

Vía Clínica

COLECISTITIS

2015



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario
Virgen Macarena - Virgen del Rocío

Diseño de Portada: José Azerrad Campa
Área de Diseño. Unidad de Imagen y Comunicación
Hospital Universitario Virgen Macarena – Rocío

Vía Clínica de Colecistitis Aguda

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Virgen Macarena

2015



Esta Vía Clínica es una ayuda para la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Cita sugerida: Flores Cortés M, Ramírez Duque N, coordinadoras. *Vía Clínica de Colecistitis Aguda*. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío; 2015

Año de edición: 2015

Edita: HU Virgen Macarena y HU Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

© 2015 HU Virgen Macarena y HU Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avda. Dr. Fedriani, nº 3. 41007

Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013

<http://www.sas.junta-andalucia.es/>

Depósito Legal: Se-

ISBN: 978-84-608-7825-4



Vía Clínica de Colecistitis Aguda

COORDINADORAS:

- **Flores Cortés, Mercedes.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío.
- **Ramírez Duque, Nieves.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Integral, HU Virgen del Rocío.

AUTORES:

- **Caunedo Álvarez, Ángel.** Director de la Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, HU Virgen Macarena.
- **Colmenero Camacho, M. Ángel.** Director de la UGC de Medicina Integral, HU Virgen Macarena.
- **Fernández Gálvez, Antonio.** Enfermero Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío.
- **Fernández Luque, Inés.** Enfermera Jefa de Bloque de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío.
- **Ferrándiz Millón, Carmen.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, HU Virgen del Rocío.
- **Garnacho Montero, José.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, HU Virgen del Rocío.
- **Gutiérrez Martín, Carlos.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear, HU Virgen del Rocío.
- **Linares Cuartero, Antonio.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear, HU Virgen Macarena.
- **López Rodríguez, Luis.** Supervisor de Investigación y Gestión del Conocimiento, HU Virgen Macarena - Virgen del Rocío.
- **López Ruiz, José Antonio.** FEA de Cirugía de Urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen Macarena.
- **Márquez Galán, José Luis.** Director de la UGC de Enfermedades Digestivas, HU Virgen del Rocío.

- **Medrano Ortega, Francisco Javier.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Integral, HU Virgen del Rocío.
- **Montero Romero, Emilio.** Coordinador de Urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, HU Virgen del Rocío.
- **Navarro Bustos, M^a Carmen.** Coordinadora de Urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, HU Virgen Macarena.
- **Oliva Monpeán, Fernando.** Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen Macarena.
- **Ollero Baturone, Manuel.** Director de la UGC de Medicina Integral, HU Virgen del Rocío.
- **Padillo Ruiz, Javier.** Director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío.
- **Pareja Ciuró, Felipe.** Jefe de Sección de Cirugía de Urgencias de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío.
- **Pérez Quintana, Marta.** Médico Interno Residente de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Integral, HU Virgen del Rocío.
- **Reguera Rosal, Julio.** Médico Interno Residente de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío.
- **Retamar Gentil, Pilar.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, HU Virgen Macarena.
- **Rodríguez Hernández, M^a Jesús.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, HU Virgen del Rocío.
- **Sánchez Moreno, Laura.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, HU Virgen Macarena.
- **Toral Marín, Javier.** FEA de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, HU Virgen del Rocío.

Sociedades Colaboradoras

Esta Vía Clínica de Colecistitis Aguda cuenta con el respaldo de las siguientes sociedades:

Asociación Española de Cirujanos (AEC)



Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)



Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)



Declaración de interés: Ninguno de los miembros del Grupo de Trabajo, así como las personas que han participado en la revisión externa, han declarado conflicto de interés para la realización de esta Vía Clínica de Colecistitis Aguda.

Esta Vía Clínica de Colecistitis Aguda ha sido realizada por iniciativa de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo (HUR y HUM), de Medicina Integral (HUR y HUM), de Cuidados Críticos y Urgencias (HVR, HVM), de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva (HVR, HVM), de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear y de Enfermedades Digestivas (HVR y HVM).

Índice

1. Introducción	11
1.1 Antecedentes	
1.2 Ámbito y proceso	
1.3 Población diana	
1.4 Usuarios	
1.5 Objetivos	
2. Metodología	13
2.1 Constitución del grupo elaborado de la Vía Clínica	
2.2 Formulación de preguntas clínicas	
2.3 Métodos de búsqueda para la identificación de estudios	
3. Límites de entrada y de salida de la Vía Clínica	19
3.1 Límites de entrada	
3.2 Límites de salida	
4. Criterios diagnósticos	21
5. Criterios de gravedad	23
6. Manejo inicial del paciente	25
6.1 Actuaciones médicas	
6.2 Actuaciones de enfermería	
7. Manejo inicial conservador	29
7.1 Indicaciones del tratamiento conservador	
7.1.1 Colecistitis aguda grado I	
7.1.2 Colecistitis aguda grado II	
7.1.3 Colecistitis aguda grado III	
7.2 Tratamiento conservador: actuaciones	
7.2.1 Colecistitis aguda grados I-II	
7.2.2 Colecistitis aguda grado III	
8. Tratamiento antibiótico	33
8.1 Colecistitis aguda grado I	
8.2 Colecistitis aguda grado II	
8.3 Colecistitis aguda grado III	
8.4 Duración del tratamiento	

9. Manejo inicial quirúrgico	35
9.1 Indicaciones del tratamiento quirúrgico	
9.1.1 Colecistitis aguda grado I	
9.1.2 Colecistitis aguda grado II	
9.1.3 Colecistitis aguda grado III	
9.2 Vía de abordaje	
9.3 Actuaciones por parte de enfermería en el postoperatorio	
10. Tratamiento percutáneo. Colectostomía	39
10.1 Indicaciones	
10.2 Contraindicaciones	
10.3 Complicaciones	
10.4 Seguimiento	
10.5 Cuidados	
11. Fracaso del manejo conservador en la colecistitis aguda	43
11.1 Criterios de fracaso del tratamiento conservador	
11.2 Opciones terapéuticas ante el fracaso	
11.2.1 Rescate percutáneo (colectostomía)	
11.2.2 Rescate quirúrgico (colectectomía)	
12. Manejo del paciente al alta	45
12.1 Actuaciones médicas	
12.2 Actuaciones de enfermería	
13. Diagrama de flujo de pacientes	47
14. Indicadores de calidad	51
15. Matriz Temporal	53
16. Hoja de verificación y variaciones	55
17. Responsables de la puesta en marcha	57
18. Bibliografía	59
19. Anexos	65
20. Glosario de abreviaturas	99



1. Introducción

1.1 - Antecedentes:

La variabilidad clínica del abordaje de las colecistitis agudas (CA) en los diversos escenarios donde se atienden a los pacientes que la padecen (urgencias, cuidados críticos, hospitalización médica o quirúrgica, etc.) afecta a la seguridad del paciente y a la calidad asistencial del proceso¹⁻¹³.

Sobre esta base se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar, que teniendo en cuenta que la colecistitis aguda (CA) presenta un curso relativamente predecible, ha optado por la elaboración de una vía clínica (VC). 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 clínico¹⁴.

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 asistencia¹⁵.

El grupo de trabajo incluye desde el inicio la participación de todos los profesionales que intervienen en el proceso de la colecistitis aguda (CA) en los diversos escenarios clínicos donde se puede atender a las personas que la padecen en los hospitales universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla.

1.2 - Ámbito y proceso:

Se ha elaborado una vía clínica sobre colecistitis aguda, entendiendo ésta como una inflamación de la pared de la vesícula biliar. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios a nivel microsómico y macrosómico que pueden evolucionar desde una fase inicial de congestión a una fase de supuración, de gangrena y/o de perforación. La respuesta inflamatoria comienza con el infiltrado celular y la extravasación de líquido y determina la evolución de la enfermedad (curación, absceso, plastrón, sepsis, perforación, fístula).

La Vía Clínica de 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.

1.3 - Población diana:

La población diana son aquellos pacientes adultos ingresados en los Hospitales Virgen del Rocío y/o Virgen Macarena (Servicios de Urgencias, Cuidados Críticos, Cirugía, Medicina Interna y Digestivo) con sospecha o diagnóstico de certeza de colecistitis aguda.

1.4 - Usuarios:

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

1.5 - Objetivos:

El objetivo principal de la VC es proporcionar a los profesionales sanitarios una herramienta que les permita tomar decisiones basadas en evidencia sobre aspectos de la atención al paciente adulto hospitalizado con colecistitis.

Los objetivos secundarios son aumentar la calidad y seguridad de las intervenciones en el escenario clínico de la colecistitis y reducir la variabilidad existente entre los profesionales sanitarios.



2. Metodología

La metodología empleada se basa en las recomendaciones metodológicas del Comité Científico de Guíasalud para la elaboración de “Productos Basados en la Evidencia” (Topología: Vías Clínicas) disponibles en <http://portal.guiasalud.es/web/quest/vias-clinicas-opbe>, y en el Manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud¹⁶ (Grupo de trabajo sobre GPC 2007 <http://portal.guiasalud.es/web/quest/herramientas-gpc>).

Los pasos que se han seguido son los siguientes:

2.1 - Constitución del grupo elaborador de la Vía Clínica:

Siguiendo el modelo propuesto por el grupo Guía Salud¹⁶, y empleado en recientes publicaciones del mismo¹⁷ se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, integrado por profesionales de perfil clínico (cirujanos, médicos internistas, de cuidados críticos y urgencias, radiólogos intervencionistas, especialistas en aparato digestivo y enfermeras de cuidados críticos y urgencias, hospitalización médica y quirúrgica) y metodológico con experiencia en la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, además de asesores externos e internos, contactados a través de las distintas Sociedades Científicas relacionadas con el tema de la VC y siguiendo criterios de diversidad, amplitud de intereses, capacitación y disponibilidad.

El grupo elaborador realizó las labores de fijación del alcance y objetivos de la VC, de búsqueda de evidencias y evaluación crítica y síntesis de la misma, y redacción de las recomendaciones. Así mismo, elaboró las preguntas clínicas y el conjunto de tareas para presentar una propuesta de documento final de la VC.

Todos los integrantes del grupo elaborador realizaron una declaración explícita de actividades que pudieran constituir potenciales conflictos de intereses.

No se ha encontrado ninguna asociación de pacientes con específico interés en este proceso asistencial, para poder contar con su asesoramiento.



Se estableció un cronograma de trabajo donde quedaron recogidas las distintas fases de la VC y los plazos de ejecución.

Una vez elaborada la primera versión de la VC fue sometida a revisión externa por las distintas Sociedades Científicas relacionadas con la colecistitis aguda (Asociación Española de Cirujanos; Sociedad Española de Medicina Interna; Sociedad Española de Radiología Médica; Sociedad de Enfermería Hospitalaria de Andalucía).

2.2 - Formulación de preguntas clínicas:

Tras concretar el alcance y objetivos, los miembros del grupo de trabajo definieron en una primera reunión la secuencia de decisiones importantes en este campo y se realizó una propuesta de preguntas clínicas en cada una de las fases. Las respuestas a estas preguntas se intentaron localizar en la GPC disponible y en caso de no estar contestada en ella, se reestructuraron las preguntas para la localización de estudios. En aquellos casos donde fue posible se formularon siguiendo el formato PICO: Paciente, Intervención, Comparación y *Outcome* o variable de resultado.

Las **preguntas formuladas** fueron:

- *¿Cuáles deben ser los límites de entrada y salida de la VC?*
- *¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la colecistitis aguda?*
- *¿Cuál es la estadificación de la colecistitis aguda?*
- *¿Cuáles son los criterios de indicación de tratamiento quirúrgico inicial?*
- *¿Cuáles son los criterios de indicación de tratamiento quirúrgico de rescate?*
- *¿Cuáles son los criterios de indicación de manejo conservador inicial y criterios de fracaso del mismo?*
- *¿Cuáles son los criterios de indicación de manejo percutáneo inicial y criterios de fracaso del mismo?*
- *¿Cuáles son las pruebas del seguimiento evolutivo en el manejo conservador de la colecistitis aguda?*
- *¿Cuáles deben ser los pictogramas, matrices o diagramas que identifiquen los principales componentes actividades y tiempos en la colecistitis aguda?*
- *¿Qué escala pronóstica es útil en colecistitis para adultos mayores de 70 años con y sin morbilidad?*

2.3 - Métodos de búsqueda para la identificación de estudios:

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de identificar las GPCs o Vías Clínicas que trataban la colecistitis aguda. Para ello se construyeron estrategias de interrogación en las bases referenciales masivas *PubMed* y *Web of Science* (WOS), para recuperar registros de estudios publicados entre los años 2007 y 2013 (diciembre). Los accesos a las bases de datos fueron proporcionados por la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (<http://www.bvsspa.es/>) y la Biblioteca de la Universidad de Sevilla (<http://www.us.es/>). Para la realización de la VC se han utilizado documentos publicados en inglés y español.

Estrategia de búsqueda:

Las estrategias de búsquedas mencionadas fueron:

1. GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Database: Pub Med without Revisions <2007 to December Week 3 2013>

Search Strategy:

- 1 *Practice guideline (48284)*
- 2 *Guideline/ or Practice Guideline (74836)*
- 3 *"Cholecystitis, Acute"[Mesh] (605)*
- 4 *3 AND 1 (limit inglés) (29)*
- 5 *"critical pathways"[Mesh] (16695)*
- 6 *5 AND 3 (0)*

RESULTADO: 29 DOCUMENTOS

De las 29 referencias encontradas, al comprobar su correspondencia con la población, patología e intervenciones especificadas en el alcance, se seleccionaron 23 para su lectura a texto completo. La búsqueda en la WOS no generó ningún documento que no estuviera ya localizado.

Se amplió la búsqueda a través de *Google Académico* para el descriptor "Vía Clínica Colecistitis" donde se localizó el documento "Vía Clínica Para El Tratamiento De La Colecistitis Aguda" de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplante; Sección de Urgencias del Hospital Regional Carlos Haya.

