):23-30.	ECA
Fujii S, Ishibe A, Ota M, Yamagishi S, Watanabe K, Watanabe J, Kanazawa A, Ichikawa Y, Oba M, Morita S, Hashiguchi Y, Kunisaki C, Endo I. Short-term results of a randomized study between laparoscopic and open surgery in elderly colorectal cancer patients. <i>Surg Endosc.</i> 2014 Feb;28(2):466-76.	ECA
Li JC, Leung KL, Ng SS, Liu SY, Lee JF, Hon SS. Laparoscopic-assisted versus open resection of right-sided colonic cancer—a prospective randomized controlled trial. <i>Int J Colorectal Dis.</i> 2012 Jan;27(1):95-102.	ECA
Sheng QS, Lin JJ, Chen WB, Liu FL, Xu XM, Lin CZ, Wang JH, Li YD. Hand-assisted laparoscopic versus open right hemicolectomy: short-term outcomes in a single institution from China. <i>Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.</i> 2012 Jun;22(3):267-71.	ECA
Vlug MS, Wind J, Hollmann MW, Ubbink DT, Cense HA, Engel AF, Gerhards MF, van Wagensveld BA, van der Zaag ES, van Geloven AA, Sprangers MA, Cuesta MA, Bemelman WA; LAFA study group. Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery: a randomized clinical trial (LAFA-study). <i>Ann Surg.</i> 2011 Dec;254(6):868-75.	ECA

Pregunta 4. En pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado y sin o con factores de riesgo de recurrencia, ¿se debería brindar quimioterapia adyuvante?**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, sin factores (sFR) de recurrencia / Pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, con factores de recurrencia (cFR)*
- Tipo de intervención / comparador: Quimioterapia adyuvante vs No quimioterapia adyuvante
- Tipo de desenlaces: Supervivencia global, supervivencia específica de la enfermedad, supervivencia libre de enfermedad, mortalidad, eventos adversos, calidad de vida.

*Etapas T4, obstructivo o perforado, bajo recuento ganglionar, permeaciones vasculares, brotes tumorales, infiltración perineural.

Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**Revisiones sistemáticas**

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: abril 2023		
Filtros:		
• Ninguna		
	Descripción	Término
#1	Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))
#2	Intervención / Comparador	"Chemotherapy, Adjuvant"[Mesh] OR (adjuvant*[tiab] AND (therap*[tiab] OR chemotherapy*[tiab]))
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	176
Artículos evaluados a texto completo	1 (sFR)
	10 (cFR)
Estudios incluidos en la revisión	1 (sFR)
	3 (cFR)

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 4.1: sFR		
No se excluyeron estudios.		
PICO N° 4.2: cFR		
Figueredo A, Germond C, Maroun J, Browman G, Walker-Dilks C, Wong S. Adjuvant therapy for stage II colon cancer after complete resection. Provincial Gastrointestinal Disease Site Group. Cancer Prev Control. 1997 Dec;1(5):379-92.	GPC	El documento fue una GPC que incluyó la pregunta clínica, la cual fue actualizada, y cuyo artículo actualizado fue evaluado.
Sargent DJ, Goldberg RM, Jacobson SD, Macdonald JS, Labianca R, Haller DG, Shepherd LE, Seitz JF, Francini G. A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. N Engl J Med. 2001 Oct 11;345(15):1091-7.	RS	La población del estudio incluyó pacientes con cáncer de colon de estadio II y III, siendo el estadio II de interés menos del 70% de la muestra.
Figueredo A, Charette ML, Maroun J, Brouwers MC, Zuraw L. Adjuvant therapy for stage II colon cancer: a systematic review from the Cancer Care Ontario Program in evidence-based care's gastrointestinal cancer disease site group. J Clin Oncol. 2004 Aug 15;22(16):3395-407.	RS	El estudio cuenta con una versión actualizada, la cual fue evaluada.
Figueredo A, Coombes ME, Mukherjee S. Adjuvant therapy for completely resected stage II colon cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;2008(3):CD005390.	RS	La población del estudio incluyó pacientes con cáncer colorrectal, no presentando los resultados de manera individual.
Yothers G, Sargent DJ, Wolmark N, Goldberg RM, O'Connell MJ, Benedetti JK, Saltz LB, Dignam JJ, Blackstock AW; ACCENT Collaborative Group. Outcomes among black patients with stage II and III colon cancer receiving chemotherapy: an analysis of ACCENT adjuvant trials. J Natl Cancer Inst. 2011 Oct 19;103(20):1498-506.	RS	El estudio realizó su comparación basada en las características raciales de la población.
Hoshino N, Aoyama R, Hida K. Survival benefit of adjuvant chemotherapy in elderly patients with colon cancer: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Oncol. 2021 May;26(5):883-892.	RS	La población del estudio incluyó pacientes con cáncer de colon de estadio II y III, siendo el estadio II de interés menos del 70% de la muestra.
Nie RC, Chen GM, Yuan SQ, Kim JW, Zhou J, Nie M, Feng CY, Chen YB, Chen S, Zhou ZW, Wang Y, Li YF. Adjuvant Chemotherapy for Gastric Cancer Patients with Mismatch Repair Deficiency or Microsatellite Instability: Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Surg Oncol. 2022 Apr;29(4):2324-2331.	RS	El estudio esta no disponible a texto completo.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
PICO N° 4.1: sFR	
Baxter NN, Kennedy EB, Bergsland E, Berlin J, George TJ, Gill S, Gold PJ, Hantel A, Jones L, Lieu C, Mahmoud N, Morris AM, Ruiz-Garcia E, You YN, Meyerhardt JA. Adjuvant Therapy for Stage II Colon Cancer: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2022 Mar 10;40(8):892-910.	RS
PICO N° 4.2: cFR	
Baxter NN, Kennedy EB, Bergsland E, Berlin J, George TJ, Gill S, Gold PJ, Hantel A, Jones L, Lieu C, Mahmoud N, Morris AM, Ruiz-Garcia E, You YN, Meyerhardt JA. Adjuvant Therapy for Stage II Colon Cancer: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2022 Mar 10;40(8):892-910.	RS
Simillis C, Singh HKSI, Afxentiou T, Mills S, Warren OJ, Smith JJ, Riddle P, Adamina M, Cunningham D, Tekkis PP. Postoperative chemotherapy improves survival in patients with resected high-risk Stage II colorectal cancer: results of a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2020 Oct;22(10):1231-1244.	RS
Zhang C, Yin S, Tan Y, Huang J, Wang P, Hou W, Zhang Z, Xu H. Patient Selection for Adjuvant Chemotherapy in High-Risk Stage II Colon Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Clin Oncol. 2020 Apr;43(4):279-287.	RS

Pregunta 5. En pacientes adultos con cáncer de colon resecado en EC III, ¿se debería brindar quimioterapia adyuvante durante 3 meses o 6 meses?

Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con cáncer de colon resecado en EC III.
- Tipo de intervención / comparador: Quimioterapia adyuvante por 3 meses vs Quimioterapia adyuvante por 6 meses.
- Tipo de desenlaces: Mortalidad, sobrevida global, sobrevida libre de enfermedad, progresión, calidad de vida, eventos adversos serios.

Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Revisiones sistemáticas

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: febrero del 2023		
Filtros:		
Ninguno		
	Descripción	Término
#1	Población	(colo*[TIAB] OR colo rect*[TIAB] OR bowel[TIAB]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]) OR colorectal neoplasms[MH] AND stage III[TIAB]
#2	Intervención / Comparador	chemotherapy, adjuvant[MH] OR adjuvant chemotherapy [TIAB]
#3	Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR systematic reviews as topic[MH] OR meta-analysis as topic[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta-analysis[TIAB] OR metaanalys*[TIAB] OR pooled analysis[TIAB]
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de RS	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	647
Artículos evaluados a texto completo	2
Estudios incluidos en la revisión	2

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 5:		
Grothey A, Sobrero AF, Shields AF, Yoshino T, Paul J, Taieb J, Souglakos J, Shi Q, Kerr R, Labianca R, Meyerhardt JA, Vernerey D, Yamanaka T, Boukovinas I, Meyers JP, Renfro LA, Niedzwiecki D, Watanabe T, Torri V, Saunders M, Sargent DJ, Andre T, Iveson T. Duration of Adjuvant Chemotherapy for Stage III Colon Cancer. N Engl J Med. 2018 Mar 29;378(13):1177-1188.	RS	Análisis combinado de la IDEA Collaboration, se incluyó su actualización más reciente (André et al. 2020).

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
PICO N° 5:	
André T, Meyerhardt J, Iveson T, Sobrero A, Yoshino T, Souglakos I, et al. Effect of duration of adjuvant chemotherapy for patients with stage III colon cancer (IDEA collaboration): final results from a prospective, pooled analysis of six randomised, phase 3 trials. Lancet Oncol. 2020 Dec;21(12):1620-1629.	Análisis combinado
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guideline [NG151] Colorectal cancer. Last updated: 15 December 2021. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng151.	RS
Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL; 2019. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/cancer-colorectal-en-personas-de-15-anos-y-mas/recomendaciones/.	RS
Des Guetz G, Uzzan B, Morere JF, Perret G, Nicolas P. Duration of adjuvant chemotherapy for patients with non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD007046.	RS

Pregunta 6. En pacientes adultos con metástasis irresecables de cáncer de colon, ¿se debería brindar como esquema inicial quimioterapia sola o resección quirúrgica del tumor primario?

Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con metástasis irresecables de cáncer de colon.
- Tipo de intervención / comparador: Quimioterapia sola vs resección quirúrgica del tumor primario.
- Tipo de desenlaces: Sobrevida general, eventos adversos, sobrevida libre de progresión.

Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Revisiones sistemáticas

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: abril 2023		
Filtros:		
• Ninguno		
	Descripción	Término
#1	Población	("Colonic Neoplasms"[Mesh] OR "Colonic Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm, Colonic"[TIAB] OR "Neoplasms, Colonic"[TIAB] OR "Colon Neoplasm*"[TIAB] OR "Neoplasm, Colon"[TIAB] OR "Cancer of Colon"[TIAB] OR "Colon Cancer*"[TIAB] OR "Cancer, Colon"[TIAB] OR "Cancer of the Colon"[TIAB] OR "Colonic Cancer*"[TIAB] OR "Cancer, Colonic"[TIAB] OR "Colon Adenocarcinoma*"[TIAB] OR "Adenocarcinoma, Colon"[TIAB] OR "colorectal cancer*"[TIAB] OR "Colorectal Neoplasms"[Mesh] OR "Colorectal Neoplasm"[TIAB] OR "Neoplasm*, Colorectal"[TIAB] OR "Colorectal Tumor*"[TIAB] OR "Tumor*, Colorectal"[TIAB] OR "Cancer*, Colorectal"[TIAB] OR "Colorectal Carcinoma*"[TIAB] OR "Carcinoma*, Colorectal"[TIAB]) AND ((unresect*[TIAB] OR "not resectable"[TIAB] OR irresect*[TIAB] OR nonresect*[TIAB] OR nonresect*[TIAB] OR "non resect*"[TIAB] OR non-resect*[TIAB] OR inopera*[TIAB] OR non-opera*[TIAB] OR unopera*[TIAB]) AND (metastas*[TIAB] OR "Neoplasm Metastasis"[Mesh] OR "Neoplasm Metastas*"[TIAB]))
#2	Intervención	-
#3	Desenlace	-
#4	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#5	Término final	#1 AND #2 AND #4

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de Estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	155
Artículos evaluados a texto completo	17
Estudios incluidos en la revisión	1

