

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ
ZAMBRANO




PROTOCOLO DE MANEJO COLECISTITIS AGUDA

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Dr. Joel Alexander Soria Bonilla	MEDIO GENERAL EN FUNCIONES HOSPITALARIAS	
	Dr. Luis Alberto Ortiz Zambrano	MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA	
Revisado por:	Dra. Silvia Minango	COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
	Dr. Leonardo Castro Giler	MEDICO UNIDAD DE CALIDAD	
	Dra. Mercy Oleas	DIRECTORA ASISTENCIAL	
Aprobado por:	Dra. Kathia Tinizaray	GERENTE HOSPITALARIA	

"Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo.




 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 2 de 18

INDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	OBJETIVO	3
2.1	Objetivo General	3
2.2	Objetivos Específicos	3
3.	ALCANCE	4
4.	DEFINICIONES Y CONCEPTOS	4
5.	DIAGNOSTICO	4
5.1	Cuadro clínico	5
5.2	Exámenes	5
5.3	Escalas de estratificación	6
6	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	6
7	TRATAMIENTO	7
7.1	Medidas generales	7
7.2.	Tratamiento Antibiótico	7
7.3.	Tratamiento Conservador	11
7.4.	Manejo Quirúrgico	12
8	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	14
9	BIBLIOGRAFÍA	16
10	CONTROL DE CAMBIOS	17
11	ANEXOS	18



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 3 de 18

1. INTRODUCCIÓN

La variabilidad clínica del abordaje de las colecistitis agudas en los diversos escenarios donde se atienden a los pacientes que la padecen (emergencias, área crítica, hospitalización médica o quirúrgica, etc.) afecta a la seguridad del paciente y a la calidad asistencial del proceso.

Sobre esta base se constituye un grupo de trabajo, que teniendo en cuenta que la colecistitis aguda presenta un curso relativamente predecible, ha optado por la elaboración de un protocolo de manejo.

Este formato va dirigido a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas describiendo los pasos que deben seguirse, estableciendo las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y definiendo las responsabilidades de los diferentes profesionales que van a intervenir, lo que permite secuenciar y organizar el trabajo clínico.

Se trata, por tanto, de un instrumento de normalización de las decisiones clínicas cuyo objetivo es sistematizar la eventual dispersión de decisiones y facilitar las funciones de coordinación en la ejecución de la asistencia.

2. OBJETIVO


2.1 Objetivo General

Proporcionar a las profesiones de la Salud de nuestra Institución una herramienta que les permita la toma de decisiones rápidas y acertadas, logrando un correcto diagnóstico y tratamiento en pacientes con CA.

2.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar CA, apoyándonos en las manifestaciones clínicas características de esta patología y utilizando exámenes complementarios tanto de laboratorio como de imagen.
- Aplicar el tratamiento adecuado, tanto clínico como quirúrgico de ser necesario, en un paciente con CA en base a la categorización de la severidad esta patología.
- Establecer adecuadamente los criterios de egreso en un paciente con CA y su posterior seguimiento por medio de consulta externa



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 4 de 18

3. ALCANCE

El protocolo de la Colecistitis Aguda incluye recomendaciones para la toma de decisiones clínicas en el manejo de un paciente adulto hospitalizado por sospecha de colecistitis aguda en los distintos escenarios donde se puede atender a este tipo de pacientes en el entorno hospitalario.

Los usuarios potenciales de este protocolo son todos aquellos profesionales sanitarios, específicamente del ámbito médico y de enfermería, que intervienen en la atención a los pacientes con colecistitis aguda. Son también destinatarios del mismo otros profesionales sanitarios involucrados en los cuidados y atención del paciente con colecistitis aguda como auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, técnicos en imagen para el diagnóstico, etc. Asimismo, este protocolo va dirigido a los responsables de estrategias de salud y a los administrativos de salud.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

La colecistitis aguda (CA): es una inflamación aguda de la VB causada por la obstrucción del conducto cístico que provoca su distensión. Generalmente ocasionada por cálculos, a veces barro biliar y de forma más rara: tumores primarios con efecto masa, pólipos, parásitos o cuerpos extraños. Esta inflamación puede infectarse por enterobacterias y con menor frecuencia por gérmenes anaerobios. (1).