Evaluación de los documentos:

Con el listado de guías relevantes localizado, que en su mayoría correspondían en realidad a una única guía publicada por partes y así serán considerados, se siguió un proceso de evaluación de GPCs de acuerdo con la metodología propuesta en el informe Osteba de Etxebarria 2005¹⁸, actualizado en 2008¹⁹, con un proceso que de forma resumida consistió en los siguientes pasos:

1. Decidir si el documento era una GPC o no. En primer lugar se analizó cada documento y se comprobó si respondía realmente a la definición de guía de acuerdo con los criterios del programa nacional de GPC (<http://portal.quiasalud.es/web/guest/criterios-catalogo-gpc>).
 - Valorar si el documento incluye información para ayudar a profesionales de la salud y/o pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada para situaciones clínicas específicas. Se excluyen documentos de carácter normativo o administrativo.
 - Valorar si la GPC se ha elaborado, adaptado o actualizado siguiendo una metodología contrastada. Los métodos de búsqueda de la evidencia científica utilizados deben estar descritos incluyendo los términos de búsqueda, las fuentes consultadas, y el rango de fechas cubierto, así como los criterios de inclusión y exclusión utilizados.
 - Cotejar que está basada en evidencia elaborada o actualizada en los últimos 5 años. Si la estrategia de búsqueda es anterior, se valorará si merece la pena actualizarla.
 - Que las recomendaciones sean explícitas y ligadas a bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que las sustentan.

Finalmente, 11 de los 23 documentos evaluados fueron considerados GPCs¹⁻¹¹ relevantes para el objetivo de la presente VC. Estos documentos se corresponden con la publicación seriada de la actualización 2013 de la Guía de Tokio para el manejo de la colangitis y la colecistitis aguda, que resulta ser la guía de referencia internacional en la materia. El resto, hasta 29, se corresponde básicamente con documentos de resultados de implantación de diversos aspectos de la guía en su versión anterior de 2007, que también se descarga. Estos 11 documentos seleccionados cumplieron todos los criterios y pasaron a la siguiente fase, considerándose, como se ha indicado una única guía de práctica clínica.

2. Evaluación mediante *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II 2011²⁰). El documento que cumplió los criterios fue evaluado por 5 evaluadores de modo independiente, de acuerdo con las instrucciones del manual en la forma de puntuar y en las recomendaciones finales. Se utilizó una hoja de cálculo para puntuar cada uno de los 6 dominios de forma individual en la guía y calcular las puntuaciones globales. Se seleccionó la guía evaluada, con una calificación global de 6.2, y que a la vez fue calificada como recomendable por los evaluadores. Las puntuaciones alcanzadas en los dominios fueron:
 - Dominio 1 (Alcance y Objetivos): 0.53
 - Dominio 2 (Participación de los implicados): 0.70
 - Dominio 3 (Rigor en la elaboración): 0.87
 - Dominio 4 (Claridad en la presentación): 0.40
 - Dominio 5 (Aplicabilidad): 0.86
 - Dominio 6 (Independencia editorial): 0.86

3. En este punto se dispone de una serie de preguntas ya resueltas de la Guía de Tokio, que se incorporarán con el nivel de evidencia y el grado de recomendación que tenían asignadas en la propia guía de Tokio.

La Vía Clínica de Colecistitis debería ser revisada antes de finalizar el año 2019.



1. Límites de entrada y salida de la VC

3.1 - Límites de entrada:

- Paciente con diagnóstico definitivo de colecistitis aguda en consulta de urgencias⁴.
- Paciente ingresado, independientemente del motivo del ingreso, con diagnóstico definitivo de colecistitis aguda⁴.

3.2 - Límites de salida²¹:

- No aceptación por parte del paciente de los tratamientos disponibles.
- Paciente con sospecha clínica inicial pero en el que no se confirma el diagnóstico definitivo de colecistitis⁴.
- Paciente colecistectomizado que no necesita más tratamiento y se reintegra a sus actividades habituales.
- Presencia de complicaciones de la enfermedad biliar litiásica diferentes de la colecistitis aguda o presencia de colecistitis aguda que se acompaña de los siguientes criterios²¹:
 - Sospecha de ictericia obstructiva de origen neoplásico.
 - Pacientes con aumento del tamaño de la vía biliar principal (VBP):
 - Diámetro mayor de 0'8 cm en menores de 70 años.
 - Diámetro mayor de 1cm en mayores de 70 años.
 - Confirmación en prueba de imagen de litiasis en la vía biliar principal (VBP):
 - Pacientes con una bilirrubina total (BT) sérica > de 5 mg/dl.
 - Pacientes con cifras de BT entre 3-5mg/dl que tras 2 determinaciones con un intervalo de entre 8-12h mantienen o se incrementan las cifras de BT inicial.
 - Pacientes con enzimas de colestasis – fosfatasa alcalina y gamma-glutamil transpeptidasa (FA y GGT) –, y/o transaminasas – glutamato-oxalato transaminasa y glutamato-piruvato transaminasa (GOT y GPT) – 1.5 por encima de los valores de la normalidad junto a cifras de BT por encima de 3 mg/dl en más de 2 determinaciones seriadas.
 - Pacientes con cifras de amilasa 4 veces superiores a la normalidad. En aquellos casos con elevación de amilasa pero no superior a 4 veces los valores analíticos de normalidad, deberá de realizarse una nueva analítica seriada a las 8-12h para confirmar la estabilización o descenso de la misma, pudiendo ser incluido el paciente en la VC. Sin embargo, si las cifras ascienden a pesar del inicio del tratamiento médico deberá de excluirse.





4. Criterios diagnósticos

El diagnóstico de CA se realiza mediante una exploración física, analítica (bioquímica, hemograma y coagulación) y prueba radiológica de imagen^{4,22}.

- Exploración física: Determinaremos la presencia de fiebre, dolor, molestias o masa en hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo (+).
- Determinaciones analíticas: Se solicitarán bilirrubina total y/o directa, amilasa, glutamato-piruvato transaminasa o alanino aminotransferasa (GPT o ALT), leucocitos y, en casos de duda diagnóstica, proteína C reactiva (PCR)
- Prueba de imagen: Se solicitará como prueba radiológica de elección la ecografía abdominal y en caso de dudas diagnosticas un TAC abdominal.

Los pacientes con sospecha de colecistitis aguda no confirmada deben de reevaluarse cada 6 - 12h hasta la confirmación o descarte del diagnóstico de CA.

4.1 - Criterios diagnósticos de la Guía Tokyo 2013 (TG13)⁴:

A. Signos de Inflamación local: <ul style="list-style-type: none">• Signo de Murphy+• Masa, dolor o molestias en Hipocondrio derecho
B. Signos sistémicos de inflamación: <ul style="list-style-type: none">• Fiebre• Elevación de leucocitos• Elevación de PCR>30mg/l
C. Signos Radiológicos de Colecistitis aguda *

Tabla 01. Criterios diagnósticos de CA de la TG13

Diagnóstico de SOSPECHA:

- Presencia de 1signo de A + 1 signo de B

Diagnóstico DEFINITIVO:

- Presencia de 1signo de A + 1 signo de B + 1 signo C



NOTA: Debe descartarse colangitis aguda, colédocolitiasis, hepatitis aguda, pancreatitis aguda y presencia de signos o síntomas que orienten a otras causas de abdomen agudo²¹.

Criterios ECOGRÁFICOS de colecistitis aguda:

- Murphy ecográfico
- Engrosamiento mural superior a 3 mm
- Imagen de triple pared con capa hipoecoica central (*imagen en “capas de cebolla”*)
- Edema de pared
- Presencia de material ecogénico en el interior de la vesícula (*“Barro biliar”*)
- Colección/es peri-colecística/s
- Distensión vesicular (superior a 5 cm en el eje trasverso)

Tabla 02. Criterios ecográficos de CA

5. Criterios de gravedad

Establecemos dos clasificaciones distintas. Una tomada de la **Tokyo Guidelines 2013⁴** (TG13), de carácter práctico, y una “clásica”, de carácter anatomopatológico.

5.1 - Clasificación TG13⁴:

<p>Grado I. Colecistitis aguda LEVE</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de criterios de grado II y III <p><i>Aquella CA en la que la colecistectomía se prevé no dificultosa</i></p>
<p>Grado II. Colecistitis aguda MODERADA</p> <p>Presencia de al menos uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Leucocitosis > 18.000• Masa palpable en hipocondrío derecho (HD)• Duración de los síntomas > 72 horas• Signos de inflamación local marcada: se corresponden con la “colecistitis aguda complicada” * <p><i>Aquella CA en la que se prevé una colecistectomía dificultosa</i></p>
<p>Grado III. Colecistitis aguda SEVERA</p> <p>Presencia de fallo agudo de órgano o sistema:</p> <ul style="list-style-type: none">• Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere aminas)• Neurológica (disminución del estado de consciencia)• Respiratoria ($PaO_2/FiO_2 < 300$)• Renal (oliguria, Creatinina > 2 mg/dL)• Hepática (INR > 1.5 en ausencia de terapia anticoagulante previa)• Hematológica (Plaquetas < 100000 /mm³)

* Colecistitis gangrenosa, colecistitis enfisematosa, absceso pericolecístico, absceso hepático, peritonitis biliar

Tabla 03. Criterios de gravedad de la CA de la TG13

5.2 - Clasificación “clásica”⁴:

- **Colecistitis aguda NO complicada.**
- **Colecistitis aguda COMPLICADA:** Colecistitis gangrenosa, colecistitis enfisematosa, absceso pericolecístico, absceso hepático, peritonitis biliar (*se corresponden con el Grado II de la TG13*)

Tabla 04. Clasificación clásica de gravedad de la CA

Los criterios de severidad deben de reevaluarse a las **24h del diagnóstico** y, posteriormente, **cada 24-48horas**⁴.

6. Manejo inicial del paciente

6.1 - Actuaciones médicas:

Ante un paciente con diagnóstico de CA debe realizarse una valoración clínica inicial para determinar el grado de severidad con el fin de decidir la opción terapéutica más adecuada en cada paciente. Para ello, nos basaremos en las constantes vitales básicas del enfermo, exploración física, datos analíticos y de imagen. En esta fase iniciaremos de forma precoz un tratamiento médico adecuado que consistirá en una reposición hidroelectrolítica adecuada, analgésicos y antibioterapia junto con medidas de soporte si se precisa. El paciente debe de ser reevaluado durante las primeras 24h como mínimo cada 12 horas para detectar cambios en el grado de severidad de la CA que impliquen cambios en la actitud terapéutica inicial y posteriormente, cada 24-48horas.

Una vez determinado el grado de severidad de la CA, la actitud terapéutica también dependerá de la comorbilidad del paciente^{23,24}. En este sentido, en la valoración inicial del paciente incluiremos también las siguientes escalas pronósticas:

- **Escala ASA:** Es una escala desarrollada por anestesiólogos cuya finalidad es determinar el estado de salud previa del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. Actualmente tiene 6 categorías que se correlacionan con un índice de mortalidad anestésica en función de cada categoría^{25,26}(*Anexo 1*).
- **Escala APACHE II:** El score *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) utilizada para una valoración pronóstica de mortalidad del paciente, y se fundamenta en la determinación de las alteraciones de variables fisiológicas y de parámetros de laboratorio^{27,28}(*Anexo 2*).
- **Score POSSUM:** El sistema POSSUM (*Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity*) utilizado para la estratificación de todo tipo de pacientes en base al riesgo quirúrgico. Su empleo sólo requiere una gama limitada de mediciones de laboratorio y datos clínicos habituales en todo pre-operatorio, y los complementa con datos obtenidos en la propia intervención quirúrgica²⁹⁻³¹(*Anexo 3*).
- **Índice de Charlson:** Hace referencia al pronóstico de mortalidad al año en función de la comorbilidad del paciente. Para ello se puntúa del 1 al 6 las distintas patologías que aumentan la mortalidad del paciente al año. En general, se

considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Predicción de mortalidad: en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad. Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años. Tiene la limitación de que la mortalidad del SIDA en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice³²⁻³⁴ (Anexo 4).

- **Índice PROFUND:** Estratificación del riesgo de muerte de pacientes pluripatológicos en los siguientes 12 meses³⁵ (Anexos 5 y 6).

Una vez obtenidos los datos clínicos, analíticos y de imagen junto con la realización de las escalas pronósticas podremos establecer la decisión terapéutica más adecuada en cada caso.

6.2 - Actuaciones de enfermería:

Los cuidados en el preoperatorio podrán ser llevados a cabo tanto en Urgencias/Observación como en planta de Hospitalización Quirúrgica.

- Cuidados de Enfermería al Ingreso (NIC 7310).
 - Procedimiento de Acogida.
 - Realizar Valoración Inicial (Patrones Funcionales M. Gordon).
 - Establecer Plan de Cuidados, Diagnósticos de Enfermería, Intervenciones y Resultados.
 - Obtener información de Instrucciones de Cuidados Avanzados.
- Vigilancia (NIC 6650) – Signos Vitales.
- Punción Intravenosa (NIC 4190).
- Administración de medicación (NIC 2300).
- Control de síntomas – Medidas no Farmacológicas.
 - Manejo del dolor (NIC 1400). (2)
 - Manejo de las náuseas (NIC 1450) y/o Manejo del vómito (NIC 1570).
 - Manejo del prurito (NIC 3550).
 - Tratamiento de la fiebre (NIC 3840).

- Comprobar la existencia de estudio preoperatorio completo.
 - Analítica (Hemograma, Bioquímica y Coagulación), pruebas cruzadas (NIC 1238)
 - Realizar ECG.
 - Radiografía de Tórax/Otras pruebas radiológicas
- Ayuda al autocuidado (NIC 1800).
- Documentación (NIC 7920).



7. Manejo inicial conservador

7.1 - Indicaciones:

El tratamiento conservador será el de elección en los siguientes supuestos:

7.1.1 - Colecistitis aguda GRADO I:

Presencia de ALGUNO de los siguientes.

- Comorbilidades que aumenten el riesgo quirúrgico o morbilidad del paciente ante una intervención quirúrgica urgente: APACHE >14; ASA>III; PROFUND> 6 puntos; POSSUM: P. Mortalidad > 20%; Charlson >5. (No obstante la indicación de tratamiento conservador debe de realizarse de forma individualizada en cada paciente)²³.
- Pacientes antiagregados u anticoagulados con riesgo moderado o alto riesgo trombótico postoperatorio³⁸(Anexo7).
- Pacientes con proceso neoplásico terminal^{6,23}.
- Colecistitis aguda en paciente embarazada en el 1er y 3er trimestre. En el 2º trimestre en pacientes que rechacen la intervención quirúrgica^{39,40}.
- Pacientes que NO otorguen su consentimiento para una colecistectomía o para una colecistostomía.

