

PROTOCOLO INGRESO PATOLOGÍA BILIO-PANCREÁTICA.

Junio 2025. Dr Javier González

1. DEFINICIÓN / CONCEPTOS RELEVANTES:

- **COLELITIASIS:** *litiasis en el interior de la vesícula biliar.* Si no da síntomas (colelitiasis asintomática) no precisa tratamiento alguno específico ni seguimiento por especializada.
- **CÓLICO BILIAR:** *el cálculo se atasca temporalmente en el conducto cístico.*
 - a) Cólico biliar simple: dolor cólico en HD, autolimitado (suele durar <6h), sin alteración analítica ni ecográfica, salvo la presencia de la litiasis. Suele responder a AINES o buscapina.
 - b) Cólico biliar prolongado: el dolor dura >6h y no cede con analgesia.

*Ante un paciente con **cólico biliar (tanto simple como prolongado)**, se debe **consultar con Cirugía.**

- **COLECISTITIS AGUDA:** *inflamación de la pared vesicular por obstrucción mantenida del conducto cístico por un cálculo.*
 - **Dx: CRITERIOS DE TOKIO para dx colecistitis (anexo1).** Básicamente: dolor cólico en HD + fiebre, elevación de PCR, leucocitosis y prueba de imagen compatible.
 - La exploración física es clave: Murphy positivo.
 - La ECO urgente apoya el dx. (datos ecográficos de colecistitis aguda: edema vesicular, pared engrosada >4mm, murphy ecográfico positivo).

*Ante un paciente con **colecistitis o sospecha de colecistitis** se debe **consultar con Cirugía.**

- **COLÉDOCOLITIASIS:** *litiasis en el interior del colédoco.*
 - **Dx: dolor cólico en HD y alteración perfil biliar (especialmente enzimas de colestasis, GGT y FA elevadas).**
 - La ecografía abdominal confirma el diagnóstico.

* Ingresar en Digestivo con dieta absoluta, tratamiento analgésico endovenoso (anexo 3) . Solicitar CPRE al día siguiente para extracción endoscópica de la colédocolitiasis.

- **COLANGITIS AGUDA:** *infección de los conductos biliares.*

- **Dx: Criterios de Tokio para dx de colangitis (anexo 2).** Básicamente: dolor en HD + fiebre + ictericia. (triada de Charcot).
 - Prueba de imagen necesaria (ecografía).
 - Elevada morbimortalidad.
- * Ingresos en Digestivo con tratamiento antibiótico (anexo 4) y drenaje precoz endoscópico (CPRE).
- **PANCREATITIS AGUDA:** *inflamación aguda de la glándula pancreática.*
 - Causas más frecuentes: **biliar y tóxica (alcohol/tabaco).** Otras: HiperTAG, hipercalcemia, autoinmune (menos fc).
 - Dx: **dolor típico (epigástrico en cinturón) + elevación de amilasa y lipasa (> 3 veces valores normales).** *En uptoDate solo usan lipasa.*
- * Ingreso en Digestivo con dieta absoluta, fluidoterapia (Anexo 5) y analgesia (anexo 3). No se necesita de inicio tratamiento antibiótico.

NOTA: Tanto la **COLECISTITIS** como los **CÓLICOS BILIARES**: NO deben ingresarse en M.Interna. **Deben ser valorados por Cirugía.**

- **Existen casos “límite”,** que pueden plantear dudas diagnósticas (porque no cumplan todos los criterios, o las pruebas de imagen no aclaren el dx; muy importante la figura del Radiólogo). En esos casos **es recomendable realizar otra prueba de imagen complementaria: TC abdominal con contraste,** que puede ayudar a aclarar el caso. Igualmente, si siguen las dudas, se puede mantener al paciente en Observación hasta el día siguiente para que sea valorado por Digestivo.

2. CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

Todo paciente con colangitis aguda y pancreatitis aguda necesita pasar a Observación para control del dolor, monitorización de constantes y control estricto de diuresis.

Las sospechas de colédocolitiasis, si su situación clínica lo permite, pueden permanecer en área de sillones para control del dolor.

3. CRITERIOS DE VALORACION POR UCI

Paciente con **inestabilidad hemodinámica** asociada que no responde a tratamiento.

4. CRITERIOS CLINICOS DE INGRESO EN PLANTA

Pancreatitis aguda: tras control del dolor y estabilidad hemodinámica (TA, FC, Sa-tO2 y adecuada diuresis, cuantificada al menos durante 12 horas).

Colangitis aguda: tras control del dolor y estabilidad hemodinámica (TA, FC, Sa-tO2, y adecuada diuresis, cuantificada al menos durante 12 horas).

Colédocolitiasis: tras control del dolor y estabilidad hemodinámica (TA, FC, SatO₂, y adecuada diuresis, cuantificada al menos durante 6 horas).

5. CRITERIOS DE CALIDAD DE HOSPITALIZACION:

Historia completa con tratamientos previos

Pruebas complementarias mínimas, descritas en la historia de Urgencias:

- **Analítica** general con: hemograma, función renal e iones, PCR, procalcitonina, amilasa, lipasa, BT, GOT, GPT, GGT y FA, gasometría venosa
- **Rx tórax** PA y L
- **ECG.**
- Hemocultivos (si sospecha de sepsis biliar).
- **Ecografía abdominal urgente.**

Conceptos básicos terapéuticos al ingreso/ durante su estancia en Observación:

- Dieta absoluta
- Control de constantes y de diuresis
- Analgesia si precisa (anexo 3)
- Antibioterapia (en colangitis o sospecha de sepsis biliar): anexo 4

* En caso de paciente inestable o sepsis grave refractaria a tratamiento, consultar con UCI.