La CA se refiere a un síndrome de dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis asociado con inflamación de la VB. En la mayoría de los pacientes, la CA es causada por CB, mientras que la colecistitis acalculosa representa alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos. (2).


La vesícula biliar (VB): es un órgano con forma de pera ubicada bajo el hígado, cuya función es almacenar bilis, líquido producido por el hígado para digerir las grasas. (2).

Los cálculos biliares (CB): son depósitos duros de bilis que se forman en la VB, y pueden ser tan pequeños como un grano de arena, a tan grandes como una pelota de golf. Pueden encontrarlos los de colesterol, pardos y negros. (2).

PCR: Proteína que elabora el hígado cuando se presenta inflamación o daño de un tejido en el cuerpo. Una concentración alta de proteína C-reactiva en sangre quizás sea un signo de ciertas afecciones, como cáncer, infección, enfermedad intestinal inflamatoria, artritis reumatoide y lupus. (3).

Antibiótico: Medicamento usado para tratar las infecciones causadas por bacterias y otros microorganismos. (3).



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 5 de 18

AINE: Medicamento que disminuye el dolor, el enrojecimiento, la hinchazón y la fiebre en el cuerpo de manera diferente a un medicamento esteroide. (3).

TAC: Procedimiento para el que se usa una computadora conectada a una máquina de rayos X a fin de crear una serie de imágenes detalladas del interior del cuerpo. (3).

UCI: Unidad de cuidados intensivos, proporciona atención a pacientes con problemas de salud potencialmente mortales que necesitan monitoreo y tratamiento constantes, lo cual puede incluir soporte para las funciones vitales. (4).

Signo de Murphy: Pedirle al paciente la inspiración profunda al tiempo que el médico debe palpar profundo el reborde subcostal derecho, un paciente en un cuadro agudo suspende la inspiración a la palpación profunda debido a la inflamación de la vesícula biliar. (4).

Colecistectomía laparoscópica (CT): Intervención quirúrgica que se realiza mediante una cámara de video diminuta e instrumentos quirúrgicos especiales a través de cuatro pequeñas incisiones para ver la cavidad abdominal y extirpar la vesícula biliar. (4).

4.1 Cuadro clínico

El dolor abdominal, constante e intenso en el hipocondrio derecho y epigastrio es la manifestación clínica más importante para el diagnóstico de colecistitis aguda y por lo general dura más de cuatro a seis horas, presente en el 72-93% de los casos, seguido en frecuencia por náuseas y vómitos. Esta presente además el signo de Murphy. (1).

4.2 Exámenes

No hay pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico de esta afección, aunque se basa en la elevación de los niveles de leucocitos por encima de 10,000/μl o de PCR por encima de 3 mg/dl, y en alteraciones leves en el perfil hepático. En ausencia de complicaciones, las bilirrubinas totales pueden elevarse hasta 4 mg/dl. La combinación del signo de Murphy ultrasonográfico con PCR elevada tiene una sensibilidad del 95%, una especificidad del 76% y un valor predictivo positivo del 96% para el diagnóstico de CA. El ultrasonido es el primer estudio que solicitar, con una sensibilidad del 50-88% y una especificidad del 80-88%. (2). Si el paciente es mayor de 40 años solicitar también: electrocardiograma y evaluación preoperatoria que debe incluir glicemia, tiempos de coagulación urea, creatinina y las pruebas que sean necesarias según comorbilidades asociadas. (5).



