

Pregunta 7: ¿Tiene la colecistectomía temprana frente a colecistectomía diferida mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda?

Se encontró que la guía NICE 2014, seleccionada mediante la evaluación AGREE II, establecía recomendaciones para esta pregunta. NICE recomienda ofrecer colecistectomía laparoscópica temprana (a ser realizada dentro de los primeros siete días del diagnóstico) para personas con colecistitis aguda.

NICE realiza esta recomendación basada en los siguientes estudios:

- **Readmisión por persistencia de síntomas:** Realiza un metaanálisis de 3 ECA (n=399), reportando menos readmisiones por síntomas en el grupo de cirugía temprana (0/208=0%) en comparación con el grupo de cirugía diferida (36/191=18.8%) (RR: 0.05; IC 95%: 0.01 -0.20).
- **Mortalidad:** No hubo muerte en el grupo con cirugía temprana (n=213) ni en el grupo con cirugía diferida (n=205).

El equipo metodológico realizó una actualización de la búsqueda sistemática que realizó la guía de NICE, a partir del 01 de marzo del 2014, usando el buscador Pubmed. Se encontraron 3 revisiones sistemáticas con metaanálisis, 2 revisiones sistemáticas sin metaanálisis y 2 ECA. En la evaluación de calidad según el instrumento AMSTAR (Anexo 8) las tres revisiones sistemáticas con metaanálisis Wu (2015)(32), Menahem (2015) (33), y Cao (2015) (34) cuentan con puntaje mayor o igual a 8. Se escogió al metaanálisis de Wu debido a que incluyó los estudios de las otras revisiones sistemáticas, e incluyó solo ECA.

El metaanálisis de Wu resume 16 ECA (n=1625):

- **Complicaciones generales:** la frecuencia de complicaciones fue similar en el grupo de colecistectomía temprana (121/784 = 15.4%) en comparación con el grupo de colecistectomía diferida (176/786 = 22.4%) (RR = 0.91; IC 95% = 0.58 a 1.41).
- **Infección de herida operatoria** la colecistectomía temprana tuvo menor tasa de infección por herida operatoria (50/784 = 6.4%) en comparación con la colecistectomía diferida (74/791 = 9.4%), (RR = 0.65; IC 95% = 0.47 a 0.91).
- **Daño a conducto biliares en la cirugía** la colecistectomía temprana tuvo similar frecuencia de daño a los conductos biliares (2/309 = 0.6%) en comparación con la colecistectomía diferida (2/309 = 0.6%), (RR = 0.98; IC 95% = 0.20 a 4.75).
- **Fuga de bilis** la colecistectomía temprana tuvo similar frecuencia de fuga de bilis (17/735 = 2.3%) en comparación con la colecistectomía diferida (7/734 = 1.0%) (RR = 1.72; IC 95% = 0.75 a 3.94).
- **Estancia hospitalaria** la colecistectomía temprana tuvo menor promedio de días de estancia hospitalaria en comparación con la colecistectomía diferida (MD = -3.38; IC 95%: -4.23 a -2.52).

El GEG-Local evaluó la evidencia y elaboró la recomendación en base a la revisión sistemática de Wu.

Beneficios y daños de las opciones:

Los beneficios de la colecistectomía temprana son: menor frecuencia de infección de herida operatoria y menor duración de la estancia hospitalaria. Sin embargo, no se encontró diferencias entre la colecistectomía temprana en relación a la diferida sobre la tasa de complicaciones totales, daño a los conductos biliares y fuga de bilis.

Calidad de la evidencia:

La calidad de la evidencia del metaanálisis en la que se basó esta recomendación fue:

- Muy baja para complicaciones generales (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo, 1 nivel por inconsistencia y un nivel por imprecisión).
- Baja para infección de herida operatoria (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y 1 nivel por imprecisión).
- Baja para daño de conductos biliares (descendió un nivel por riesgo de sesgo y 1 nivel por inconsistencia).
- Baja para fuga de bilis (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y 1 nivel por inconsistencia).
- Baja para duración de la estancia hospitalaria (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y 1 nivel por inconsistencia) (**Anexo N°10**).