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 6:		
Colloca GA, Venturino A, Guarneri D. Primary tumor resection in patients with unresectable colorectal cancer with synchronous metastases could improve the activity of poly-chemotherapy: A trial-level meta-analysis. Surg Oncol. 2022 Sep;44:101820.	RS	No responder a la pregunta PICO
Cirocchi R, Trastulli S, Abraha I, Vettoretto N, Boselli C, Montedori A, Parisi A, Noya G, Platell C. Non-resection versus resection for an asymptomatic primary tumour in patients with unresectable stage IV colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;(8):CD008997.	RS	Estudios se incluyen en la RS seleccionada
Clancy C, Burke JP, Barry M, Kalady MF, Calvin Coffey J. A meta-analysis to determine the effect of primary tumor resection for stage IV colorectal cancer with unresectable metastases on patient survival. Ann Surg Oncol. 2014 Nov;21(12):3900-8.	RS	Estudios se incluyen en la RS seleccionada
Quan D, Gallinger S, Nhan C, Auer RA, Biagi JJ, Fletcher GG, Law CH, Moulton CA, Ruo L, Wei AC, McLeod RS; Surgical Oncology Program at Cancer Care Ontario. The role of liver resection for colorectal cancer metastases in an era of multimodality treatment: a systematic review. Surgery. 2012 Jun;151(6):860-70.	RS	No es la intervención ni comparador
Anwar S, Peter MB, Dent J, Scott NA. Palliative excisional surgery for primary colorectal cancer in patients with incurable metastatic disease. Is there a survival benefit? A systematic review. Colorectal Dis. 2012 Aug;14(8):920-30.	RS	Estudios incluidos en la Rs seleccionada
Faron M, Pignon JP, Malka D, Bourredjem A, Douillard JY, Adenis A, Elias D, Bouché O, Ducreux M. Is primary tumour resection associated with survival improvement in patients with colorectal cancer and unresectable synchronous metastases? A pooled analysis of individual data from four randomised trials. Eur J Cancer. 2015 Jan;51(2):166-76.	RS	Estudios incluidos en la Rs seleccionada
Lee KC, Ou YC, Hu WH, Liu CC, Chen HH. Meta-analysis of outcomes of patients with stage IV colorectal cancer managed with chemotherapy/radiochemotherapy with and without primary tumor resection. Onco Targets Ther. 2016 Nov 15;9:7059-7069.	RS	Estudios incluidos en la Rs seleccionada
Folprecht G, Grothey A, Alberts S, Raab HR, Köhne CH. Neoadjuvant treatment of unresectable colorectal liver metastases: correlation between tumour response and resection rates. Ann Oncol. 2005 Aug;16(8):1311-9.	Revisión	Es una revisión de la literatura
Zhang C, Cao C, Liu L, Lv Y, Li J, Lu J, Wang S, Du B, Yang X. Effect of primary tumor resection on survival in patients with asymptomatic unresectable metastatic colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Expert Rev Anticancer Ther. 2023 Jan;23(1):107-115.	RS	No responde a la PICO
Bogach J, Levine O, Parpia S, Valencia M, Ruo L, Serrano P. Does the Addition of Biologic Agents to Chemotherapy in Patients with Unresectable Colorectal Cancer Metastases Result in a Higher Proportion of Patients Undergoing Resection? A Systematic Review and Meta-analysis. J Gastrointest Surg. 2018 Mar;22(3):523-528.	RS	No responde a la PICO
Benavides M, Gómez-España A, García-Alfonso P, González CG, Viéitez JM, Rivera F, Safont MJ, Abad A, Sastre J, Valladares-Ayerbes M, Carrato A, González-Flores E, Robles L, Salud A, Alonso-Orduña V, Montagut C, Asensio E, Díaz-Rubio E, Aranda E; Spanish Cooperative Group for the Treatment of Digestive Tumours (TTD). Upfront primary tumour resection and survival in synchronous metastatic colorectal cancer according to primary tumour location and RAS status: Pooled analysis of the Spanish Cooperative Group for the Treatment of Digestive Tumours (TTD). Eur J Surg Oncol. 2022 May;48(5):1123-1132.	RS	No responde a la PICO
Ha GW, Kim JH, Lee MR. Meta-analysis of oncologic effect of primary tumor resection in patients with unresectable stage IV colorectal cancer in the era of modern systemic chemotherapy. Ann Surg Treat Res. 2018 Aug;95(2):64-72.	RS	No responde a la PICO
Bolhuis K, Kos M, van Oijen MGH, Swijnenburg RJ, Punt CJA. Conversion strategies with chemotherapy plus targeted agents for colorectal cancer liver-only metastases: A systematic review. Eur J Cancer. 2020 Dec;141:225-238.	RS	No responde a la PICO
Benavides M, Gómez-España A, García-Alfonso P, González CG, Viéitez JM, Rivera F, Safont MJ, Abad A, Sastre J, Valladares-Ayerbes M, Carrato A, González-Flores E, Robles L, Salud A, Alonso-Orduña V, Montagut C, Asensio E, Díaz-Rubio E, Aranda E; Spanish Cooperative Group for the Treatment of Digestive Tumours (TTD). Upfront primary tumour resection and survival in synchronous metastatic colorectal cancer according to primary tumour location and RAS status: Pooled analysis of the Spanish Cooperative Group for the Treatment of Digestive Tumours (TTD). Eur J Surg Oncol. 2022 May;48(5):1123-1132.	RS	No responde a la PICO No es la intervención
Okuno M, Hatano E, Nishino H, Seo S, Taura K, Uemoto S. Does response rate of chemotherapy with molecular target agents correlate with the conversion rate and survival in patients with unresectable colorectal liver metastases?: A systematic review. Eur J Surg Oncol. 2017 Jun;43(6):1003-1012.	RS	No responde a la PICO No es la intervención
Sterpetti AV, Costi U, D'Ermo G. National statistics about resection of the primary tumor in asymptomatic patients with Stage IV colorectal cancer and unresectable metastases. Need for improvement in data collection. A systematic review with meta-analysis. Surg Oncol. 2020 Jun;33:11-18.	RS	No realizó MA

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 6:	
Liang Z, Liu Z, Huang C, Chen X, Zhang Z, Xiang M, Hu W, Wang J, Feng X, Yao X. The role of upfront primary tumor resection in asymptomatic patients with unresectable stage IV colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Front Surg. 2023 Jan 6;9:1047373.	RS

Pregunta 7. En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda, ¿se debería colocar stent colónico o brindar cirugía de emergencia?

Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda.
- Tipo de intervención / comparador: Stent colónico + cirugía electiva vs Cirugía de emergencia.
- Tipo de desenlaces: Mortalidad, sobrevida global, descompresión intestinal, complicaciones posoperatorias, sobrevida libre de enfermedad, progresión, calidad de vida, tasa de ostomía, tasa de perforación intestinal, infección del sitio quirúrgico, fuga anastomótica intestinal.

Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Revisiones sistemáticas

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: febrero del 2023		
Filtros:		
• Ninguno		
Descripción	Término	
#1 Población	((colo*[TIAB] OR colo rect*[TIAB] OR bowel[TIAB]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]) OR colorectal neoplasms[MH]) AND (left[TIAB] OR obstruction*[TIAB]))	
#2 Intervención / Comparador	stent*[TIAB] OR stents[MH]	
#3 Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR systematic reviews as topic[MH] OR meta-analysis as topic[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta-analysis[TIAB] OR metaanalys*[TIAB] OR pooled analysis[TIAB]	
#4 Término final	#1 AND #2 AND #3	

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de Estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	71
Artículos evaluados a texto completo	7
Estudios incluidos en la revisión	4

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 7:		
McKechnie T, Springer JE, Cloutier Z, Archer V, Alavi K, Doumouras A, Hong D, Eskicioglu C. Management of left-sided malignant colorectal obstructions with curative intent: a network meta-analysis. Surg Endosc. 2023 Mar 3:1–20.	RS	RS de estudios observacionales
Zhang J, Zhu H, Yang W, Liu X, Zhang D, Jiang X, Yang L, Zhou Z. Endoscopic stent versus diverting stoma as a bridge to surgery for obstructive colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Langenbecks Arch Surg. 2022 Dec;407(8):3275-3285.	RS	RS de estudios observacionales
Trabulsi NH, Halawani HM, Alshahrani EA, Alamoudi RM, Jambi SK, Akeel NY, Farsi AH, Nassif MO, Samkari AA, Saleem AM, Malibary NH, Abbas MM, Gianotti L, Lamazza A, Yoon JY, Farsi NJ. Short-term outcomes of stents in obstructive rectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Saudi J Gastroenterol. 2021 May-Jun;27(3):127-135.	RS	RS de estudios observacionales
Gavriilidis P, deAngelis N, Wheeler J, Askari A, Di Saverio S, Davies JR. Diversion, resection, or stenting as a bridge to surgery for acute neoplastic left-sided colonic obstruction: a systematic review and network meta-analysis of studies with curative intent. Ann R Coll Surg Engl. 2021 Apr;103(4):235-244.	RS	RS de estudios observacionales

