

Protocolo de colecistitis aguda HGU Dr. Balmis

18 de marzo de 2022

Versión 3

Servicios de Gastroenterología, Cirugía general, Radiología, UEI,
Medicina interna, Urgencias, UCI y Anestesia

Sospecha de colecistitis aguda (CCA)

Ecografía abdominal urgente

Valoración constantes vitales, monitorización si alteradas, hemocultivos, ver tiempo entre inicio de síntomas y admisión en urgencias

Analítica de sangre
Al menos: glucosa, creatinina, Na, K, BT, GOT, GPT, GGT, FA, amilasa, PCR, procalcitonina, leucocitos, Hb, plaquetas, coagulación, gasometría venosa con lactato

Valorar si dilatación vía biliar > 6mm / coledocolitiasis asociada

Signos radiológicos de CCA

Engrosamiento de pared $\geq 4\text{mm}$

Aumento del tamaño de la vesícula

Diámetro mayor $\geq 8\text{cm}$

Diámetro menor $\geq 4\text{cm}$

Presencia de colelitiasis o detritus en la luz vesicular

Líquido perivesicular

Eco-Murphy

Gravedad

Leve/ grado I	Moderada/ grado II	Grave/ grado III
No criterios de moderada ni grave	<p>≥ 1 criterio:</p> <p>A) Leucocitos >18.000</p> <p>B) Masa palpable hipocondrio derecho</p> <p>C) Dolor >72 h</p> <p>D) Inflamación local marcada: colecistitis gangrenosa, absceso pericolecistitis, absceso hepático, peritonitis biliar, colecistitis enfisematosa</p>	<p>≥ 1 criterio:</p> <p>A) Hipotensión que requiere dopamina ≥ 5 mcg/kg/min, o norepinefrina</p> <p>B) $<$ consciencia</p> <p>C) $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 < 300$</p> <p>D) Oliguria/creat > 2 mg/dl</p> <p>E) TP-INR > 1.5</p> <p>F) Plaquetas < 100.000</p>

Valorar TAC abdominal con contraste si:

- Amilasa/lipasa elevadas > 3 límite superior
- Sospecha CCA gangrenosa/enfisematosa (y su dx cambia tratamiento)
- Ecografía dudosa y alta sospecha CCA
- Sospecha íleo biliar
- Clínica atípica (descartar otras enfermedades como isquemia mesentérica)
- Sepsis grave con ecografía que no la explica claramente

Diagnóstico de colecistitis aguda (CCA)

```
graph TD; A[Diagnóstico de colecistitis aguda (CCA)] --> B[Checklist]; A --> C[Determinación riesgo de coledocolitiasis]; A --> D[Determinación de criterios de colecistostomía endoscópica basados en fragilidad/Rockwood (ver algoritmo adjunto), además de riesgo quirúrgico];
```

Checklist

Constantes, ECG, Rx tórax, analítica completa con plaquetas y coagulación, ¿consumo de anticoagulantes o antiagregantes? - eventual corrección, paciente en ayunas, antibióticos, hemocultivos, fluidoterapia, corrección problemas iones, analgesia, determinación fallo orgánico

Determinación riesgo de coledocolitiasis

Factores de riesgo:

- A. GPT > 3 veces límite superior normal
- B. Aumento de Fosfatasa Alcalina
- C. Colédoco > 6mm










BAJO RIESGO: 0 ó 1 CRITERIO

ALTO RIESGO: 2 ó 3 CRITERIOS

Chisholm et al, GIE 2019

Determinación de criterios de colecistostomía endoscópica basados en fragilidad/Rockwood (ver algoritmo adjunto), además de riesgo quirúrgico

Clinical Frailty Scale o Escala Clínica de Fragilidad de Rockwood*.
(instrumento de cribado que se basa en el juicio clínico del profesional sanitario)

	1. En muy buena forma. Personas que están fuertes, activas, Vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.
	2. En forma. Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están muy activas por temporadas, por ejemplo, según la estación.
	3. En buen estado. Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más allá de los paseos habituales.
	4. Vulnerables. Aunque no dependen de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.
	5. Levemente frágiles. Estas personas a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o pasear y hacer la comida o tareas del hogar
	6. Moderadamente frágiles. Personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan ayuda con el baño , y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).
	7. Con fragilidad grave. Dependen totalmente para el cuidado personal , sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes - 6 meses).
	8. Con fragilidad muy grave. Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.
	9. Enfermo terminal. Se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.
	En personas con demencia, el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia. En la demencia leve se olvida los detalles de un acontecimiento reciente aun recordando el evento en sí, la repetición de una misma pregunta o relato y el aislamiento social. En la demencia moderada , la memoria reciente está muy afectada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pautas, pueden cuidarse solos. En la demencia grave , no son posibles los cuidados personales sin ayuda.

