



## 1735 - COLANGITIS AGUDA. ¿TIENE IMPACTO LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA?

*Sandra Nicás Jiménez, María Lourdes Orgaz Salgado, Teresa Valdés Lacasa, Blanca Beamonte Vela, Sara Sevo Spahiu, Maitane Sobrino Alonso e Irene María Casado López*

*Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Evaluación del impacto de una vía clínica (fig. 1) en nuestro centro sobre el manejo y tratamiento de la colangitis aguda, comparando el manejo antes y después de la implementación de dicha vía.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en el que se recogieron datos de los pacientes ingresados con diagnóstico de colangitis aguda en nuestro hospital entre abril de 2023 y abril de 2024. A través de la historia clínica electrónica, se recogieron datos demográficos, tiempo de ingreso, se estratificó la gravedad en función de la clasificación de Tokio 2018<sup>1</sup>, porcentaje de hemocultivos recogidos y antibioterapia recibida. Se dividieron los episodios en dos grupos, antes y después de la vía clínica (noviembre 2023). Dicha vía recomienda la extracción de hemocultivos previos a la antibioterapia en todos los casos, y reservar los antibióticos de amplio espectro (piperacilina/tazobactam y carbapenémicos) para la colangitis grave.

**Resultados:** Se recogieron 59 episodios de colangitis. De ellos, 35 se registraron seis meses antes de la implantación de la vía clínica (grupo A), y 24 seis meses después de su implantación (grupo D). En medicina interna ingresaron 33 pacientes (55,9%), 25 en digestivo (42,3%) y solo un paciente (1,7%) tuvo ingreso en UCI. Durante el periodo solo falleció un paciente (1,7%) del grupo A. La edad media fue de 72,5 años (DE 15,5), de las cuales 29 fueron mujeres (49,1%). La media de días de ingreso fue de 11 (DE 11,7). Se clasificó por gravedad: 27 tuvieron colangitis leve con una media de días de ingreso de 7 (DE 2,4), 29 presentaron colangitis moderada con una media de días de ingreso de 29 (DE 13) y, 2 pacientes presentaron una colangitis grave con una media de días ingreso de 35,5 días (DE 38,9). En el grupo A se recogieron 24 hemocultivos previos al inicio de antibioterapia (68,8%), frente a 16 en el grupo D (66,6%), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,878$ ). Respecto al uso de antibióticos, la vía clínica supuso una disminución de antibióticos de amplio espectro. Como se objetiva en la tabla, en el grupo A se registraron 21 colangitis leve de las cuales 11 recibieron piperacilina/tazobactam (52,4%). Por el contrario, después de la implantación de la vía clínica, en el grupo D, solo el 25% de los pacientes con colangitis leve recibió piperacilina/tazobactam. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p = 0,018$ ). El ahorro de antibiótico de amplio espectro no supuso un aumento de mortalidad.

	Grupo A	Grupo D
Leve	Piperacilina/tazobactam: 11 (52,4%)	Piperacilina/tazobactam: 2 (25%)

A: 21 pacientes	Amoxicilina/clavulánico: 1 (4,8%)	Amoxicilina/clavulánico: 4 (50%)
D: 8 pacientes	Aztreonam: 0	Aztreonam: 0
Ceftriaxona: 1 (4,8%)	Ceftriaxona: 0	
Ceftriaxona+ metronidazol: 5 (23,8%)	Ceftriaxona+ metronidazol: 2 (25%)	
Meropenem: 0 pacientes	Meropenem: 0	
Quinolonas + metronidazol: 1 (4,8%)	Quinolonas + metronidazol: 0	
Otros: 2 pacientes (9,5%)	Otros:0	
Moderada	Piperacilina/tazobactam: 6 (50%)	Piperacilina/tazobactam: 8 (53,3%)
A: 12 pacientes	Amoxicilina/clavulánico: 1 (8,3%)	Amoxicilina/clavulánico: 1 (6,7%)
D: 15 pacientes	Aztreonam: 1 (8,3%)	Aztreonam: 0
Ceftriaxona:0	Ceftriaxona: 0	
Ceftriaxona+ metronidazol 3 (25%)	Ceftriaxona+ metronidazol: 3 (20%)	
Meropenem: 1 (8,3%)	Meropenem: 2 (13,3%)	
Quinolonas+ metronidazol: 0	Quinolonas+ metronidazol: 0	
Otros: 0	Otros: 1 (6,67%)	
Grave	Ceftriaxona: 1 (100%)	Otros: 2 (100%)
A: 1 pacientes		
D: 2 pacientes		

## VÍA CLÍNICA COLANGITIS

**COLANGITIS: sospecha diagnóstica (1)**  
1 criterio A + 1 criterio B/C

Hemocultivos x 2 (con o sin fiebre)