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 6 de 18

4.3 Escalas de estratificación

Según las guías de Tokio 2018, es posible categorizar la CA en tres niveles de gravedad: leve, moderada y severa. Esta clasificación resulta crucial, ya que el tratamiento a seguir dependerá de la gravedad de la enfermedad. Para determinar el curso de acción más adecuado, se deben considerar diversos factores, como el tipo de microorganismo presente, la sensibilidad local, el historial de uso de antibióticos en los últimos seis meses, la función renal y hepática, así como la presencia de alergias u otros eventos adversos en la historia clínica del paciente. (6).

Tabla #1: Criterios de gravedad de colecistitis aguda


CRITERIOS DE GRAVEDAD
Grado I (Leve): No cumple criterios para Grado II o III
Grado II (Moderada): Al menos uno de lo siguientes:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Glóbulos Blancos >18000 2. Masa Dolorosa Palpable en el CSD 3. Duración de los síntomas > 72 Hrs 4. Marcada Inflamación Local (Gangrena, enfisema, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)
Grado III (Severa): Al menos uno de los siguientes:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunción Cardiovascular Hipotensión que requiera vasopresores 2. Disfunción Neurológica Alteraciones del estado de Conciencia 3. Disfunción Respiratoria Razón PA O₂/FiO₂ 4. Disfunción Renal Oliguria, Creatinina sérica >2mg/dl 5. Disfunción Hepática INR>1.5 6. Disfunción Hematológica Plaquetas< 100000

Tomado de: Guías de Tokio 2018, (6).

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Cólico Biliar
- Colangitis Aguda
- Síndrome de Fitz – Hugh Curtis
- Obstrucción intestinal



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 7 de 18

- Pancreatitis aguda
- Cólico renal o biliar
- Colangitis aguda bacteriana
- Pielonefritis
- Hepatitis aguda
- Angina de pecho
- Infarto de miocardio
- Rotura de aneurisma aórtico
- Tumores o abscesos hepáticos
- Herpes zoster

6. TRATAMIENTO

6.1 Medidas generales

- **Analgesia:** Analgesia parenteral inicialmente con antiespasmódicos en combinación con analgésicos.
- **Protección gástrica:** Se recomienda usar inhibidores de la bomba de protones como Omeprazol 40mg IV QD.
- **Fluidoterapia y reposición hidroelectrolítica:** No existe un protocolo general exacto para la administración de la fluidoterapia y esta debe ser ajustada en cada caso de manera individualizada y teniendo en cuenta los déficits calculados. Debemos ajustar especialmente la reposición de volumen en casos de insuficiencia cardiaca o renal. (1).

7.2 Tratamiento Antibiótico

El objetivo principal del tratamiento con medicamentos antimicrobianos en los casos de colangitis y CA es reducir tanto la respuesta infecciosa generalizada en el cuerpo como la inflamación local, prevenir infecciones en el sitio de la cirugía en la superficie de la herida, la fascia o el espacio del órgano, y evitar la formación de abscesos dentro del hígado. En el caso específico de la CA, el uso de medicamentos antimicrobianos tiene diferentes aplicaciones según la gravedad y la naturaleza de la enfermedad. En situaciones iniciales y de menor gravedad (como en pacientes con CA de grado I según la clasificación de la Guía Tokio 2018), no está claro si las bacterias desempeñan un papel importante en la enfermedad. En estos casos, el tratamiento antimicrobiano es, en el mejor de los casos, preventivo, con el objetivo de evitar la progresión hacia una infección. En situaciones más avanzadas, de gravedad moderada o alta, cuando se observan signos clínicos de una respuesta inflamatoria generalizada, el tratamiento antimicrobiano se convierte en un enfoque terapéutico que puede ser necesario hasta que se realice la extirpación de la VB. A continuación, se



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 8 de 18

mencionan las bacterias que son comunes en las infecciones del sistema biliar y que son ampliamente reconocidas. (6).