* Rockwood K, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173:489-495
5-6 Fragilidad moderada; 7-9: Fragilidad grave

Escala de fragilidad (Rockwood)

Criterios de no usar colecistostomía endoscópica:
Rockwood 1 a 5

Individualizar:
Rockwood 6: según expectativa de vida y comorbilidad
Rockwood 9: según expectativa de vida, en caso de muy baja valorar pros y contras

Criterios de colecistostomía endoscópica:
Rockwood 7 y 8

Todo ello asociado a valoración de riesgo quirúrgico

Pacientes con colecistitis aguda con riesgo quirúrgico asumible, candidatos a cirugía (Rockwood 1 a 5, algunos pacientes con Rockwood 6)

Fluidoterapia, hemocultivos, antibióticos, analgesia

¿Sospecha de colecistitis gangrenosa/
enfisematosa/ perforada?

Sí

Confirmado

TAC contraste

Colecistectomía urgente, en
casos seleccionados drenaje
percutáneo

No

¿Fallo orgánico refractario a
tratamiento de soporte inicial?

Sí

Colecistostomía percutánea, cultivo de
muestra bilis

No

¿Alto riesgo de coledocolitiasis?*

Sí

Ecoendoscopia +/- CPRE, tras ello valorar
reevaluación colecistectomía

No

¿Sospecha colangitis asociada?

Tiempo entre inicio de síntomas y presentación
en urgencias ≤ 3 días (4 a 7 individualizar)

Colecistectomía precoz si no
mejoría, electiva si mejoría

Sí

No

Colecistectomía

Tratamiento de soporte, colecistostomía percutánea si no mejoría
1-3 días

* Determinación riesgo de
coledocolitiasis

Factores de riesgo:

- A) GPT > 3 veces límite superior normal
- B) Aumento de Fosfatasa Alcalina
- C) Colédoco > 6mm

BAJO RIESGO: 0 ó 1 CRITERIO
ALTO RIESGO: 2 ó 3 CRITERIOS

Pacientes con colecistitis aguda con MUY alto riesgo quirúrgico y/o
pacientes con Rockwood 7 a 9, algunos con 6

Fluidoterapia, hemocultivos, antibióticos, analgesia

¿Sospecha de colecistitis gangrenosa/
enfisematosa/ perforada?

Sí

TAC contraste
(no ins. renal)

Confirmado

Colecistostomía
percutánea. En casos muy
seleccionados valorar
colecistectomía, sobre
todo si perforación

No

¿Fallo orgánico refractario a
tratamiento de soporte inicial?

Sí

Colecistostomía percutánea con cultivo de
bilis, endoscópico si puede tolerarlo y hay
disponibilidad