Dieta absoluta. Sueroterapia

**\*ANTIBIOTERAPIA\*** según protocolos **S**



**(1) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**  
(Guías Tokyo 2018)

A. Fiebre (≥38°C) / Evidencia de inflamación analítica: leucocitos (>12000 o <4000), PCR elevada

B. Colestasis: Ictericia (bilirrubina total ≥ 2 mg/dL)/Elevación cualquier enzima hepática>1,5 veces límite superior

C. Imagen: Dilatación de vía biliar/Evidencia de la etiología (estenosis, litiasis, prótesis u otro)

---

**(2) DILATACIÓN VÍA BILIAR**

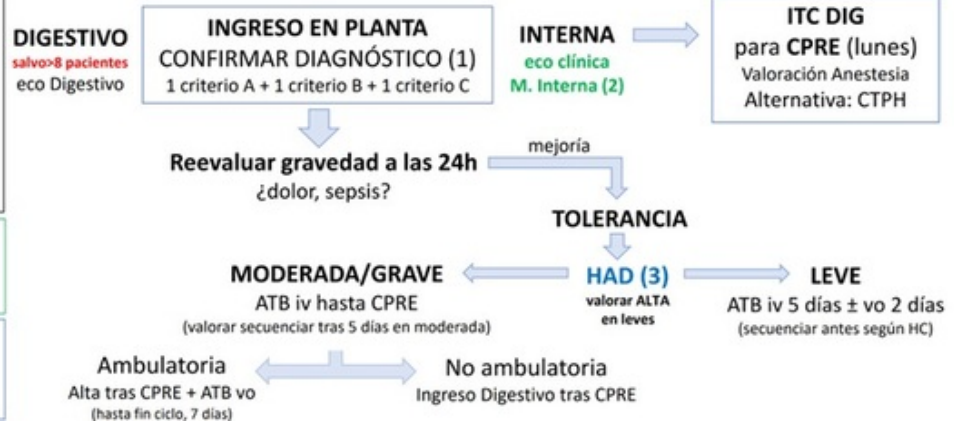
- No colecistectomizados: colédoco >6-7mm
- Colecistectomizados o >80 años: colédoco >8-10mm

---

**(3) HAD**

- Mañanas laborables: BUSCA 862499
- Tardes, noches, festivos: ITC MIR HAD

**IMPRESINDIBLE RESIDIR EN ÁREA**



# \*ANTIBIOTERAPIA\*

Según criterios de gravedad Tokyo

## GRADO I (LEVE)

- Ceftriaxona 2 g/24 h iv
- o
- Amoxicilina/Clavulánico 1 g/8 h iv

### Alergia a betalactámicos:

- Levofloxacinó 500 o 750 mg/24 h iv
- o
- Ciprofloxacino 400 mg/12 h iv
- o
- Aztreonam 1 gr/8 h iv

## GRADO II (MODERADA)

- Ceftriaxona 2 g/24 h ± Metronidazol 500 mg/8h iv
- o
- Piperacilina/Tazobactam 4 gr/6 h iv

### Alergia a betalactámicos:

- Levofloxacinó 500 o 750 mg/24 h iv ± Metronidazol 500 mg/8 h iv
- o
- Ciprofloxacino 400 mg/12 h iv ± Metronidazol 500 mg/8 h iv
- o
- Aztreonam 1 g/8 h iv ± Metronidazol 500 mg/8 h iv
- o
- Aztreonam 1g/8 h iv + Tigeciclina 100 mg (1ª dosis) seguido de 50 mg/12 h iv en casos de mayor gravedad

## GRADO III (GRAVE)

- Meropenem 1gr/8 h iv

### Alergia a betalactámicos:

- Aztreonam 1gr/8 h iv + Tigeciclina 100 mg (1ª dosis) seguido de 50 mg/12 h iv

### Para Hospitalización a Domicilio:

**NO** Amoxicilina/Clavulánico ni Metronidazol **cada 8h IV**

Meropenem y Aztreonam cada 8h **SOLO** en régimen de **autoinfusores**

*Conclusiones:* La implementación de una vía clínica en el manejo de la colangitis en nuestro centro ha demostrado ser efectiva en la reducción del uso de antibióticos de amplio espectro, particularmente piperacilina/tazobactam, en casos de colangitis leve, sin incrementar la mortalidad. Sin embargo, no parece haber impactado sobre la extracción de hemocultivos. Estos resultados destacan la importancia de seguir protocolos clínicos estandarizados para mejorar la calidad de la atención y optimizar el uso de recursos.

## Bibliografía

1. Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):31-40. doi:10.1002/jhbp.509.