Aceptabilidad y factibilidad:

La colecistectomía temprana (dentro los primeros 7 día de inicio de síntomas) es factible dependiendo de dos factores: la disponibilidad de salas quirúrgicas y tiempos operatorios de las cirugías.

Uso de recursos:

La colecistectomía temprana frente a la diferida generaría menores costos para el sistema de salud, debido a que disminuye el número de días de hospitalización, y a tener menor riesgo de infección de herida operatoria.

De la evidencia a la decisión:

El GEG-Local considera que a pesar de que la evidencia que muestra los beneficios de realizar una colecistectomía temprana tiene calidad baja; esta intervención tendría beneficios que podrían superar grandemente los riesgos. Por ello, el GEG-Local genera una recomendación fuerte a favor de la colecistectomía temprana.

Tabla de la evidencia a la decisión		
Opción: ¿Tiene la cirugía temprana mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda en comparación de la cirugía tardía?		
Dominios de decisión	Dirección	Juicio
Beneficios y daños de las opciones	¿Los beneficios de esta opción superan los daños?	Sí
Calidad de la evidencia	¿Cuál es el nivel de calidad de la evidencia?	Colecistectomía temprana Baja ⊕⊕⊖⊖ Muy baja ⊕⊖⊖⊖ Muy baja ⊕⊖⊖⊖
Valores y preferencias	¿Tenemos confianza en que los desenlaces principales son relevantes para los pacientes?	Sí
Aceptabilidad y factibilidad	¿La implementación de esta opción es aceptable y factible?	Si
Uso de recursos	¿El uso de recursos para esta opción es aceptable?	Sí
Fuerza de la recomendación: débil		

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica:

1. El GEG-Local evaluó la evidencia dada por la *Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis* y decidió adoptar la siguiente recomendación como punto de buena práctica clínica: en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda iniciar medidas de soporte general y antibiótico terapia.
2. Asimismo, se decidió adoptar la siguiente recomendación de la misma guía: establecer el grado de severidad de la colecistitis aguda en leve, moderada o severa de acuerdo a los criterios Tokyo 2013/2018 debido que de acuerdo al estudio de Gonzales, un predictor de muerte en los pacientes con colecistitis aguda fue el grado de severidad de la colecistitis aguda (OR = 2.87, p = 0.018) (35). (Tabla N°11)

Tabla N°11. Criterios de severidad de colecistitis aguda

Grado III (Severa) Al menos uno de los siguientes:

1. Disfunción cardiovascular: hipotensión en tratamiento con dopamina \geq 5ug/kg/min o cualquier dosis de norepinefrina
2. Disfunción neurológica: alteración de la conciencia
3. Disfunción respiratoria: $PaO_2/FiO_2 < 300$
4. Disfunción renal: oliguria, creatinina sérica > 2.0 mg/dL
5. Disfunción hepática: INR > 1.5
6. Disfunción hematológica: Plaquetas $< 100,000/mm^3$

Grado II (Moderada) Al menos uno de los siguientes

1. Glóbulos blancos $> 18,000/mm^3$
2. Masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho
3. Duración de síntomas > 72 horas
4. Marcada inflamación local (gangrena, enfisema, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)

Grado I (Leve)

No reúne los criterios del Grado II o grado III. Pueden ser definidas como una colecistitis aguda en un paciente sano sin disfunción de órganos.

3. Luego de establecer el grado de severidad de la colecistitis aguda se evaluará la respuesta a las medidas de soporte general y antibioticoterapia, y se reevaluará el estado del paciente empleando los scores ASA (Asociación americana de anesthesiólogos) y CCI (Índice de comorbilidad de Charlson)(Charlson, 1987 #61) Tabla N°12. El score ASA es una escala desarrollada por anesthesiólogos que determina el estado de salud de la paciente previa a la cirugía y el CCI relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente. La guía de Tokio 2018 sugiere utilizar estos scores en conjunto para la evaluar la condición del paciente luego de haber establecido el grado de severidad de la colecistitis aguda y decidir si se realiza una colecistectomía temprana o diferida.

