



Colecistitis Aguda

Leve

K80, K80.1



Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<p>Pacientes sometidos a intervención quirúrgica urgente de colecistitis aguda (según clasificación de Tokyo I + AAST)</p> <p>Comienzo de los síntomas < 5 días</p> <p>ASA I-II</p> <p>Edad: 18 a 85 años</p>	<p>Embarazo</p> <p>IMC >35</p> <p>ASA III-IV</p> <p>COVID positivo por PCR</p> <p>Colecistitis aguda Grado Severidad II y III</p> <p>Paciente en tratamiento con anticoagulantes orales y antiagregantes a dosis terapéuticas</p> <p>Enfermedad crónica hepática Child B y C, pancreatitis o patología de la vía biliar asociadas</p> <p>Ausencia de confirmación de colecistitis aguda en el resultado de anatomía patológica de la vesícula biliar extirpada</p> <p>Salida de protocolo lesiones intraoperatorias de estructuras anatómicas adyacentes y /o hemorragia asociada</p> <p>Salida de protocolo cirugía abierta y /o reconversión</p>

1	Preoperatorio
	Cirugía, Anestesiología
1.1	Valoración preoperatoria habitual (POCUS), incluyendo PCR en la analítica.
1.2	Valorar Scores AIR, AAS, fragilidad (Mfi Frailty, VIG Express), delirium (evaluar criterios de beers)
1.3	Normotermia preoperatoria en pacientes frágiles (mantas calor)
1.4	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none"> Si es diabético, protocolo hospitalario de DM y cirugía



Colecistitis Aguda

Leve

K80, K80.1



	<ul style="list-style-type: none">Resto: Evitar glucemia > 180 mg/dL en paciente de riesgo de desarrollar insulinoresistencia (obeso, anciano, duración quirúrgica > 1 hora)
1.5	Profilaxis Antibiótica según protocolo del hospital (PROA).
1.6	Paquete de medidas (Bundle) para prevenir la infección de la herida quirúrgica según protocolo IQZ (Infección Quirúrgica Zero).
1.7	Todos los pacientes que cumplan los criterios para entrar en el protocolo serán ampliamente informados, con la entrega de consentimiento informado.
2	Intraoperatorio Anestesiología, Cirugía, Enfermería
2.1	Lista de verificación quirúrgica.
2.2	Monitorización rutinaria.
2.3	Cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva siempre que sea posible.
2.4	Inducción anestésica de secuencia rápida.
2.5	Oxigenación con FiO2 de 0,6 a 0,8
2.6	Fluidoterapia: Se recomienda optimización hemodinámica mediante FLUIDOTERAPIA GUIADA POR OBJETIVOS con dispositivos validados (CLEAR SIGHT). Si no se dispone, fluidoterapia basada en peso ideal en perfusión continua con solución balanceada: <ul style="list-style-type: none">3-5ml/kg/h para laparoscopia5-7 ml/kg/h para laparotomía
2.7	Sondaje vesical solo si precisa.
2.8	Sonda nasogástrica solo si precisa.
2.9	Protocolo de normotermia.
2.10	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none">Si es diabético, protocolo hospitalario de DM y cirugíaResto: Evitar glucemia > 180 mg/dL en paciente de riesgo
2.11	Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios según escala de Apfel.
2.12	No drenajes siempre que sea posible.



Colecistitis Aguda

Leve

K80, K80.1



2.13	Analgesia multimodal ahorradora de opiodes, incluyendo infiltración de los puertos de laparoscopia con anestésico local o TAP BLOCK.
2.14	Profilaxis tromboembólica según protocolo (medias de compresión o compresión intermitente)
2.15	Paquete de medidas (Bundle) para prevenir la infección de la herida quirúrgica según protocolo IQZ (Infección Quirúrgica Zero).
3	Postoperatorio Inmediato – Día 0 Anestesiología, Enfermería
3.1	Mantenimiento activo de la temperatura.
3.2	Oxigenoterapia con FiO2 adecuada para mantener SpO2 óptimas.
3.3	Analgesia multimodal ahorradora de opioides
3.4	Fluidoterapia restrictiva.
3.5	Control de glucemia perioperatoria: <ul style="list-style-type: none">• Si es diabético, protocolo de DM y cirugía• Resto: Evitar glucemia > 180 mg/dL en paciente de riesgo
3.6	Valorar retirada de sondaje vesical, si procede
3.7	Sedestación a las 2h como paso previo a ala deambulación
3.8	Inicio de movilización precoz a las 8 horas de la intervención.
3.9	Inicio de dieta según tolerancia: 6-8 h tras la intervención (¿retirada sueroterapia?)
3.10	Respetar horas de sueño en ingesta y deambulación.
3.11	Profilaxis del tromboembolismo a partir de 12 h tras la intervención según protocolo.
3.12	Formulario de Control de Analgesia en Dolor Agudo Postoperatorio al ALTA de la URPA.
4	Postoperatorio Día 1 Cirugía, Enfermería
4.1	Dieta biliar según tolerancia. Retirada sueroterapia (si no se retiró día 0)
4.2	Movilización activa (cama/sillón/inicio deambulación)



Colecistitis Aguda

Leve

K80, K80.1



4.3	Fisioterapia respiratoria.
4.4	Valorar retirada de drenajes, si procede (12 horas PO)
4.5	Valorar retirada de sondaje vesical (si no se hubiera retirado en Día 0)
4.6	Analgesia vía oral
4.7	Tromboprofilaxis
4.8	Valorar alta si cumplen criterios de alta
5	Al Alta Cirugía, Enfermería, MAP
5.1	Mantenimiento de tromboprofilaxis individualizado según riesgos
5.2	Analítica de control con PCR y enzimas hepáticos previo al alta.
5.3	Control telefónico tras el alta a las 24 horas.
5.4	Criterios generales de alta: no complicaciones, no fiebre, dolor controlado con analgesia oral, deambulación completa, aceptación por parte del paciente.
5.5	Seguimiento al alta/continuidad asistencial.
5.6	Apoyo domiciliario-Coordinación con atención Primaria.