

PROTOCOLO CLÍNICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 1 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

EXECUTANTES E ENVOLVIDOS

Setor	Profissional
LCP Cirúrgico	Médicos da Linha de cuidado do paciente cirúrgico

DESFECHO CLÍNICO ESPERADO

Redução da morbimortalidade dos pacientes com colecistite aguda admitidos no HMDCC.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Pacientes com colecistite aguda admitidos no Hmdcc via Central de Regulação da SMSA (SUS Facil)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com colelitíase sem sinais de colecistite aguda.

MARCADORES A SEREM GERENCIADOS

Tempo entre admissão do paciente no Hmdcc e confirmação do diagnóstico de colecistite aguda.

Tempo entre diagnóstico e efetivação do tratamento cirúrgico (colecistectomia videolaparoscópica, primeira escolha).

Media de permanência do paciente com colecistite aguda realizada no Hmdcc e a prevista pelo DRG.

DESCRIÇÃO

OBJETIVO GERAL

Aumentar a eficiência clínica no tratamento da colecistite aguda através da redução do tempo entre diagnóstico, acionamento da equipe de cirurgia geral e efetivação do tratamento cirúrgico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Institucionalizar a prática de tratamento de colecistite aguda no HMDCC.
2. Otimizar recursos no tratamento da colecistite aguda
3. Redução da média de permanência hospitalar de pacientes com colecistite aguda.
4. Selecionar os pacientes candidatos a cirurgia de emergência (imediate), de urgência (na mesma internação) e eletiva.

INTRODUÇÃO

A colecistectomia videolaparoscópica (CVL) é o procedimento cirúrgico mais realizado no Centro Cirúrgico (CC) do HMDCC desde sua inauguração em dezembro de 2016. Foram 740 CVL realizadas em 2017, 1.179 em 2018 e neste ano de 2019 de janeiro a agosto foram realizadas 703.

Tendo em vista que a prevalência de colelitíase varia de 3 a 20% da população ocidental e até 40 % destes pacientes terão algum sintoma ao longo da vida, além da evidencia que de 3,8 a 12% dos pacientes terão colecistite aguda, as CVL tendem a se manter como um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no Centro Cirúrgico do HMDCC. Além disto, o HMDCC tem se firmado como referência na Rede SUS BH para tratamento endoscópico de icterícia colestática secundaria a

PROTOCOLO CLÍNICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 2 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

coledocolitíase sendo a CVL no mesmo tempo cirúrgico indicada, conforme evidenciado no protocolo de CPRE do HMDCC. Diante da relevância desta patologia na população e seus impactos na produtividade cirúrgica do HMDCC faz-se necessário a definição de fluxos de atendimento e otimização de recursos para potencializar o diagnóstico, tratamento e critérios de alta dos pacientes.

QUADRO CLÍNICO

Queixas principais ^{1,7}

- Dor no Quadrante Superior Direito (QSD) ou epigástrio
- Dor no dorso ou ombro direito
- Anorexia
- Febre usualmente baixa
- Náuseas e vômitos
- Idoso: alteração do nível de consciência pode ser a única manifestação

Queixas principais podem ter apresentação atípica em alguns pacientes de risco.

História da moléstia atual ^{1,7}

Ataque de cólica biliar com dor forte, intermitente no QSD ou epigástrio, podendo irradiar-se para o dorso, após ingestão alimentar gordurosa e frequentemente à noite + náusea + vômitos → dor persiste continuamente por mais de 4 a 6 horas e se localiza no QSD ou no epigástrio.^{1,7}

Tríade de Charcot (dor QSD + Febre + Icterícia) ou **pentade Reynold** (Charcot + hipotensão/choque + alteração do nível de consciência) sugerem colangite associada.¹

Exame físico ^{1,7,8,9,12}

- Sinais de sepse e choque séptico usualmente presentes em pacientes com colecistite aguda complicada.
- Sinais de irritação peritoneal: perfuração da vesícula, coleperitônio e peritonite biliar.
- Febre
- Pele: icterícia é incomum na ausência de complicação. Icterícia sugere complicação ou colecistite alitiásica.
- Postura estática e de pouco movimento devido à inflamação local
- Abdômen: Dor ou defesa no QSD. A ausência de dor ou defesa no quadrante superior direito diminui a possibilidade do diagnóstico, exceto em pacientes com risco apresentação atípica (vide grupos de risco logo abaixo).¹
- **Sinal de Murphy**: alta especificidade para confirmar o diagnóstico, mas pouco sensível (65%). Muitas vezes é mal documentado. Em um estudo: sensibilidade de 97%, valor preditivo positivo de 93% e especificidade de 48%.^{1,7,8}
 - *Técnica*: realizar palpação profunda na região subcostal direita e solicitar que o paciente faça uma inspiração profunda.
 - *O sinal é positivo*: quando o paciente contrai a musculatura e prende a respiração ao final da inspiração.
 - *Significado*: processo inflamatório ou infeccioso subhepático, usualmente colecistite aguda.

PROTOCOLO CLÍNICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 3 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

- *Observação importante:* no idoso, este sinal é pouco sensível para o diagnóstico da colecistite aguda.^{7,8}

- Sinal de Courvoisier (vesícula palpável e não dolorosa): sugere obstrução fixa do ducto biliar comum (usualmente maligna)
- Plastrão palpável QSD pode estar presente após 24h.
- Plastrão palpável QSD em até 20% da colecistite aguda alitiásica
- Diminuição dos ruídos hidroaéreos ("íleo adinâmico").
- Crepitação abdominal na presença de colecistite enfisematosa

Grupos de risco elevado para quadro clínico atípico:^{1,2,3,13}

- Podem apresentar quadro clínico atípico. O sinal de Murphy, a febre e a leucocitose podem estar ausentes.
- Pacientes: idoso, diabético, HIV/AIDS, imunossuprimido (uso de metotrexate, corticóide, quimioterapia etc.), vasculites e presença de comorbidades (ASA ≥ 3).