7.1.2 - Colecistitis aguda GRADO II:

Presencia de ALGUNO de los siguientes.

- Tiempo de evolución: más de 7 días⁴¹⁻⁴⁴.
- Pacientes con comorbilidades que aumenten el riesgo quirúrgico o morbilidad del paciente ante una intervención quirúrgica urgente: APACHE >14 o 7-14 en centros con poca experiencia laparoscópica; ASA>III; PROFUND > 6 puntos ; POSSUM: P. Mortalidad > 20 %; Charlson >5²³.
- Colecistitis aguda en paciente embarazada en el 1^{er} y 3^{er} trimestre. En el 2º trimestre en pacientes que rechacen la intervención quirúrgica³⁹⁻⁴⁰.
- Pacientes que NO otorguen su consentimiento para una colecistectomía o para una colecistostomía.

7.1.3 - Colecistitis aguda GRADO III:

El tratamiento conservador de soporte se instaurará lo más precoz posible mientras se realizan otros métodos de control del foco séptico: Colecistostomía o colecistectomía^{9,45-48}.

7.2–Tratamiento conservador: actuaciones

7.2.1 - Colecistitis aguda grados I-II:

Medidas y Controles⁵⁻⁷:

- Indicación de canalización de acceso venoso si no lo tiene el paciente.
- Indicación de extracción de hemocultivos seriados.
- Monitorización de temperatura, tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC) y diuresis (mínimo cada 8 horas).
- Dieta absoluta.

Sueroterapia 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 cardíaca o renal.

Medicación:

- Analgesia: Debe instaurarse de manera pautada y ajustada en función de la respuesta. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), aunque han demostrado su utilidad en el manejo de la CA, deben pautarse con precaución en pacientes de edad avanzada y con comorbilidad asociada⁵.
- Antibioterapia según las guías hospitalarias⁴⁹ (ver Apartado 8).
- Protección gástrica.
- Profilaxis de trombosis venosa profunda (salvo contraindicación).
- Antieméticos y/o SNG si vómitos persistentes.
- Conciliación terapéutica (en la medida de lo posible).

7.2.2 - Colecistitis aguda grado III:

Medidas de registro al ingreso en UCI:

- Anotar datos administrativos y elaborar historia clínica y exploración clínica.
- Monitorizar: TA, FC, frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SatO₂), diuresis horaria.
- Valorar según gravedad la Monitorización invasiva⁵.
- Valorar si precisa canalización de vía central o central de inserción periférica.

Medidas diagnósticas a su ingreso:

- Extraer: Analítica completa, hemocultivos⁵.
- Solicitar radiografía simple de tórax póstero-anterior, ecografía abdominal
 - Valorar si precisa TAC Abdominal con contraste endovenoso.

Medidas terapéuticas a su ingreso:

- Antibioterapia empírica según las guías hospitalarias⁴⁹.
- Resucitación con volumen guiada por presión venosa central (PVC) o mediante sistema PICCO® (Pulse Induced Contour Cardiac Output)^{50,51}.
- Iniciar la resucitación con cristaloides (controlando la hiperclorémica) y soluciones balanceadas (aproximadamente 2 litros) antes del inicio de los coloides y albúmina⁵²⁻⁵⁴.
- El uso de hidroxietilalmidon está totalmente proscrito y no debe realizarse⁵⁵.
- Valorar si precisa aminas vasoactivas⁵².
- Ante sospecha clínica y por imagen de colecistitis: Avisar a Cirugía⁵.
- Si se realiza Colecistostomía: SIEMPRE mandar cultivo microbiológico de bilis obtenida^{50,53}.
- Si el paciente no mejora tras colecistostomía: avisar a Cirugía para valorar la necesidad de rescate quirúrgico (colecistectomía)⁵.



8. Tratamiento antibiótico

El tratamiento antibiótico deberá de individualizarse en función del grado de severidad de la CA. Se utilizará la política antibiótica del centro de trabajo en función de las características de su flora microbiana.

En las CA grado II y III está indicado realizar hemocultivos seriados tras la canalización de las vías y cultivo microbiológico de bilis tras la realización de procedimientos invasivos como colecistostomía o colecistectomía⁷.

Según la guía PRIOAM la pauta antibiótica recomendada en función del grado de severidad es la siguiente⁴⁹:

8.1- Colecistitis aguda grado I:

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

8.2 - Colecistitis aguda 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



8.3- Colecistitis aguda grado III:

- Piperacilina- Tazobactam 4 g / 0,5 mg cada 6h 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.

8.4-Duración del tratamiento antibiótico:

La duración del tratamiento deberá de individualizarse en función del grado de CA, de la indicación terapéutica realizada y de la evolución clínica del paciente.

En la CA **grado I** se recomienda 3 días aunque ya existen publicaciones que recomiendan la suspensión de antibioterapia tras la colecistectomía^{7,56}.

En las CA **grado II y III** la duración del tratamiento antibiótico recomendado es de entre 10-15 días.

Una vez que se reciban los resultados de los cultivos, siempre que sea posible, se deberá desescalar el tratamiento antimicrobiano empírico ajustando la pauta antibiótica al antibiograma de la flora específica del paciente.

9. Manejo inicial quirúrgico

9.1 -Indicaciones:

9.1.1- Colecistitis aguda GRADO I^{4,6,21}:

- Ausencia de comorbilidades que contraindiquen una intervención quirúrgica urgente y/o gran comorbilidad²³.
- Colecistitis en embarazadas en el 2º trimestre³⁹⁻⁴⁰.

9.1.2 - Colecistitis aguda GRADO II^{4,6-21}:

- Ausencia de comorbilidades que contraindiquen una intervención quirúrgica urgente y/o asocien gran riesgo de morbimortalidad al procedimiento (APACHE <14; ASA<III; PROFUND < 6 puntos ; PPOSSUM: P. Mortalidad < 20 %; Charlson < 5)²³.
- Tiempo de evolución: < 7 días de evolución⁴¹⁻⁴⁴.
 - En pacientes sin comorbilidades o con comorbilidades estables con un APACHE <7⁴⁵.
 - En pacientes con comorbilidades con un APACHE entre 7-14 en centros con experiencia laparoscópica⁴⁵.
 - Embarazadas en el 2º trimestre^{39,40}.
- Presencia de signos de “inflamación local marcada”: Colecistitis gangrenosa, colecistitis enfisematosa, absceso pericolecístico, absceso hepático, peritonitis biliar.

9.1.3 - Colecistitis aguda GRADO III^{4,6-21}:

- No disponibilidad de otra modalidad terapéutica
- Ausencia de respuesta a tratamiento de soporte y/o al drenaje percutáneo.

9.2- Vía de abordaje:

La vía de elección siempre que sea posible es la laparoscopia, pero la indicación del abordaje es criterio exclusivo del cirujano general que indique la intervención, no siendo objeto de esta guía profundizar en este aspecto.

9.3 - Actuaciones de enfermería en el postoperatorio:

Intervenciones (NIC) y Actividades de Enfermería^{36,58,59}:

- Valoración Inicial - valoraciones posteriores (Patrones Funcionales de M. Gordon).
- Plan de Cuidados, Diagnósticos Enfermeros, Intervenciones y Resultados.
- Cuidados postanestesia (NIC 2870).

Control de constantes:

- Monitorización de los Signos Vitales (NIC 6680).
- Monitorización Neurológica (NIC 2620)⁶⁰.

Control de síntomas/tratamiento

- Manejo del dolor (NIC 1400).
- Manejo de las náuseas (NIC 1450) y/o Manejo del vómito (NIC 1570).
- Tratamiento de la fiebre (NIC 3840).
- Manejo de la eliminación urinaria (NIC 0590).
- Administración de medicación (NIC 2300).

Acceso venoso:

- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) (NIC 2440).
- Punción Intravenosa (NIC 4190).

Control de drenajes y sondas:

- Cuidados de la Sonda Gastrointestinal (NIC 1874).
- Cuidados del drenaje (NIC 1870).
- Cuidados del catéter urinario (NIC 1876).

Herida quirúrgica:

- Cuidados del sitio de incisión (NIC 3440).

Pruebas de diagnóstico y tratamiento:

- Manejo de muestras (NIC 7820).
- Muestras de sangre venosa/arterial, orina, heces, abscesos, drenajes, etc.
- Enseñanza del procedimiento/tratamiento (NIC 5618).
- Pruebas radiológicas/Otras.

Alimentación:

Se instaurará una dieta progresiva, según tolerancia, ajustándose en la medida de lo posible a las necesidades y preferencias del paciente.

- Etapas en la dieta (NIC 1020).
- Ayuda con los autocuidados: alimentación (NIC 1803).
- Enseñanza: dieta prescrita (NIC 5614).

Actividad – reposo:

Se procurará la movilización precoz. Levantar al día siguiente de la cirugía salvo contraindicación.

- Ayuda con los autocuidados: aseo (NIC 1804).
- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (NIC 1801).
- Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (NIC 1802).
- Ayuda con los autocuidados: transferencia (NIC 1806).
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (NIC 5612).



10. Tratamiento percutáneo: colecistostomía

10.1- Indicaciones:

10.1.1 - Condiciones generales para la indicación:

Está indicada para la descompresión de la vesícula en casos de distensión (obstrucciones de la vía biliar principal por debajo de la salida del cístico) y para resolución de procesos inflamatorios (colangitis, colecistitis agudas litiásicas y alitiásicas) en pacientes con elevada morbimortalidad quirúrgica y escasa respuesta al tratamiento conservador^{8, 9, 46-48}.

10.1.2 - Condiciones específicas para la indicación en función al grado de severidad:

- **Colecistitis aguda GRADO III:**
 - Sepsis grave de origen biliar.
 - Inestabilidad hemodinámica*.
- **Colecistitis aguda GRADO II:** Paciente con mala respuesta al tratamiento conservador^{8,9,21}:
 - Con un tiempo de evolución de la colecistitis aguda de >3 días en centros con poca experiencia laparoscópica o > 7 días en centros con gran experiencia laparoscópica.
 - Paciente con contraindicaciones para una cirugía urgente y /o gran comorbilidad** (P-Possum > 20% de mortalidad; Charlson > 5; PROFUND >6; ASA > III; APACHE > 14 o APACHE 7-14 en centros con poca experiencia laparoscópica^{24, 25}.

* Independientemente de los días de evolución.

** Ver escores de valoración de comorbilidad (Anexos 1 a 7)

10.2 - Contraindicaciones:

Contraindicaciones absolutas:

- Imposibilidad técnica: ausencia de visualización del acceso a la vesícula con la técnica de imagen que se va a utilizar para guiar el procedimiento^{61, 62}.
- Rechazo o negación a la realización del procedimiento por parte del paciente/tutor legal (debe recogerse en el documento de consentimiento informado)

Contraindicaciones relativas^{8, 9, 61, 62}:

- Discrasia sanguínea / coagulopatía severa³⁸.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Falta de acceso seguro a la lesión (interposición intestinal, tumor hepático, etc.).
- Falta de colaboración por parte del paciente.
- Sospecha de cáncer de vesícula biliar (riesgo de diseminación por el tracto de acceso).
- Vesícula perforada o descomprimida.

10.3-Complicaciones:

Su frecuencia es de menos del 8%, inferior a la incidencia de morbilidad en la colecistostomías laparoscópicas⁶¹:

- Sepsis (0,5%).
- Hemorragia (0,5%).
- Procesos infecciosos-inflamatorios (absceso, peritonitis).
- Lesión de estructuras adyacentes; colon, intestino delgado, pleura...
- Desplazamiento u obstrucción del catéter.
- Fallecimiento (0,4%).

10.4- Seguimiento:

Los criterios para la retirada del catéter de colecistostomía serían la ausencia de datos clínicos y analíticos de infección, y la comprobación radiológica mediante la introducción de contraste yodado a través del tubo de drenaje de la permeabilidad de la

vía biliar (ausencia de defectos de repleción), ausencia de dilatación y correcto paso de contraste al duodeno.

En los **drenajes trans-hepáticos** el tiempo medio de permanencia del drenaje suele situarse entre 10-14 días.

En los **drenajes directos** sobre vesícula biliar es recomendable mantener el mismo de 3 a 4 semanas, para que se establezca el trayecto fistuloso^{47, 63}.

10.5 -Actuaciones de enfermería:

Colecistostomía:

El procedimiento se llevará a cabo en la Sala de Radiología Intervencionista.

- Procedimiento de acogida/recepción del paciente.
- Disminución de la ansiedad (NIC 58320).
- Control de infecciones (NIC 6540).
- Punción Intravenosa (NIC 4190).
- Administración de medicación (NIC 2300).
 - Administración de analgésicos (NIC 2210), anestésicos, otra medicación.
- Asistencia quirúrgica (procedimiento invasivo) (NIC 2900).
- Cuidados del drenaje (NIC 1870).
- Manejo de muestras (NIC 7820).
- Transporte: dentro de la instalación (7892).
 - Transferencia y traslado del paciente a planta de hospitalización quirúrgica, según Guía de Actuación del HUVR-HUVM.
- Documentación (NIC 7920).

Cuidados Post-punción/Hospitalización:

Los cuidados en el área de hospitalización tras el drenaje percutáneo son superponibles a los realizados tras la colecistectomía (*Ver apartado 9.3*).



11. Fracaso del manejo conservador

11.1 - Criterios de fracaso del tratamiento conservador:

Tras indicar un tratamiento conservador se debe reevaluar al paciente a las 12 y 24 horas. La presencia de los siguientes signos y síntomas deben de orientarnos hacia el fracaso de dicho tratamiento:

- Persistencia de temperatura mayor a 38° C.
- Ascenso de la leucocitosis y/o PCR.
- Ausencia de mejoría del cuadro clínico o empeoramiento del mismo (peritonismo, aumento de dolor, defensa abdominal).
- Deterioro hemodinámico que precise reposición hidroelectrolítica intensiva o aminas vasoactivas.

11.2 - Opciones terapéuticas:

11.2.1- Rescate percutáneo (Colecistostomía):

La colecistostomía será la primera opción terapéutica una vez objetivado el fracaso del tratamiento conservador siempre que exista disponibilidad de la técnica y no esté contraindicada⁵⁻⁹.

