MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS
DE SALUD LIMA CENTRO
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

Nº 294 -2018-DG-HEJCU

Resolución Directoral

Miraflores, 31 de Diciembre de 2018

VISTO:

El Expediente Nº 18-018516-001, que contiene el Acta de Reunión de fecha 08 de noviembre de 2018, el Informe N° 139-2018-OGC-HEJCU, emitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad, el Informe Nº 065-2018-EOM-OEPP-HEJCU, emitido por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y el Informe Nº 159-2018-OEPP-HEJCU, emitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto; y,

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que, la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla.

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo Nº 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que (...) *es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de recursos del sector; así como como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia* (...).

Que, el literal a) del artículo 7 de la precitada Ley, establece que (...) *en el marco de sus competencias, el Ministerio de Salud cumple con la función específica de regular la organización y prestación de los servicios de salud* (...).

Que, el artículo 57 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, dispone que para desarrollar sus actividades los establecimientos de salud con internamiento deben contar con los documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 414-2015-MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" del Ministerio de Salud".

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes, del mismo modo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, mediante Acta de Reunión de fecha 08 de noviembre de 2018, el Comité de Elaboración, Revisión y Actualización de las Guías de Práctica Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y los Jefes de Departamentos Asistenciales, acordaron la aprobación de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis. Dicha acta se encuentra contenida en el Expediente N° 18-018516-001.

Que, mediante Informe Nº 139-2018-OGC-HEJCU, de fecha 04 de diciembre del 2018, la Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad, solicita la revisión y aprobación de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis.

Que, según el Informe Nº 065-2018-EOM-OEPP-HEJCU, de fecha 14 de diciembre del 2018, emitido por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización, manifiesta que la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis se ha estructurado teniendo en cuenta las normas vigentes respecto a la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud, por lo que, recomienda continuar con el trámite de su aprobación correspondiente, emitiendo su opinión técnica favorable.

Que, mediante Informe Nº 159-2018-OEPP-HEJCU, de fecha 14 de diciembre del 2018, el Director Ejecutivo de la Oficina de Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, solicita la aprobación de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"; en este contexto resulta necesario expedir el acto resolutivo correspondiente.

Estando con las visaciones de la Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA y la Resolución Ministerial N°083-2018/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR la **Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa",** que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 2°.- ENCARGAR, a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la mencionada normatividad.

ARTICULO 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la Publicación de la presente Resolución en el portal web y redes sociales.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA
Director General
CMP. 32677 RNE. 17560

EEGY/SEEV/JCCF/LCD
Distribución
- Dirección General
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Comunicaciones.
- Archivo

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLECISTITIS

Perú-2018, Diciembre.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis.
Lima: HEJCU, 2018.
36 p. : 21 x 29.7 cm.
1. COLECISTITIS 2. DIAGNÓSTICO 3. MANEJO 4. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ISBN -
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2018-

© Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
Av. Roosevelt N° 6355-6375, Miraflores, Lima, Perú
Teléfono: (511) 204-0900
Correo electrónico: webmasterQhejcu.gob.pe
Página Web: www.hejcu.gob.pe

INDICE

I. Generalidades

- Presentación del problema y fundamentos para la realización de la Guía pag. 5
- Conformación del GEG pag. 5
- Siglas y acrónimos pag. 7
- Declaración de conflictos de interés pag. 7
- Antecedentes pag. 10

II. Métodos

- Alcance y objetivos de la GPC pag. 11
- Ámbito asistencial pag. 11
- Formulación de las preguntas pag. 12
- Identificación de desenlaces pag. 12
- Búsqueda de la evidencia pag. 13
- Revisión y síntesis de la evidencia identificada pag. 14
- Graduación de la evidencia pag. 14
- Formulación de las recomendaciones pag. 16
- Revisión Externa pag. 16

III. Resumen de la Guía de Práctica Clínica

- Flujogramas del manejo del problema pag. 17
- Lista completa de recomendaciones pag. 17

IV. Desarrollo de las Preguntas y Recomendaciones Basadas en la Evidencia

a. Factores de Riesgo y Prevención pag. 18

- Conceptos generales /específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones.

b. Diagnóstico pag. 19

- Conceptos generales/específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones.

c. Tratamiento pag. 21

- Conceptos generales /específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones

Hospital de Emergencias Oficina de Gestión de la Calidad José Casimiro Ulloa

d. Complicaciones pag. 24
- Conceptos generales /específicos.
- Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada.
- Graduación de la calidad de la evidencia según GRADE.
- Recomendaciones

V. Plan para actualización de la GPC pag. 26
VI. Plan para evaluación y monitoreo de la GPC pag. 26
VII. Referencias pag. 27
VIII. Anexos pag. 29

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLECISTITIS

I. GENERALIDADES:

I.1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA:

La Colecisititis aguda o crónica reagudizada es una complicación común de colelitiasis y una causa frecuente de dolor abdominal requiriendo hospitalización. La incidencia de mortalidad de la CA está disminuyendo debido a la introducción del diagnóstico avanzado herramientas para detección temprana, mejoras en conservadores tratamientos, incluidos antibióticos, líquidos intravenosos, narcóticos para el manejo del dolor y procedimientos quirúrgicos. La colecistitis aguda consiste en varias enfermedades mórbidas que van desde casos leves que son aliviados por la administración de antibióticos o que se resuelven sin la administración de antibióticos a casos graves complicados por peritonitis biliar, que requiere un tratamiento diferente estrategia.

Si no se diagnostica y se trata correctamente, puede dar lugar a complicaciones que pueden poner en riesgo la vida o salud del paciente, tales como la Peritonitis.

Dada la importancia de este tema, y por su alta prevalencia en el HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, el grupo elaborador consideró desarrollar la Guía de práctica clínica con directrices para ayudar a los profesionales de la salud que brindan la atención sanitaria en la toma decisiones clínicas basada en la mejor evidencia dada su alta frecuencia de presentación hospitalaria.