Tabla # 2: Microorganismos aislados en cultivos de bilis

MICROORGANISMOS AISLADOS DE CULTIVOS DE BILIS	PROPORCIONES DE ORGANISMOS AISLADOS (%)
ORGANISMOS GRAM-NEGATIVOS	
Escherichia coli	31-44
Klebsiella spp.	9-20
Pseudomonas spp.	0.5-19
Enterobacter spp.	5-9
Acinetobacter spp.	-
Citrobacter spp.	-
ORGANISMOS GRAMPOSITIVOS	
Enterococcus spp.	3-34
Streptococcus spp.	2-10
Staphylococcus spp.	0
Anaerobios	4-20

Tomado de: Guías de Tokio 2018, (6).

En la Guía de Tokio 2018, los agentes apropiados para su uso se proporcionan por definiciones basadas en clases de antibióticos. (6).

Tabla #3: Tratamiento antibiótico según severidad

GRAVEDAD	INFECCIÓN ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD			INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN MÉDICA
	GRADO I	GRADO II	GRADO III	
Terapia basada en penicilina	No se recomienda ampicilina/sulbactam si la tasa de resistencia es >20 %.	Piperacilina/ta zobactam	Piperacilina/ta zobactam	Piperacilina/ta zobactam
Terapia basada en	Cefazolina, o Cefotiam, o cefuroxima,	Ceftriaxona, o Cefotaxima, o cefepima,	Cefepima, o Ceftazidima, o Cefozopran	Cefepima, o Ceftazidima, o Cefozopran



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 9 de 18

cefalosporinas	o Ceftriaxona, o cefotaxima ± Metronidazol, Cefmetazol, Cefoxitina, Flomoxef, Cefoperazona/sulbactam	o Cefozopran, o ceftazidima ± Metronidazol, Cefoperazona/sulbactam	± Metronidazol	± Metronidazol
Terapia basada en carbapenémicos	Ertapenem	Ertapenem	Imipenem/cilastatina, Meropenem, Doripenem, Ertapenem	Imipenem/cilastatina, Meropenem, Doripenem, Ertapenem
Terapia basada en monobactámicos	-	-	Aztreonam Metronidazol	Aztreonam Metronidazol
Terapia basada en fluoroquinolonas	Ciprofloxacina, Levofloxacina, Pazufloxacina Metronidazol Moxifloxacino	Ciprofloxacina, Levofloxacina, Pazufloxacina Metronidazol Moxifloxacino	-	-

Tomado de: Guías de Tokio 2018, (5).

El tratamiento antibiótico deberá de individualizarse en función del grado de severidad de la CA. (7).

Tratamiento antimicrobiano empírico:


- Dirigido contra bacilos gram negativos principalmente.
- Elección: ceftriaxona 1-2 g/iv/día o amoxicilina-clavulánico 1 g/iv/8 h.
- Si alergia a betalactámicos: aztreonam 1 g/iv/8 h.
- Si hay alta sospecha de infección por enterobacterias productoras de BLEE: ertapenem 1 g/iv./día. (7).

Según la guía PRIOAM, la pauta antibiótica recomendada en función del grado de severidad es la siguiente. (7).

Colecistitis grado I:

Ceftriaxona 1-2 g cada 24 h intravenoso durante 3 días



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 10 de 18

- Alternativas:

Alergia a betalactámicos: Aztreonam 1 g cada 8 h intravenoso.

Sospecha de E. Coli productor de betalactamasa de espectro extendido (BLEE):

Ertapenem 1 g cada 24 h intravenoso.

Recomendación: Ampicilina/sulbactam tiene poca actividad contra *Escherichia coli*. Por esto fue eliminado de las guías de Norteamérica, sin embargo, en nuestro medio ha dado buenos resultados su uso a dosis de 1.5g IV cada 6 horas. (5).

Colecistitis grado II

Ceftriaxona 1-2 g cada 24 h intravenoso + Metronidazol 500 mg cada 8 h intravenoso de 10 días a 2 semanas.