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 7:	
Ciocchi R, Arezzo A, Sapienza P, Crocetti D, Cavaliere D, Solaini L, Ercolani G, Sterpetti AV, Mingoli A, Fiori E. Current Status of the Self-Expandable Metal Stent as a Bridge to Surgery Versus Emergency Surgery in Colorectal Cancer: Results from an Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. Medicina (Kaunas). 2021 Mar 15;57(3):268.	RS
Gavriilidis P, de'Angelis N, Wheeler J, Askari A, Di Saverio S, Davies JR. Diversion, resection, or stenting as a bridge to surgery for acute neoplastic left-sided colonic obstruction: a systematic review and network meta-analysis of studies with curative intent. Ann R Coll Surg Engl. 2021 Apr;103(4):235-244.	RS
Spannenburg L, Sanchez Gonzalez M, Brooks A, Wei S, Li X, Liang X, Gao W, Wang H. Surgical outcomes of colonic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colorectal obstruction: A systematic review and meta-analysis of high quality prospective and randomised controlled trials. Eur J Surg Oncol. 2020 Aug;46(8):1404-1414.	RS
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guideline [NG151] Colorectal cancer. Last updated: 15 December 2021. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng151.	RS

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

Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas
- Tipo de participantes: Pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon.
- Tipo de intervención / comparador: Colectomía simultánea vs Colectomía por etapas con resección hepática y/o pulmonar.
- Tipo de desenlaces: Morbilidad perioperatoria, mortalidad perioperatoria, supervivencia global, fuga anastomótica, infección en la herida, reoperación, recurrencia de la enfermedad, tiempo operatorio, sangrado, estancia hospitalaria.

Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Revisiones sistemáticas

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: marzo 2023		
Filtros:		
	Ninguna	
	Descripción	Término
#1	Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))
#2	Intervención / Comparador	"simultaneous resection"[tiab] OR SIM[tiab] OR "staged resection"[tiab] OR ((simultan*[tiab] OR stag*[tiab]) AND resec*[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de Estudios	Número de artículos
Citas identificadas en las bases de datos electrónicas	113
Artículos evaluados a texto completo	4
Estudios incluidos en la revisión	3

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 8:		
Ghassloo M, Pavlenko D, Verhaeghe M, Van Langenhove Z, Uyttebroek O, Berardi G, Troisi RI, Ceelen W. Surgical treatment of stage IV colorectal cancer with synchronous liver metastases: A systematic review and network meta-analysis. Eur J Surg Oncol. 2020 Jul;46(7):1203-1213.	RS	El estudio tuvo un diferente comparador al establecido en la PICO.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
PICO N° 8:	
Hajibandeh S, Hajibandeh S, Sultana A, Ferris G, Mwendwa J, Mohamedahmed AYY, Zaman S, Peravali R. Simultaneous versus staged colorectal and hepatic resections for colorectal cancer with synchronous hepatic metastases: a meta-analysis of outcomes and clinical characteristics. Int J Colorectal Dis. 2020 Sep;35(9):1629-1650.	RS
Gavriilidis P, Sutcliffe RP, Hodson J, Marudanayagam R, Isaac J, Azoulay D, Roberts KJ. Simultaneous versus delayed hepatectomy for synchronous colorectal liver metastases: a systematic review and meta-analysis. HPB (Oxford). 2018 Jan;20(1):11-19.	RS
Slesser AA, Simillis C, Goldin R, Brown G, Mudan S, Tekkis PP. A meta-analysis comparing simultaneous versus delayed resections in patients with synchronous colorectal liver metastases. Surg Oncol. 2013 Mar;22(1):36-47.	RS

Pregunta 9. En pacientes adultos con cáncer de colon operado no metastásico, y con quimioterapia adyuvante ¿cuál sería la prueba de seguimiento colonoscopia o TC contrastada?

Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- Tipo de Estudios: Revisiones sistemáticas
- Tipo de participantes: En pacientes adultos con cáncer de colon no metastásico, y con quimioterapia adyuvante.
- Tipo de intervención / comparador: Colonoscopia vs TC contrastada de tórax, abdomen, y pelvis.
- Tipo de desenlaces: Efectividad clínica (diagnóstico, tratamiento), seguridad, daño, área bajo la curva, curva ROC, DOR (odds ratio diagnóstico), sensibilidad, especificidad.

Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Revisiones sistemáticas

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: mayo 2023		
Filtros:		
Ninguna		
	Descripción	Término
#1	Población	"Colonic Neoplasms"[Mesh] OR (colon*[tiab] AND (neoplas*[tiab] OR cancer[tiab]))
#2	Intervención / Comparador	("Computed Tomography" [tiab] OR "Contrast Computed Tomography"[tiab] OR CT[tiab] OR colonoscop*[tiab] OR "Colonoscopy"[Mesh]) AND ("Sentinel Surveillance"[Mesh] OR surveillance[tiab] OR "surveillance colonoscopy"[tiab] OR "colonoscopic surveillance"[tiab] OR follow-up[tiab] NOT "screening"[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de Estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	100
Artículos evaluados a texto completo	4
Estudios incluidos en la revisión	0

Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 9:		
Porté F, Uppara M, Malietz G, Faiz O, Halligan S, Athanasiou T, Burling D. CT colonography for surveillance of patients with colorectal cancer: Systematic review and meta-analysis of diagnostic efficacy. Eur Radiol. 2017 Jan;27(1):51-60.	RS	Estudio incluyó otra un comparador diferente al de la pregunta clínica.
Pita-Fernández S, Alhayek-Aí M, González-Martín C, López-Calviño B, Seoane-Pillado T, Pértega-Díaz S. Intensive follow-up strategies improve outcomes in nonmetastatic colorectal cancer patients after curative surgery: a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol. 2015 Apr;26(4):644-656.	RS	Estudio evaluó una diferente intervención y comparador al de la pregunta clínica.
Jeffery M, Hickey BE, Hider PN. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Sep 4;9(9):CD002200.	RS	Estudio evaluó una diferente intervención y comparador al de la pregunta clínica.
Dawood ZS, Hamad A, Moazzam Z, Alaimo L, Lima HA, Shaikh C, Munir MM, Endo Y, Pawlik TM. Colonoscopy, imaging, and carcinoembryonic antigen: Comparison of guideline adherence to surveillance strategies in patients who underwent resection of colorectal cancer- A systematic review and meta-analysis. Surg Oncol. 2023 Apr;47:101910.	RS	Estudio evaluó desenlaces diferente al especificado en la pregunta clínica.

Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 9:	
No se incluyeron estudios.	-

Material Suplementario 2. Tablas SoF y resumen de EtD.

Pregunta 1. En pacientes adultos con cáncer de colon en proceso de estadiaje, ¿se debería realizar tomografía computarizada (TC) (tórax, abdomen y pelvis) o tomografía por emisión de positrones (PET/TC)?