I.2. CONFORMACIÓN DEL GRUPO ELABORADOR:

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, conocedor de la actual problemática de salud, donde los errores médicos se consolidan como la tercera causa de muerte y de su causa básica: la variabilidad de la práctica clínica; surge la necesidad de estandarizar la práctica clínica a través de documentos informativos que brinden directrices con la finalidad de orientar al profesional de la salud hacia la mejor práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible, en este contexto se conformó el Comité de Guías de Práctica Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, con la finalidad de liderar el proceso de desarrollo de Tecnologías Sanitarias de la Información, el mismo que está conformado por los siguientes profesionales y funcionarios:

N°	Nombres:	Cargo:
01	M.C. Enrique Eladio Gutiérrez Yoza	Director General
02	M.C. Luis Julio Pancorvo Escala.	Director Médico
03	M.C. Sonia Elvira Vidal Escudero	Médico Anestesiólogo - Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad
04	M.C. Ana Kyralina Rodriguez Andrade.	Médica Pediatra– Integrante del Dpto. de Medicina
05	M.C. Raúl Hinostroza Castillo	Médico Cirujano General - Jefe del Dpto. de Cirugía

06	M.C. Pablo Gerardo Arredondo Manrique	Médico Cirujano General - Representante de Cirugía
07	M.C. Jaime Alberto Vásquez Yzaguirre	Médico Traumatólogo – Jefe del Dpto. de Traumatología
08	M.C. Hugo Alexis Moreno Ascencios	Médico Traumatólogo- Representante de Traumatología
09	M.C. Miguel Humberto Anduaga Muñoz	Médico Anestesiólogo- Jefe del Dpto. de Anestesiología
10	M.C. Nadja Paola Málaga Guerra	Médica Anestesióloga – Representante de Anestesiología
11	M.C. Melitón Luis Ortega Chang	Médico Neurocirujano- Jefe del Dpto. de Neurocirugía
12	M.C. Víctor Leonel Llacsa Saravia	Médico Neurocirujano- Representante de Neurocirugía
13	M.C. Ada Margarita Andía Argote	Médica Internista – Jefe del Dpto. de Medicina

El grupo elaborador de la GPC se encuentra conformado por:

N°	Nombres:	Cargo:
01	M.C. Pablo Gerardo Arredondo Manrique	Médico Cirujano General del Departamento de Cirugía – Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
02	M.C.Raúl Hinostroza Castillo	Médico Cirujano Jefe del Departamento de Cirugía – Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
03	M.C. Ada Andía Argote	Médica Internista – Departamento de Medicina- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
04		
05	M.C. Yovi Ccosi Ttito	Médico Emergenciólogo – Departamento de Medicina- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
06	M.C. Luis Herrera Quispe	Médico Intensivista –Departamento de Medicina- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
07		
08	M.C. Sonia Escudero Vidal	Médica Anestesióloga–Departamento de Anestesiología- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
09	M.C. Carolina Castilla Montes	Médico Esp. Tecnologías Sanitarias de la Información- Oficina de Gestión de Calidad
10	Lic. Lourdes Pacheco Medina	Enfermera Supervisora- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

El grupo revisor de la GPC se encuentra conformado por:

N°	Nombres:	Cargo:
01	M.C. Luis Poggi	Médico Cirujano General de Clinica Angloamericana
02	M.C. Fernando Schiafino	Médico Cirujano General de Clinica Ricardo Palma.

I.3. SIGLAS Y ACRÓNIMOS:

SIGLAS:

- CA: Colecisititis Aguda.
- CC: Colecisitits Crónica
- PL: Peritonitis Localizada.
- CA+PL: Colecistititis Aguda + Peritonitis Localizada.
- CA+PG: Colecistitis Aguda + Peritonitis Generalizada.
- FD: Flanco derecho.
- LCP: Lavado de cavidad peritoneal.
- TCSC: Tejido celular subcutáneo.
- PC: Puntos continuos.
- PS: Puntos separados.

I.4. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES:

Los miembros del Grupo Elaborador de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis declaran no tener ningún conflicto de interés, siendo el único objetivo del GEG, el desarrollo de la presente Guía con la finalidad de estandarizar la práctica asistencial en lo que diagnóstico y manejo oportuno de la Colecistitis Aguda y reagudizada.

El formato empleado y suscrito por el grupo elaborador, es el siguiente:

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Por favor conteste cada una de las preguntas. Si su respuesta a cualquiera de ellas es "si", describa brevemente las circunstancias en la última página de este formulario.
El término "si" se refiere a usted o sus familiares más cercanos (esposa o pareja con quien usted tenga una relación personal o similar y sus hijos). "Entidad comercial" incluye cualquier negocio o asociación industrial, institución de investigación u otra empresa cuyo financiamiento es derivado principalmente de fuentes comerciales con un interés relacionado al tema o materia de la reunión o trabajo. "Organización" incluye organización gubernamental, internacional o sin fines de lucro. "Reuniones", incluye una serie de reuniones.

1. Empleo y consultorías.
Dentro de los pasados 4 años, ha recibido usted algún tipo de remuneración de una entidad comercial o de alguna otra organización, con interés en el área objeto del presente grupo de trabajo.

1a Empleado	Si	No
1b Consultor (incluye servicios de asesoría técnica entre otros)	Si	No

2. Apoyo a la Investigación
Dentro de los pasados 4 años, usted o su investigación ha recibido financiamiento de una entidad comercial o de otro tipo de organización con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.

2a Apoyo en la investigación, incluye financiamiento, colaboración, auspicio, y otro tipo de transferencia de fondos.	Si	No
2b Apoyo no-monetario valorado en más de S/1000 en total (incluye equipamiento, instalaciones, asistentes de investigación, pago de viajes a reuniones de trabajo etc.)	Si	No
2c Apoyo incluye honorarios) por pertenecer a un grupo de conferencistas, dar conferencias, o entretenimiento para Instituciones comerciales u otros, organización con algún tipo de interés en el área de estudio del presente grupo de trabajo.	Si	No

3. Interés de Inversión
Tiene usted actualmente inversiones (valoradas en más de S/.10.000) en una Institución comercial con algún Interés en el de estudio del presente grupo de trabajo. Por favor incluir inversiones indirectas.

3a. Acciones, bonos y otras opciones de manejo de valores	Si	No
3b Intereses en empresas comerciales (por ejemplo: propiedades. Asociaciones, empresas, membresías o manejo de interés de empresas).	Si	No

4. Propiedad Intelectual
tiene usted derechos sobre alguna prioridad intelectual que puede ser beneficiada o perjudicada por los resultados del presente grupo de trabajo.

4a Patentes, marcas o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes)	Si	No
4b Propiedad sobre "conocimientos de cómo se produce" en una mañana, tecnológica o proceso.	Si	No

5. Posiciones o declaraciones publicas

5a Como parte de un proceso regulatorio. Legislativo o judicial, ha usted proveído una opinión o testimonio de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo para una entidad comercial u otro tipo de organización.	Si	No
5b Ha ocupado usted algún cargo o puesto de trabajo en alguna entidad, de forma remunerada o no remunerada, en la cual usted habrá representado los interese o defendido alguna posición relacionados de estudio del presente grupo de trabajo.	Si	No

6. Información adicional

6a Si no lo ha declarado aun, ha trabajado usted para algún competidor del producto del área de estudio del presente grupo de trabajo, o su confidencial de propiedad de un competidor o crear para usted una ventaja competitiva personal, profesional, financiera o de negocios.	Si	No
6b En su conocimiento el resultado del presente grupo de trabajo podría beneficiar o afectar adversamente los intereses de una tercera parte con quien usted tiene intereses comunes sustanciales en el ámbito personal, profesional, financieros o de negocios.	Si	No
6c Excluyendo al Ministerio de Salud, alguna entidad ha pagado o contribuido con sus gastos de traslado en conexión con este grupo de trabajo.	Si	No
6d Ha recibido usted algún pago (aparte de costos de traslado) u honorarios para hablar públicamente en la materia de este grupo de trabajo.	Si	No
6e existe algún aspecto en su historial o circunstancias personales no abordados aun que puedan ser percibidos como que pueden influenciar en su objetividad e independencia.	Si	No

