

## **GUIA DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA BILIAR AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES.**

**Servicios de Urgencias, Unidad de Corta Estancia y Medicina Digestiva**

HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE

Última actualización: 21 de Abril del 2017

### **LITIASIS BILIAR**

Elevada prevalencia. Más frecuente en mujeres y aumenta la incidencia con la edad.

Tipos de litiasis:

- Colesterol (75%)
- Pigmentarios (sales cálcicas de bilirrubina no conjugada)

La mayoría de veces cursa asintomática, siendo el síntoma principal el cólico biliar que aparece cuando un cálculo obstruye el sistema biliar.

### **CLINICA**

#### **1. Dolor abdominal**

Intensidad creciente, continuo, localizado en epigastrio, HD, que puede irradiar al dorso derecho y escapula. Suele aumentar con la ingesta.

2. **Nauseas y vómitos** es habitual
3. **Fiebre:** sugestiva de colecistitis aguda, colangitis.
4. **Ictericia:** sugiere cólico biliar complicado.
5. **Signo de Murphy:** Sugiere colecistitis aguda

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- A. HEMOGRAMA
- B. BIOQUIMICA: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, GOT, GPT, FA, BT, amilasa, PCR, procalcitonina (si sepsis)
- C. COAGULACION: Si sospecha de cuadro quirúrgico, sepsis.
- D. ECG, RX TORAX: Si sospecha de cuadro quirúrgico y para hacer diagnóstico diferencial.
- E. ANALITICA DE ORINA: Para hacer diagnóstico diferencial
- F. Prueba de imagen abdominal ( Ecografía o TAC ) : Siempre será obligada si hay fiebre, ictericia, alteración analítica ( aumento de GOT, GPT, Fosfatasa alcalina, amilasa, Bilirrubina total, PCR) o dolor abdominal intenso que no cede con analgesia. Preferentemente Ecografía.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Del dolor abdominal sugestivo de cólico biliar

1. Patología torácica  
Hernia de hiato, EED (espasmo esofágico difuso), síndrome coronario, neumonía LID, derrame pleural, infarto pulmonar)
2. Patología abdominal:  
Brote ulceroso agudo, perforación, pancreatitis, apendicitis, PNF aguda, hepatitis.
3. Lesiones de raquis dorsal
4. Dispepsia funcional

## PLAN DE ACTUACION INICIAL

1. **Si no hay sospecha de cólico biliar o no se diagnostica tras realización de pruebas complementarias:** seguir protocolo de dolor abdominal
2. **Si se sospecha cólico biliar con pruebas complementarias normales, sin fiebre, no se realiza ecografía y tiene dolor controlado:** se podrá remitir al paciente a Digestivo de zona para estudio.
3. **Tras realización de pruebas complementarias y ecografía abdominal, con diagnóstico de cólico biliar:** se procederá a seguir la guía de cólico biliar en urgencias mediante el algoritmo propuesto:

## GUIA MANEJO DEL CÓLCIO BILIAR

### A la llegada a urgencias del paciente

- A. Dieta absoluta.
- B. Toma de constantes
- C. Coger vía periférica y extracción de analíticas
- D. Control del dolor. Subir en escala analgésica: METAMIZOL, AINE, TRAMADOL, OPIACEOS ( fentanilo, morfina)
- E. Si fiebre, extracción de hemocultivos e iniciar antibióticos

Es prioritario tener al paciente hemodinámicamente estable y con control del dolor, que tras analgesia puede estar:

#### A. CONTROLADO:

Desaparición del dolor tras analgesia o mejoría, valorándolo mediante escala analógico visual (EVA) <4.

No dolor ----- Insoportable  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Excepcionalmente cuando el dolor es muy intenso y por éstas u otras características asociadas se decide pautar analgesia de tercer escalón de inicio (meperidina, fentanilo...) y desaparece o mejora, también se considerara como controlado tras 2-3 horas de estancia en urgencias y podría ser alta, remitiéndose para control ambulatorio por Digestivo de zona.

#### B). PERSISTENTE:

Dolor que persiste tras 6 horas de estancia en urgencias y se ha pautado tratamiento hasta un tercer escalón de analgesia de la OMS

#### Escalas de dolor

1º Escalón (dolor leve): No opioides +/- coadyuvantes

2º Escalón (dolor moderado): Opioides débiles +/- No opioide +/- coadyuvantes

3º Escalón (dolor severo): Opioides fuertes +/- No opioide +/- coadyuvantes

## **ALGORITMO DIAGNÓSTICO COLICO BILIAR**

En urgencias consideraremos pacientes con analítica normal y sin fiebre y pacientes con analítica alterada y/o con fiebre.

Se considera **analítica normal** con GOT y GPT < 200, Fosfatasa alcalina, amilasa, bilirrubina total normal y PCR normal.

Se considera **analítica alterada** con GOT y GPT > 200, aumento de alguno de los siguientes parámetros: fosfatasa alcalina, amilasa, bilirrubina total y PCR.

Así encontramos los siguientes brazos:

### **1. PACIENTE CON ANALITICA NORMAL, SIN FIEBRE**

#### **1.A. CON DOLOR CONTROLADO**

Se procederá al alta y se remite a consultas externas de Cirugía, el paciente podrá solicitar fecha de la cita llamando al paciente al teléfono de consultas: 965933522 ó 965933523

#### **1.B. CON DOLOR PERSISTENTE**

**1.B.1 Paciente en lista de espera quirúrgica** se consultará con cirugía general y si desestima su ingreso se consultara con digestivo. Si este desestima ingreso, ingresara en UCE.