EXAMES COMPLEMENTARES

1. Exames laboratoriais^{1,2,3,7,9,10}

- Leucocitose é a alteração laboratorial mais comum. Pode manifestar-se com desvio a esquerda ou não.
- Leucocitose com desvio para esquerda em 70-85% das colecistite alitiásicas
- PCR frequentemente elevada.
- Amilase elevada > 3x VR sugere pancreatite aguda.
- BT elevada e Amilase pouco elevada podem estar presentes na colecistite aguda necrotizante/gangrenosa.
- A Bilirrubina indireta pode estar leve à moderadamente elevada na colecistite aguda enfisematosa (hemólise induzida por clostrídium).
- As enzimas Amilase, TGO, TGP, BT, FA e GGT normalmente não estão elevados na colecistite aguda, mas em alguns casos podem estar discretamente aumentadas mesmo na ausência de complicações, devido à passagem de pequenos cálculos, pus ou barro biliar.
- A elevação TGO, TGP, BT, FA e GGT deve elevar a suspeita para colecistite acalculosa, coledocolitíase, colangite, síndrome de Mirizzi ou outra doença.
- Solicitar RNI se paciente ictérico.
- Hemocultura não é necessária na doença leve - grau 1.
- Solicitar exames de rotina para sepse ou choque séptico, se presentes (vide protocolo de sepse).

2. Ultrassonografia abdominal^{1,2,7,8}

- Exame de escolha em caso de suspeita de colecistite aguda.
- Alterações da vesícula biliar à ultrassonografia são comuns em paciente crítico sem doença clínica da vesícula biliar.
- A ultrassonografia fornece mais informações que a tomografia no estudo inicial do paciente com doença biliar aguda
- A ultrassonografia tem acurácia diagnóstica moderada para colecistite aguda
- Sensibilidade: 81%; Especificidade: 83%.
- A ultrassonografia tem habilidade limitada para detectar colecistite aguda, apesar de ser muito sensível para detectar cálculos. Detectar cálculo - sensibilidade:98%; especificidade: 50%.
- A sensibilidade e especificidade para diagnóstico de colecistite aguda é de 88 e 80%, respectivamente.⁷

PROTOCOLO CLÍNICO

Página: 4 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

- A sensibilidade e especificidade para detecção de cálculos atinge 84% e 99%, respectivamente.⁷

Achados:

- **Sinal de Murphy sonográfico:**

Técnica: comprimir o transdutor contra a vesícula, após a sua localização.

O sinal é positivo: se o paciente queixa dor ou contrai a musculatura quando o transdutor comprime a vesícula biliar.

- Espessamento da parede da vesícula: \geq 4-5mm
- Cálculos (ausência de cálculos na alitiásica)
- Sinal do duplo halo: edema da parede da vesícula
- Líquido perivesicular
- Abscesso adjacente
- Conteúdo hiperecogênico no interior
- Vesícula distendida: $>$ 5 cm
- Gás na parede ou intraluminal (pode ser confundido com a presença de gás intestinal adjacente).

3. Tomografia computadorizada^{1,7,9}

- Geralmente é desnecessária no diagnóstico da colecistite aguda. Muitos cálculos são isodensos quando comparados à bile.
- Tomografia computadorizada tem sensibilidade de 94%, mas especificidade de apenas 59% para diagnóstico de colecistite aguda (Nível 2)
- Indicação: casos atípicos para ampliar o diagnóstico diferencial ou para avaliar complicações da colecistite aguda.

Achados:

- Distensão da vesícula $>$ 5 cm
- Espessamento da parede
- Coleção perivesicular
- Abscesso perivesicular
- Densidade aumentada ("borramento") da gordura pericolecística
- Edema subseroso
- Realçamento da mucosa
- Realçamento do fígado adjacente à vesícula
- Gás na parede ou intraluminal
- Bile hiperatenuante
- Cálculos (ausência na alitiásica)

4. Anatomia patológica¹

PROTOCOLO CLÍNICO

Página: 5 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

➤ Padrão ouro para o diagnóstico.

5. Cultura de bile da vesícula biliar ¹

- Enviar nos casos de colecistite aguda moderada ou grave.
- Positividade: 29% a 54%
- Parece não alterar os desfechos clínicos.

6. Outros exames ^{1,7}

Rx de abdômen, colecintilografia (apesar da alta sensibilidade e especificidade) e ressonância nuclear magnética não tem aplicação prática no diagnóstico da colecistite aguda.

DIAGNÓSTICO

Nenhum componente individual da história, exame físico ou de achados laboratoriais é mais acurado que o outro. É necessária a combinação deles.^{1,6}

Em pacientes sedados ou com alteração do nível de consciência o diagnóstico pode ser difícil.

Critérios diagnósticos das diretrizes de Tokyo 2013 ^{1,2,13}

A. Suspeita diagnóstica: 1 sinal local + 1 sinal sistêmico de inflamação

Sinais locais: Sinal de Murphy ou dor ou plastrão em QSD

Sinais sistêmicos: Febre ou leucocitose ou elevação de PCR

B: Método de imagem (ultrassonografia ou tomografia) com alterações compatíveis.

A + B = Colecistite aguda

(Sensibilidade: 91,2%; Especificidade: 93,3%)

Atenção para apresentação clínica atípica em determinados grupos de pacientes

Diagnósticos diferenciais:^{1,7}

TGI: cólica biliar, úlcera péptica em atividade ou perfurada, dispepsia não ulcerosa, pancreatite aguda, síndrome do cólon irritável, hepatite aguda, síndrome de Fitz Hugh Curtis (perihepatite gonocócica), apendicite aguda e abscesso subhepático ou intra-abdominal.

PROTOCOLO CLÍNICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 6 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

Fora do TGI: pielonefrite, pneumonia de base direita, anemia falciforme, síndrome coronariana aguda, herpes zoster e envenenamento pela aranha viúva negra.