No

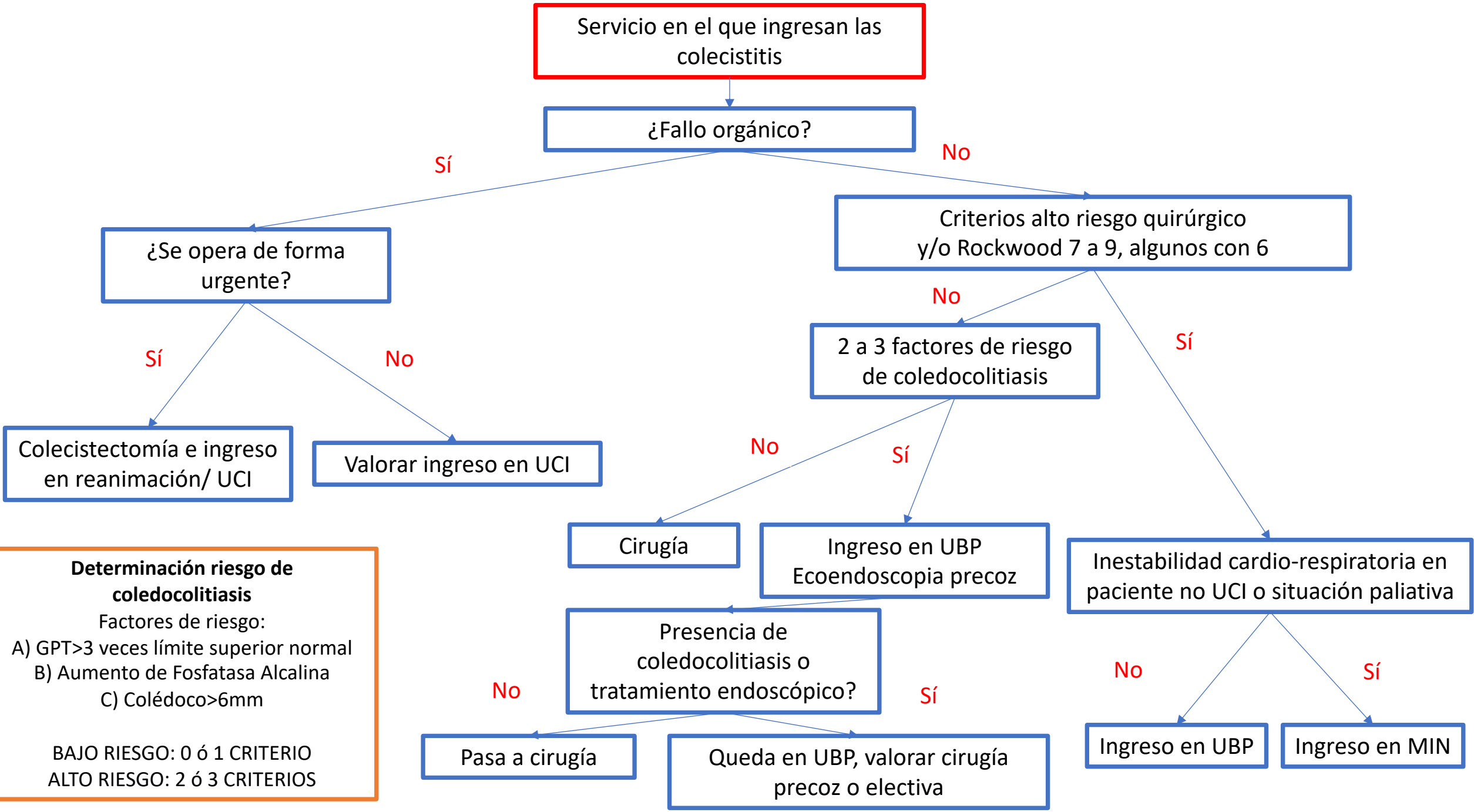
Paciente con contraindicación o imposibilidad
de endoscopia

No

Ecoendoscopia +/- CPRE
Drenaje endoscópico vesicular si
colecistitis

Sí

Tratamiento de soporte, colecistostomía percutánea + cultivo bilis si no mejoría 1-3 días,
valorar tratamiento coledocolitiasis (si la hubiere) percutáneo o drenaje percutáneo
prolongado



Servicio en el que ingresan las colecistitis

¿Fallo orgánico?

¿Se opera de forma urgente?

Criterios alto riesgo quirúrgico y/o Rockwood 7 a 9, algunos con 6

Colecistectomía e ingreso en reanimación/ UCI

Valorar ingreso en UCI

2 a 3 factores de riesgo de coledocolitiasis

Cirugía

Ingreso en UBP Ecoendoscopia precoz

Inestabilidad cardio-respiratoria en paciente no UCI o situación paliativa

Determinación riesgo de coledocolitiasis
 Factores de riesgo:
 A) GPT > 3 veces límite superior normal
 B) Aumento de Fosfatasa Alcalina
 C) Colédoco > 6mm

 BAJO RIESGO: 0 ó 1 CRITERIO
 ALTO RIESGO: 2 ó 3 CRITERIOS

Presencia de coledocolitiasis o tratamiento endoscópico?

Pasa a cirugía

Queda en UBP, valorar cirugía precoz o electiva

Ingreso en UBP

Ingreso en MIN

Tratamiento antibiótico colecistitis aguda

Gravedad	Primera elección
Medio (grado I)	Amoxi-clavulánico 1gr/8h iv o Ceftriaxona 2 gr/día iv
Moderada (grado II)	Ceftriaxona 2gr/día + metronidazol 500mg/8h Sospecha BLEE ¹ : Ertapenem 1 gr/día Manipulación biliar previa /nosocomial: Piperacilina-tazobactam 4gr/6h
Grave (grado III) Shock séptico Nosocomial	Meropenem 1gr/8h iv

Consultad evaluación alergia a beta-lactámicos (www.proax.es)

¹Factores de riesgo BLEE. colonización MDR previa, inmunosupresión, hospitalización previa, antibiótico amplio espectro (>2 semanas)

Duración: 3 días, gravedad media, cirugía/drenaje, 5-7 días, grave/no drenaje/10-14 días

Manejo de colecistostomía percutánea*

Normalización clínica/analítica y tras 1 semana desde la colecistostomía.