7. Tabaco, Alcohol y Comida Rápida (responda estas preguntas sin considerar su implicancia con el área de interés del presente grupo de trabajo)

Dentro de los pasados 4 años ha sido empleado o recibido apoyo para investigación u otra forma de financiamiento o ha tenido alguna otra relación profesional con alguna entidad directamente involucrada con la producción, manufactura, distribución o venta de tabaco, alcohol comida rápida o representados sus intereses de alguna de estas entidades.	Si	No

8. explicación de las respuestas afirmativas

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue un "si", describa las circunstanciasen que esto se ha dado en el siguiente cuadro. Si usted no describe la naturaleza del potencial conflicto de interés o si usted no describe la magnitud o valor involucrado cuando sea relevante, el conflicto será asumido como significativo.	Si	No

Núm. 1-4 Tipo de interés, numero de pregunta y categoría (ej.: propiedad intelectual, 4a derechos de autor) y una descripción básica de los detalles	Nombre de la compañía, organización o institución	Pertenece a usted, un miembro de su familia, unidad de investigación u otro	Cantidad de ingreso o valor de interés (si no se especifica se asumirá como significativo)	Interés actual (o año en que terminó.
Número 5-6: Describe el tema, las circunstancias específicas, las partes involucradas y cualquier otro detalle relevante				

Consentimiento a revelación de información

Al completar y firmar este formato, yo doy consentimiento a que se revele cualquier potencial conflicto de interés a los otros integrantes del grupo de trabajo y en el reporte de resultados del producto de trabajo.

Declaración:

Yo declaro por mi honor que la información anteriormente descrita, es verdadera y completa hasta donde tengo conocimiento.

Si hubiera algún cambio en la información provista, yo notificaré inmediatamente al personal debidamente responsable y llenaré una nueva declaración de conflicto de interés que describa los cambios ocurridos. Esto incluye cualquier cambio antes y durante las reuniones de trabajo, así como durante el periodo de publicación de los resultados obtenidos o cualquier actividad concerniente al tema de este grupo de trabajo.

(Tomado del Formato de Conflicto de Intereses de la OPS.)

Fecha:

Firma:

I.5. ANTECEDENTES:

La presente Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis, cuenta con una Guía de Práctica Clínica como antecedente en el Establecimiento de Salud – Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, dado que la versión previa no se ajusta a los criterios señalados por la actual metodología, y siendo necesario actualizarla, dada su fecha de caducidad, se desarrolló esta nueva versión considerando las disposiciones de la normativa vigente.

II. MÉTODOS:

II.1. ALCANCE Y OBJETIVOS:

ALCANCE:

El alcance de la presente guía, es para su uso en el servicio de emergencia y hospitalización de un establecimiento nivel III que cuente con equipamiento para cirugías laparoscópicas.

OBJETIVOS:

Establecer las recomendaciones para determinar el diagnóstico y establecer el manejo más adecuado y seguro de la Colecistitis aguda y reagudizada en pacientes adultos con la finalidad de optimizar y estandarizar el procedimiento de atención sanitaria, fomentando la toma de decisiones basada en evidencia y el uso racional de los recursos.

- Brindar recomendaciones sustentadas en la medicina basada en evidencia sobre el diagnóstico y manejo óptimo de la Colecistitis
- Establecer un sistema de clasificación estandarizado y útil que permita la toma de decisiones terapéuticas más apropiadas al caso clínico.
- Favorecer el uso apropiado de los recursos en la emergencia, para la valoración del cuadro clínico y sus secuelas asociadas.
- Contribuir a la disminución de las secuelas asociadas a la Colecistitis.

II.2. AMBITO ASISTENCIAL:

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa es un establecimiento de salud de nivel III-1 especializado en la atención exclusiva de Emergencias (Prioridad I) y Urgencia Mayor (Prioridad II), razón por la cual atiende cuadros quirúrgicos y médicos que por su carácter de emergencia pueden ocasionar complicaciones e incluso la muerte, si no son diagnosticados y manejados con oportunidad.

II.2.1. USUARIOS DIANA DE LA GUÍA

Esta guía será de particular interés para los profesionales de la salud que prestan sus servicios en emergencias y desastres, medicina interna, y Cirugía; y todo el personal de salud encargado de la atención de pacientes con Colecistitis.

II.2.2. POBLACIÓN BLANCO

Pacientes con sospecha clínica de Colecistitis Aguda y Reagudizada, que acudan al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

II.3. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTAS CLÍNICAS:

Se formularon las siguientes preguntas clínicas las cuales intentaran ser respondidas por la presente Guía de Práctica Clínica:

1. ¿Cuáles son las definiciones de Colecistitis Aguda o Reagudizada y Crónica?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para la aparición de un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada?
3. ¿Cuáles son los síntomas y signos tempranos sugestivos de un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada?
4. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales para un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o Reagudizada?
5. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas más sensibles y específicas para diagnosticar un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada?
6. ¿Qué consideraciones deben tenerse en cuenta para diagnosticar un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada en mujeres gestantes?
7. ¿Cuáles son las principales complicaciones para un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o reagudizada por falta de oportunidad en el diagnóstico?
8. ¿Cuáles son las medidas generales para un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda y reagudizada?
9. ¿Cuál es la cirugía más adecuada para intervenir a un paciente con un cuadro clínico sospecho de Colecistitis Aguda?
10. ¿Cómo debe ser la antibiótico profilaxis y la terapéutica antibiótica en la Colecistitis Aguda o Reagudizada?
11. ¿Cuáles son las complicaciones intraoperatorias y post operatorias más frecuentes de un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o reagudizada?
12. ¿Cuál es el número de intervenciones para lograr una intervención laparoscópica de la Colecistitis Aguda y Reagudizada sin riesgos para el paciente?
13. ¿En qué situaciones se debería utilizar drenajes?
14. ¿Cuál es la mortalidad de la Cirugía Laparoscópica de Emergencia vs Electiva?

II.4. IDENTIFICACIÓN DE DESENLACES O OUTCOMES:

Los outcomes o desenlaces identificados son:

1. Mejorar la precisión diagnóstica de un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o Reagudizada, basada en la identificación oportuna de signos y síntomas característicos y exámenes de apoyo al diagnóstico.
2. Mejorar la oportunidad en el diagnóstico de un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o Reagudizada.
3. Disminuir la morbimortalidad asociado a la Colecistitis Aguda o Reagudizada.
4. Disminuir la morbimortalidad asociado a las complicaciones intra y post operatorias de la Colecistitis Aguda o Reagudizada.