Doenças associadas possíveis: coletíase, cólica biliar, coledocolitíase, colangite e pancreatite aguda biliar.¹

CRITÉRIO DE GRAVIDADE / PROGNÓSTICO

Fatores de risco desenvolvimento de coletíase e/ou colecistite aguda:¹

- Terapia de reposição hormonal: terapia com estrógeno (com ou sem progesterona) aumenta o risco de doença da vesícula biliar
- Hipertriglicidemia (hiperlipidemia tipo IV)
- Obesidade
- Perda de peso sem alteração da razão cintura-quadril
- Cirurgia de obesidade
- Idade > 60 anos
- Sexo masculino
- Doença cardiovascular
- Alterações da glicemia
- Diabetes
- História de acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorragia
- Anemia falciforme
- Carcinoma de vesícula

Fatores de risco para possibilidade de colecistite aguda alitiásica (doente proveniente do domicílio ou internado)^{1,2,3,5,6,9}

- *Fatores de risco:* doente crítico (trauma múltiplo ou doença aguda não biliar), trauma grave, queimadura, pós-operatório de cirurgia de grande porte, jejum prolongado, nutrição parenteral, sepse, diabetes, doença vascular ou cardíaca aterosclerótica, vasculite sistêmica, insuficiência renal aguda ou crônica, insuficiência cardíaca, hemobilia, ventilação mecânica, múltiplas transfusões, imunossupressão, leucemia aguda mielogênica, transplante de medula óssea, reanimação cardiopulmonar, cisto de colédoco, embolo de colesterol.
- *Doenças infecciosas:* infecções oportunistas em HIV e AIDS, *Salmonella enteritidis e typhi*, vírus Epstein-Barr, ascaríase, Brucelose, *Campylobacter*, *Cryptosporidium*, *Candida*, *Coxiella*, Citomegalovírus, Equinococ0s, flavivirus, hepatites A e B, Isospora, Leptospirose, *Mycobacterium tuberculosis*, Plasmodium, *Vibrio cholerae*.
- *Medicamentos:* quimioterapia intrahepática, progesterona, estrógeno, ceftriaxona, octeotride, narcóticos, anticolinérgicos, dapson, eritromicina, ampicilina, sunitinib e imunoterapia.

Fatores de risco para colecistite necrotizante/gangrenosa^{1,3,7}

- Sexo masculino
- Idade > 50 anos
- HP de doença cardiovascular
- Diabetes (1/3 a 1/2 dos casos)
- Leucocitose > 15.000/mm³
- Aumento da BT

PROTOCOLO CLÍNICO

Página: 7 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

- Presença de sinais de SIRS

Fatores de risco para colecistite enfisematosa¹

- Idoso
- Diabetes

Grupos de risco elevado e para quadro clínico atípico

- Idoso
- Diabético
- HIV/AIDS
- Imunossuprimido (uso de metotrexate, corticóide, quimioterapia, etc)
- Vasculites
- Doença cardiovascular aterosclerótica importante
- Presença de comorbidades importantes: ASA ≥ 3

Classificação de gravidade - Diretrizes de Tokyo 2013^{1,2,13}

Grau	Achados da colecistite aguda
I – Leve	Ausência dos achados dos graus II e III Achados inflamatórios leves na vesícula e ausência de disfunção orgânica
II - Moderada	Colecistite aguda com pelo menos 1 dos sinais abaixo: <ol style="list-style-type: none">1. Leucocitose > 18.0002. Plastrão palpável no hipocôndrio direito3. Duração das queixas > 72h4. Inflamação local importante: gangrena/necrose, abscesso pericolecístico ou hepático, peritonite biliar e/ou colecistite enfisematosa.
III – Grave	Colecistite aguda com sepse ou choque septico

Classificação ASA e mortalidade geral:

- **ASA 1:** 0,06 - 0,08%;
- **ASA 2:** 0,27 - 0,40%;
- **ASA 3:** 1,8 - 4,3%;
- **ASA 4:** 7,8 - 23%; ASA 5: 9,4 - 51%.¹⁹

PROTOCOLO CLÍNICO

Página: 8 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

TRATAMENTO**Todos os pacientes** 1,2,3,11,13,14,15,16

- *Jejum via oral* até definição do momento da cirurgia, conforme critérios definidos a seguir.
- Uma vez diagnosticado colelístite aguda, coledocolitíase, pancreatite aguda biliar ou cólica biliar refratária a analgesia solicitar interconsulta com cirurgia geral e solicitar transferência para leito da Cirurgia Geral (Ramal 4088).
- Reanimação se instável hemodinamicamente, sepse ou choque séptico, ou comorbidades importantes a serem compensadas antes da cirurgia (Avaliar necessidade de CTI caso o paciente esteja na internação clínica ou cirúrgica)
- Hidratação venosa
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos associados
- Compensação rápida de possíveis comorbidades associadas
- Antibioticoterapia venosa empírica conforme protocolo da SCIH do HMDCC.

Classificação	1º Escolha	Alternativa	Observação
Colecistite aguda	Gentamicina 5-7 mg/kg EV 24/24h + Metronidazol 500mg, EV, 8/8h por 7 a 14 dias OU Amoxicilina/Clavulanato 1,5g EV 8/8hs + Metronidazol 500mg, EV, 8/8h por 7 a 14 dias	Ceftriaxona 1g EV 12/12h + Metronidazol 500mg, EV, 8/8h por 5 dias. <i>Em pacientes idosos (≥65 anos) ou pacientes com disfunção renal (ritmo de filtração glomerular abaixo 40mg/dl)</i> Se 2 OU MAIS FATORES DE RISCO PARA ESBL: Piperacilina/tazobactam 4, 5g EV de 6/6h	Dose dos antimicrobianos recomendadas para pacientes sem disfunção renal. <u>Risco de ESBL:</u> 1) Internação hospitalar por mais de 2 dias nos últimos 90 dias. 2) Uso de quinolonas e cefalosporina de terceira nos últimos 180 dias. 3) Hemodiálise 4) Imunossupressão 5) Escala de performance Zubrod (ECOG) ≥3 ou Escala de Karnofsky < 40% O papel do Enterococo permanece duvidoso, usar droga anti-enterocócica se falha ao 1º esquema ou se isolado em culturas.