**1.B.2 Paciente que no esta en lista de espera quirúrgica** se ingresara en UCE.

En UCE:

- Si evoluciona favorablemente con control del dolor, analítica normal y sin fiebre, se dará de alta y se remite a consultas externas de cirugía.

- Si la evolución es desfavorable (entendida como dolor persistente mas de 72 horas, presenta alteración analítica en control, fiebre o cambios en la ecografía, se solicitara cambio de servicio a Unidad Hepática o Cirugía según proceda.

**1.C. Excepcionalmente**, aquellos pacientes que consulten en urgencias 3 o mas veces en periodo de 1 mes por dolor no controlado o recurrente se realizara consulta a Cirugía General y si desestima ingreso a su cargo se hará en la Unidad Hepática.

**2. PACIENTE CON ANALITICA ALTERADA Y/O CON FIEBRE**

2.A. Colecistitis aguda, se contactará con Cirugía General para valorar intervención quirúrgica urgente e ingreso a su cargo.

2.B. Colangitis aguda, coledocolitiasis: Se avisará a Digestivo de guardia e ingreso en Unidad Hepática.

2.C. Pacientes en lista de espera quirúrgica, se consultará a Cirugía General de guardia para que valore ingreso a su cargo. Si desestima el ingreso se hará a cargo de la Unidad Hepática.

2.D. Pacientes que no estén en lista de espera quirúrgica se avisará a Digestivo de guardia e ingreso a cargo de su Unidad Hepática.

## **COMPLICACIONES DE PATOLOGIA BILIAR**

### **1.- COLECISTITIS AGUDA**

Inflamación de la mucosa de la vesícula biliar por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo (colecistitis litiásica), con infección bacteriana secundaria o en ausencia de cálculos (colecistitis aguda alitiásica), que suele darse en pacientes graves de UCI por traumatismos, quemaduras, sepsis o nutrición parenteral prolongada.

Los gérmenes más frecuentes son E. Coli, Klebsiella, y anaerobios (bacteroides frágiles y Clostridium). Más susceptibles a infección por anaerobios los diabéticos e inmunodeprimidos.

#### **Clínica**

Suelen presentar fiebre, dolor intenso localizado en hipocondrio derecho, epigastrio, con defensa y signo de Murphy positivo

Formas graves de colecistitis aguda:

Colecistitis gangrenosa o perforada: plastrón o absceso perivesicular

Colecistitis enfisematosa: Por gérmenes productores de gas: anaerobios

#### **Tratamiento:**

Dieta absoluta, fluidos, control de constantes y antibiótico desde inicio: amoxicilina-clavulanico, piperacilina/tazobactan, impenem, Meropenem, +/- metronidazol.

Avisar a cirujano de guardia.

### **3.- COLANGITIS AGUDA**

Infección de la bilis dentro de los conductos biliares intra y extrahepáticos, de origen bacteriano, en una situación de cólico biliar.

Gérmenes más frecuentes: E. Coli (50%), klebsiella, Estreptococo faecalis, enterobacter, bacteroides y clostridium.

#### **Clínica**

TRIADA DE CHARCOT: fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho.

Pentada de Reynolds: Lo anterior mas confusión mental y shock. Sugiere bacteriemia con evolución grave.

#### **Tratamiento:**

Dieta absoluta, fluidos, control de constantes y antibioterapia:

Amoxicilina-clavulánico, Carbapenem, cefotaxima, piperacilina/tazobactan, y en casos graves valorar asociar metronidazol.

Actualización: 21 de Abril del 2017	Participantes
	-José María Fernández-Cañadas (Unidad de Corta Estancia) -María Rodríguez (Unidad Hepática) -José María Palazón (Unidad Hepática) -Pere Llorens (Urgencias Generales y Unidad de Corta Estancia)

**URGENCIAS  
COLICO BILIAR**

**\*Analitica normal  
Sin fiebre**

**\*\*Analitica alterada.  
Fiebre.  
Eco patologica**

**Colangitis aguda.  
Coledocolitiasis**

**Colecistitis aguda**

**Dolor Controlado**

**Dolor persistente**

**Paciente lista  
espera Qx**

**Paciente NO lista  
espera Qx**

**ALTA  
Remision a  
CCEE Cirugia**

**Paciente en  
lista espera  
Qx**

**Paciente  
NO lista  
espera Qx**

**Consulta a  
Cirugia**

**Ingreso  
UHP**

**Ingreso  
UHP**

**Cirugia  
general**

**Consulta a  
cirugia**

**Ingreso  
UCE**

**Evolucion  
favorable**

**Evolucion  
desfavorable**

**Dolor persistente >72 horas.  
Alteracion analítica  
Fiebre  
Cambios ECO**

**\*Analitica normal:  
GOT/GPT < 200  
Amilasa, Bilirrubina y FA  
normal  
PCR normal**

**ALTA  
CCEE Cirugia**

**Cambio servicio  
UHP/Cirugia**

**\*\*Analitica alterada:  
GOT/GPT >200.  
Aumento de FA,  
amilasa, Bilirrubina,  
PCR**

**Consulta en urgencias 3 o  
más veces en periodo de  
un mes por dolor no  
controlado se hará  
consulta a cirugía y si  
descarta ingreso se hará  
en UHP**