II.5. BUSQUEDA DE EVIDENCIA:

II.5.1. TÉRMINOS DE BUSQUEDA:

La búsqueda de la mejor evidencia disponible se realizó en 02 buscadores científicos Medline-Pubmed y Lilacs. Siendo los términos de búsqueda los siguientes:

Para Medline:

Termino MESH: "acute cholecystitis"

("cholecystitis, acute"[MeSH Terms] OR ("cholecystitis"[All Fields] AND "acute"[All Fields]) OR "acute cholecystitis"[All Fields] OR ("acute"[All Fields] AND "cholecystitis"[All Fields])) AND ((Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2013/08/31"[PDat] : "2018/08/29"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]).

Filtros: Guideline, Practice guideline, Systematic Reviews.

- Free full text
- 5 years
- Humans

De 9354 estudios se procedió al filtrado bajo los criterios ya descritos y se obtuvo 17 resultados. Fueron descartados 12 por no responder a las preguntas PICO formuladas.

Termino MESH: "chronic cholecystitis"

(chronic[All Fields] AND ("cholecystitis"[MeSH Terms] OR "cholecystitis"[All Fields])) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb]) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2013/08/31"[PDat] : "2018/08/29"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

Filtros: Guideline, Practice guideline, Systematic Reviews.

- Free full text
- 5 years
- Humans

De 3843 estudios se procedió al filtrado bajo los criterios ya descritos y se obtuvo 02 resultados. Fueron descartados 1 por no responder a las preguntas PICO formuladas.

Para LILACS:

Término de búsqueda: "colecistitis".

colecistitis AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS") AND mj:("Colecistitis" OR "Colecistectomía" OR "Colecistectomía Laparoscópica"))

II.5.2. RESULTADOS DE BUSQUEDA:

Termino MESH: "acute cholecystitis" se aplicaron los siguientes filtros:

FILTROS: Guideline, Practice guideline, Systematic Reviews.

- Free full text
- 5 years
- Humans

De 9354 estudios se procedió al filtrado bajo los criterios ya descritos y se obtuvo 17 resultados. Fueron descartados 12 por no responder a las preguntas PICO formuladas.

Termino MESH: "chronic cholecystitis" se aplicaron los siguientes filtros:

FILTROS: Guideline, Practice guideline, Systematic Reviews.

- Free full text
- 5 years
- Humans

De 3843 estudios se procedió al filtrado bajo los criterios ya descritos y se obtuvo 02 resultados. Fueron descartados 1 por no responder a las preguntas PICO formuladas.

Término de búsqueda: "colecistitis" se aplicaron los siguientes filtros.

- Colecistitis
- Colecistectomia laparoscópica
- Colecistectomía
- 2013-2016

De 518 estudios se procedió al filtrado bajo los criterios ya descritos y se obtuvo 02 resultados. Fueron descartados 1 por no responder a las preguntas PICO formuladas.

II.6. REVISIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA IDENTIFICADA

De los resultados de la búsqueda obtenida, se revisaron 19 estudios de Medline y 1514 de LILACS, la primera fase de la revisión, consistió en seleccionar estudios en idiomas inglés, español y portugués, asimismo se revisaron los abstracs y se excluyeron estudios que requirieran algún pago, considerando sólo aquellos estudios Free Full Tex, realizados en humanos y con una antigüedad no mayor a 5 años, resultando finalmente 6 estudios en Medline y en LILACS 48 estudios, los cuales fueron revisados sistemáticamente, donde se evaluó la calidad y el nivel de evidencia, utilizando el AMSTAR para las revisiones sistemáticas y el AGREE II para las Guías de Práctica Clínica.

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
Oficina de Gestión de la Calidad

III.7. GRADUACIÓN DE LA EVIDENCIA:

La adquisición y jerarquización de la evidencia, así como la posterior formulación de recomendaciones, constituyen la base del desarrollo de las guías de práctica clínica. Sistemas de graduación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones han existido muchos y actualmente se va imponiendo el modelo Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE). En el sistema GRADE la calidad de la evidencia se clasifica, inicialmente, en alta o baja, según provenga de estudios experimentales u observacionales; posteriormente, según una serie de consideraciones, la evidencia queda en alta, moderada, baja y muy baja. Para la presente Guía de Práctica Clínica se evaluaron Estudios Clínicos Aleatorizados y Estudios Caso Control.

II.7. GRADUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES:

El grupo de trabajo de la Guía ha desarrollado y directrices graduando las recomendaciones y evaluando la calidad de la evidencia de apoyo de acuerdo con el enfoque GRADE para el diagnóstico.

Calidad de las pruebas (Confianza en las estimaciones disponibles de los efectos del tratamiento) se clasifica como: alta, moderada, baja o muy baja base a la consideración del riesgo de sesgo, la franqueza, la coherencia y la precisión de las estimaciones. Alta calidad la evidencia indica que estamos muy seguros que el efecto verdadero está cerca de la de la estimación del efecto. Las pruebas de calidad moderada indica la confianza moderada, y que el verdadero efecto es probable que cerca de la estimación del efecto, pero hay una posibilidad que es sustancialmente diferente. Baja calidad la evidencia indica que nuestra confianza en el estimación del efecto es limitado, y que el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente. Pruebas de muy baja calidad indica que la estimación del efecto de las intervenciones es muy incierto, el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto y más investigación es probable que tenga importantes potencial para reducir la incertidumbre. La fuerza de las recomendaciones se expresa ya sea como fuerte o débil y tiene implicaciones explícitas. La comprensión de la interpretación de estos dos grados es esencial para la toma de decisiones clínicas.

II.8. FORMULACIÓN DE LA RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones han sido formuladas bajo la metodología de graduación GRADE y previa evaluación de la evidencia, siguiendo la siguiente metodología:

Diagnóstico de la CA ⟶ **Título que responde a la pregunta clínica.**

Número de la Recomendación. **Nivel de Graduación de la Evidencia.**

N°	NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN:	NIVEL DE RECOMENDACIÓN:
1	B: MODERADO	El diagnóstico de la CA se fundamenta en la clínica y aunque un porcentaje de pacientes presenta un cuadro clínico inespecífico…	Débil a Favor

El cuerpo de la Recomendación o Recomendación que contribuye a disipar la duda clínica.

Señala el Nivel de Graduación de la Recomendación.

II.9. REVISIÓN EXTERNA:

La revisión externa estuvo a cargo de médicos especialistas en diagnóstico y manejo de la colecistitis Aguda y Reagudizada, y de un médico especialista en metodología, que presten servicios en un establecimiento nivel III para el caso de los especialistas, quienes analizaran las recomendaciones consignadas en la presente Guía de Práctica Clínica, desde la perspectiva técnico científica y metodológica, cómo la evaluación de los criterios de aceptabilidad y aplicabilidad.

Validación

La revisión de las recomendaciones estuvo a cargo de :

M.C. Pablo Gerardo Arredondo Manrique; Cirujano General, que presta servicios en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, egresado de la Universidad Particular San Martín de Porres.

