



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0897 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

VISTO:

Nota Informativa N° 542-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, con proveído N°4164 favorable, de fecha 18 de septiembre del 2024, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N° 542-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, la jefatura del Departamento de Cirugía solicita a la Dirección Ejecutiva, la aprobación y proyección del Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Aguda";

Que, los numerales I y II de Título Preliminar de la Ley 26842, de fecha 15 de julio del 1997, Ley General de salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, Por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante el Artículo 1° del Título del Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales, que se aprobó la Resolución Ministerial N° 616-2003-SA-DM, de fecha 4 de junio del 2003, el objeto del Modelo es establecer el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales de alta, mediana y baja complejidad de atención de la salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 25 del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA.;

Que, mediante el Artículo 1° del Título Primero en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, de fecha 25 de junio del 2006, las Disposiciones Generales.- El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", de fecha 06 de junio de 2007, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

Que, de acuerdo a las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, de fecha 11 de julio del 2021, donde establece disposiciones destinadas a fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, órganos desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos;

Que, la normativa antes mencionada, define como Guía técnica a todo documento normativo del Ministerio de Salud, con él se define por escrito y de manera el desarrollo de determinados procesos, procedimiento y actividades administrativas, asistenciales y sanitarias. En ella se establecen metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica;

Que, de igual forma en esta misma norma se establece que las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario y cuando esta se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), en este caso contienen recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de





GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0897 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

modo que orientes y facilites el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud;

Que, en mérito al documento emitido por la jefatura del Departamento de Cirugía, con proveído N°4164, de fecha 18 de septiembre del 2024, la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colectitis Aguda";

Que, de acuerdo a la finalidad de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colectitis Aguda", es aportar en su conocimiento, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de Colectitis Aguda, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colectitis Aguda", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, al Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el cumplimiento de lo resuelto en el Artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3.- DISPONER, que la Unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad, Departamento de Cirugía e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

DIRECCIÓN REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 029879 - RNE. 028425

IOCC/JGRC/jacv

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE COLECISTITIS

AGUDA



HOSPITAL APOYO II-2
SULLANA
Te Salud es Nuestra Prioridad

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

AÑO 2024

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COLECISTITIS AGUDA

I. FINALIDAD

La Finalidad de esta Guía Práctica Clínica es aportar en su conocimiento, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Aguda ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos.

II. OBJETIVO

Establecer una Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Aguda en el Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Práctica Clínica es de aplicación obligatoria en el Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE Y CODIGO

NOMBRE: Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis Aguda
CODIGO CIE10: k81

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

Colecistitis Aguda: la colecistitis aguda se refiere a un síndrome de dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis asociado con inflamación de la vesícula biliar. En la mayoría de los pacientes, la colecistitis aguda es causada por cálculos biliares, mientras que la colecistitis alitiásica representa alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos.

VI. Patogenia

La colecistitis litiásica aguda se produce en el contexto de una obstrucción del conducto cístico. Sin embargo, a diferencia del cólico biliar, el desarrollo de la colecistitis aguda no se explica completamente por la obstrucción del conducto cístico por sí sola. Los estudios sugieren que se requiere un irritante adicional para desarrollar inflamación de la vesícula biliar. Uno de estos irritantes utilizados en modelos experimentales, la lisolecitina, se produce a partir de la lecitina, un componente normal de la bilis. La producción de lisolecitina a partir de la lecitina es catalizada por la fosfolipasa A, que está presente en la mucosa de la vesícula biliar. Esta enzima puede liberarse en la vesícula biliar después de un traumatismo en la pared de la vesícula biliar a causa de un cálculo biliar impactado. En apoyo de esta hipótesis está la observación de que la lisolecitina (normalmente ausente en la bilis) es detectable en la bilis de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda.

Los mediadores inflamatorios se liberan en respuesta a la inflamación de la vesícula biliar y propagan aún más la inflamación. Las prostaglandinas, que participan en la contracción de la vesícula biliar y la absorción de líquidos, probablemente desempeñan un papel central en este proceso. La hipótesis de la prostaglandina está respaldada por la observación de que los inhibidores de la prostaglandina pueden reducir la presión intraluminal de la vesícula biliar y aliviar el cólico biliar.



La infección de la bilis dentro del sistema biliar probablemente tiene un papel en el desarrollo de la colecistitis; sin embargo, no todos los pacientes con colecistitis tienen bilis infectada. Esta observación se ilustró en un estudio de 467 sujetos en quienes se obtuvieron muestras de bilis de la vesícula biliar y el conducto biliar común para cultivo aeróbico y anaeróbico. Se incluyeron pacientes con una variedad de enfermedades hepatobiliares y un grupo de control sano. Los pacientes con cálculos biliares, colecistitis aguda y vesícula biliar hidrópica tuvieron tasas similares de cultivos positivos en la vesícula biliar y el conducto biliar común, que oscilaron entre el 22 y el 46 por ciento; los cultivos fueron generalmente estériles en sujetos sanos. Las principales especies aisladas fueron *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Klebsiella* y *Enterobacter*.