11.2.2- Rescate quirúrgico (Colecistectomía):

Colecistectomía urgente diferible (< 24 horas):

Se debe de realizar una Colecistectomía urgente diferible:

- Paciente con mala evolución y fracaso del manejo conservador con:
 - Falta de respuesta tras colecistostomía percutánea: Persistencia de sintomatología o empeoramiento clínico a las 24-48 horas del drenaje (conjuntamente a tratamiento antibiótico intravenoso y analgésico adecuado) o drenaje no funcionante por motivos técnicos
 - Contraindicación de colecistostomía percutánea.
 - No disponibilidad de colecistostomía percutánea.

Colecistectomía urgente no diferible (emergente <2h)^{6, 7, 21, 22, 24}:

- Sepsis grave/Shock séptico con:
 - Falta de respuesta tras colecistostomía percutánea: Persistencia de sintomatología o empeoramiento clínico a las 24-48 horas del drenaje (conjuntamente a tratamiento antibiótico intravenoso y analgésico adecuado) o drenaje no funcionante por motivos técnicos
 - Contraindicación de colecistostomía percutánea.
 - No disponibilidad de colecistostomía percutánea.
- Vesícula biliar perforada con coleperitoneo

12. Manejo del paciente al alta

12.1 - Actuaciones médicas al alta:

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:
 - o 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 colecistectomía laparoscópica diferida en 6-8 semanas.
 - o Si precisó una colecistostomía percutánea: Puede derivarse el paciente a consulta para valorar la retirada del catéter si no se ha retirado durante el ingreso.
 - En 10 días si la colecistostomía ha sido realizada por vía transhepática.
 - Entre 3-4 semanas si la colecistostomía ha sido por drenaje directo.
 - o En el caso de colecistitis alitiásicas: Generalmente son candidatas a colecistostomía percutánea y están producida por fenómenos isquémicos que, una vez tratados los factores desencadenantes (hipercoagulabilidad, shock...) no suele recidivar la colecistitis por lo que no se recomienda la colecistectomía diferida. Solo se indicará la colecistectomía diferida a las 6-8 semanas si los factores desencadenantes no se han solventado.

12.2- Actuaciones de enfermería^{37, 64}:

- Enseñanza: medicamentos prescritos (NIC 5616).
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (NIC 5612).
- Enseñanza: dieta prescrita (NIC 5614).
- Planificación del Alta (NIC 7370).
 - o Completar y entregar el Informe de Enfermería al Alta al paciente/familia.
 - o Proporcionar cuestionario de satisfacción (Anexo 8).
- Documentación (NIC 7920).



13. Diagramas de flujos de pacientes

13.1 - Diagrama resumen del MANEJO INICIAL:

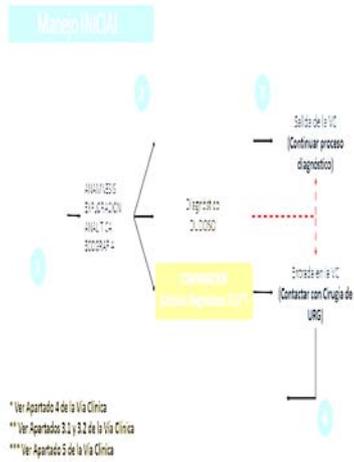


Figura 01. Diagrama de flujo del manejo inicial



13.2 - Diagrama resumen Colectitis Aguda Grado I:

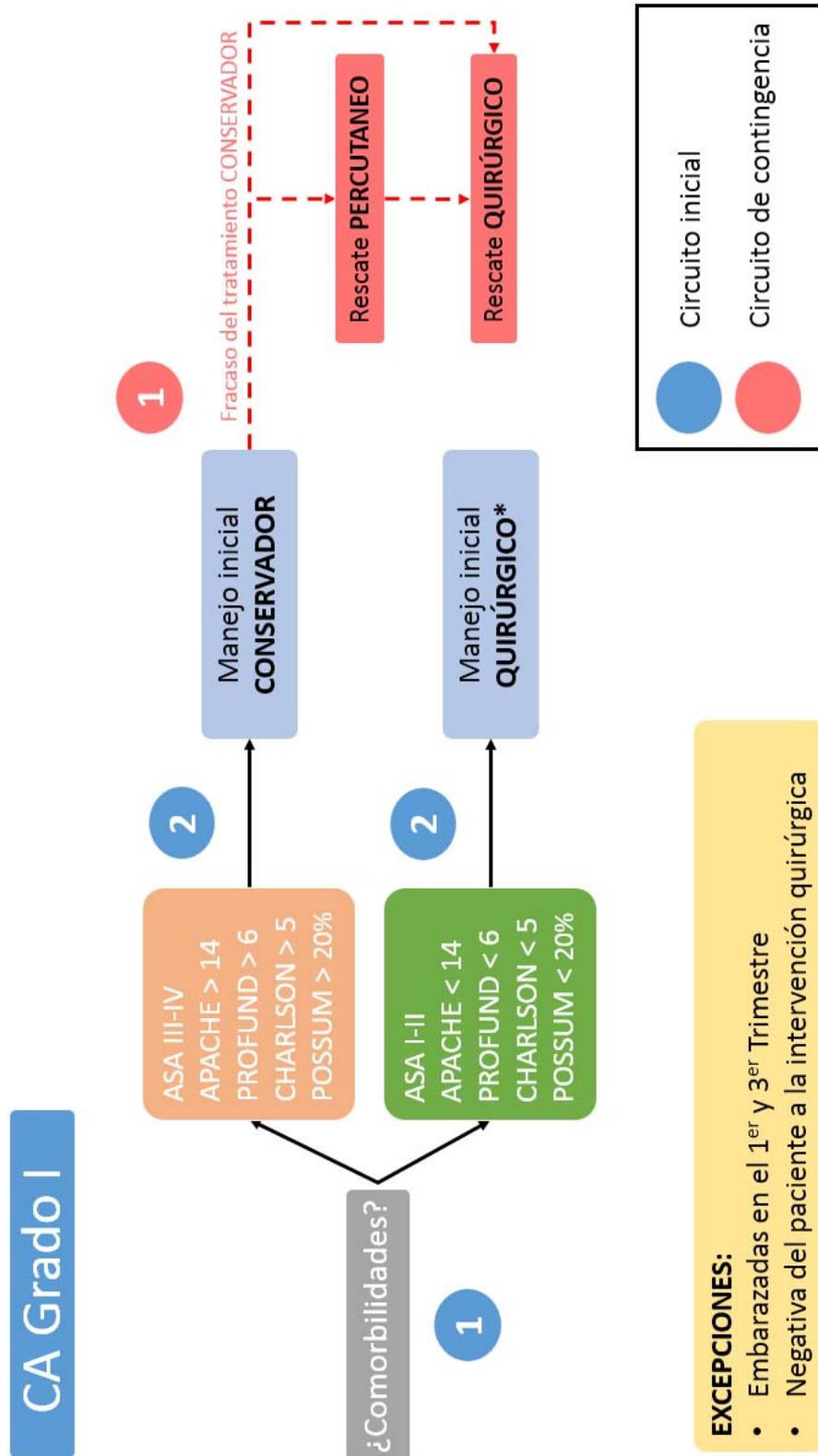


Figura 02. Diagrama de flujo de la CA grado I

13.3- Diagrama resumen Colecistitis Aguda Grado II:

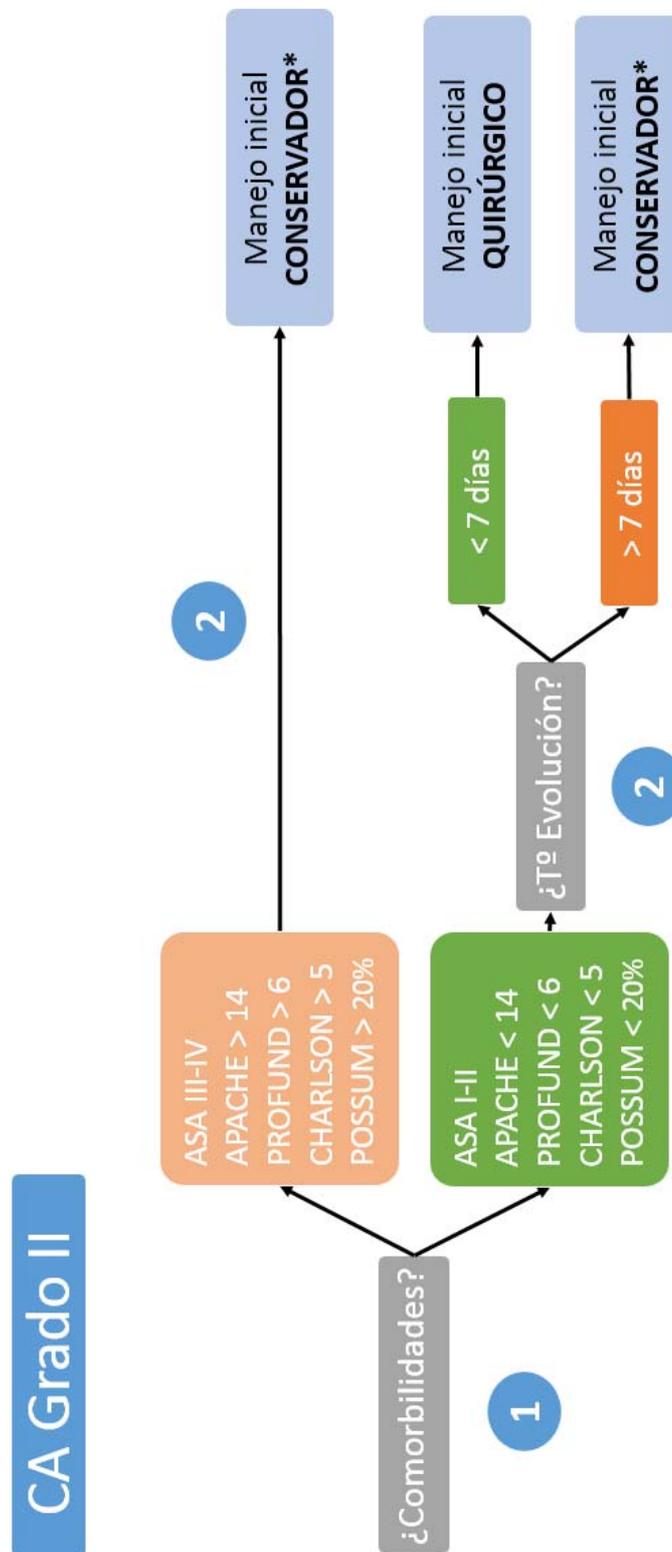


Figura 03. Diagrama de flujo de la CA grado II

13.4- Diagrama resumen Colecistitis Aguda Grado II:

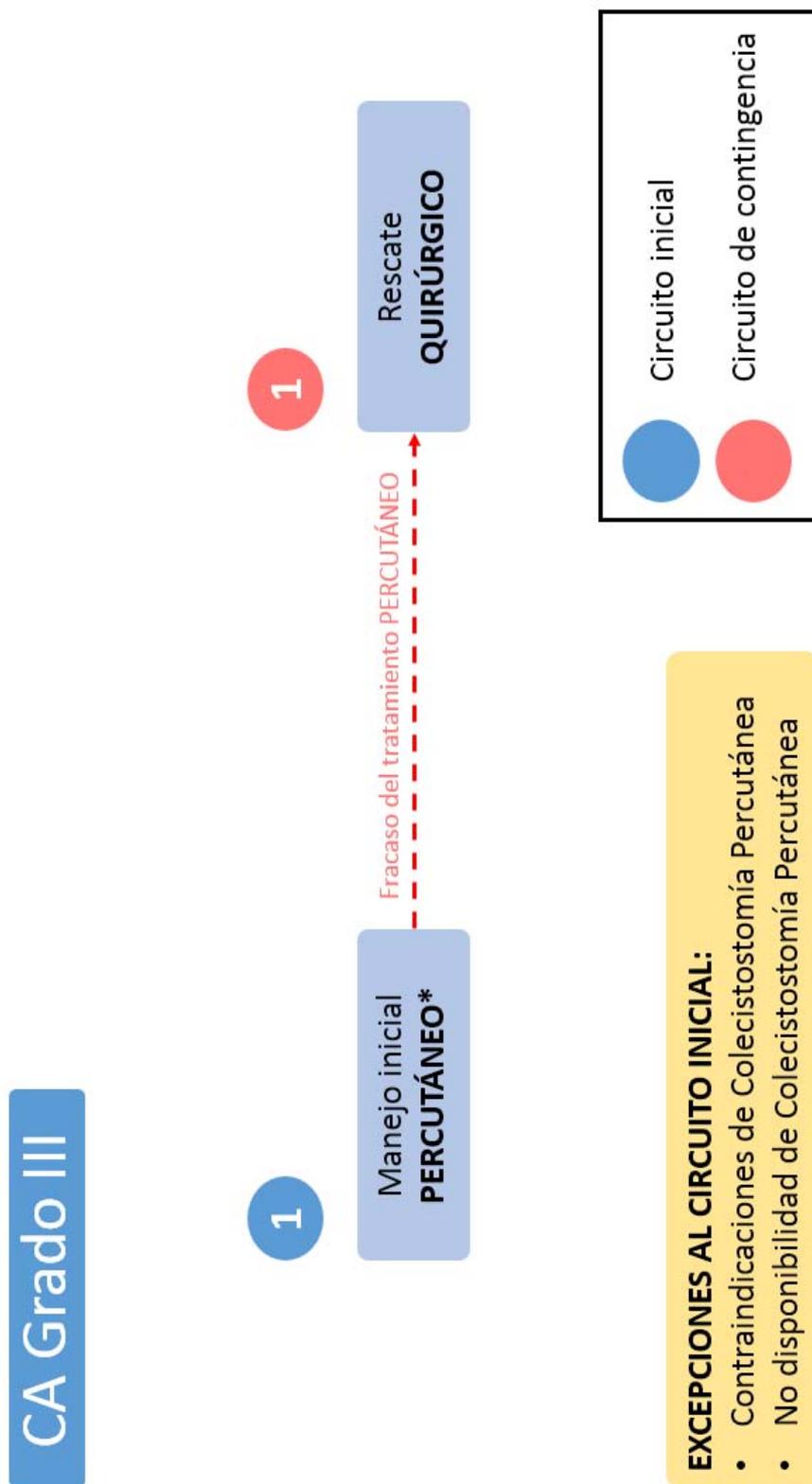


Figura 04. Diagrama de flujo de la CA grado III

14. Indicadores de calidad

Las vías clínicas tras su implantación deben ser revaluadas de forma periódica para detectar áreas de mejora. Los indicadores de la vía clínica se han obtenido de los propuestos en los procesos asistenciales Colelitiasis/ Colecistitis, Atención al Paciente Pluripatológico y Atención al Paciente Quirúrgico e incluyen los siguientes^{38, 39}(ver Anexo 11).