PROTOCOLO CLÍNICO**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 9 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

Colecistite aguda com Abscesso hepático	Ceftriaxona 1g EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV, 8/8h +/- Ampicilina 2g, EV 6/6h	Cefepime 2g EV 8/8hs + Metronidazol 500mg 8/8h OU Piperacilina/tazobactam** * 4,5g EV de 6/6h +/- Ampicilina 2g, EV 6/6h	Ciprofloxacino 400mg , EV, 12/12h é uma alternativa aos alérgicos a b-lactâmicos em associação ao metronidazol. O papel do enterococo permanece duvidoso, usar droga anti-enterocócica se falha ao 1º esquema ou se isolado em culturas.
--	---	---	--

➤ Analgesia

- Anti-inflamatório não esteroide. Eficaz na cólica biliar e pode reduzir a chance de complicação e de colecistite aguda. Evitar em pacientes instáveis, com sepse ou com insuficiência renal.
- Analgésicos tradicionais e anti-espasmódicos (Escopolamina)

➤ Profilaxia de trombose venosa profunda nos pacientes de risco moderado ou elevado - pontuação de Caprini. ¹

- Classificação da gravidade da colecistite aguda pelas diretrizes de Tokyo 2013 e classificação da ASA.
- Definição do momento da cirurgia baseado na gravidade do quadro de colecistite aguda e no risco geral
- Reavaliar resposta ao tratamento com os sinais de melhora clínica:

- Melhora de pelo menos 2 sistemas orgânicos: circulatório, respiratório e renal
- Melhora de pelo menos 10% na temperatura, leucócitos totais e PCR
- Melhora da dor no hipocôndrio direito
- Boa aceitação da dieta
- Melhora da distensão abdominal e resolução do íleo adinâmico.

Grupo III - Colecistite aguda grave com sepse e choque séptico ^{1,2,3,9,15,14,15,16,17}

➤ Reanimação no CTI

➤ Seguir diretrizes do protocolo de sepse em paciente cirúrgico:

- 30 mL/kg de cristalóide para hipotensão ou lactato ≥ 2 mmol/L
- Dosar lactato (gasometria)
- Colher hemocultura

➤ Antibioticoterapia empírica venosa administrada na 1ª hora do atendimento.

➤ Colecistectomia de emergência, assim que estabilidade mínima.

PROTOCOLO CLÍNICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 10 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

- A avaliação pré-anestésica é dispensada
- Termos de consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, assinado pelo cirurgião no campo cirurgia de emergência ou pelo responsável pelo paciente em caso da presença do mesmo no HMDCC no momento da indicação cirúrgica.
- Colecistostomia de emergência é uma opção em doentes críticos, com risco de sangramento aumentado ou de alto risco cirúrgico ($ASA \geq 3$), assim que estabilidade mínima.
 - *Contraindicações*: paciente com sinais de irritação peritoneal, peritonite biliar, perfuração da vesícula, abscesso pericolecístico, colecistite grangrenosa/necrotizante ou enfisematosa.
 - *Complicações*: hemorragia, sepse, peritonite biliar, pneumotórax, perfuração intestinal, infecção da vesícula biliar, SARA, arritmias cardíacas e deslocamento do cateter.
- Antibioticoterapia pós-operatória por no mínimo 7 dias.

Grupo II - Colecistite aguda moderada ^{1,2,3,9,13,14,15,16}

- Colecistectomia de emergência (independentemente da classificação ASA), se paciente com sinais de irritação peritoneal, peritonite biliar, perfuração da vesícula, abscesso pericolecístico, colecistite grangrenosa/necrotizante ou enfisematosa.
- Pacientes com menos de 24 horas de admissão ou indicação cirúrgica não têm indicação de aguardar avaliação pré-anestésica.
 - *Exceção*: Pacientes com múltiplas comorbidades ou comorbidade clínica descompensada.
- TCLE assinado pelo paciente ou familiar aplicado pelo médico cirurgião que indicou o procedimento.
- Colecistectomia preferencialmente laparoscópica realizada pela equipe de plantão da cirurgia geral.
 - *Tempo ideal*: no máximo 24 horas após a primeira avaliação.
 - *Condição para a não realização*: justificada pela demanda cirúrgica do plantão com outros pacientes com maior critérios de gravidade ou comorbidade clínica descompensada, ou paciente com múltiplas comorbidades que demandam avaliação pré-anestésica da anesthesiologia.
- Pacientes $ASA \geq 3$: individualizar o tratamento de acordo com a necessidade da compensação das comorbidades e resposta ao tratamento inicial com antibióticos.
- Antibióticoterapia empírica venosa
- Antibioticoterapia pós-operatória por no mínimo 3 dias (se melhora clínica).

Grupo I - Colecistite aguda leve ou cólica biliar recorrente/refratária a analgesia ou pancreatite aguda com resolução clínica sem coledocolitase associada ^{1,2,3,9,13,14,15,16}

- Tempo de início do quadro inicial ≤ 7 dias em pacientes ASA 1 e 2: colecistectomia, assim que condições disponíveis, preferencialmente laparoscópica.
- Assim que avaliado pela equipe do plantão solicitar avaliação pré-anestésica e passar o caso para equipe Horizontal.

PROTOCOLO CLÍNICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 11 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

- Tempo ideal: agendar para equipe de eletivas do dia seguinte
- Se operar com menos de 24 horas a avaliação pre anestésica está dispensada.

Colecistite aguda ou pancreatite aguda com coledocolitíase associada

- Programar cpre + cvl no mesmo tempo cirúrgico conforme protocolo de CPRE
- Solicitar interconsulta com anesthesiologia
- Equipe horizontal responsável por aplicar o TCLE

Colelitíase diagnosticada como achado ultrassonográfico em paciente internado por outro motivo

- Encaminhamento a cirurgia geral via Centro de Saúde
- Não agendar para o ambulatório de cirurgia geral do HMDCC que só atende consulta W com agendamento pela CINT.