Revisores Externos
La revisión metodológica estuvo a cargo de:
M.C. Carolina Castilla Montes. Medico Especialista en Tecnologias Sanitarias de la Información.

De la Aplicabilidad de la Guía Clínica

La presente Guía de Práctica Clínica es aplicable por su diseño y por la información dirigida a múltiples sectores, quienes han participado en el proceso de elaboración de la misma.

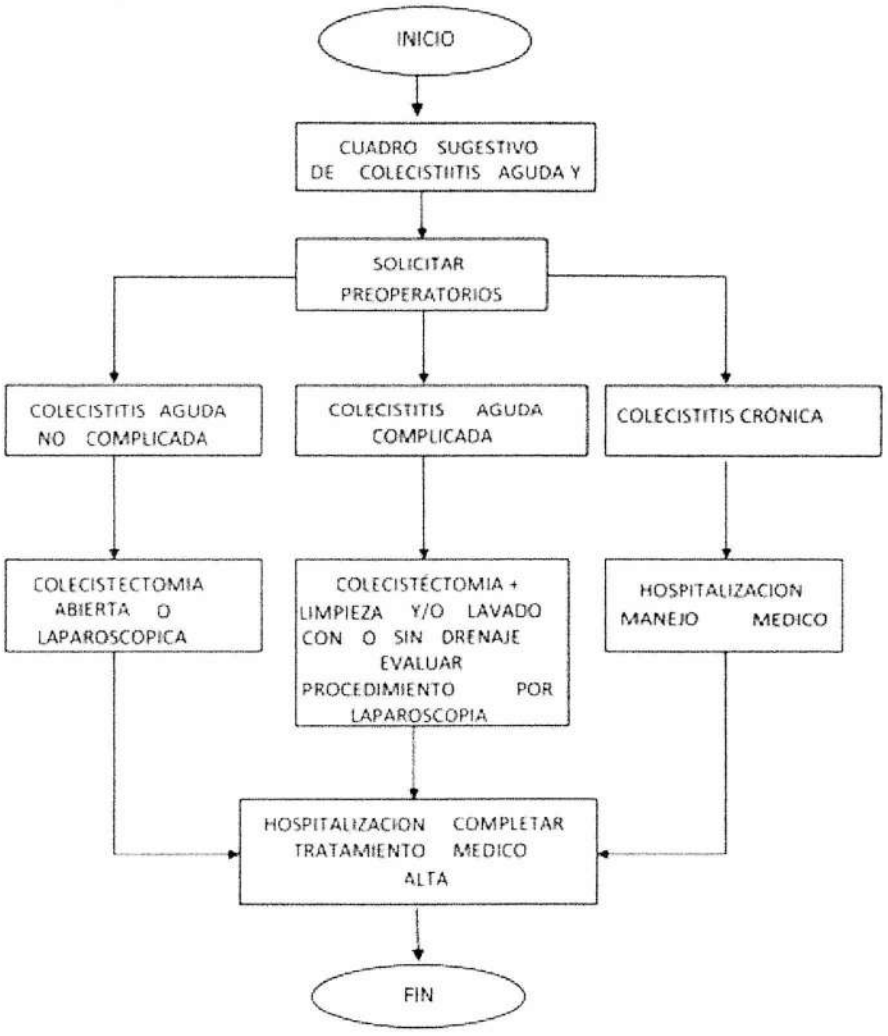
De los Derechos y Representatividad de los Pacientes

Se llevó a cabo la evaluación de la Guía para obtener sus comentarios, por la representante de los pacientes Sr. De la Cruz Santos Rafael , a quien se le entregó una copia de la Guía de Práctica Clínica y una hoja en blanco para que formule sus dudas y nos presente sus sugerencias, las cuales fueron absueltas en su totalidad, antes de realizar la aplicación de la Guía en el público objetivo.

III. RESUMEN DE LA GPC:

El resumen de las recomendaciones vertidas en la presente guía, serán presentadas en un formato que consolide las recomendaciones y se ciña a lo dispuesto por la NTS, será presentado en la versión resumida, la cual se adjunta al presente documento, con la intención de guiar a los profesionales de la salud en forma rápida ante la presencia de un caso sospechoso de Colecistitis Aguda y Crónica Reagudizada.

III.1. FLUJOGRAMA:



III.2. LISTA COMPLETA DE RECOMENDACIONES:

Se encuentran listadas en los anexos.

IV. DESARROLLO DE PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA

a. Factores de Riesgo y Prevención:

La Colecistitis aguda o reagudizada es una de las condiciones quirúrgicas más comunes a la que se enfrentan los médicos de emergencias, pese a que existen factores de riesgo y son conocidos, el diagnóstico y manejo se basa en la presentación del cuadro clínico y la prevalencia por grupo etáreo y género.

1. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son las definiciones de Colecistitis Aguda o Reagudizada y Crónica?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
B:Calidad Moderada	COLECISITITIS AGUDA: La colecistitis aguda es una complicación común de colelitiasis y una causa frecuente de dolor abdominal requiriendo hospitalización. La incidencia de mortalidad de la CA está disminuyendo debido a la introducción del diagnóstico avanzado herramientas para detección temprana, mejoras en conservadores tratamientos, incluidos antibióticos, líquidos intravenosos, narcóticos para el manejo del dolor y procedimientos quirúrgicos. La colecistitis aguda consiste en varias enfermedades mórbidas que van desde casos leves que son aliviados por la administración de antibióticos o que se resuelven sin la administración de antibióticos a casos graves complicados por peritonitis biliar, que requiere un tratamiento diferente estrategia.	Débil a Favor
C:Calidad Baja	COLECISTITIS CRÓNICA: colecistitis crónica, la inflamación e irritación de la vesícula biliar que persiste en el tiempo como resultado de episodios repetidos de colecistitis aguda. En última instancia, los daños en las paredes de la vesícula biliar pueden hacer que el órgano se ensanche, se encoja y pierda su capacidad para funcionar correctamente. (scielo- Cuba 2012).	Débil a Favor
A:Calidad Alta	COLECISTITIS CRÓNICA REAGUDIZADA O AGUDIZADA?: La Colecistitis crónica agudizada es el proceso inflamatorio que se produce como consecuencia de la obstrucción del flujo de salida de la bilis de la vesícula biliar y que generalmente se asociada a la presencia de cálculos lo que favorece la distensión de la vesícula y a la proliferación bacteriana. (GPC IMSS 2014)	Fuerte a favor

2. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son los factores de riesgo para la aparición de un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
C: Calidad Baja	**Estilos de Vida** • Edad mayor de 60 años. • Obesidad • Multiparidad • Diabetes Mellitus • Consumo de alcohol	Débil a Favor
C: Calidad Baja	**Factores hereditarios** • Sexo femenino • Hipercolesterolemia (asociado a consumo excesivo de grasas). • Antecedentes familiares de enfermedad biliar • Enfermedades hemolizantes • Inmunosupresión	Débil a Favor

b. Diagnóstico y Pruebas Diagnósticas:

3. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son los síntomas y signos tempranos sugestivos de un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
C: Calidad Baja	De acuerdo a un estudio que evalúa los criterios diagnósticos para manejo de colecistitis aguda de la Guía de Tokio 2013, la edad promedio para colecistitis fue de 42 ± 18 años y el 67% fueron mujeres.	Débil a Favor
C: Calidad Baja	Con respecto a los criterios fiebre y leucocitosis, sólo el 4% de los pacientes con Colecistitis Aguda intervenidos y corroborados con Anatomía Patológica presentaron fiebre, de la misma forma, el 51% de los pacientes presentó leucocitosis en el hemograma, por lo tanto estos criterios diagnósticos requieren ser evaluados en conjunto con otros criterios y no en forma individual.	Débil a Favor

4. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales para un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o Reagudizada?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
C: Calidad Baja	El cuadro clínico varía dependiendo de la patología biliar: • Colelitiasis. • Colecistitis Aguda. • Coledocolitiasis. • Colangitis.	Débil a Favor

5. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas más sensibles y específicas para diagnosticar un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
C: Calidad Baja	Ecográficamente, solo el 41% de los pacientes presentó signos de colecistitis aguda. Lo que nos lleva a pensar que la ecografía es útil para el diagnóstico, pero de no encontrarse signos no es criterio para descartar el cuadro de colecistitis aguda.	Fuerte a Favor
C: Calidad Baja	Para confirmar el diagnóstico, todos los pacientes que presenten sospecha de colecistitis calculosa aguda se someterán a un estudio de laboratorio estándar y a un examen de ultrasonido del abdomen o una tomografía computarizada con contraste si los resultados del ultrasonido no son concluyentes.	Fuerte a Favor

6. **Pregunta Clínica:** ¿Qué consideraciones deben tenerse en cuenta para diagnosticar un cuadro de Colecistitis Aguda o Reagudizada en mujeres gestantes?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACION
A: Calidad Alta	En paciente mujeres con amenorrea con dolor abdominal abdominal, debe descartarse la gestación con pruebas inmunológicas como primer paso de la atención.	Fuerte a Favor
C: Calidad Baja	La presencia de leucocitosis está presente durante el embarazo en forma habitual, llegando incluso a cuentas de 16,000 cel/mm o más durante el parto, por lo cual este parámetro no puede ser considerado como especifico, e incluso la presencia de neutrofilia pueden hacernos sospechar de un cuadro de apendicitis aguda pero no es confirmatorio.	Débil a Favor

Hospital de Emergencias Oficina de Gestión de la Calidad "José Casimiro Ulloa"

C: Calidad Baja	Asimismo la elevación de la PCR en una paciente gestante sospechosa de un cuadro de colecistitis aguda tampoco es específica. Se cuenta con evidencia de haber encontrado valores por encima de 55mg/l en pacientes gestantes con apendicitis perforada.	Débil a Favor
B:Calidad Moderada	Siendo el diagnóstico diferencial la infección de vías urinarias altas, se debe tener en cuenta para el examen de orina de una infección de vías urinarias una cuenta de leucocitos mayor a 20 por campo o nitritos positivos.	Fuerte a Favor

7. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son las principales complicaciones para un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o reagudizada por falta de oportunidad en el diagnóstico?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
C: Calidad Baja	El riesgo de sufrir perforación es más frecuente entre las 24 y 72 horas de haber iniciado el dolor (preferentemente en pacientes adultos jóvenes y en mujeres no embarazadas), por lo que se sugiere realizar el diagnóstico oportunamente para evitar complicaciones.	Débil a Favor

c. **Tratamiento:**

8. **Pregunta Clínica:** ¿Cuáles son las medidas generales para un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda y Reagudizada?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
B:Calidad Moderada.	Se recomienda la observación activa, en ausencia de un cuadro de Peritonitis, siempre que el cuadro clínico no sea claro. La observación activa, extendida generalmente a 48 h después de la admisión del paciente, basándose en la evaluación clínica, ecografías, hidratación y el tratamiento con antibióticos reduce el número de Cirugías en más de la mitad de los casos.	Fuerte a Favor
B:Calidad Moderada.	La colecistitis aguda es una complicación grave común de los cálculos biliares. La mortalidad reportada de colecistitis aguda es aproximadamente del 3%, pero la tasa aumenta con la edad o la comorbilidad del paciente. Si se retrasa el tratamiento apropiado, pueden surgir complicaciones como consecuencia de un pronóstico grave.	Fuerte a Favor
B:Calidad Moderada.	Se debe considerar la gravedad de la enfermedad y el riesgo operacional del paciente. En aquellos con altos riesgos operacionales, el drenaje de la vesícula	Fuerte a favor

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

	biliar se puede realizar como una alternativa. Actualmente, el drenaje percutáneo y endoscópico están disponibles y muestran éxito clínico en la mayoría de los casos.	

9. **Pregunta Clínica:** ¿Cuál es la cirugía más adecuada para intervenir a un paciente con un cuadro clínico sospecho de Colecistitis Aguda?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
B: Calidad Moderada.	El estándar actual de atención en la colecistitis aguda es una colecistectomía laparoscópica temprana con la administración adecuada de líquidos, electrolitos y antibióticos.	Fuerte a Favor
B: Calidad Moderada.	Después de recuperarse de la colecistitis aguda, los pacientes que se han sometido a drenaje deben considerarse para la colecistectomía como un tratamiento definitivo.	Débil a Favor
B:Calidad Moderada.	Sin embargo, en pacientes de edad avanzada o pacientes con comorbilidad significativa, los riesgos operativos pueden ser aún elevados, lo que hace que la colecistectomía sea inapropiada. En estos pacientes, se puede considerar la extracción de cálculos biliares utilizando el tracto percutáneo o la endoscopia.	Fuerte a Favor
B:Calidad Moderada	En operaciones técnicamente difíciles para la colecistitis aguda, el grado de severidad revisado de las guías de Tokio se correlaciona con el número y la gravedad de las complicaciones. Sin embargo, la realización prevista de la colecistectomía laparoscópica en lugar de la colecistectomía abierta en operaciones difíciles predice resultados beneficiosos más amplios que el grado de gravedad.	Fuerte a Favor
A:Calidad Alta	Basados en 6 ensayos controlados y aleatorios, se llevó a cabo la evaluación económica, la literatura existente fue compilada y analizada para estimar el costo-efectividad incremental de Early Laparoscopic cholecystectomy (ELC) versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy. Llegando a la conclusión que las intervenciones tempranas y oportunas como la ELC son rentables desde la perspectiva del NHS, por lo cual se deben revisar las directrices existentes y considerar establecer políticas orientadas a la intervención temprana de la colecistitis.	Débil a Favor