Tabla Summary of Findings (SoF):

Población: Pacientes adultos con cáncer de colon Prueba diagnóstica A: Tomografía por emisión de positrones (PET/TC) Prueba diagnóstica B: Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen, y pelvis Rol de la prueba diagnóstica: Estadiaje previa cirugía curativa Prueba de referencia: Histopatología de los especímenes resecados quirúrgicamente, o biopsia. Autora: Carolina Delgado Flores		
Prueba índice	Desenlaces, N° de estudio, tipo de estudios	Certeza de la Evidencia
PET/TC (16)	- Sensibilidad (n=62) Detección de T4: 50% (21% a 79%) Detección de N1/N2: 33% (16% a 55%) Detección de M1: 95% (74% a 100%) - Especificidad (n=62) Detección de T4: 86% (73% a 95%) Detección de N1/N2: 81% (63% a 93%) Detección de M1: 78% (64% a 89%)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}
TC (16)	- Sensibilidad (n=62) Detección de T4: 17% (2% a 48%) Detección de N1/N2: 17% (5% a 37%) Detección de M1: 84% (60% a 97%) - Especificidad (n=62) Detección de T4: 82% (67% a 92%) Detección de N1/N2: 81% (63% a 93%) Detección de M1: 35% (21% a 50%)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}

EO: Estudio Observacional; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se disminuyó un nivel por imprecisión: número pequeño de tamaño de muestra $n < 100$.
- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: riesgo de sesgo poco claro sobre la inclusión de una muestra consecutiva o aleatoria de pacientes, el estándar de referencia clasifica correctamente la enfermedad estudiada, el intervalo entre la prueba de estudio y la prueba de referencia fue adecuado, y sobre la inclusión de todos los pacientes en el análisis.
- Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: se evaluaron los desenlaces priorizados de manera individual, pero no se realizó prueba estadística que los compare.

Resumen de los juicios de EtD:

Se decidió emitir una BPC en base a la evidencia disponible.

Pregunta 2. En pacientes adultos con cáncer de colon en EC I, ¿se debería realizar resección endoscópica o resección quirúrgica?

Tabla *Summary of Findings* (SoF):

Población: pacientes adultos con cáncer de colon en EC I Intervención: resección endoscópica Comparador: resección quirúrgica Autora: Lesly Chávez Rimache Bibliografía por desenlace: - Sobrevida general: RS de Yeh 2020 (17) (EO Cooper 2012). - Sobrevida libre de recurrencia: RS de Yeh 2020 (17) (EO Heo 2014). - Sobrevida libre de enfermedad: RS con Network metaanálisis de Li 2021 (19). - Tasa de resección en bloque: RS de Silva 2016 (18). - Tasa de resección curativa: RS de Silva 2016 (18). - Eventos adversos: RS de Silva 2016 (18).								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Resección endoscópica	Comparación: Resección quirúrgica	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida general (5 años)	CRÍTICO	1 EO (n=2077)	457/737 (62.0%)	1001/1340 (74.7%)	RR*: 0.83 (0.78 a 0.89)	127 menos por 1000 (de 164 menos a 82 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que realizamos resección endoscópica en lugar de la resección quirúrgica, podría ser que 127 menos personas sobrevivan (-164 a-82), aunque la evidencia es incierta.
Sobrevida libre de recurrencia (5 años)	IMPORTANTE	1 EO (n=238)	158/168 (94.0%)	68/70 (97.1%)	RR*: 0.97 (0.92 a 1.02)	29 menos por 1000 (de 78 menos a 19 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{b,c}	Por cada 1000 personas a las que realizamos resección endoscópica en lugar de la resección quirúrgica, podría ser que no modificamos la supervivencia libre de recurrencia.
Sobrevida libre de enfermedad	IMPORTANTE	3 EO (n=3073)	-	-	HR*: 0.66 ICr (0.57 a 0.76)		⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
Tasa de resección en bloque	IMPORTANTE	3 EO (n=1317)	667/765 (87.2%)	552/552 (100%)	RR*: 0.88 (0.80 a 0.96)	120 menos por 1000 (de 200 menos a 40 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que realizamos resección endoscópica en lugar de la resección quirúrgica, podría ser que disminuyamos 120 casos de resección en bloque (-200 a-40), aunque la evidencia es incierta.
Tasa de resección curativa	IMPORTANTE	3 EO (n=1317)	665/765 (86.9%)	552/552 (100%)	RR*: 0.88 (0.80 a 0.96)	120 menos por 1000 (de 200 menos a 40 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que realizamos resección endoscópica en lugar de la resección quirúrgica, podría ser que disminuyamos 120 casos de resección curativa (-200 a-40), aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos (complicaciones)	CRÍTICO	6 EO (n=3962)	-	-	OR*: 0.30 ICr (0.22 a 0.41)		⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	

IC: Intervalo de confianza; ICr: Intervalo de credibilidad; OR: Razón de odds; RR: Razón de riesgo, (*): estimados crudos.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

^a Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo debido al posible sesgo de selección de los participantes en el estudio.^b Se disminuyó un nivel de evidencia por evidencia indirecta debido a que una proporción de los participantes tenía cáncer de recto.^c Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo debido a la posible pérdida de los participantes que pudo afectar los estimados reportados (>30%).

Resumen de los juicios de EtD:

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 en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Pregunta 3. En pacientes adultos con cáncer de colon EC I-III, ¿se debería realizar la colectomía segmentaria mediante cirugía mínimamente invasiva o cirugía abierta?

Tabla Summary of Findings (SoF):