ALTA HOSPITALAR

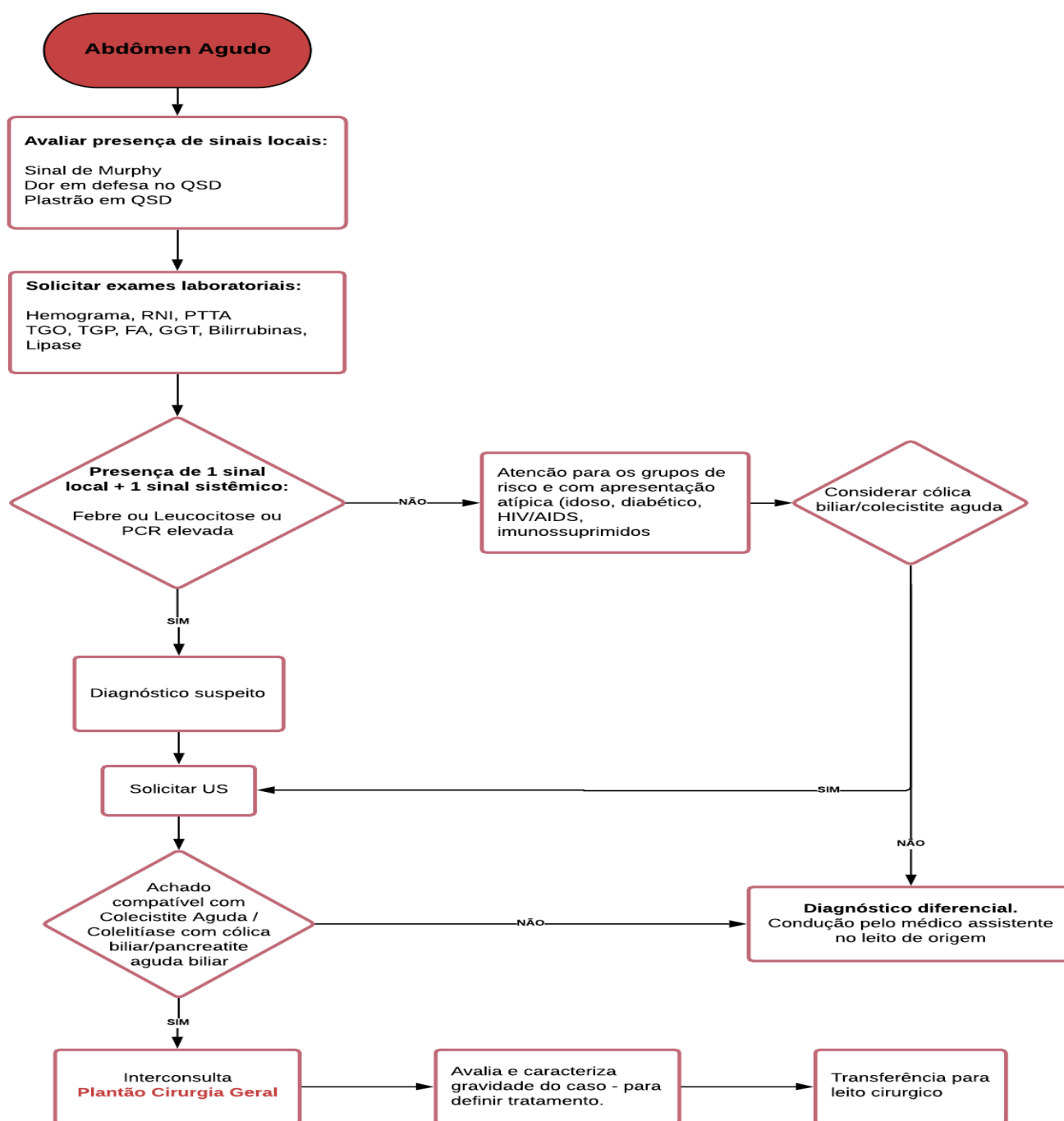
Pacientes admitidos via SUS Fácil com sinais de colecistite aguda ou cólica biliar refratária ou pancreatite aguda biliar:

- Avaliar resposta após colecistectomia com os sinais de melhora clínica:
 - Melhora de pelo menos 10% na temperatura, leucócitos totais e PCR
 - Melhora da dor no hipocôndrio direito
 - Boa aceitação da dieta
 - Melhora da distensão abdominal e resolução do íleo adinâmico.
- Alta no mesmo dia da CVL para pacientes em condições clínicas.
- Retorno ambulatorial em 15 dias