- Alternativas:

Alergia a betalactámicos: Aztreonam 1 g + Metronidazol 500 mg cada 8 h

Intravenoso

Sospecha de E. coli BLEE: Ertapenem 1 g cada 24 h intravenoso. (6).

Colecistitis grado III


Piperacilina- Tazobactam 4 g / 0,5 mg cada 6 h en perfusión intravenosa extendida.

- Alternativas:

Alergia a betalactámicos o sospecha de E. coli Blee: Ertapenem 1 g cada 24 h intravenoso

Si el paciente se encuentra ingresado previamente > 48 h por otro motivo o se ha realizado maniobras sobre la vía biliar el tratamiento se realizará con Meropenem 1g cada 8h intravenoso.



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 11 de 18

La elección del tratamiento en la CA depende de la severidad del cuadro y del estado del paciente, pero se debe indicar colecistectomía (CT) urgente en todo paciente con colecistitis, a excepción de los pacientes inestables con colecistitis aguda severa, en los que se indicará colecistostomía previa a la CT. El tratamiento antibiótico empírico se debe aplicar en todos los pacientes, de forma pre y postoperatoria. (7).

La CA es un cuadro habitual en la urgencia quirúrgica, causado en la mayoría de las veces por sobreinfección de colelitiasis preexistente, si bien el tratamiento de la colecistitis alitiásica en la actualidad es idéntico al de la colecistitis litiásica. Aunque el desarrollo de los antimicrobianos sigue un curso abrumador, el tratamiento electivo de la CA sigue siendo la CT de urgencia, dado que la eliminación del foco de infección facilita la resolución del cuadro y mejora la evolución postoperatoria. (6).

7.3 Tratamiento Conservador

En la CA, grados I-II el tratamiento conservador es el siguiente: (1).

- Colocar un acceso venoso si el paciente no lo tiene.
- Realizar pruebas de laboratorio.
- Monitorizar la temperatura, presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC) y producción de orina (al menos cada 8 horas).
- Mantener en ayuno.
- Administrar fluidos y reponer electrolitos: No existe un protocolo universal exacto para la administración de fluidos, debe adaptarse en cada caso según necesidades individuales y considerando los déficits calculados. Se debe ajustar especialmente la reposición de volumen en casos de insuficiencia cardíaca o renal. (1).

Según las guías del Instituto Mexicano de Seguridad Social, el tratamiento farmacológico es el siguiente: (1).

- Administrar analgesia de manera programada y ajustar según respuesta. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son útiles en el manejo de la CA, pero deben usarse con precaución en pacientes mayores y con condiciones médicas preexistentes.
- Antibióticos según las pautas hospitalarias.
- Protección del estómago.
- Profilaxis contra la trombosis venosa profunda (a menos que esté contraindicado).
- Antieméticos.



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 12 de 18

- Asegurarse de que los medicamentos sean compatibles (en la medida de lo posible). (1).

En la CA, grado III, el tratamiento conservador incluye: (1).

- Medidas al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). (1).
- Registrar datos administrativos y crear un historial clínico, realizar examen físico.
- Monitorizar PA, FC, frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SatO₂), diuresis por hora.
- Evaluar la necesidad de monitorización invasiva según la gravedad.
- Considerar si es necesario canalizar una vía central.

Medidas diagnósticas al ingreso. (1):

- Realizar análisis de sangre completo, cultivos de sangre.
- Solicitar radiografía de tórax posteroanterior, ecografía abdominal.
- Evaluar si es necesaria una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal con contraste intravenoso.