Población: Pacientes adultos con cáncer de colon de EC I-III Intervención: Cirugía laparoscópica (CL) Comparador: Cirugía abierta (CA) Autora: Carolina Delgado-Flores Bibliografía por desenlace: - Mortalidad: elaboración propia meta-analizando los estudios de la RS de Ohtani 2012 (22), y los ECA de Toritani 2019 (30), Li 2012 (31), Vlug 2011 (32). - Supervivencia global: RS de Lilley 2021 (21). - Complicaciones posoperatorias: elaboración propia meta-analizando los estudios de la RS de Ohtani 2012 (26), y los ECA de Toritani 2019 (30), Schietroma 2016 (33), Fuji 2014 (34), Li 2012 (31), Sheng 2012 (35), Vlug 2011 (32). - Supervivencia libre de enfermedad: RS de Lilley 2021 (21). - Número total de ganglios linfáticos extraídos: elaboración propia meta-analizando los estudios de la RS de Ohtani 2012 (26) y los ECA de Toritani 2019 (30), Kennedy 2014 (36), Yamamoto 2014 (37), Li 2012 (31) y Sheng 2012 (35); - Tiempo operatorio: elaboración propia meta-analizando los estudios de la RS de Ohtani 2012 (26), y los ECA de Deijen 2017 (38), Schietroma 2016 (33), Kennedy 2014 (36), Fuji 2014 (34) y Li 2012 (31). - Pérdida de sangre: elaboración propia meta-analizando los estudios de la RS de Ohtani 2012 (26), y los ECA de Deijen 2017 (38), Kennedy 2014 (36), Fuji 2014 (34) y Li 2012 (31). - Estancia hospitalaria: elaboración propia meta-analizando los estudios de la RS de Ohtani 2012 (26) y los ECA de Deijen 2017 (38), Schietroma 2016 (33), Kennedy 2014 (36), Fuji 2014 (34) y Li 2012 (31).								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: CL	Comparación: CA	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad (rango de mediana: 35 a 99.7 meses)	Crítico	10 ECA (3317)	440/1736 (23.4%)	398/1581 (25.2%)	RR: 0.93 (0.80 a 1.08)	18 menos por 1000 (50 menos a 20 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la cirugía laparoscópica y cirugía abierta con respecto a la mortalidad.
Supervivencia global (rango de media: 3 a 5 años)	Crítico	9 ECA (3834)	Rango de medias: 13.9 a 55.5	Rango de medias: 25.3 a 58	-	DM: -1.47 (-8.81 a +5.88)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la cirugía laparoscópica y cirugía abierta con respecto a la supervivencia global, aunque la evidencia es incierta.
Complicaciones posoperatorias (rango de mediana: 1 a 99.7 meses)	Crítico	15 ECA (4662)	511/2406 (19.3%)	587/2256 (26.0%)	RR: 0.74 (0.63 a 0.88)	68 menos por 1000 (96 menos a 31 menos)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la cirugía laparoscópica en lugar de la cirugía abierta, podríamos evitar 68 casos de complicaciones posoperatorias (-96 a -31).
Supervivencia libre de enfermedad (rango de media: 3 a 5 años)	Importante	9 ECA (3753)	Rango de medias: 13.7 a 38.7	Rango de medias: 11.6 a 45.7	-	DM: -0.63 (-3.06 a +1.81)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la cirugía laparoscópica y cirugía abierta con respecto a la supervivencia libre de enfermedad.
Número total de ganglios linfáticos extraídos (rango de mediana: 40 a 99.7 meses)	Importante	8 ECA (2282)	Rango de medias: 11.1 a 22.2	Rango de medias: 11.1 a 25	-	DM: -0.32 (-1.02 a +0.39)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la cirugía laparoscópica y cirugía abierta con respecto al número total de ganglios linfáticos extraídos.
Tiempo operatorio (rango de mediana: 3 a 156 meses)	Importante	10 ECA (1715)	Rango de medias: 142 a 224.4 minutos	Rango de medias: 101 a 193.4 minutos	-	DM: +43.64 minutos (+31.68 a +55.60)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la cirugía laparoscópica en lugar de la cirugía abierta, podríamos aumentar 43.64 minutos el tiempo operatorio (+31.68 a +55.60), aunque la evidencia es incierta.
Pérdida de sangre (rango de mediana: 40 a 156 meses)	Importante	8 ECA (1564)	Rango de medias: 42 a 151 ml	Rango de medias: 127 a 240 ml	-	DM: -101.12 ml (-159.06 a -43.18)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la cirugía laparoscópica en lugar de la cirugía abierta, podríamos disminuir 101.12 mililitros la pérdida de sangre (-159.06 a -43.18), aunque la evidencia es incierta.
Estancia hospitalaria (rango de mediana: 3 a 99.7 meses)	Importante	9 ECA (2960)	Rango de medias: 5.2 a 10 días	Rango de medias: 7.9 a 14.0 días	-	DM: -2.37 días (-4.00 a -0.73)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la cirugía laparoscópica en lugar de la cirugía abierta, podríamos disminuir 2.37 días la estancia hospitalaria (-4.00 a -0.73), aunque la evidencia es incierta.

Resumen de los juicios de EtD:

	Juicios						
Beneficio	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
Daño	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
Certeza de la evidencia	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
Considera todos los desenlaces importantes	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
Balance de beneficio / daño	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
Uso de recursos	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
Equidad	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
Aceptabilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Factibilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Recomendación final	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

IC: Intervalo de confianza; OR: Riesgo de odds; RR: Riesgo relativo; DM: Diferencia de medias.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: riesgo de sesgo poco claro en el ocultamiento de la asignación, cegamiento del participante, personal y evaluador de desenlaces.
- Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I^2 de 40% a 80%.
- Se disminuyó dos niveles por inconsistencia: I^2 de $\geq 80\%$.

Pregunta 4. En pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado y sin o con factores de riesgo de recurrencia, ¿se debería brindar quimioterapia adyuvante?

Tabla *Summary of Findings* (SoF):

Subpoblación – pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, sin factores de recurrencia

Población: Pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, sin factores de recurrencia Intervención: Quimioterapia adyuvante (QtA) Comparador: No quimioterapia adyuvante (no-QtA) Autora: Carolina Delgado Flores Bibliografía por desenlace: • Supervivencia global: RS de ASCO 2022 (5). • Supervivencia específica de la enfermedad: RS de ASCO 2022 (5) • Supervivencia libre de enfermedad: RS de ASCO 2022 (5) • Mortalidad: No se encontró evidencia para este desenlace. • Eventos adversos: No se encontró evidencia para este desenlace. • Calidad de vida: No se encontró evidencia para este desenlace.								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: QtA	Compara-ción: no-QtA	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Supervivencia global (rango de seguimiento: 5 años)	Crítico	5 EO (86 905)	En pacientes adultos con cáncer de colon EC II sin riesgo de recurrencia que recibieron QtA versus no-QtA, se reportó lo siguiente: - Kumar <i>et al.</i> aHR 1.35 (IC95%: 0.63 a 2.88). - Babaei <i>et al.</i> de tres países, Bélgica y Suecia no reportaron diferencias estadísticamente significativas (aHR 1.12, IC95%: 0.92–1.35; aHR 0.76, IC95%: 0.37–1.57) y en Países Bajos aHR 1.70, IC95%: 1.29–2.25. - Kim <i>et al.</i> aHR 0.74 (IC95%: 0.61-0.89). - Casadaban <i>et al.</i> aHR 0.71 (IC95%: 0.68-0.74) - Jee <i>et al.</i> 97.7% vs 88.2% (p<0.0001) estimado crudo.				⊕○○○ MUY BAJA ^a	La quimioterapia adyuvante podría no modificar la supervivencia global, aunque la evidencia es incierta.
Supervivencia específica de la enfermedad (rango de seguimiento: 5 años)	Crítico	1 EO (411)	NR/51	NR/360	aHR: 3.01 (1.10 a 8.23)	No estimable	⊕○○○ MUY BAJA ^a	Por cada 1000 personas a las que brindemos la quimioterapia adyuvante, podríamos aumentar el riesgo de recaída, aunque la evidencia es incierta.
Supervivencia libre de enfermedad (rango de seguimiento: 5 años)	Crítico	2 EO (523)	En pacientes adultos con cancer de colon EC II sin riesgo de recurrencia que recibieron QtA versus no-QtA, se reportó lo siguiente: - Kumar <i>et al.</i> aHR: 2.18 (IC95%: 1.00 a 4.79). - Jee <i>et al.</i> 93.0% vs 80.0% (p=0.001) estimado crudo.				⊕○○○ MUY BAJA ^a	La quimioterapia adyuvante podría no modificar la supervivencia libre de enfermedad, aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad	Crítico		No se encontró evidencia para este desenlace.					
Eventos adversos	Crítico		No se encontró evidencia para este desenlace.					
Calidad de vida	Importante		No se encontró evidencia para este desenlace.					

NR: No reporta; IC: Intervalo de confianza; aHR: Riesgo de hazard ajustado.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

^a Se disminuyó un nivel de certeza debido al riesgo de sesgo en los estudios: riesgo de sesgo poco claro en el ajuste por factores de confusión.