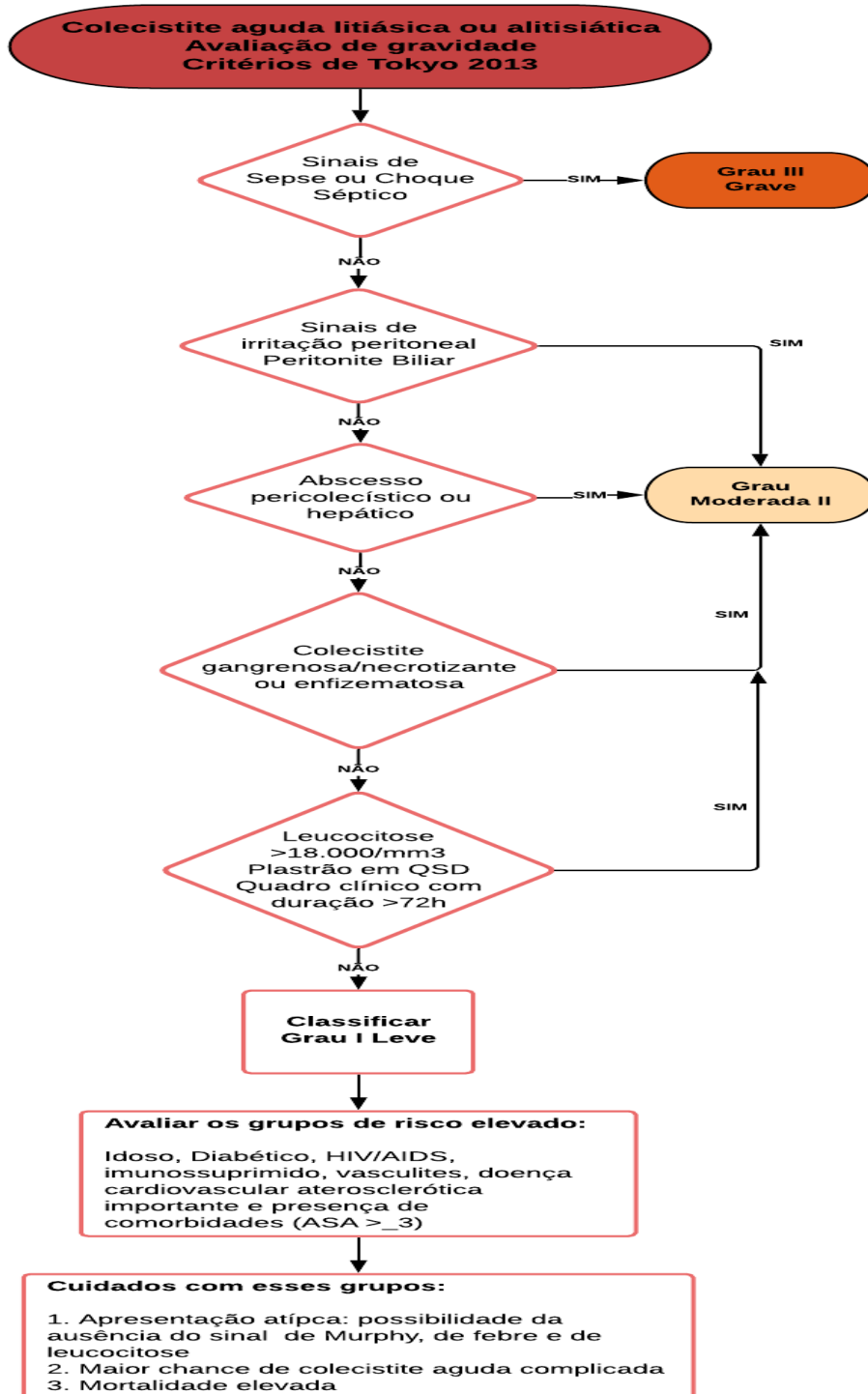
ALGORITMO DE ATENDIMENTO

Fluxograma 1

Diagnóstico de Colecistite Aguda

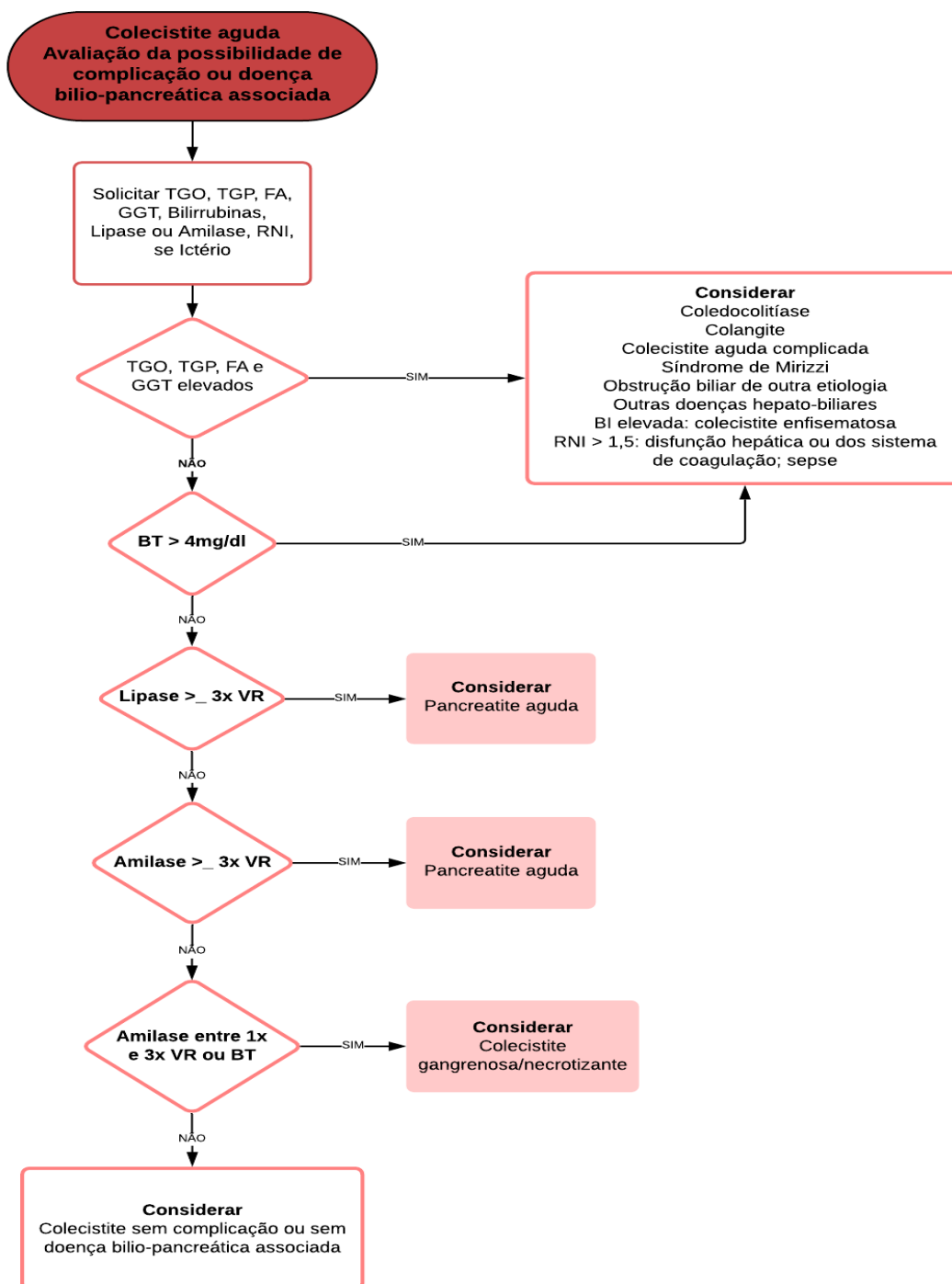


Fluxograma 2
Entratificação de Risco