	Los hallazgos de este estudio abogan por que el ELC se convierta en una práctica estándar, no solo desde la perpectiva económica sino desde la perspectiva de reducción de riesgos sanitarios y mejora de la calidad de vida.	
B:Calidad Moderada	El riesgo de infección postoperatoria se reduce en la colecistectomía laparoscópica como resultado de evitar el contacto del espécimen con la pared abdominal durante su extracción. Para ello se puede utilizar una "endobag", incluso el mismo trocar u otro dispositivo que cumpla la función de brindar protección a la pared abdominal.	Débil a Favor
B:Calidad Moderada	El lavado peritoneal completo es el pilar del tratamiento laparoscópico y es obligatorio en pacientes con peritonitis, Perforación o absceso.	Débil a Favor

10. **Pregunta Clínica:** ¿Cómo debe ser la antibiótico profilaxis y la terapéutica antibiótica en la Colecistitis Aguda o Reagudizada?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
B:Calidad Moderada	Consideramos que la profilaxis antibiótica (antibióticos perioperatorios para prevenir la infección asociada con la cirugía) es apropiada si se administraron los antibióticos y la dosis correctos dentro de los 60 minutos previos al tiempo de incisión registrado en el registro quirúrgico 16 o si se administraron antibióticos con fines terapéuticos antes de la cirugía adecuada cobertura profiláctica.	Fuerte a Favor
B:Calidad Moderada	Las decisiones terapéuticas con antibióticos (para el tratamiento de enfermedades quirúrgicas o complicaciones sépticas intraabdominales) se consideraron apropiadas si la condición requirió tratamiento con antibióticos y el paciente recibió el agente y la dosis recomendados, o si la condición no requirió antibióticos y ninguno se administró.	Fuerte a Favor
B:Calidad Moderada	La duración de la terapia con antibióticos en algunos pacientes puede presentar sobretratamiento sustancial sin proveer ningun beneficio adicional. Un ensayo grande reciente no mostró diferencias significativas en el outcome infección post operatoria, cuando la duración del uso de antibióticos fue acortado a 4 días.	Fuerte a Favor
B:Calidad Moderada	Se sugiere tomar en cuenta las alergias documentadas de los pacientes al determinar las prescripciones adecuadas de antibióticos, y considerar que el antibiótico recomendado por la guía sea el correcto. De lo contrario, clasificamos el uso de antibióticos como inapropiado y se describieron los motivos.	Fuerte a Favor

Hospital de Emergencias Oficina de Gestión de la Calidad "José Casimiro Ulloa"

d. Complicaciones:

11. Pregunta Clínica: ¿Cuáles son las complicaciones intraoperatorias y post operatorias más frecuentes de un cuadro sospechoso de Colecistitis Aguda o reagudizada?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
D: Calidad Muy Baja	La colecistectomía laparoscópica puede implicar complicaciones del conducto biliar que son difíciles de manejar y presentan una alta morbilidad. Dos factores importantes en la etiopatogenia de las lesiones del conducto biliar son la exposición inadecuada del triángulo de Calot y los cambios anatómicos en el área diseccionada, principalmente debido a la colecistitis de larga duración.	Débil a Favor
D: Calidad Muy Baja	De acuerdo a un estudio observacional, donde se estudiaron pacientes a lo largo de 9 años, se determinó que la colangiografía intraoperatoria se realizó en el 20,4% de los pacientes, el tiempo operatorio promedio fue de 64.9 minutos (SD 33.9), la tasa de conversión fue 5.18%, la estancia hospitalaria media después de la operación fue de 2.88 días, en el 0.47% se encontró Coledocolitiasis residual y se observó complicaciones en el 9.23%, de las cuales 0.003% fueron severas.	Débil a Favor
D: Calidad Muy Baja	Entre las lesiones halladas, en el 1.31% se encontraron lesiones del conducto biliar, sección parcial del conducto biliar común, estenosis del conducto hepático debido a recorte, sección completa del conducto hepático durante la cirugía de derivación biliopancreática y drenaje con T de Kehr para pacientes con bilis intraabdominal.	Débil a Favor

12. Pregunta Clínica: ¿Cuál es el número de intervenciones para lograr una intervención laparoscópica de la Colecistitis Aguda y Reagudizada sin riesgos para el paciente?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
D:Calidad Muy Baja	La experiencia laparoscópica previa es importante para el logro de la Colecistectomía Laparoscópica. Al inicio del aprendizaje laparoscópicos se requiere un mínimo de 20 procedimientos antes de iniciar con casos complicados. Por lo general, el número de 20 casos se alcanza durante la etapa de formación en la Residencia de Cirugía. No existe bibliografía que establezca una cifra optima respecto del número de procedimientos mínimos para la adquisición de la competencia, pero por consenso se establece que es importante determinar el número de cirugías necesarias para dominar la técnica. (E-Consenso de Expertos).	Débil a Favor

13. **Pregunta Clínica:** ¿En qué situaciones se debería utilizar drenajes?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
A: Calidad Alta	El uso de drenajes no debe ser usado en forma rutinaria, debe ser utilizado cuando ocurren abscesos o en situaciones de alto riesgo, por ejemplo, en ancianos o en presencia de desnutrición, enfermedades crónicas o terapia con esteroides. El uso del drenaje en forma innecesaria puede ser incluso nocivo en algunos casos, como sugiere un metanálisis. Sin embargo, se acepta en los casos de Peritonitis o para abscesos localizados.	Fuerte a Favor

14. **Pregunta Clínica:** ¿Cuál es la mortalidad de la Cirugía Laparoscópica de Emergencia vs Electiva?

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN
B: Calidad Moderada	En un estudio de 2009 a 2014 en Brasil, hubo 250,439 colecistectomía laparoscópica y el 74.6% fueron optativas. La mortalidad en el grupo de emergencia fue 4.8 veces mayor en comparación con el grupo electivo.	Fuerte a Favor

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
Oficina de Gestión de la Calidad

V. PLAN DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA Y REAGUDIZADA

Esta guía tiene una vigencia de entre 3 a 5 años y deberá iniciar el proceso de actualización 06 meses previos a su fecha de caducidad, siguiendo las pautas descritas en la NTS para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.

PLAN DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN	FECHA DE CADUCIDAD
	15-Dic.-2018.	15-Dic.-2021.
INICIO DE LA ACTUALIZACIÓN	INICIO ACTUALIZACIÓN	FINAL DE ACTUALIZACIÓN
	15-Mar-2021.	14-Set-2021.

VI. PLAN PARA LA EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA Y REAGUDIZADA.

La evaluación y monitoreo del cumplimiento de la presente Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis Aguda y Reagudizada, estará a cargo de las Jefaturas de Departamentos de las áreas quirúrgicas que presenten casos de Colecistitis Aguda y Reagudizada o de las complicaciones que devengan del cuadro inicial.