Medidas terapéuticas al ingreso. (1):

- Administrar antibioterapia empírica según las pautas del hospital.
- Resucitar con volumen guiado por la presión venosa central (PVC).
- Iniciar la resucitación con cristaloides (controlando la hipercloremia) y soluciones balanceadas (aproximadamente 2 litros) antes de comenzar con coloides y albúmina.
- Considerar la necesidad de aminos vasoactivos.
- Si se realiza una colecistostomía, es imprescindible enviar una muestra para cultivo microbiológico de la bilis obtenida.
- Si el paciente no muestra mejoría después de la colecistostomía: notificar a Cirugía para evaluar la necesidad de una intervención quirúrgica de rescate (CT).

7.4 Manejo Quirúrgico

En comparación con la cirugía abierta, generalmente se espera que la laparoscopia produzca menos dolor en los sitios de incisión, estadías hospitalarias y períodos de recuperación más breves, y una mejor calidad de vida. En términos de costos, se espera que la laparoscopia implique costos

	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 13 de 18

quirúrgicos más altos sobre todo por el costo del equipo desechable, en comparación con la cirugía abierta, pero aproximadamente los mismos costos generales (costos médicos directos e indirectos) dadas las estadías hospitalarias más cortas y la reincorporación más rápida a la sociedad. La elección de la técnica quirúrgica debe considerar el riesgo quirúrgico para el paciente, con la seguridad como principal prioridad, pero existen muchos beneficios de la laparoscopia si el procedimiento se puede realizar de manera segura. (6).

Para un tratamiento óptimo, el tratamiento quirúrgico se divide en base al grado de severidad del paciente. Debemos tener en cuenta que La cirugía temprana es aquella que se realiza dentro de las 72-96 h desde el inicio de los síntomas. Por otro lado, la cirugía electiva se debe realizar 6 semanas o más después del inicio. (6).

Según los criterios de gravedad a continuación se describe el tratamiento quirúrgico:

Grado I

En principio, la CT laparoscópica temprana es el tratamiento de primera línea para los casos de Grado I. Sin embargo, en pacientes con riesgo quirúrgico que usan CCI menor a 5 y ASA II, los antibióticos y el cuidado general de soporte son necesarios en primer lugar. Luego, tras la mejoría con el tratamiento médico inicial, podrían indicarse Cole-Lap. (6).

Grado II

Suele ir acompañada de una inflamación local grave. Por lo tanto, los cirujanos deben tener en cuenta la dificultad de la CT al seleccionar un método de tratamiento.

La CT laparoscópica temprana podría estar indicada en primer lugar si se dispone de técnicas laparoscópicas avanzadas. Cuando se realiza el juicio de CT, el estado general debe evaluarse utilizando CCI y ASA. La CT electiva tras la mejoría del proceso inflamatorio agudo podría estar indicada en los pacientes condicionales pobres. Si un paciente no responde al tratamiento médico inicial, se requiere drenaje vesicular urgente o temprano (línea discontinua). CCI 6 o superior y ASA-PS 3 o superior son de alto riesgo. De lo contrario, se debe considerar la transferencia a un centro de salud de mayor complejidad. (6).



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 14 de 18

Grado III

El grado III de CA se asocia con disfunción orgánica, lo que requiere un soporte adecuado de órganos como ventilación y circulación. En estos casos, la CT temprana o urgente puede ser posible en cuidados intensivos si se utiliza un juicio predictivo basado en factores como FOSF, CCI y ASA-PS. La FOSF es un indicador de insuficiencia cardiovascular o renal rápidamente reversible. Los pacientes de grado III con ictericia, disfunción neurológica y/o respiratoria son candidatos para la CT urgente o precoz. El CCI 6 es una puntuación demasiado alta para ser utilizado como un valor de corte de alto riesgo en la CT, y se recomienda el uso de CCI 4 o superior y ASA-PS 3 o superior. Si no es posible la CT, se puede realizar el drenaje vesicular urgente o precoz, y la CT electiva se realiza después de la mejoría de la enfermedad aguda. La CT debe ser realizada por un cirujano experto, y en caso contrario, se debe considerar la transferencia a un centro avanzado. (6).