- Demora quirúrgica en Colecistitis Aguda.
- Manejo del dolor Perioperatorio.
- Incidencia de enfermedad tromboembólica venosa.
- Presencia de hematoma/hemorragia en el periodo postoperatorio.
- Demora quirúrgica en Colecistitis Aguda.
- Manejo del dolor perioperatorio.
- Incidencia de enfermedad tromboembólica venosa.
- Presencia de hematoma/hemorragia en el periodo postoperatorio.
- Reingresos Hospitalarios de pacientes intervenidos de CA.
- Reintervenciones de pacientes intervenidos de CA.
- índice de Conversiones a vía abierta.
- Estancia Media.
- Morbilidad Global.
- Mortalidad Global.
- Índice de Cirugía Laparoscópica.
- Identificación correcta de pacientes pluripatológicos.
- Valoraciones integradas realizadas.
- Cumplimiento de guías hospitalarias de antibioterapia.



15. Matriz Temporal Vía Clínica Colecistitis Aguda Ruta Quirúrgica

Día 1			
	Urgencias/Observación (Primeras 4 horas)	Quirófano 90 minutos	Despertar mínimo 120 minutos
Evaluaciones Asistencias	<ul style="list-style-type: none"> Identificación inequívoca del paciente Triaje y clasificación Información al paciente y familia 	<ul style="list-style-type: none"> Listado de verificación quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> Recepción e identificación del paciente
Asistencia médica	<ul style="list-style-type: none"> Valoración Clínica Indicación de pruebas complementarias (Hemograma, coagulación, bioquímica, hemocultivos y ecografía abdominal) Establecimiento de gravedad /Grado de colecistitis Valoración pronóstica Tratamiento conservador, quirúrgico o percutáneo Si intervención quirúrgica completar estudio preoperatorio (electrocardiograma, radiografía de tórax y anestesia) 	<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento anestésico Procedimiento quirúrgico Petición de cultivo de bilis Petición de estudio anatomía patológica Registro hoja quirúrgica informatizada Prescripción tratamiento postoperatorio 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación postanestésica Valoración criterios alta URPA
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Valoración inicial de enfermería Presión arterial y Temperatura Extracción Analítica y Hemocultivos Electrocardiograma Canalización vía venosa Administración de medicamentos Verificar estudio preoperatorio 	<ul style="list-style-type: none"> Control del temor Disminución de la ansiedad Mantenimiento de dispositivos Control de Infecciones Asistencia Quirúrgica Manejo de muestras Documentación 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación inequívoca del paciente Valoración de enfermería Presión arterial y Temperatura Monitorización Control del dolor y vía venosa Administración de medicamentos Valorar recuperación postanestésica
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> Reposo absoluto 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Reposo en cama semiincorporada
Medicación	<ul style="list-style-type: none"> Sueroterapia Analgesia Antibioterapia según guía hospitalaria Antieméticos Protector gástrico 	<ul style="list-style-type: none"> Profilaxis antitrombótica 	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 1 g/8h iv alternando Metamizol 575mg/8 h ó Dexketoprofeno 50mg/8 h iv. Si drenaje abdominal perfusión iv de cloruro mórfico Omeprazol 20 mg /24h iv. Ondasetrón 4 mg /12h iv.
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> Absoluta 	<ul style="list-style-type: none"> Absoluta 	<ul style="list-style-type: none"> Absoluta Tolerancia oral precoz (4 horas)
Información y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Naturaleza de la patología y Opciones terapéuticas Procedimiento quirúrgico s/p Consentimiento informado 	<ul style="list-style-type: none"> Información del proceso quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> Información a la familia de la evolución en recuperación postanestésica

	Día 1 (cont.)	Día 2	Día 3
	Planta Hospitalización	Planta Hospitalización	Planta Hospitalización
Evaluaciones Asistencias	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de criterios de gravedad o complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de criterios de gravedad o complicaciones • Valoración de criterios de alta 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de criterios de alta • Preparación del informe de alta • Preparación del ICC y recomendaciones
Asistencia médica	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración Clínica • Retirada de la sueroterapia • Retirada de la analgesia intravenosa • Reiniciar medicación domiciliaria • Valoración herida quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración Clínica
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de acogida en planta • Valoración inicial • Activación del plan de cuidados • Toma de constantes • Administración medicación • Valorar dolor • Valorar riesgo de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación PCE • Toma de constantes • Administración medicación • Cura de herida quirúrgica • Valorar dolor • Valorar riesgo de caídas • Comprobar permeabilidades (vía venosa, sonda vesical) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación PCE • Toma de constantes • Administración medicación • Valorar dolor • Valorar riesgo de caídas • Retirar vía periférica
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Cama Semincorporada • Movilización al sillón a las 6 horas de IQ 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulación
Medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Sueroterapia • Analgesia • Antibioterapia según guía hospitalaria • Conciliación de la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis de HBPM • Antibioterapia según guía hospitalaria y cultivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis de HBPM • Antibioterapia según guía hospitalaria y cultivos
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia oral a las 4 h de IQ 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta blanda sin grasa 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta blanda sin grasa
Información y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución clínica del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución clínica del paciente • Si alta, entregar informe de alta y de continuidad de cuidados con recomendaciones de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Información al alta del paciente • Entregar informe de alta y de continuidad de cuidados con recomendaciones de enfermería • Entregar y recoger encuesta de satisfacción
Criterios de alta		<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • No fiebre • Dolor controlado • Herida curso normal • Tolerancia oral • Entorno con recursos para cuidados adecuado

16. Hoja de Verificación y Variaciones

Vía Clínica Colecistitis Aguda Ruta Quirúrgica

DIA 1

Urgencias / Observación / URPA

Enfermera / TCAE

Actividades

Enfermera / TCAE						
Actividades						
Preoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificación inequívoca del paciente <input type="checkbox"/> Triage y clasificación <input type="checkbox"/> Información al paciente y familia <input type="checkbox"/> Valoración inicial de enfermería <input type="checkbox"/> Activar PCE <input type="checkbox"/> Presión arterial y Temperatura <input type="checkbox"/> Canalización vía venosa <input type="checkbox"/> Extracción Analítica y Hemocultivos <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Verificación alergias <input type="checkbox"/> Verificación estudio preoperatorio <input type="checkbox"/> Administración medicamentos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Protector gástrico <input type="checkbox"/> Antibioterapia <input type="checkbox"/> Antieméticos <input type="checkbox"/> Listado verificación quirúrgica 		Postoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Protocolo de acogida en planta <input type="checkbox"/> Valoración inicial <input type="checkbox"/> Activación del plan de cuidados <input type="checkbox"/> Toma de constantes <input type="checkbox"/> Administración medicación <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Antibioterapia según guía hospitalaria <input type="checkbox"/> Profilaxis antitrombótica <input type="checkbox"/> Conciliación de la medicación <input type="checkbox"/> Valoración del dolor <input type="checkbox"/> Prevenir caídas <input type="checkbox"/> Tolerancia oral 4h tras intervención <input type="checkbox"/> Movilización sillón 6h intervención <input type="checkbox"/> Revisar catéter <input type="checkbox"/> Revisar apósitos quirúrgicos 		
	Médico					
Preoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valoración Clínica <input type="checkbox"/> Indicación de pruebas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Estudio de coagulación <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/> Hemocultivos <input type="checkbox"/> Ecografía abdominal <input type="checkbox"/> Establecimiento de gravedad <input type="checkbox"/> Grado de colecistitis <input type="checkbox"/> Valoración pronóstica <input type="checkbox"/> Indicación de tratamiento conservador, quirúrgico o percutáneo <input type="checkbox"/> Estudio preoperatorio: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax <input type="checkbox"/> Valoración por anestesia <input type="checkbox"/> Prescripción tratamiento <input type="checkbox"/> Verificar consentimiento informado <input type="checkbox"/> Listado verificación quirúrgica <input type="checkbox"/> Información al paciente/familia <input type="checkbox"/> Petición cultivo de bilis <input type="checkbox"/> Petición estudio anatomopatológico 		Postoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluación postanestésica <input type="checkbox"/> Prescripción de tratamiento <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> Analgesia (Paracetamol 1g/8h iv alternando Metamizol 575mg/8h ó Dexketoprofeno 50mg/8 h iv) <input type="checkbox"/> Si drenaje abdominal perfusión iv de cloruro mórfico <input type="checkbox"/> Antibioterapia según guía <input type="checkbox"/> Profilaxis antitrombótica <input type="checkbox"/> Omeprazol 20 mg /24h iv. <input type="checkbox"/> Ondasetrón 4 mg /12h iv. <input type="checkbox"/> Valoración de criterios de gravedad o complicaciones <input type="checkbox"/> Valoración criterios alta URPA <input type="checkbox"/> Información a la familia 		
	Variaciones de la vía clínica					
Fecha	Código ⁽¹⁾	Turno	Variación	Acción	Firma	

Vía Clínica Colecistitis Aguda
Ruta Quirúrgica
Hoja de Verificación y Variaciones

Día 1 (Cont.) Planta hospitalización			
Enfermera	<input type="checkbox"/> Protocolo de acogida en planta <input type="checkbox"/> Valoración enfermera <input type="checkbox"/> Continuación del plan de cuidados <input type="checkbox"/> Información al paciente y familia <input type="checkbox"/> Toma de constantes <input type="checkbox"/> Tolerancia oral 4h tras intervención <input type="checkbox"/> Movilización sillón 6h tras IQ <input type="checkbox"/> Valoración del dolor <input type="checkbox"/> Prevención de caídas <input type="checkbox"/> Administración medicamentos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Protector gástrico <input type="checkbox"/> Antibioterapia <input type="checkbox"/> Antieméticos 	Médico	<input type="checkbox"/> Valoración clínica <input type="checkbox"/> Valoración criterios de gravedad o complicaciones <input type="checkbox"/> Revisión del tratamiento farmacológico
	Día 2 Planta hospitalización		
Enfermera	<input type="checkbox"/> Evaluación PCE <input type="checkbox"/> Toma de constantes <input type="checkbox"/> Administración medicación <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hospitalaria (antibioterapia y HBPM) <input type="checkbox"/> Domiciliaria si precisa <input type="checkbox"/> Cura de herida quirúrgica <input type="checkbox"/> Retirada vía venosa <input type="checkbox"/> Valoración del dolor <input type="checkbox"/> Prevención de caídas <input type="checkbox"/> Deambulación del paciente <input type="checkbox"/> Si alta, entregar recomendaciones	Médico	<input type="checkbox"/> Valoración de criterios de gravedad o complicaciones <input type="checkbox"/> Valoración de criterios de alta <input type="checkbox"/> Retirada de la sueroterapia <input type="checkbox"/> Retirada de la analgesia intravenosa <input type="checkbox"/> Reiniciar medicación domiciliaria <input type="checkbox"/> Valoración herida quirúrgica <input type="checkbox"/> Si alta, entregar informe de alta
	Día 3 Planta hospitalización		
Enfermera	<input type="checkbox"/> Evaluación PCE <input type="checkbox"/> Toma de constantes <input type="checkbox"/> Administración medicación <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hospitalaria (antibioterapia y HBPM) <input type="checkbox"/> Domiciliaria si precisa <input type="checkbox"/> Valoración y control del dolor <input type="checkbox"/> Prevención de caídas <input type="checkbox"/> Información al paciente y familia <input type="checkbox"/> Preparación y entrega del ICC y recomendaciones <input type="checkbox"/> Recogida encuesta de satisfacción	Médico	<input type="checkbox"/> Valoración Clínica <input type="checkbox"/> Valoración de criterios de alta <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No fiebre <input type="checkbox"/> Dolor controlado <input type="checkbox"/> Herida curso normal <input type="checkbox"/> Tolerancia oral <input type="checkbox"/> Entorno con recursos para cuidados adecuado <input type="checkbox"/> Preparación y entrega del informe de alta <input type="checkbox"/> Información al paciente y familia <input type="checkbox"/> Entregar encuesta de satisfacción

Variaciones de la vía clínica					
Fecha	Código ⁽¹⁾	Turno	Variación	Acción	Firma

(1) Códigos de las variaciones

Pacientes	Profesionales	Institución
01. Síndrome febril	06. No cumplimiento de registros	11. No resolución problemas sociales
02. Infección	07. Pruebas no planificadas	12. Retraso radiológico
03. Trombosis	08. Fármacos no planificados	13. Suspensión de quirófano
04. Efectos adversos medicación	09. No deambulación	14. Otros (especificar)
05. Otros (especificar)	10. Otros (especificar)	15.

17. Responsables de la Puesta en Marcha de la Vía Clínica

- Mercedes Flores Cortes, FEA Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Nieves Ramírez Duque, FEA Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Inés Fernández Luque, Jefa de Bloque Quirúrgico, Hospital Universitario Virgen del Rocío.



18. Bibliografía

1. Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gomi H, Yoshida M, et al. Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):1-7.
2. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20(1):8-23.
3. Kiriya S, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20(1):24-34.
4. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, et al. Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):35-46.
5. Miura F, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gouma DJ, et al. Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):47-54.
6. Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Garden OJ, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):55-9.
7. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Yoshida M, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):60-70. Erratum in: *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20(4): 457-8.
8. Itoi T, Tsuyuguchi T, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Kim MH, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 indications and techniques for biliary drainage in acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):71-80.
9. Tsuyuguchi T, Itoi T, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Kim MH, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 indications and techniques for gallbladder drainage in acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):81-8. Erratum in: *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(5):545-6.
10. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):89-96.
11. Higuchi R, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 miscellaneous etiology of cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013; 20(1):97-105.