Los cambios histológicos de la vesícula biliar en la colecistitis aguda pueden variar desde un edema leve y una inflamación aguda hasta necrosis y gangrena. En ocasiones, la impactación prolongada de un cálculo en el conducto cístico puede provocar una distensión de la vesícula biliar, que se llena de un líquido mucoso incoloro. Esta afección, conocida como mucocele con bilis blanca (hidropesía), se debe a la ausencia de entrada de bilis en la vesícula biliar y a la absorción de toda la bilirrubina dentro de la vesícula biliar.



VII. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

7.1. CUADRO CLÍNICO

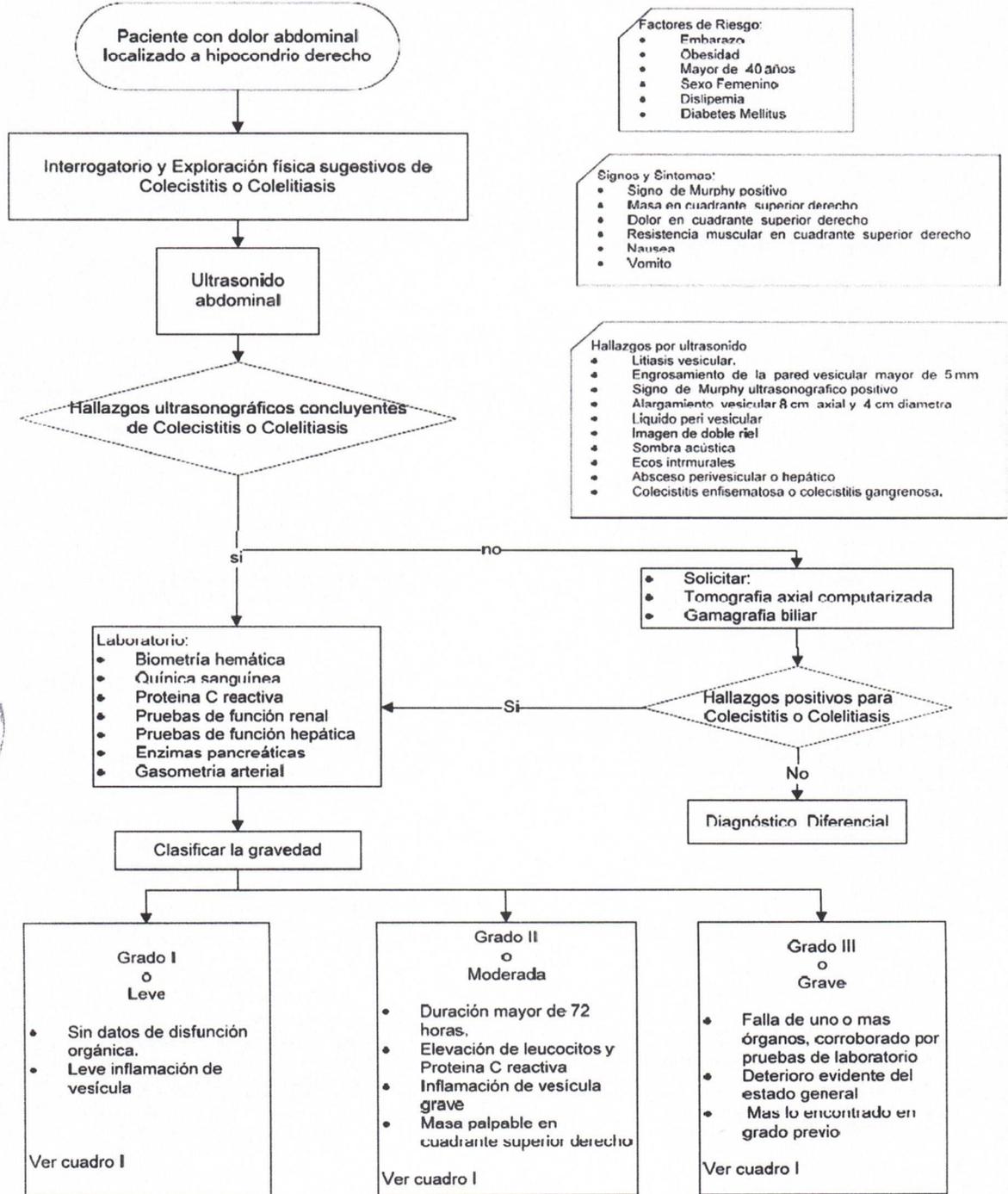
- **SINTOMAS:** Dolor cólico gravativo en cuadrante superior derecho y/o epigástrico, a veces irradiado a región infraescapular del mismo lado, mayor a 6 horas y que no calma con analgésicos. Puede haber otras manifestaciones como anorexia, náuseas, vómitos o escalofríos, historia o no de dispepsia a grasas, historia o no de colecistitis crónica.
- **SIGNOS:** Fiebre moderada (menor a 38.5 C°), dolor en hipocondrio derecho, a veces con reacción peritoneal, en el mismo lado o difuso, o rigidez. Signo de Murphy positivo (Interrupción de la respiración durante la palpación profunda del hipocondrio derecho).