Tabla N°12. Índice de comorbilidad de Charlson y Criterios ASA

INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON	CRITERIOS ASA
<p>CCI</p> <p>Puntaje asignado por enfermedad</p> <p>1: Infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad del tejido conectivo, enfermedad por úlcera péptica, hepatitis leve, Diabetes mellitus no complicada.</p> <p>2: Hemiplejia, enfermedad renal crónica estadio 3 al 4, diabetes mellitus con daño de órgano blanco, tumor sólido, leucemia, linfoma maligno.</p> <p>3: Enfermedad severa o moderada del hígado.</p> <p>6: Tumor sólido metastásico, HIV estadio SIDA.</p>	<p>ASA I: Paciente sano</p> <p>ASA II; Paciente con leve enfermedad sistémica (fumador, alcohólico social, embarazo).</p> <p>ASA III; Paciente con enfermedad sistémica severa.</p> <p>ASA IV: Paciente con enfermedad sistema que amenaza su vida.</p> <p>ASA V: Paciente moribundo que no tiene expectativa de sobrevivir sin la cirugía.</p> <p>ASA VI: Muerte cerebral declarada cuyos órganos pueden ser otorgados para donación.</p>

4. El GEG-Local sugiere considerar colecistostomía a los pacientes con colecistitis aguda moderada con falla al tratamiento conservador y colecistitis aguda severa para el manejo, debido a que realizar colecistectomía temprana requiere el manejo en unidad de cuidados intensivos. Además, la evidencia sobre realizar colecistectomía temprana vs colecistostomía en estos pacientes aún no es clara y se encuentra actualmente una revisión sistemática en proceso de elaboración (36).
5. Luego de realizar la colecistostomía, y evaluar la respuesta al tratamiento se debe realizar la colecistectomía para eliminar por completo el foco infeccioso inicial y la posibilidad de complicaciones.
6. El GEG- Local decidió emitir un punto de buena práctica clínica respecto a las condiciones del sistema de salud local para la atención del paciente que pueden influir en la atención del paciente con colecistitis aguda (disponibilidad de: turnos operatorios, salas quirúrgicas, recursos humanos capacitados) los cuales deben ser considerados en la toma de decisiones del manejo del paciente con colecistitis aguda.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Puntos de buena práctica clínica

En pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda iniciar medidas de soporte general y antibiótico terapia.

Establecer el grado de severidad de la colecistitis aguda en leve, moderada o severa según los criterios Tokyo 2018. (Tabla N°11)

En los pacientes con colecistitis aguda moderada se evaluará la respuesta a las medidas de soporte general y antibioticoterapia, de acuerdo a esto se evaluará el valor del Score de CCI y ASA. (Tabla N°12)

- Con buena respuesta a las medidas de soporte:
 - Si tiene CCI \leq 5 y/o ASA \leq II, realizar colecistectomía temprana.
 - Si tiene CCI \geq 6 y/o ASA \geq III, realizar colecistectomía diferida
- Con falla al tratamiento de soporte:
 - Realizar colecistostomía

Ofrecer colecistostomía a los pacientes con colecistitis aguda severa para el manejo cuando:

- La colecistectomía no es una opción apropiada
- No se ha tenido éxito con el manejo conservador.

Reconsiderar colecistectomía laparoscópica en pacientes que han tenido colecistostomía cuando estén aptos para cirugía.

Ponderar dentro de la decisión, las características clínicas y personales del paciente, la disponibilidad de recursos y las condiciones del sistema de salud local.

Recomendación

En los pacientes con colecistitis aguda leve o moderada, recomendamos realizar colecistectomía laparoscópica temprana (dentro de los 7 días posteriores al inicio de los síntomas).

Recomendación débil a favor. Calidad de Evidencia: Muy Baja.