Subpoblación – pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, con factores de recurrencia

Población: Pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, con factores de recurrencia

Intervención: Quimioterapia adyuvante (QtA)

Comparador: No quimioterapia adyuvante (no-QtA)

Autora: Carolina Delgado Flores

Bibliografía por desenlace:

- Supervivencia global: RS de Simillis 2020 (39).
- Supervivencia específica de la enfermedad: RS de Simillis 2020 (39).
- Supervivencia libre de enfermedad: RS de Simillis 2020 (39).
- Mortalidad: No se encontró evidencia para este desenlace.
- Eventos adversos: No se encontró evidencia para este desenlace.
- Calidad de vida: No se encontró evidencia para este desenlace.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: QtA	Compara- ción: no-QtA	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Supervivencia global (seguimiento: 5 años)	Crítico	16 EO (172 152)	NR	NR	HR: 0.61 (0.54 a 0.69)	No estimable	⊕○○○ MUY BAJA a,b	Por cada 1000 personas a las que brindemos la quimioterapia adyuvante, podríamos disminuir el riesgo de muerte, aunque la evidencia es incierta.
Supervivencia específica de la enfermedad (seguimiento: 5 años)	Crítico	3 EO (12 885)	NR	NR	HR: 0.69 (0.47 a 1.02)	No estimable	⊕○○○ MUY BAJA a,c	La quimioterapia adyuvante podría no modificar la supervivencia específica de la enfermedad, aunque la evidencia es incierta.
Supervivencia libre de enfermedad (seguimiento: 5 años)	Crítico	10 EO (3 500)	NR	NR	HR: 0.51 (0.38 a 0.69)	No estimable	⊕○○○ MUY BAJA a,c	Por cada 1000 personas a las que brindemos la quimioterapia adyuvante, podríamos disminuir el riesgo de recaída, aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad	Crítico	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Eventos adversos	Crítico	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Calidad de vida	Importante	No se encontró evidencia para este desenlace.						

NR: No reporta; IC: Intervalo de confianza; HR: Riesgo de hazard.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

^a Se disminuyó un nivel de certeza debido al riesgo de sesgo: riesgo de sesgo poco claro en el sesgo debido a confusión, y sesgo debido a la selección de participantes.^b Se disminuyó dos niveles por inconsistencia: I²% > 80%.^c Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I²% de 40% a 80%.

Resumen de los juicios de EtD:

Subpoblación – pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, sin factores de recurrencia

Juicios							
Beneficio	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
Daño	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
Certeza de la evidencia	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
Considera todos los desenlaces importantes	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
Balance de beneficio / daño	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
Uso de recursos	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
Equidad	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
Aceptabilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Factibilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Recomendación final	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Subpoblación – pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado, con factores de recurrencia

Juicios							
Beneficio	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
Daño	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
Certeza de la evidencia	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
Considera todos los desenlaces importantes	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
Balance de beneficio / daño	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
Uso de recursos	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
Equidad	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
Aceptabilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Factibilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Recomendación final	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Pregunta 5. En pacientes adultos con cáncer de colon resecao en EC III, ¿se debería brindar quimioterapia adyuvante durante 3 meses o 6 meses?**Tabla Summary of Findings (SoF):**

Población: Pacientes adultos con cáncer de colon resecao en EC III Intervención: Quimioterapia adyuvante por 3 meses Comparador: Quimioterapia adyuvante por 6 meses Autor: José Montes Alvis Bibliografía por desenlace: - Sobrevida global: André 2020 (42). - Sobrevida libre de enfermedad: André 2020 (42). - Eventos adversos serios: André 2020 (42).								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Qt por 3 meses	Comparación: Qt por 6 meses	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (mediana: 5 años; rango: 61.8 a 84.3 meses)	Crítico	6 ECA (n=12835)	1314/6425 (20.5%)	1270/6410 (19.8%)	HR: 1.02 (0.95 a 1.11)	4 más por 1000 (de 9 menos a 19 más)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	Al brindar quimioterapia adyuvante por 3 meses en lugar de 6 meses, podría ser que no modifiquemos la supervivencia global, aunque la evidencia es incierta.
Sobrevida libre de enfermedad (mediana: 5 años; rango: 61.8 a 84.3 meses)	Crítico	6 ECA (n=12835)	1958/6425 (30.5%)	1823/6410 (28.4%)	HR: 1.08 (1.02 a 1.15)	19 más por 1000 (de 5 más a 35 más)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	Al brindar quimioterapia adyuvante por 3 meses en lugar de 6 meses, podría ser que causemos 19 casos de supervivencia libre de enfermedad, aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos serios (mediana: 12 a 24 semanas)	CRÍTICO	6 ECA (n=9333)	752/4696 (16.0%)	2063/4637 (44.5%)	RR: 0.36 (0.33 a 0.39)	285 menos por 1000 (de 298 menos a 271 menos)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Por cada 1000 personas a las que brindemos quimioterapia adyuvante por 3 meses en lugar de 6 meses, podría ser que evitemos 285 eventos adversos serios (-298 a -271).

IC: Intervalo de confianza; HR: Razón de hazards; RR: Razón de riesgo; DM: Diferencia de medias.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

^a Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los ensayos no fueron ciegos.^b Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el IC incluye 1.1.^c Se disminuyó un nivel de certeza por evidencia indirecta, ya que el desenlace supervivencia libre de enfermedad es un desenlace subrogado.

Resumen de los juicios de EtD:

Juicios							
Beneficio	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
Daño	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
Certeza de la evidencia	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
Considera todos los desenlaces importantes	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
Balance de beneficio / daño	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
Uso de recursos	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
Equidad	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
Aceptabilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Factibilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Recomendación final	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Pregunta 7. En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda, ¿se debería colocar stent colónico o brindar cirugía de emergencia?

Tabla Summary of Findings (SoF):