INDICADORES	UNID MEDIDA	PERIODICIDAD	META
% ADHERENCIA A GPC DE APENDICITIS AGUDA	%	TRIMESTRAL	>80%
Porcentaje de profesionales de la salud que se adhieren a la GPC de Colecistitis Aguda y Reagudizada.			
Porcentaje de historias clínicas de que se adhieren a la GPC de Colecistitis Aguda y Reagudizada.			

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Loozen CS, Kortram K, Kornmann VN, van Ramshorst B, Vlaminckx B, Knibbe CA, Kelder JC, Donkervoort SC5, Nieuwenhuijzen GA, Ponten JE, van Geloven AA, van Duijvendijk P, Bos WJ, Besselink MG, Gouma DJ, van Santvoort HC, Boerma D. Randomized clinical trial of extended versus single-dose perioperative antibiotic prophylaxis for acute calculous cholecystitis. Br J Surg. 2017 Jan;104(2):e151-e157.
2. Jean Marc Regimbeau, MD, PhD; David Fuks, MD, PhD1; Karine Pautrat, MD; et al. Effect of Postoperative Antibiotic Administration on Postoperative Infection Following Cholecystectomy for Acute Calculous Cholecystitis A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2014;312(2):145-154.
3. Seung-Ok Lee and Sung Kyun Yim. Management of Acute Cholecystitis. The Korean Journal of Gastroenterology 2018 May; 071(05): 264-268.
4. Dale W. Bratzler, E. Patchen Dellinger, Keith M. Olsen, Trish M. Perl, Paul G. Auwaerter, Maureen K. Bolon, Douglas N. Fish, Lena M. Napolitano, Robert G. Sawyer, Douglas Slain, James P. Steinberg and Robert A. Weinstein. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. American Journal of Health-System Pharmacy February 2013, 70 (3) 195-283; DOI: https://doi.org/10.2146/ajhp120568.
5. Tokyo Guidelines, 2013.
6. Tokyo Guidelines, 2018.
7. Pollmann AS, Bailey JG, Davis PJB, Johnson PM. Antibiotic use among older adults on an acute care general surgery service. Can J Surg. 2017 Dec;60(6):388-393.
8. Charlotte S. Loozen, Hjalmar C. van Santvoort, Antoinette A. W. van Geloven, Grard A. P. Nieuwenhuijzen, Philip R. de Reuver, Mark H. G. Besselink, Bart Vlaminckx, Johannes C. Kelder, Catherijne A. J. Knibbe, and Djamila Boerma. Perioperative antibiotic prophylaxis in the treatment of acute cholecystitis (PEANUTS II trial): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2017; 18: 390. Published online 2017 Aug 23.
9. Saulo José Oliveira FELÍCIO, Ediriomar Peixoto MATOS, Antonio Maurício CERQUEIRA, Kurt Wolfgang Schindler Freire de FARIAS, Ramon de Assis SILVA, and Mateus de Oliveira TORRES. Mortality of urgency versus elective videolaparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Arq Bras Cir Dig. 2017 Jan-Mar; 30(1): 47–50.
10. Joseph B, Jehan F, Dacey M, Kulvatunyou N, Khan M, Zeeshan M, Gries L, O'Keeffe T, Riall TS. Evaluating the Relevance of the 2013 Tokyo Guidelines for the Diagnosis and Management of Cholecystitis. J Am Coll Surg. 2018 Mar 23. pii: S1072-7515(18)30225-4.
11. Gerard J, Luu MB, Poirier J, Deziel DJ. Acute cholecystitis: comparing clinical outcomes with TG13 severity and intended laparoscopic versus open cholecystectomy in difficult operative cases. Surg Endosc. 2018 Mar 9.

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

VIII. ANEXOS:

ANEXO 1:

INSTRUMENTAL BASICO:

- Cámara de video de 3 chips
- Insuflador de 10 ltm. ó más.
- Óptica de 30º y 10 minutos.
- Monitor de alta resolución.
- Electrocoagulador mono-bipolar.
- 1 Aguja de Veress.
- 3 Trocares de 10 mm.
- 1 Trocar de 5mm.
- 2 Reductores de 10 a 5 mm.
- 2 Babcook Laparoscópica de 10 y 5 mm.
- 1 Disector atraumático.
- 1 Cánula de aspiración- irrigación Laparoscópica
- 1 Tijera metzembaun Laparoscópica
- 1 Tijera recta Laparoscópica
- 1 Aplicador de endoligaduras laparoscópica
- 1 Clipera M-L.
- 1 Pinza baja nudos Laparoscópica
- 1 Porta agujas Laparoscópica
- 1 Gancho electrocoagulador.
- 1 Pinza bipolar Laparoscópica
- Hemolock
- Pinza doble vástago
- Pinza para ligasure y/o Caiman (sellador de vasos)

Hospital de Emergencias Unidad de Gestión de la Calidad "José Casimiro Ulloa"

ANEXO 2:

TECNICA OPERATORIA:

TÉCNICAS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

Tenemos las dos técnicas que difieren en cuanto a la posición de los trócares y a la situación del cirujano. La elección de una u otra técnica dependerá del entrenamiento y de la costumbre de cada cirujano. La seguridad de la colecistectomía laparoscópica requiere la correcta identificación de la anatomía pertinente. Nivel de Evidencia I. Grado de Recomendación A.

1. TÉCNICA AMERICANA:

El cirujano se sitúa a la izquierda del paciente. Se utilizan cuatro puertos.

- Uno para la óptica, de 10 mm, a nivel umbilical.
- Otra cánula, que es la vía biliar principal de trabajo, de 10 mm, en la línea media subxifoidea, por la que se introducirán los elementos de trabajo.
- Cánula de 5mm en la línea medioclavicular para la introducción del instrumento de ayuda de la mano izquierda, con el que se tracciona la bolsa de Hartmann.
- Cánula de 5mm en la línea axilar anterior para la tracción craneal del fundus vesicular. La situación precisa de las puertas de entrada depende de la posición del hígado y de la vesícula, y de la complexión corporal del paciente.

2. TÉCNICA FRANCESA:

El enfermo se coloca en posición de litotomía modificada, con las piernas separadas pero al mismo nivel de la mesa. El cirujano se coloca entre las piernas del paciente (Posición Francesa) y los ayudantes uno a cada lado del paciente, con la instrumentista a la derecha del cirujano. También se emplean cuatro trocares:

- Uno umbilical, de 10 mm, para la óptica.
- Otro de trabajo, también de 10 mm, situado en el flanco izquierdo por fuera de la vaina de los rectos, a la altura de la línea umbilical.
- Uno de 5 mm en el epigastrio, situado 1-2 cm por debajo del reborde costal y a la derecha de la línea media, por el que se introduce la cánula del aspirador para elevar y separar el hígado.
- Otro de 5mm, en posición simétrica al segundo trocar, por el que una pinza de agarre de 5mm sujeta el infundíbulo de la vesícula.

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
Oficina de Gestión de la Calidad