6. CRITERIOS DE SEGURIDAD DE TRANSFERENCIA DESDE AREA DE URGENCIAS A HOSPITALIZACION:

Situación clínica, constantes, parámetros previos a la transferencia: No inestabilidad hemodinámica (sO₂ > 92%, PAS > 90, FC < 100, FR < 25, diuresis > 1 ml/Kg/hora).

Transferencia con monitorización. Equipo de transferencia no abandona al enfermo hasta recepción por personal de planta. Facilitar acompañante.

7. CRITERIOS DE TRASLADO A HOSPITAL DE REFERENCIA:

- pacientes con estas patologías (PA, colangitis o colédocolitiasis) que además estén en tratamiento oncológico activo, transplantados o en hemodiálisis

8. CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS Y DESTINO:

- Como norma general, ningún paciente con pancreatitis aguda, colédocolitiasis o colangitis debe ser dado de alta desde Urgencias, salvo que soliciten el alta voluntaria.

ANEXO 1

CRITERIOS DE TOKIO PARA Dx DE COLECISTITIS AGUDA

A. Signos locales de inflamación: (1) signo de murphy, (2) sensibilidad, dolor o masas palpable en HDcho.

B. Signos sistémicos de inflamación: (1) Fiebre, (2) aumento de PCR o (3) aumento de leucocitos.

C. Hallazgos característicos en pruebas de imagen: engrosamiento de pared >4mm, tri-laminación de la pared, aumento del tamaño de la vesícula y el murphy ecográfico positivo.

- Diagnóstico de sospecha: un elemento de A + un elemento de B
- Diagnóstico definitivo: un elemento de A + un elemento de B +C

ANEXO 2

CRITERIOS DE TOKIO PARA Dx DE COLANGITIS AGUDA

A. Inflamación sistémica: (1) fiebre o tiritona, (2) PCR >1mg/dL; leucocitosis>10.000 o leucopenia (<4000).

B. Colestasis: (1) Bilirrubina total >2 mg/dL, (2) aumento de >1,5 veces límite alto de la normalidad de GOT, GPT, GGT o FA.

C. Datos de imagen: dilatación de vía biliar >7mm y/o evidencia de etiología (colédocolitiasis, estenosis, tumor, etc).

- Diagnóstico de sospecha: un elemento de A + un elemento de B o C
- Diagnóstico definitivo: un elemento de A + un elemento de B + un elemento de C

ANEXO 3

ANALGESIA ENDOVENOSA EN PATOLOGÍA BILIO-PANCREÁTICA:

- Inicialmente: **metamizol** 2g i.v/8h ó **dexketoprofeno** 1 ampolla iv/8h, **con rescates** analgésicos con tramadol o dolantina.
- Si no cede: **perfusión analgésica**: (por ejemplo, 3 ampollas de metamizol + 3 de dexketoprofeno en 500 cc de S. fisiológico a pasar a 21mL/h (de inicio).

ANEXO 4

ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA en COLANGITIS AGUDA:

- De 1ª elección: PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4g i.v/8h.
- Alternativa: Ciprofloxacino 400 mg iv/12h + metronidazol 500 mg iv/8h

ANEXO 5

FLUIDOTERAPIA EN PANCREATITIS AGUDA:

- **Reposición precoz moderada**: para un paciente sin comorbilidades, de unos 70kg: 2500 o 3000 cc/24h de S. fisiológico o glucosalino.
- **Fluidoterapia más agresiva** (añadir bolos, de 500-1000cc en 2 horas) **si existe hipovolemia** (TAs<90mmHg, sed intensa, deshidratación, creatinina >1.1, hto >44%, diuresis <0.75mL/kg/h).
- **Pacientes frágiles**, polimórbidos o cardio-renales: ser más restrictivo: 1500-2000 cc de fisiológico o glucosalino/24h.
- No superioridad demostrada de Ringer Lactato sobre S.fisiológico

BIBLIOGRAFIA:

Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 7.ª ed., de F. Javier Montero Pérez y Luis Jiménez Murillo. 2023.

de-Madaria E, Buxbaum JL, Maisonneuve P, García García de Paredes A, Zapater P, Guilabert L, Vaillo-Rocamora A, Rodríguez-Gandía MÁ, Donate-Ortega J, Lozada-Hernández EE, Collazo Moreno AJR, Lira-Aguilar A, Llovet LP, Mehta R, Tandel R, Navarro P, Sánchez-Pardo AM, Sánchez-Marin C, Cobreros M, Fernández-Cabrera I, Casals-Seoane F, Casas Deza D, Lauret-Braña E, Martí-Marqués E, Camacho-Montaño LM, Ubieto V, Ganuza M, Bolado F; ERICA Consortium. Aggressive or

Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis. N Engl J Med. 2022 Sep 15;387(11):989-1000. doi: 10.1056/NEJMoa2202884. PMID: 36103415

Up To Date: Clinical manifestations, diagnosis, and natural history of acute pancreatitis. Santhi Swaroop Vege, MD. This topic last updated: Oct 07, 2024.

Up To Date: Acute cholangitis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. Nezam H Afdhal, MD, FRCPI. This topic last updated: Apr 29, 2024.