12. Shinya S, Yamashita Y, Takada T. The impact of the Japanese clinical guidelines on the clinical management of patients with acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(6):611- 619.
13. Mayumi T, Someya K, Ootubo H, Takama T, Kido T, Kamezaki F. Progression of Tokyo Guidelines and Japanese Guidelines for management of acute cholangitis and cholecystitis. *J UOEH.* 2013; 1;35(4):249-257.
14. Grupo de trabajo GuiaSalud. Tipología. Vías Clínica. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/quest/vias-clinicas-opbe>.(Consultado el 11 de junio 2014).
15. Marín I, Navarro A. Las vías clínicas. Su papel en la implantación de mejoras en calidad. *Rev Cal Asist* 2007;22(3):103-105.
16. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01
17. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. AETSA, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
18. Etxeberria A, Rotaech R, Lekue I, Callén M, Villar M, Merino M, et al. Descripción de la metodología de elaboración-adaptación-actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2005. Informe n.o: Osteba D-05-0X.
19. Etxeberria A, Rotaech R, Rico R. ¿Podemos simplificar la elaboración de guías de práctica clínica? Evaluación de un método de elaboración, adaptación y actualización en la guía de práctica clínica sobre asma en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Rev Calid Asist* 2008 May;23(3):95-100.
20. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Disponible en: <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es> (Consultado el 10 de junio, 2014).
21. Pérez Cortés M (ed). Protocolo multidisciplinar intercentro sobre la atención del paciente con colecistitis aguda. Sevilla: Hospital Universitario Virgen Macarena-Virgen del Rocío; 2015. disponible en: <http://intranethuvr.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/areadecalidad/Protocolos%20y%20Procedimientos/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2Fareadecalidad%2FProtocolos%20y%20Procedimientos%2FPROTOCOLO%20COLECISTITIS%20AGUDA&FolderCTID=0x01200090C8EBA94DEB2B4C8A97550B9E1F2E0B&View={2C063927-A6FC-4758-9054-FF74CA6AD0A8}> (Consultado el 10 de junio, 2015).
22. Pera C. Cirugía de las vías biliares. Cirugía, Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. Vol. II/1. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1996. p. 729-802.

23. Ausania F, Guzman Suarez S, Alvarez García H, Senra del Río P, Casal Nuñez E. Gallbladder perforation: morbidity and preoperative risk prediction. *Surg Endosc.* 2015; 29(4):955-960.
24. Rodríguez-Sanjuán JC, Arruabarrena A, Sánchez-Moreno L, Gonzalez-Sanchez F, Herrera LA, Gómez-Fleitas M. Acute cholecystitis in high surgical risk patients: percutaneous cholecystostomy or emergency cholecystectomy? *Am J Surg.*2012; 204: 54-59.
25. Little JP. Consistency of ASA grading. *Anaesthesia.*1995; 50 (7): 658–659.
26. Koo CY, Hyder JA, Wanderer JP, Eikermann M, Ramachandran SK. A Meta-analysis of the Predictive Accuracy of Postoperative Mortality Using the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System. *World J Surg.* 2015; 39(1):88-103.
27. Berger MM, Marazzi A, Freeman J, Chiolero R. Evaluation of consistency of Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE II) scoring in a surgical intensive care unit. *Crit Care Med.* 1992;20:1681–1687.
28. Koperna T, Semmler D, Marian F. Risk stratification in emergency surgical patients: Is the APACHE II score a reliable marker of physiological impairment? *Arch Surg.* 2001; 136(1):55-59
29. Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: a scoring system for surgical audit. *Br J Surg.* 1991;78:355-360.
30. Neary WD, Heather BP, Earnshaw JJ. The Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity (POSSUM). *Br J Surg.* 2003;90:157-165.
31. Merad F, Baron G, Pasquet B, Hennet H. Prospective evaluation of in-hospital with the P-Poosum scoring system in patients undergoing major digestive surgery. *World J Surg.* 2012; 36(10): 2320-2327.
32. Charlson ME, Pompei P, Ales KL. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic dis.* 1987;40:373-83.
33. Zhang JX, Iwashyna TJ, Cristakis NA. The performance of different lookback periods and sources of information for Charlson comorbidity adjustment in medicare claims. *Med Care.* 1999;37:1128-1139.
34. Lubin, M.F, editor. *Medical Management of the Surgical Patient: A Textbook of Perioperative Medicine.* 4ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
35. M. Bernabeu-Wittel, M. Ollero-Baturone, L. Moreno-Gaviño, B, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. *European Journal of Internal Medicine.* 2011; 22: 311–317.
36. Bulecheck, GM; Butcher, HK; Dochterman, J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

37. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo - Programa de Atención a Enfermos Crónicos y Dependientes. Anexo IX. Escalas de Valoración Funcional y Cognitiva. D.L. Z. 0856-06. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadanos/InformaciónEstadísticaSanitaria/InformaciónSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACIÓN+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>. (Consultado el 10 de julio del 2015).
38. Álvarez RM, Bachiller J, Caba F, Cano E, Cuellar E, Docobo F, et al. En: Jiménez López J, coordinador. Proceso Asistencial Integrado. Atención al paciente quirúrgico. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
39. Germain A, Brunaud L. Visceral surgery and pregnancy. *Journal of Visceral Surgery*. 2010;147:129-135.
40. Sareh Parangi, Deborah Levine, Antonia Henry, Nina Isakovich, Pories S. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am Surg*. 2007; 193: 223–232.
41. Navez B, Ungureanu F, Michiels M, Claeys D. Surgical management of acute cholecystitis: results of a 2-year prospective multicenter survey in Belgium. *Surg Endosc*. 2012;26:2436–2445.
42. Wilson E, Gurusamy K, Gluud C, Davidson B. Cost–utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *B J Surg*. 2010; 97: 210–219.
43. Banz V, Gsponer T, Candinas D, Guller U. Population-based analysis of 4113 patients with acute cholecystitis: defining the optimal time-point for laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg*. 2011;254:964–970.
44. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*. 2010;97(2):141–150.
45. Kortram, Van Ramshorst B, Bollen TL, Besselink MG, Gouma DJ, Karsten T, et al. Acute cholecystitis in high risk surgical patients: percutaneous cholecystostomy versus laparoscopic cholecystectomy (CHOCOLATE trial): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2012; 13:7 NTR2666.
46. Colecistostomía percutánea para los pacientes quirúrgicos de alto riesgo con colecistitis aguda litiasica. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 8: CD007088.
47. Lorenz JM. Evaluating the Controversial Role of Cholecystostomy in Current Clinical Practice. *Semin Intervent Radiol*. 2011;28 (4):444–449.
48. Cherng N, Witkoski E, Esneider E, Wiseman JT, Lewis J, Litwin DE, et al. Use of Cholecystostomy Tubes in the Management of Patients with Primary Diagnosis of Acute Cholecystitis. *J Am Coll Surg*. 2012; 214 (2):96–201.
49. Guías del PRIOAM. Guías del PRIOAM para el Diagnóstico y Tratamiento de las principales Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. (Aprobada el 26 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://activos-salud.com/prioam/>.

50. Aguilera A, Alcántara JD, Azcón P, Buch PA, Callejas JE, Carranque G, et al. En: De la Torre V, coordinadora. Proceso Asistencial Integrado. Sepsis grave. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2010.
51. Myburgh JA, Mythen MG. Resuscitation fluids. N Engl J Med 2013; 369: 1243-51.
52. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive Care Med. 2013 Feb; 39(2):165-228.
53. Yunus NM1, Bellomo R, Hegarty C, Story D, Ho L, Bailey M. Association between a chloride-liberal vs chloride-restrictive intravenous fluid administration strategy and kidney injury in critically ill adults. JAMA. 2012 Oct 17; 308 (15):1566-72.
54. Caironi P, Tognoni G, Masson S, Fumagalli R, Pesenti A, Romero M. Albumin replacement in patients with severe sepsis or septic shock. N Engl J Med. 2014; 370(15):1412-21
55. Zarychanski R1, Abou-Setta AM, Turgeon AF, Houston BL, McIntyre L, Marshall JC. Association of hydroxyethyl starch administration with mortality and acute kidney injury in critically ill patients requiring volume resuscitation: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2013 Feb 20;309(7):678-88.
56. Badia JM. Guía clínica de infecciones quirúrgicas. Colecistitis aguda y colangitis aguda. Madrid: Ed Arán;2009.
57. Sosna J, Kruskal JB, Copel L, Goldberg SN, Kane RA. US-guided percutaneous cholecystostomy: features predicting culture-positive bile and clinical outcome. Radiology. 2004; 230:785-791.
58. Sariego M. Protocolo de Recepción del Paciente en URPA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, Junio 2011. Disponible en: <http://intranethuvr/ugc/bqhr/asistencia/urpa/Documentos%20compartidos/Protocolos%20Enfermería%20URPA/protocolo%20recepción%20en%20URPA.pdf>
59. Sariego M. Protocolo de Salida del Paciente de URPA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, Agosto 2011. Disponible en: <http://intranethuvr/ugc/bqhr/asistencia/urpa/Documentos%20compartidos/Protocolos%20Enfermería%20URPA/protocolo%20salida%20URPA%20final.pdf>
60. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud - Escala de Coma de Glasgow. Abril 2009. Disponible en: http://www.sas.juntaandalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_EscComaGlasgow.pdf
61. Valdés, Galindo, Ferrer, Del Cura. Competencias en radiología vascular e intervencionista. Estándares de procedimientos intervencionistas. SERAM 2013.
62. Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, Lambert PJ. Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients: techniques, tube management, and results. Arch Surg. 1999;134:727-733
63. Ha JP, Tsui KK, Tang CN, Siu WT, Fung KH, Li MK. Cholecystectomy or not after percutaneous cholecystostomy for acute calculous cholecystitis in high-risk patients. Hepatogastroenterology. 2008; 55:1497-502.

64. Hospital Universitario Virgen del Rocío - Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla, Junio 2012. Disponible en:
<http://intranethuvr/areadecalidad/areadeenfermeria/uacc/ProtocolosyProcedimiento s/Documentos%20comparidos/Manual%20de%20Procedimientos%20Generales%20 de%20Enfermeria.pdf>
65. Cortés E, Garrido J.A, Gracia F, Jiménez J.A, Naranjo A, Narbona B, et al. En: Martínez de Dueñas J.L, coordinador. Colelitiasis-Colecistitis: Proceso asistencial integrado. Consejería de salud. 2002. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/colelitiasis/00_indice_colelitiasis.pdf
66. Pisano M, Ceresoli M, Allegri A, Belotti E, Coccolini F, Colombi R, Manfredi R, Margarito F, Merli C, Montori G, Piazzalunga D, Ansaloni L. Single center retrospective analysis of early vs. delayed treatment in acute calculous cholecystitis: application of a clinical pathway and an economic analysis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2015 Sep;21(5):373-9. doi:10.5505/tjtes.2015.62679.
67. Gurusamy K, Vaughan J, Toon C, Davidson B. Intervenciones farmacológicas para la prevención o el tratamiento del dolor posoperatorio en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 3. Art. No.: CD008261. DOI: 10.1002/14651858.CD008261
68. Molina Linde JM, Villegas Portero R, Lacalle Remigio JR, Parra Membrives P, Díaz Gómez D, Gómez Bujedo L y Rufián Peña S. Laparoscopia en colecistitis aguda, coledocolitiasis y colelitiasis. Desarrollo de criterios de uso adecuado. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
69. Ollero Baturone M. Plan Andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas (PAAIPEC) 2012-016. Consejería de Salud Sevilla 2013.
70. Cisneros JM, Neth O, Gil-Navarro MV, Lepe JA, Jiménez-Parrilla F, Cordero E, Rodríguez-Hernández MJ, Amaya-Villar R, Cano J, Gutiérrez-Pizarra A, García-Cabrera E, Molina J; PRIOAM team. Global impact of an educational antimicrobial stewardship programme on prescribing practice in a tertiary hospital centre. *Clin Microbiol Infect.* 2014 Jan;20(1):82-8. doi: 10.1111/1469-0691.12191.

19. Índice de anexos

- ANEXO 01. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA
- ANEXO 02. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO
- ANEXO 03. ESCALA APACHE II
- ANEXO 04. SCORE DE POSSUM
- ANEXO 05. INDICE DE CHARLSON
- ANEXO 06. INDICE DE PROFUND
- ANEXO 07. CRITERIOS DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
- ANEXO 08. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO HEMORRÁGICO Y TROMBÓTICO
- ANEXO 09. ESCALA ASA
- ANEXO 10. ENCUESTA DE SATISFACCION
- ANEXO 11. ESTANDARES DE CALIDAD



ANEXO 01. RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA

Colecistectomía

Ha sido intervenido quirúrgicamente de colecistectomía. Dicha intervención, consiste en quitar la vesícula biliar que se infecta (colecistitis), que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares.

Debe seguir las siguientes recomendaciones:

De la Herida Quirúrgica

- ✓ La herida debe permanecer tapada y seca las primeras 48 horas después de la intervención.
- ✓ Es muy importante la higiene diaria (ducha si lo desea).
- ✓ Debe mantener seca y limpia la incisión, aplicar antiséptico y volver a colocar un apósito limpio.
- ✓ Se retirarán las grapas a los 7 – 8 días de la Intervención Quirúrgica en su Centro de Salud.
- ✓ Debe vigilar los signos de alarma como:
 - Calor en el área de la incisión.
 - Enrojecimiento.
 - Sensibilidad anormal.
 - Hinchazón.
 - Pus, derrame, hemorragia.
 - Olores desagradables.

Cuidados Generales:

- ✓ Es conveniente seguir una dieta pobre en grasas.
- ✓ No realice esfuerzos importantes y/o levante pesos, retome su actividad física cotidiana gradualmente.
- ✓ No debe guardar reposo en cama.
- ✓ Debe tomar su medicación habitual, salvo contraindicación de su cirujano.
- ✓ El informe de alta hospitalaria, su médico ha prescrito analgesia para seguir en casa. En los primeros días el dolor es normal después de la intervención quirúrgica, por lo que es aconsejable que se tome cada 6-8 horas los analgésicos. Cuando el dolor vaya disminuyendo puede ir alargando las horas entre toma y toma, hasta llegar a suprimirlos.
- ✓ No olvide acudir a su cita de revisión.



ANEXO 02. Plan de Cuidados. Paciente con colecistitis aguda.