Critérios de gravidade - Tokyo 2013



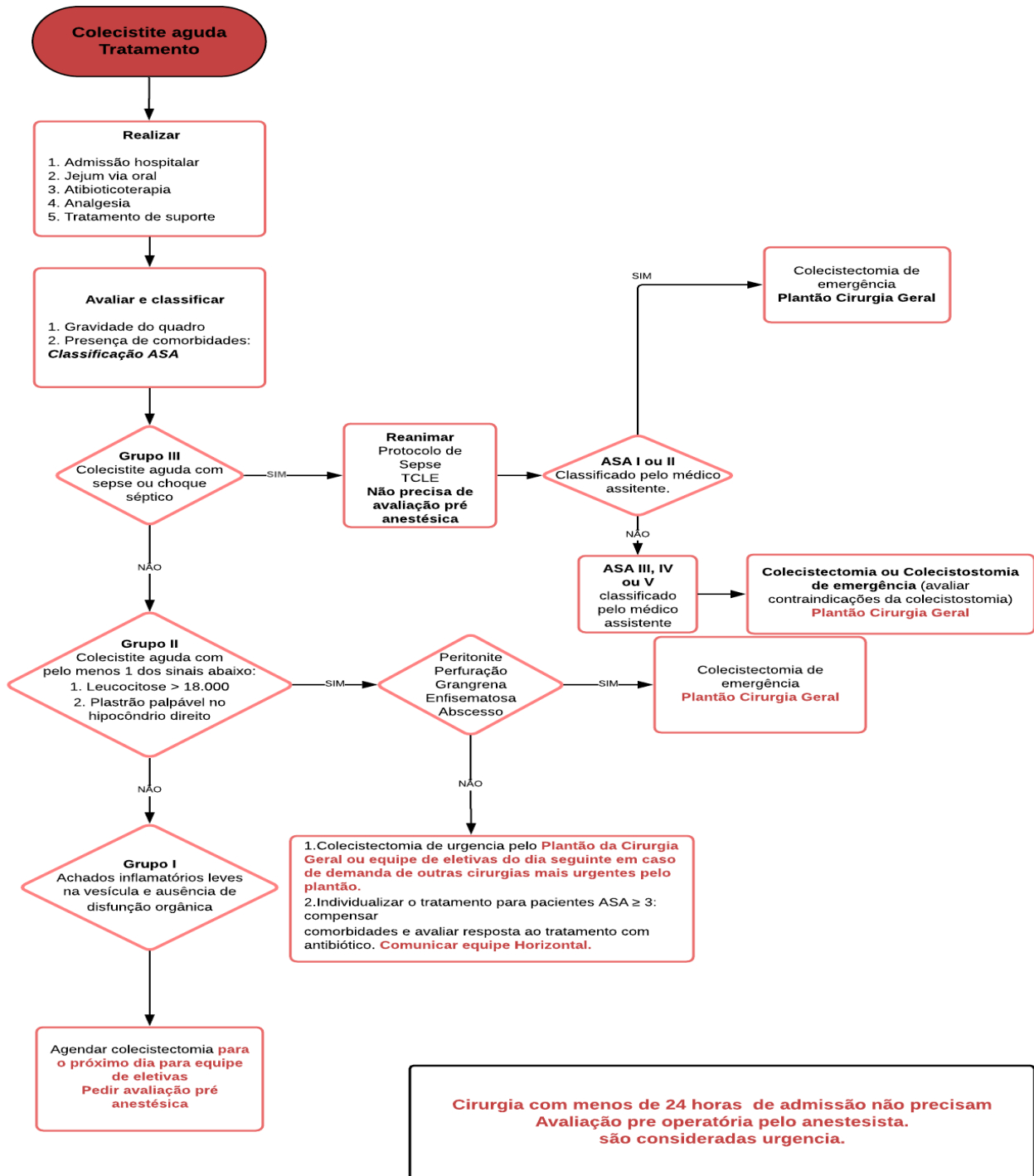
Fluxograma 3

Entratificação de Risco
Possibilidade de Colecistite Aguda Complicada
ou com doenças associadas