Población: Pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda Intervención: Stent colónico + cirugía electiva Comparador: Cirugía de emergencia Autor: José Montes Alvis Bibliografía por desenlace: - Sobrevida global: NICE 2020 (4). - Sobrevida libre de enfermedad: NICE 2020 (4). - Mortalidad: NICE 2020 (4). - Descompresión intestinal: NICE 2020 (4). - Estancia hospitalaria: NICE 2020 (4). - Tasa de ostomía: NICE 2020 (4). - Infección del sitio quirúrgico: NICE 2020 (4). - Fuga anastomótica intestinal: NICE 2020 (4). - Tasa de perforación intestinal: NICE 2020 (4).								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Stent colónico + cirugía electiva	Comparación: Cirugía de emergencia	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (5 años)	Crítico	1 ECA (n=48)	12/24 (50.0%)	16/24 (66.7%)	HR: 0.51 (0.24 a 1.08)	238 menos por 1000 (de 435 menos a 28 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, probablemente no modifiquemos la supervivencia global.
Sobrevida libre de enfermedad (4 a 5 años)	Crítico	2 ECA (n=106)	22/50 (44.0%)	16/56 (29.0%)	HR: 0.56 (0.29 a 1.06)	163 menos por 1000 (de 285 menos a 19 más)	⊕⊕⊕○ BAJA ^{a,b}	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que no modifiquemos la supervivencia libre de enfermedad.
Mortalidad (30 días)	Crítico	5 ECA (n=340)	9/168 (5.4%)	10/172 (5.8%)	RR: 0.92 (0.36 a 2.34)	4 menos por 1000 (de 34 menos a 63 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que no modifiquemos la mortalidad, aunque la evidencia es incierta.
Descompresión intestinal (NR)	Crítico	5 ECA (n=177)	123/177 (69.5%)	NR	---	NR	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que causemos más casos de descompresión intestinal, aunque la evidencia es incierta.
Tasa de ostomía (NR)	Importante	4 ECA (n=312)	50/153 (32.7%)	84/159 (52.8%)	RR: 0.62 (0.48 a 0.81)	201 menos por 1000 (de 100 menos a 275 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, probablemente evitemos 201 casos de ostomía (-100 a -275).
Infección del sitio quirúrgico (NR)	Importante	6 ECA (n=387)	14/191 (7.3%)	35/196 (17.9%)	RR: 0.40 (0.22 a 0.71)	107 menos por 1000 (de 52 menos a 139 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser evitemos 107 casos de infección de sitio quirúrgico (-52 a -139), aunque la evidencia es incierta.
Fuga anastomótica intestinal (NR)	Importante	7 ECA (n=447)	11/221 (50.0%)	12/226 (5.3%)	HR: 0.92 (0.40 a 2.13)	4 menos por 1000 (de 29 menos a 49 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que no modifiquemos la incidencia de fuga anastomótica, aunque la evidencia es incierta.
Tasa de perforación intestinal (NR)	Importante	3 ECA (n=133)	13/133 (9.8%)	NR	---	NR	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, probablemente causemos más casos de perforación intestinal.

IC: Intervalo de confianza; HR: Razón de hazards; RR: Razón de riesgo; DM: Diferencia de medias.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

^a Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número de eventos fue < 300.

^b Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los ensayos tuvo pérdidas > 10%.

^c Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: debido a que la mayoría de los ensayos incluyó otras poblaciones.

Resumen de los juicios de EtD:

Juicios							
Beneficio	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
Daño	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
Certeza de la evidencia	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
Considera todos los desenlaces importantes	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
Balance de beneficio / DAÑO	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
Uso de recursos	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
Equidad	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
Aceptabilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Factibilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Recomendación final	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención	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	

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

Tabla Summary of Findings (SoF):

• Población: Pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon • Intervención: Colectomía simultánea (CS) • Comparador: Colectomía por etapas (CPE) con resección hepática y/o pulmonar • Autora: Carolina Delgado Flores • Bibliografía por desenlace: • Morbilidad perioperatoria: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Mortalidad perioperatoria: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Supervivencia global: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Fuga anastomótica: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Infección en la herida: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Reoperación: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Recurrencia de la enfermedad: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Tiempo operatorio: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Sangrado: RS de Hajibandeh 2020 (56). • Estancia hospitalaria: RS de Hajibandeh 2020 (56).								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: CS	Comparación: CPE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Morbilidad perioperatoria (rango de mediana: 30 días)	Crítico	29 EO (7639)	1382/3523 (39.2 %)	1352/4116 (32.8 %)	OR: 1.04 (0.89 a 1.22)	9 más por 1000 (25 menos a 45 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la morbilidad perioperatoria, aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad perioperatoria (rango de mediana: 30 días)	Crítico	32 EO (6552)	49/2607 (1.9 %)	54/3945 (1.4 %)	-	DR: 0.00 (-0.00 a 0.01)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la mortalidad perioperatoria, aunque la evidencia es incierta.
Supervivencia global (rango de media: 5 años)	Crítico	23 EO (6551)	916/2176 (42.2 %)	2209/4375 (51.1 %)	OR: 0.88 (0.73 a 1.07)	32 menos por 1000 (78 menos a 17 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la supervivencia global, aunque la evidencia es incierta.
Fuga anastomótica (rango de mediana: 30 días)	Crítico	20 EO (3842)	181/2171 (8.3 %)	64/1671 (3.8 %)	-	DR: 0.01 (-0.01 a 0.02)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la fuga anastomótica, aunque la evidencia es incierta.
Infección en la herida (rango de mediana: 30 días)	Crítico	18 EO (3675)	291/2108 (13.8 %)	129/1567 (8.2%)	OR: 1.17 (0.92 a 1.49)	13 más por 1000 (6 menos a 36 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la infección en la herida, aunque la evidencia es incierta.
Reoperación (rango de mediana: 30 días)	Crítico	18 EO (3106)	67/1690 (3.9 %)	44/1416 (3.1 %)	OR: 1.32 (0.88 a 1.98)	10 más por 1000 (4 menos a 29 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la reoperación, aunque la evidencia es incierta.
Recurrencia de la enfermedad (rango de mediana: 30 días)	Importante	13 EO (2901)	825/1314 (62.8 %)	850/1587 (53.6 %)	OR: 1.33 (0.95 a 1.87)	70 más por 1000 (13 menos a 148 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre la colectomía simultánea y la colectomía por etapas con respecto a la recurrencia de la enfermedad, aunque la evidencia es incierta.
Tiempo operatorio (rango de mediana: 30 días)	Importante	10 EO (1307)	314.0 ± 86.8 minutos	337.2 ± 125.7 minutos	-	DM: -23.64 minutos (-79.96 a -32.68)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colectomía simultánea en lugar de la colectomía por etapas, podríamos disminuir 23.64 minutos el tiempo operatorio (-79.96 a -32.68), aunque la evidencia es incierta.
Sangrado (rango de mediana: 30 días)	Importante	13 EO (2745)	45/1741 (2.6 %)	37/1004 (3.7 %)	OR: 0.60 (0.38 a 0.95)	14 menos por 1000 (23 menos a 2 menos)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colectomía simultánea en lugar de la colectomía por etapas, podríamos disminuir 14 casos de sangrado (-23 a -2), aunque la evidencia es incierta.
Estancia hospitalaria (rango de mediana: 30 días)	Importante	19 EO (5223)	13.2 ± 4.8 días	18.3 ± 5.1 días	-	DM: -5.40 días (-6.62 a -4.17)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,d}	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colectomía simultánea en lugar de la colectomía por etapas, podríamos disminuir 5.40 días la estancia hospitalaria (-6.62 a -4.17), aunque la evidencia es incierta.

IC: Intervalo de confianza; OR: Riesgo de odds; DR: Diferencia de riesgo, DM: Diferencia de medias.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

^a Se disminuyó un nivel de certeza debido a la evidencia indirecta: la población incluyó pacientes con cáncer de colon y recto.

^b Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgos en los estudios.

^c Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I2 de 40% a 80%.

^d Se disminuyó dos niveles por inconsistencia: I2 de > 80%.

Resumen de los juicios de EtD:

Juicios							
Beneficio	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
Daño	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
Certeza de la evidencia	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
Considera todos los desenlaces importantes	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
Balance de Beneficio / daño	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
Uso de recursos	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
Equidad	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
Aceptabilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Factibilidad	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
Recomendación Final	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	