Paciente con colecistitis aguda		
Plan de Cuidados - Ingreso/Preoperatorio		
Diagnósticos –NANDA	Objetivos –NOC	Intervenciones –NIC (Requerimientos terapéuticos)
<p>Temor (00198) r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante –hospitalización, procedimientos hospitalarios, etc.</p>	<p>(1404) Autocontrol del miedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (140403) Busca información para reducir el miedo. - (140417) Controla la respuesta del miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de Enfermería al Ingreso (NIC 7310). - Vigilancia (NIC 6650) - Punción Intravenosa (NIC 4190). - Administración de medicación (NIC 2300). - Administración de analgésicos (NIC 2210)/Otra medicación. - Manejo del dolor (NIC 1400). - Manejo de las náuseas (NIC 1450) - Manejo del vómito (NIC 1570). - Manejo del prurito (NIC 3550). - Tratamiento de la fiebre (NIC 3840). - Enseñanza: prequirúrgica (NIC 5610). - Flebotomía: muestra de sangre venosa (NIC 1238) - Manejo de muestras (NIC 7820). - Enseñanza del procedimiento/tratamiento (NIC 5618). - Preparación Quirúrgica (NIC 2930). - Ayuda al autocuidado (NIC 1800). - Documentación (NIC 7920).
AREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS		

Paciente con colecistitis aguda

Plan de Cuidados – Intervención Quirúrgica

Diagnósticos –NANDA	Objetivos –NOC	Intervenciones –NIC (Requerimientos terapéuticos y de vigilancia y Control)
<p>Temor (00198) r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante –hospitalización, procedimientos hospitalarios, etc.</p>	<p>(1404) Autocontrol del miedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (140403) Busca información para reducir el miedo. - (140417) Controla la respuesta del miedo. 	<p>Procedimiento de acogida/recepción del paciente.</p> <p>Disminución de la ansiedad (NIC 58320).</p> <p>Cambio de posición: intraoperatorio (NIC 0842).</p> <p>Mantenimiento de dispositivos (NIC 2440).</p> <p>Punción Intravenosa (NIC 4190).</p> <p>Control de infecciones: intraoperatorio (NIC 6545).</p> <p>Precauciones quirúrgicas (NIC 2920).</p> <p>Asistencia quirúrgica (NIC 2900).</p> <p>Administración de Anestesia (NIC 2840).</p> <p>Intubación y estabilización de vías aéreas (NIC 3120).</p> <p>Manejo de las vías aéreas artificiales (NIC 3180).</p> <p>Desintubación endotraqueal (NIC 3270).</p> <p>Manejo de muestras (NIC 7820).</p> <p>Transferencia (NIC 0970).</p> <p>Documentación (NIC 7920).</p>
<p>AREA QUIRURGICA</p>		

Paciente con colecistitis aguda

Plan de Cuidados - Postoperatorio inmediato

Diagnósticos –NANDA	Objetivos –NOC	Intervenciones –NIC Requerimientos
<p>Temor (00198) r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante –hospitalización, procedimientos hospitalarios, etc.</p> <p>Riesgo de aspiración (00039) r/c reducción del nivel de conciencia.</p>	<p>(1404) Autocontrol del miedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (140403) Busca información para reducir el miedo. - (140417) Controla la respuesta del miedo. <p>0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (041006) Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias. <p>(1010) Estado de deglución.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (101002) Controla las secreciones orales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados postanestesia (NIC 2870). - Manejo del dolor (NIC 1400). - Manejo de las náuseas (NIC 1450) y/o Manejo del vómito (NIC 1570). - Tratamiento de la fiebre (NIC 3840). - Manejo de la eliminación urinaria (NIC 0590). - Administración de medicación (NIC 2300). - Administración de analgésicos (NIC 2210)/Otra medicación. - Mantenimiento de dispositivos acceso venoso (NIC 2440). - Cuidados de la SNG (NIC 1874). - Cuidados del drenaje (NIC 1870). - Cuidados del catéter urinario (NIC 1876). - Cuidados del sitio de incisión (NIC 3440). - Transporte: dentro de la instalación (7892). - Documentación (NIC 7920).

AREA POSTQUIRURGICA

Paciente con colecistitis aguda

Plan de Cuidados - Postoperatorio tardío

Diagnósticos –NANDA	Objetivos –NOC	Intervenciones –NIC
<p>Riesgo de estreñimiento (00015) r/c obstrucción posquirúrgica, fármacos, actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales.</p> <p>Conocimientos deficientes (00126) r/c mala interpretación de la información, falta de exposición.</p>	<p>(0501) Eliminación intestinal. (050101) Patrón de eliminación ERE (en el rango</p> <p>(1813) Conocimiento: régimen terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (181305) Descripción de la dieta prescrita. - (181306) Descripción de la medicación prescrita. - (181307) Descripción de la actividad prescrita. <p>(1803) Conocimiento: proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (180302) Proceso de la enfermedad. - (180310) Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad. - (180311) Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo del estreñimiento/impactación (NIC 0450). - Enseñanza: medicamentos prescritos (NIC 5616). - Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (NIC 5612). - Enseñanza: dieta prescrita (NIC 5614). - Cuidados del sitio de incisión (NIC 3440). - Monitorización de los Signos Vitales (NIC 6680). - Administración de analgésicos (NIC 2210) - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) (NIC 2440). - Etapas en la dieta (NIC 1020). - Ayuda con los auto cuidados: baño/higiene (1801)

AREA DE HOSPITALIZACIÓN

ANEXO 03. ESCALA APACHE II

Parte 01: Cálculo de la puntuación

4	3	2	1	0	Variables	1	2	3	4
≥41	39-40,9	-	38,5-38,9	36-38,4	Tª	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<29,9
≥160	130-159	110-129	-	70-109	P.A.	-	50-69		<49
≥180	140-79	110-139	-	70-109	F.C.	-	55-69	40-54	<39
≥50	35-49	-	25-34	12-24	F.R.	10-11	6-9	-	<5
≥500	350-499	200-349	-	<200; >70	PaO2/FiO2	61-70	-	55-60	<55
≥7,7	7,6-7,69	-	7,5-7,59	7,33-7,49	pH	-	7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
≥180	160-179	155-159	150-154	130-149	Sodio	-	120-129	111-119	<110
≥7	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	Potasio	3-3,4	2,5-2,9	-	<2,5
≥3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	Creatinina	-	0,6	-	-
≥60	-	50-59,9	46-49,9	30-45,9	Hematocrito	-	20-29,9	-	<20
≥40	-	20-39,9	15-19,9	3-14,9	Leucocitos	-	1-2,9	-	<1

Años	<44	45-54	55-64	65-74	≥75
Puntos	0	2	3	5	6

Tipo de paciente	Estado de salud previo	Puntos
No Quirúrgico	Fracaso crónico o inmunodeprimido	5
	Sin fracaso e inmunocompetente	0
Quirúrgico urgente	Fracaso crónico o inmunodeprimido	5
	Sin fracaso e inmunocompetente	0
Quirúrgico programado	Fracaso crónico o inmunodeprimido	2
	Sin fracaso e inmunocompetente	0

Parte 02: Relación de la puntuación con el riesgo de morbi/mortalidad

Puntos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	>35
Médicos	4	7	14	24	40	52	72	82
Quirúrgicos	2	4	7	12	30	36	72	88

ANEXO 04. SCORE POSSUM

Puntuación	1	2	3	4
Variables fisiológicas				
Edad	<60	61-70	>70	-
Cardíaco	No	Fármacos	Edema, cardiopatía	Cardiomegalia
Respiratorio	-	EPOC	EPM	Grave
PAS	110-129	130/170 o 10/9	>170 o 90-99	<90
Pulso	50-80	81-100 o 40-49	101-120	>120 o <40
Glasgow	15	12-14	9-11	<9
Urea (mmol/l)	<7,5	7,5-10	10,1-15	>15
Sodio	>136	131-135	126-130	<126
Potasio	3,5-5	3,1-3,4/5,1-5,3	2,9-3/5,4-5,9	<2,9 o >5,9
Hb (g/L)	13-16	11,5-12,9/16,1-17	10-11,4/17,1-18	<10 o >18
Leucocitos	4-10000	10-2000 o 3,1-3,9	>20 o <3,1	-
ECG	Normal	-	F.A. controlada	Otro
Variables quirúrgicas				
Gravedad Quir	Menor	Moderada	Mayor	Mayor+
Nº Intervención Quir	1	2	>2	-
Transf. (µL)	<100	101-500	501-1000	>1000
Exudado peritoneal	No	Seroso	Pus local	Peritonitis difusa
Malignidad	No	Tumor localizado	Adenopatías	Metástasis
Tipo cirugía	Programada	-	Urgente	Emergente

ANEXO 05. INDICE DE CHARLSON

ITEMs	Puntuación
IAM (agudo ó antiguo)	1
ICC	1
Arteriopatía periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
EPOC	1
Enf. del tejido conectivo	1
Úlcus péptico	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes	1
Hemiplejia	2
Insuf. Renal Crónica moderada – severa	2
Diabetes con repercusión órgano diana	2
Cualquier tumor	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Hepatopatía crónica moderada – severa	3
Tumor sólido metastático	6
SIDA	6
TOTAL (suma de puntos)	

PUNTUACIÓN	MORTALIDAD/AÑO %
0	12
1-2	26
3-4	52
5->5	85

ANEXO 06. INDICE PROFUND

CARACTERISTICAS	PUNTUACIÓN
Demográficas ≥85 años	3
Características clínicas Neoplasia activa	6
Demencia	3
Clase funcional III-IV NYHA y/o MRC	3
Delirium en la última hospitalización	3
Parámetros analíticos (sangre-plasma) Hemoglobina <10g/dL	3
Características psicométricas-funcional-sociofamiliar Índice de Barthel<60	4
Cuidador diferente del cónyuge	2
Características asistenciales ≥4 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	3
TOTAL de PUNTOS	0-30 puntos

Mortalidad a los 12 meses:

- 0-2 puntos: 12,1-14,6%
- 3-6 puntos: 21,5-31,5%
- 7-10 puntos: 45-50%
- 11 o más puntos: 61,3-68%

ANEXO 07. CRITERIOS DE PACIENTE PLURIPATOLOGICO

Escala de paciente Pluripatológico
Categoría A.
<ol style="list-style-type: none">1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹2. Cardiopatía isquémica.
Categoría B.
<ol style="list-style-type: none">1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidas durante 3 meses.
Categoría C.
<ol style="list-style-type: none">1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC³, o FEV1<65%, o SaO2 ≤90%.
Categoría D.
<ol style="list-style-type: none">1. Enfermedad inflamatoria intestinal.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular⁴ o hipertensión portal⁵
Categoría E.
<ol style="list-style-type: none">1. Ataque cerebrovascular.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 o más errores).
Categoría F.
<ol style="list-style-type: none">1. Arteriopatía periférica sintomática2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
Categoría G.
<ol style="list-style-type: none">1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb <10g/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
Categoría H.
<ol style="list-style-type: none">1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60)

1. Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual de produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
2. Índice albúmina/creatinina $>300\text{mg/g}$, microalbuminuria $>3\text{mg/dl}$ en muestra de orina o albúmina $>300\text{ mg/día}$ en orina de 24 horas.
3. Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
4. INR $>1,7$, albúmina $<3,5\text{ g/dl}$, bilirrubina $>2\text{mg/dl}$.
5. Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos

Ollero-Baturone M, Alvarez M, Barón B, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Fernández Moyano A. Proceso Asistencial Integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos. Segunda edición. Consejería de Salud. Andalucía 2007. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos>

ANEXO 08. MODELO DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO HEMORRÁGICO Y TROMBÓTICO

Fuente: PAI Bloque Quirúrgico

	BAJO	MODERADO	ALTO
Riesgo hemorrágico	Procedimientos quirúrgicos que no suelen precisar transfusión y en que el sangrado no pone en riesgo la vida ni el resultado de la cirugía: cirugía menor, biopsia, extracción dentaria, cirugía del segmento anterior del ojo, etc.	Procedimientos quirúrgicos riesgo elevado de transfusión: cirugía cardíaca, cirugía mayor ortopédica/visceral/ORL/uroológica/reconstrutora	Procedimientos quirúrgicos con riesgo de sangrado en un espacio cerrado y/o que pueden poner en riesgo el resultado de la cirugía: neurocirugías, cirugía espinal, cirugía del polo posterior del ojo.
Riesgo trombótico (Tratamiento con antiagregantes)	Más de 6 meses tras IAM, cirugía coronaria, coronariografía percutánea, stent metálico o ACV Más de 12 meses en caso de complicaciones	Entre 6 y 24 semanas tras IAM, cirugía coronaria, coronariografía percutánea, stent metálico o ACV 6-12 meses en caso de complicaciones o DM o baja FE Más de 12 meses tras stent farmacológico	Menos de 6 semanas tras IAM, cirugía coronaria, coronariografía percutánea, stent metálico o ACV Menos de 6 meses complicaciones Menos de 12 meses tras stent farmacológico
Riesgo trombótico (Tratamiento con anticoagulantes orales)	PORTADORES DE VÁVULA CARDIACA		
	Bioprótesis cardíaca sin FA ni otros factores de riesgo para ACV	Bioprótesis cardíaca con: FA, ACV previo, HTA, DM, ICC, > 75 años	Cualquier prótesis mitral, antiguas válvulas aórticas, ACV < 6 meses
	FIBRILACIÓN AURICULAR		
	Puntuación CHADS2 0-2 sin otro factor de riesgo ni ACV previo	Puntuación CHADS2 3-4	Puntuación CHADS2 5-6 ACV 3 meses Enfermedad valvular reumática
TROMBOEMBOLISMO VENOSO			
Episodio único de ETEV < 12 meses sin otro factor de riesgo	ETEV hace 3-12 meses ETEV reciente (<3 meses) Trombofilia sin otro factor de riesgo TVP recurrente Enfermedad neoplásica activa Trombofilia tipo: • Factor V de Leiden heterocigoto • Mutación heterocigótica del factor II	ETEV reciente (< 3 meses) Trombofilia tipo: • Déficit de proteína C, S o Antitrombina • Anticuerpos antifosfolípidos • Alteraciones múltiples	

ANEXO 09. ESCALA ASA

Grado	Descripción
ASA I	Paciente sano; Paciente sin afectación orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico para la intervención está localizado y no produce alteración sistémica.
ASA II	Enfermedad sistémica leve a moderada. Afectación sistémica causada por el proceso patológico que motiva la intervención u otra afectación fisiopatológica.
	Ejemplos: HTA bien controlada, asma bronquial, anemia, DM bien controlada, obesidad leve, tabaquismo
ASA III	Enfermedad sistémica grave, sin limitación funcional. Afectación sistémica grave o severa de cualquier causa.
	Ejemplos: Angor, estado postIAM, obesidad severa, patología respiratoria sintomática (EPOC, asma, etc.)
ASA IV	Enfermedad sistémica grave con amenaza para la vida. Las alteraciones sistémicas no son siempre corregibles con la intervención.
	Ejemplos: Angor inestable, ICC, enfermedad respiratoria incapacitante, fallo hepatorenal
ASA V	Paciente moribundo. Situación desesperada en la que el paciente. Pocas posibilidades de sobrevivir.