Tabla #4: Tiempo de recuperación postCT

Técnica usada para realizar la CT	Tiempo en días Mínimo	Tiempo en días Óptimo	Tiempo en días Máximo
Laparoscópica	10	14	21
Laparoscópica complicada	14	21	28
Abierta	14	21	28
Abierta complicada	21	28	45

Tomado de: Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis, (1).

7. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

Cuando el paciente es visto en la sala de emergencias, deberá definirse el destino del mismo, los cuales pueden ser. (1):

- Alta con cita a consulta externa y recomendaciones de manejo ambulatorio.
- Ingreso a la sala de observación.
- Ingreso a sala de operaciones o a sala general.

Criterios de alta en emergencia:

- Ausencia de dolor, náuseas y vómitos.
- Ausencia de fiebre, leucocitosis, leucopenia y hemodinámicamente estable.



	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 15 de 18

- Ausencia de ictericia.
- Confirmada tolerancia de la vía oral.

Criterios de ingreso a sala de observación:

- Dolor persistente en hipocondrio derecho.
- Náuseas y/o vómitos persistentes.
- Fiebre, leucocitosis, leucopenia.
- Ictericia (para definir si es obstructiva o no obstructiva).
- Intolerancia de la vía oral.
- Deshidratación leve o moderada.
- Para descartar pancreatitis aguda u otro padecimiento concomitante. (1).

Criterios de ingreso a UCI

- Colecistitis aguda grado III con falla orgánica o multiorgánica
- Choque con necesidad de vasopresores
- Necesidad de apoyo ventilatorio mecánico. (1).


Referencia/Contrarreferencia: Nuestro hospital tiene cartera de servicios para resolución de la Colecistitis Aguda, salvo se asocie a las siguientes comorbilidades:

Pacientes con patología cardíaca que ameriten manejo por área de Cardiointervencionismo de presentarse alguna eventualidad por su patología de base. (1).

Alta y Referencia Inversa:

Cuando el paciente cumpla los criterios de alta de hospitalización, al paciente se le derivará a las consultas de Cirugía General:

- Si ha sido intervenido se revisará en la consulta en el plazo de un mes para valoración de evolución postoperatoria.
- Si no ha sido intervenido, el manejo al alta dependerá del tratamiento instaurado y de su evolución:
 - Si ha presentado una buena respuesta al tratamiento conservador: En función de la Comorbilidad asociada y del estado funcional basal del paciente, se realiza una indicación individualizada en cada caso para una CT laparoscópica diferida en 6-8 semanas. (1).

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 16 de 18

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1): Charles V. Tratamiento de la colecistitis calculosa aguda [Internet]. UptoDate. 2022 [citado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?topicRef=666&source=see_link
- (2): Salam S. Colecistitis aguda calculosa: Características Clínicas y Diagnóstico [Internet]. UptoDate. 2022 [citado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis>
- (3): Instituto Nacional del Cáncer. Diccionarios de NCI [Internet]. 2023, Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios>
- (4): Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico [Internet]. CUN, 2023, Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico>
- (5): Instituto Mexicano de Seguridad Social. Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. Guía de referencia rápida - Colecistitis - Colelitiasis [Internet]. 2015; Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/237GRR.pdf>
- (6): Yokoe M, Hata J, Takada T. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). Journal of hepato. enero de 2018;25(1):41–54.
- (7): Pareja F, Rodríguez J. Colecistitis aguda [Internet]. Guía Prioam. 2018 [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/olecistitis-aguda-2/>



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión:
	Sistema de Gestión y Control Documental	Fecha: 08/01/2024
	UECQ-HSP- CRG- PC- MCA - 001	Página 17 de 18

9. CONTROL DE CAMBIOS

(Este ítem lo llenará la Unidad de Calidad)

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
08/01/2023	Versión Inicial	N/A	001

DOCUMENTO CONTROLADO



10. ANEXOS

Gráfico #1. Algoritmo Diagnóstico de Colecistitis Aguda.