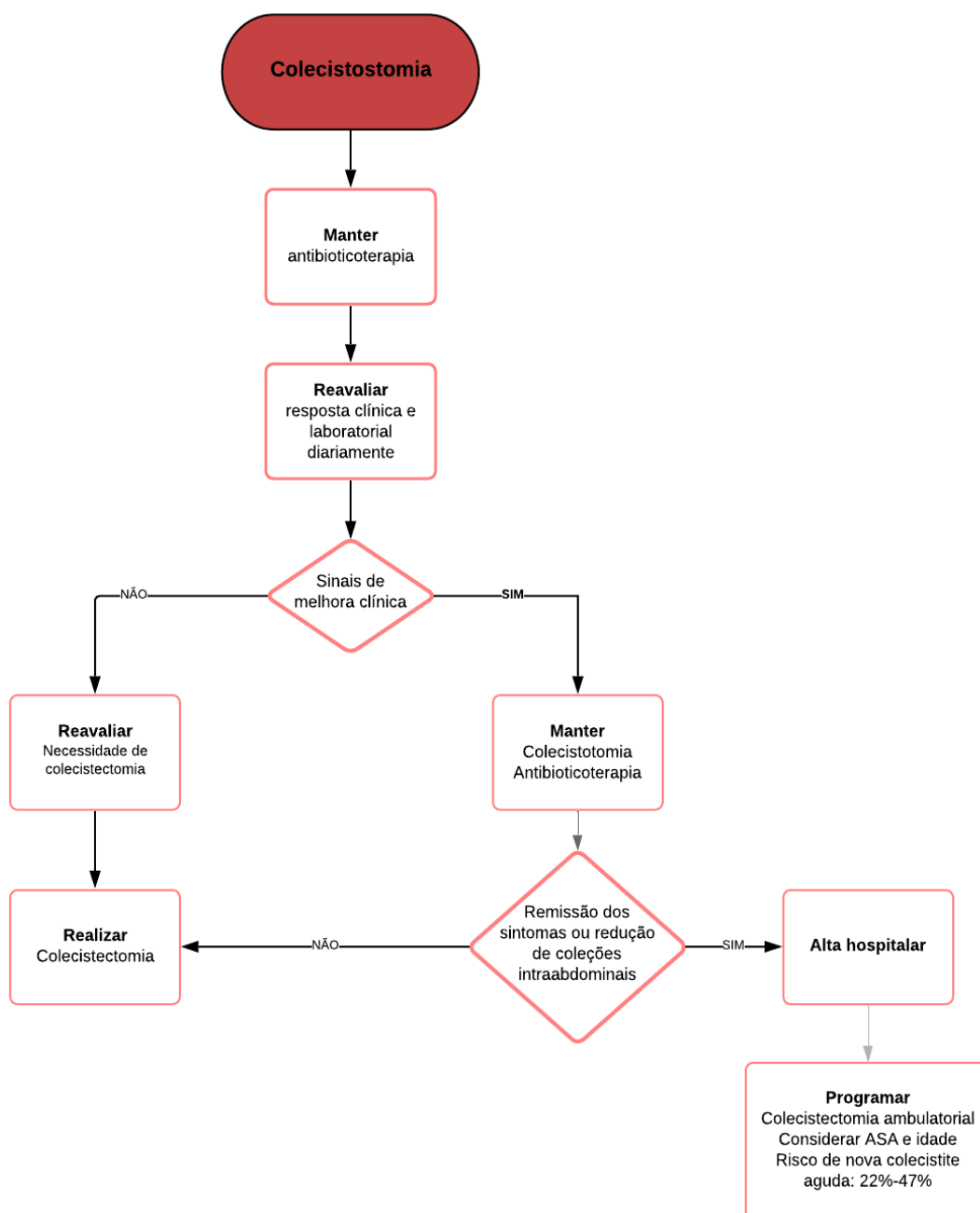


Fluxograma 4

Plano de Cuidados - Definição do Momento da Cirurgia



Fluxograma 6
Plano de Cuidados
Colecistostomia



PROTOCOLO CLÍNICO**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO**Hospital Metropolitano**
Doutor Célio de Castro

Página: 17 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 114758, Acute cholecystitis; [updated 2014 Jul 24, cited 11 de junho 2016]; [about 18 screens]. Available from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=114758&site=dynamedlive&scope=site>. Registration and login required.
2. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):8-23
3. Charles Volmer, Salam Zakko, Nezam Afdhal. Treatment of acute calculous cholecystitis; Literature review current through: May 2016; this topic last updated: Nov 09, 2015. www.uptodate.com
4. Natural history of gallstone disease: Expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study. // AUFesti D, Reggiani ML, Attili AF, Loria P, Pazzi P, Scaioli E, Capodicasa S, Romano F, Roda E, Colecchia A // SOJ Gastroenterol Hepatol. 2010 Apr;25(4):719-24).
5. Orlando R 3rd, Gleason E, Drezner AD. Acute acalculous cholecystitis in the critically ill patient Am JSurg. 1983 Apr;145(4):472-6. Crichlow L, Walcott-Sapp S, Major J, Jaffe B, Bellows CF. Am Surg. 2012 Feb;78(2):220-4. Acute acalculous cholecystitis after gastrointestinal surgery.
6. Salam Zakko, Nezam Afdhal. Acute cholecystitis: pathogenesis, clinical features and diagnosis. Literature review current through: May 2016; this topic last updated: Aug 26, 2015. www.uptodate.com
7. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 114448, Acute abdomen; [updated 2016 Jun 02, cited 11 de junho 2016]; [about 9 screens]. Available from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=114448&site=dynamedlive&scope=site>. Registration and login required.
8. Nezam Afdhal. Acalculous cholecystitis. Literature review current through: May 2016; this topic last updated: Feb 24, 2015. www.uptodate.com
9. Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ, et al. Revised estimates of diagnostic test sensitivity and specificity in suspected biliary tract disease. Arch Intern Med 1994; 154:2573.
10. Yokoe M et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2012 Sep;19(5):578 full-text)
11. Gurusamy KS, Davidson C, Glud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis (Review). The Cochrane Library 2013, Issue 6
12. Regimbeau JM, Fuks D, Pautrat K, Mauvais F, Haccart V, Msika S, Mathonnet M, Scotté M, Paquet JC, Vons C, Sielezneff I, Millat B, Chiche L, Dupont H14, Duhaut P, Cossé C, Diouf M, Pocard M; FRENCH Study Group. Effect of postoperative antibiotic administration on postoperative infection following cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a randomized clinical trial. Jul;312(2):145-54. doi: 10.1001/jama.2014.7586
13. J.C. Rodríguez-Sanjuán, G. Casella, F. Antolín, F. Castillo, R. Fernández-Santiago, M. Riaño, L.A. Herrera, M. Gómez-Fleitas; How Long Is Antibiotic Therapy Necessary After Urgent Cholecystectomy for Acute Cholecystitis? J Gastrointest Surg (2013) 17:1947–1952.
14. H. Mazeh, I. Mizrahi, U. Dior, N. Simanovsky, M. Shapiro, H.R. Freund, A. Eid; Role of Antibiotic Therapy in Mild Acute Calculus Cholecystitis: A Prospective Randomized Controlled Trial. World J Surg (2012) 36:1750–1759.
15. American Society of Anesthesiologists (ASA) – A Physical Status Classification System 2005 (em: www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm)

PROTOCOLO CLÍNICO**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 18 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

ANEXOS

Não se aplica

SIGLAS

AINE	Fosfatase alcalina
AINE	American Society of anesthesiologist
BT	Bilirrubina Total
BD	Bilirrubina Direta
BI	Bilirrubina Indireta
CC	Centro Cirurgico
CPRE	Colangiografia Pancreática Retrograda por Endoscopia
CVL	Colecistectomia Videolaparoscopica
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FA	Fosfatase Alcalina
GGT	Gama Glutamil Transpeptidase
HMDCC	Hospital Metropolitano Dr. Celio de Castro
HP	História Pgressa
HIV	Human Immunodeficiency virus
MRSA	Estafilococo Resistente à Meticilina
PCR	Proteína C Reativa
QSD	Quadrante Superior direito
RX	Radiografia Simples
SARA	Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto
SIRS (inglês)	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
TGI	Trato Gastrointestinal
TGO	Transaminase glutâmico-oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico-pirúvica
TC	Tomografia Computadorizada
US	Ultrassonografia abdominal
VR	Valor de Referencia

CONTROLE HISTÓRICO

PROTOCOLO CLÍNICO**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 19 de 19

TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA

Identificação: PRT_HMDCC_ASS_005

Data da Elaboração: 10/2019

Nº Revisão: 0.0

Data: N.A

Próxima revisão: 10/2020

HISTÓRICO	DATA	VERSÃO	RESPONSÁVEL	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO
00	10/2019	Elaboração	Lorena Paulinelli	Leonardo Paixão	Yara Ribeiro
01		Revisão			

HISTÓRICO DAS REVISÕES:

HISTÓRICO	DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO / MOTIVO
00	10/2019	Elaboração	Elaboração do documento
01		Revisão	