ANEXO 10. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Hospital Universitario Virgen Del Rocío Unidad de G.C. de Cirugía General y Digestiva

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Con el fin de mejorar la calidad integral de la atención recibida por usted como usuario de la Unidad de Cirugía General y Digestiva, le rogamos que nos ayude contestando a las siguientes preguntas, valorando cada uno de los apartados de 1 a 3, siendo 1 la puntuación más baja (insatisfacción, nada de acuerdo, pobre calidad) y 3 la puntuación más alta (satisfecho, totalmente de acuerdo, alta calidad). Gracias por dedicarnos su tiempo.

¿Recomendaría esta Unidad a familiares o amigos?	1	2	3
Accesibilidad y señalización del Hospital y la Unidad	1	2	3
Adecuación de los horarios del Hospital y la Unidad	1	2	3
Calidad de la comida	1	2	3
Comodidad de las habitaciones	1	2	3
Intimidad de la Unidad	1	2	3
Sistema de visitas	1	2	3
Limpieza de la Unidad	1	2	3
Organización en general	1	2	3
¿Recomendaría este Hospital?	1	2	3
Comprensión con la información de las enfermeras	1	2	3
Entendimiento de la información de los médicos	1	2	3
Entendimiento de la información sobre tratamientos	1	2	3
Identificación de los profesionales	1	2	3
Respeto en el trato recibido en la Unidad	1	2	3

Sugerencias



ANEXO 11. ESTÁNDARES DE CALIDAD

DENOMINACIÓN		Demora quirúrgica en colecistitis aguda
FORMULA	Nº de pacientes intervenidos <24h del ingreso/ nº pacientes totales intervenidos	
DEFINICIÓN	Número de pacientes intervenidos durante las primeras horas de ingreso hospitalario	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
DIMENSIÓN	Efectividad	
FUNDAMENTO	Conocer la capacidad del hospital para atender quirúrgicamente al paciente con CA	
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con el diagnóstico de CA que son atendidos en nuestro hospital	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
PERIODICIDAD	Anual	
ESTÁNDAR	El 75% de los pacientes diagnosticados deben estar intervenidos en menos de 24 horas ⁶⁶ .	

DENOMINACIÓN		Manejo del dolor perioperatorio
FORMULA	Nº de pacientes quirúrgicos a los que se ha prescrito tratamiento para el dolor perioperatorio según establece el PAIx100/ Nº de pacientes quirúrgicos intervenidos	
DEFINICIÓN	Existencia y utilización de protocolos para el manejo del dolor perioperatorio según el tipo de cirugía	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
DIMENSIÓN	Efectividad	
FUNDAMENTO	El manejo del dolor perioperatorio en el paciente quirúrgico debe realizarse siempre	
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos electivos o urgentes independientemente del régimen asistencial	
FUENTE DE DATOS	Historia de salud	
PERIODICIDAD	Semestral	
ESTÁNDAR	El 85% de los pacientes intervenidos deben tener prescripción analgésica perioperatoria ⁶⁷ .	

DENOMINACIÓN	
	Incidencia de enfermedad tromboembólica venosa
FORMULA	Número de pacientes que han sufrido un episodio de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar* x 100 / Número de pacientes quirúrgicos mayores de 18 años dados de alta
DEFINICIÓN	Casos de embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria en pacientes quirúrgicos
TIPO DE INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del paciente
FUNDAMENTO	Conocer la incidencia de la ETV como complicación postoperatoria para evaluar la efectividad de la prescripción profiláctica y su correcta indicación.
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos electivos o urgentes independiente- mente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	Menos del 1,5% de pacientes intervenidos mayores de 18 años presentarán embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria.

DENOMINACIÓN	
Hematoma/hemorragia en el periodo postoperatorio	
FORMULA	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que presentaron hemorragia o hematoma durante el postoperatorio* x 100 / Número de pacientes mayores de 18 años dados de alta por intervención quirúrgica
DEFINICIÓN	Casos de hematoma/hemorragia que requiere de un procedimiento para su resolución
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Seguridad del paciente
FUNDAMENTO	Conocer la incidencia de complicaciones hemorrágicas de los procedimientos quirúrgicos
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos electivos o urgentes independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	Menos del 2% de pacientes intervenidos mayores de 18 años presentarán hemorragia en el periodo postoperatorio.

DENOMINACIÓN Reingresos Hospitalarios de pacientes intervenidos de CA	
FORMULA	Número de pacientes con reingreso hospitalario tras ser intervenidos de CA x 100 / Número de paciente intervenidos de CA
DEFINICIÓN	Pacientes con ingreso hospitalario intervenidos y dados de alta previamente
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes y causas de reingreso hospitalario tras una intervención quirúrgica por CA
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos urgentes independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Mensual
ESTÁNDAR	Menos del 3% de pacientes intervenidos mayores de 18 años reingresarán en las primeras 24h.

DENOMINACIÓN	
Reintervenciones de pacientes intervenidos de CA	
FORMULA	Número de pacientes reintervenidos tras ser intervenidos de CA x 100 / Número de paciente intervenidos de CA
DEFINICIÓN	Pacientes intervenidos de CA que han precisado una reintervención durante su ingreso hospitalario
TIPO DE INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes y causas de reintervención tras una intervención quirúrgica por CA
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos urgentes independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Mensual
ESTÁNDAR	Menos del 5% de pacientes intervenidos mayores de 18 años serán reintervenidos tras una primera intervención de colecistitis.

DENOMINACIÓN		Índice de conversiones a cirugía abierta
FORMULA	Número de pacientes intervenidos inicialmente por vía laparoscópica que se convierte a vía abierta tras ser intervenidos de CA x 100 / Número total de pacientes intervenidos por vía laparoscópica por CA	
DEFINICIÓN	Pacientes intervenidos de CA por vía laparoscópica que han precisado una conversión a vía abierta durante la intervención	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
DIMENSIÓN	Efectividad	
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes que han necesitado un abordaje abierto una vez iniciado el abordaje laparoscópico	
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos urgentes independientemente del régimen asistencial	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
PERIODICIDAD	Mensual	
ESTÁNDAR	Menos del 25% de pacientes intervenidos inicialmente por vía laparoscópica se convertirán a vía cirugía abierta ⁶⁸ .	

DENOMINACIÓN	
	Morbilidad global
FORMULA	Número de pacientes que han presentado morbilidad tras ser intervenidos de CA x 100 / Número de paciente intervenidos de CA
DEFINICIÓN	Se considera pacientes con morbilidad postcolecistectomía cuando presentan infección de herida, infecciones nosocomiales, lesiones iatrogénicas VBP o litiasis residual
TIPO DE INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Seguridad y efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes y causas de morbilidad tras una intervención quirúrgica por CA
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos urgentes independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Mensual
ESTÁNDAR	Menos del 30% de pacientes intervenidos presentaran algún tipo de morbilidad.

DENOMINACIÓN		Mortalidad global
FORMULA	Número de pacientes fallecidos durante los 30 días posteriores a la intervención por CA x 100 / Número de paciente intervenidos de CA	
DEFINICIÓN	Fallecimiento del paciente intervenido de CA durante los primeros 30 días tras la intervención	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
DIMENSIÓN	Efectividad	
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes y causas de mortalidad tras una intervención quirúrgica por CA	
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos urgentes independientemente del régimen asistencial	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
PERIODICIDAD	Mensual	
ESTANDAR	<1%	

DENOMINACIÓN		Índice de cirugía laparoscópica
FORMULA	Número de pacientes intervenidos por laparoscopia / Número de pacientes intervenidos de CA	
DEFINICIÓN	Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos por vía laparoscópica.	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
DIMENSIÓN	Efectividad	
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes que han podido ser intervenidos por vía laparoscópica	
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos urgentes independientemente del régimen asistencial	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
PERIODICIDAD	Mensual	
ESTANDAR	Más del 75% de los pacientes intervenidos de colecistitis lo serán por cirugía laparoscópica	

DENOMINACIÓN	
	Estancia media de pacientes intervenidos de CA
FORMULA	Número de días estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos de CA x 100 / Número de paciente intervenidos de CA
DEFINICIÓN	Nº Días que, por término medio, están ingresados los pacientes que han sido intervenidos de CA
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el número de días de días de ingreso hospitalario que precisan los pacientes en nuestro hospital tras una intervención quirúrgica por CA
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos urgentes independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Mensual
ESTANDAR	<7 días

DENOMINACIÓN	Correcta identificación de pacientes pluripatológicos
FORMULA	Número de pacientes ingresados en el área de cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda que cumplen criterios de paciente pluripatológico/número de pacientes ingresados en el área de cirugía con colecistitis aguda identificados como pluripatológico en los registros X100
DEFINICIÓN	Número de enfermos ingresados en cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda que cumplen criterios de paciente pluripatológico
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes que son diagnosticados de colecistitis aguda y cumplen criterios de pluripatología para poder realizar una valoración integral perioperatoria
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con colecistitis aguda que son atendidos en nuestro hospital
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTANDAR	Más del 70% de pacientes ingresados en el área de cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda que cumplan criterios de paciente pluripatológico deberán ser identificados como tal.

DENOMINACIÓN	Valoraciones integrales realizadas
FORMULA	Número de pacientes ingresados en el área de cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda que cumplen criterios de paciente pluripatológico o tienen más de 75 años a los que se le realiza una valoración integral funcional, mental y social / número de pacientes ingresados en el área de cirugía con colecistitis aguda con pluripatología o son mayores de 75 años X100
DEFINICIÓN	Número de enfermos ingresados en cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda que cumplen criterios de paciente pluripatológico o tienen más de 75 años a los que se les realiza una valoración integral
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el número de pacientes que son diagnosticados de colecistitis aguda y cumplen criterios de pluripatología o tienen más de 75 años a los que se les realiza una valoración integral
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con colecistitis aguda que son atendidos en nuestro hospital
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTANDAR	Al menos un 50% de pacientes ingresados en el área de cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda que cumplan criterios de paciente pluripatológico o tienen más de 75 años deberán ser identificados como tal y tener una valoración integral realizada ⁶⁹ .

DENOMINACIÓN	Cumplimiento de guías hospitalarias de antibioterapia
FORMULA	Número de pacientes ingresados en el área de cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda a los que se les prescribe un antibiótico de acuerdo a las guías hospitalarias/ número total de pacientes con colecistitis aguda a los que se les prescribe un antibiótico X 100
DEFINICIÓN	Número de enfermos ingresados en cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda a los que se les prescribe un antibiótico de acuerdo a las guías hospitalarias
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el grado de cumplimiento de las guías hospitalarias de antibioterapia
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes con colecistitis aguda que son atendidos en nuestro hospital
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	Al Menos el 70% de pacientes ingresados en el área de cirugía con el diagnóstico de colecistitis aguda a los que se les prescribe un antibiótico será de acuerdo a las guías hospitalarias ⁷⁰

DENOMINACIÓN	Plan de cuidados
FORMULA	Número de pacientes ingresados en el área de cirugía e intervenido de colecistitis aguda con el diseño de un plan de cuidados/ número total de pacientes intervenidos de colecistitis aguda X 100
DEFINICIÓN	Número de enfermos intervenidos de colecistitis que disponen de un plan de cuidados
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el grado de aplicación del proceso enfermero en la UGC
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes intervenidos de colecistitis aguda que son atendidos en la UGC
FUENTE DE DATOS	Autoauditoria de HC
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	Al menos el 85% de pacientes ingresados en el área de cirugía e intervenidos de colecistitis aguda dispondrán de un plan de cuidados de enfermería.

DENOMINACIÓN	Recomendaciones de cuidados al alta
FORMULA	Número de pacientes ingresados en el área de cirugía e intervenido de colecistitis aguda a los que se entrega un documento de recomendaciones de cuidados al alta hospitalaria / número total de pacientes intervenidos de colecistitis aguda y dados de alta X 100
DEFINICIÓN	Número de enfermos intervenidos de colecistitis que disponen de recomendaciones de cuidados al alta
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO	Conocer el grado de aplicación del proceso enfermero en la UGC
POBLACION DEL INDICADOR	Pacientes intervenidos de colecistitis aguda que son atendidos en la UGC
FUENTE DE DATOS	Autoauditoria de HC
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	Al menos al 85% de pacientes ingresados en el área de cirugía e intervenidos de colecistitis aguda le será entregado un documento de recomendaciones de cuidados al alta.

20. Glosario de abreviaturas y siglas

AINEs: Antinflamatorio no esteroideo.

ALT: Alanino amino-trasferasa (sinónimo de GPT).

AST: Aspartato amino-transferasa (sinónimo de GOT).

BLEE: Betalactamasa de espectro extendido.

BT: Bilirrubina total.

CA: Colecistitis aguda.

ECG: Electrocardiograma.

FA: Fosfatasa alcalina

FC: Frecuencia cardiaca.

FiO₂: Fracción inspiratoria de oxígeno.

FR: Frecuencia respiratoria.

g: Gramo.

GGT: Gamma-glutamil transpeptidasa.

GOT: Glutamato-oxalato transaminasa (sinónimo de AST).

GPC: Guía de práctica clínica.

GPT: Glutamato-piruvato transaminasa (sinónimo de ALT).

h: H

ora.

PaO₂: Presión arterial de oxígeno.

PCR: Proteína C reactiva.

PICO: Del inglés *“Patient, intervention, comparison, outcome”*.

PICCO ®: Del inglés *“Pulse Induced Contour Cardiac Output”*.

SatO₂: Saturación de oxígeno.

TA: Tensión arterial.

TAC: Tomografía axial computerizada.

VC: Vía clínica.

WOS: Del inglés *“Web of Science”*.





Vía Clínica
Colecistitis Aguda

2015

Hospitales Universitarios
Virgen del Rocío y Virgen Macarena