Vesícula biliar palpable en el 33% de los casos, en especial en los pacientes que están padeciendo su primer episodio agudo. Ictericia leve en el 20% de los casos, con una mayor incidencia en los ancianos.



7.2. DIAGNÓSTICO

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS Y COLELITIASIS



- Se puede considerar, de acuerdo a los criterios internacionales, las Guías de Tokio del 2013, para el diagnóstico de Colecistitis Aguda, las cuales son:

CRITERIOS DE TOKIO 2018

A-1. Signo de Murphy

A-2. Masa/Dolor/Hipersensibilidad en CSD

B-1. Fiebre > 38°C

B-2. PCR > 3 mg/dL

B-3 Glóbulos blancos > 10,000

C-1. Hallazgos ultrasonográficos de colecistitis aguda

Diagnóstico definitivo: Un ítem de A. B v C

7.3. EXÁMENES AUXILIARES

7.3.1. De Patología Clínica

- **Hemograma:** Leucocitosis con desviación izquierda.

7.3.2. De Imágenes

- **Ecografía:** Es de gran valor diagnóstico.

Criterios mayores:

- Cálculo en el cuello vesicular o en el cístico.
- Edema de la pared vesicular(>4mm)
- Gas intramural.
- Signo de Murphy ecográfico.

Criterios menores:

- Presencia de cálculos en la vesícula.
- Engrosamiento de la pared vesicular(>4mm)
- Líquido perivesicular
- Ecos intravesiculares sin sombra por pus, fibrina o mucosa desprendida
- Dilatación vesicular (>4cm) y forma esférica.
- Valora calibre de colédoco y vías biliares intrahepáticas.

- **Radiografía Simple de Abdomen:** 10-15% muestran cálculos. En las complicaciones aire en la pared vesicular o en las vías biliares.



7.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- **Tomografía Axial computarizada:** Ayuda a detectar complicaciones como la formación de abscesos, la perforación de la vesícula biliar o el colédoco o una pancreatitis.

7.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

7.4.1. Tratamiento médico

- Suspender la vía oral.
- Hidratación Endovenosa y corrección de alteraciones de electrolitos.
- Manejo del dolor, se recomienda AINES, ya que tienen un efecto demostrado anti prostaglandinas que puede cambiar el curso de la historia natural de la enfermedad.
- Se recomienda ketorolaco 60 mg o diclofenaco 75 mg intramuscular. Alternativamente meperidina 75mgr c/4 horas. s/co intramuscular. Se debe evitar el uso de morfina por su efecto sobre el esfínter de Oddi.
- Para el uso de antibióticos: Según parámetro de gérmenes aislados sobre todo en diabéticos o ancianos mayores de 60 años.
 - Gérmenes aislados: E.coli, Klebsiella pneumoniae, Salmonella tifi, Pseudomona aeruginosa, Enterobacter cloacae, Proteus mirabilis, Clostridium perfringens, Bacteroides fragilis.
 - Quinolonas Con Metronidazol o Clindamicina.
 - Cefalosporinas de tercera generación (Ceftriaxona) + Metronidazol o Clindamicina.
 - Otras alternativas tenemos Ampicilina/Sulbactam; piperacilina/tazobactam.

7.4.2. Tratamiento quirúrgico

Diferido. - Si el alto riesgo del paciente contraindica la intervención quirúrgica al momento; se corregirán los factores de riesgo, para luego proceder al acto quirúrgico si el caso lo requiera, caso contrario se programará de forma electiva.

Temprano. - Dentro de las 72 horas de iniciado el cuadro si existen signos de complicación (Perforación, Gangrena, Peritonitis, etc.) o si la evolución no es favorable al tratamiento médico.

- **Colecistostomía.** Consiste en la punción de la vesícula, aspiración de su contenido y la colocación de un drenaje que permita la libre salida de bilis. Con ello se pretende interrumpir el proceso que conduce a la necrosis isquémica de las paredes vesiculares y a su perforación. Está indicada en pacientes muy ancianos, hemodinámicamente inestables o con riesgo quirúrgico muy alto (ASA III —IV). El abordaje puede ser radiología intervencionista o por minilaparatomía con anestesia local o laparoscópica.



➤ **Estadios macroscópicos**

- A. C.A. EDEMATOSA-HIDROCOLECISTO
- B. C.A. SUPURADA O PICOLECISTO
- C. C.A. GANGRENADA
- D. C.A. PERFORADA CON O SIN PERITONITIS FOCAL O GENERALIZADA
PLASTRON VESICULAR
ABSCESO VESICULAR
OTRAS PRESENTACIONES
- E. C.A. ENFISEMATOSA (Gas subseroso)



➤ **Manejo operatorio**

- Colectectomía Abierta, Convencional.
- Colectectomía Laparoscópica.

7.4.3. Criterios de severidad

Se tienen 2 clasificaciones distintas, una tomada de la Tokyo Guidelines 20134 (TG18), de carácter práctico, y una “clásica”, de carácter Anatomopatológico.



Clasificación de gravedad de Colecistitis aguda		
Grado		Criterio
Grado I	leve	Colecistitis aguda en un paciente saludable sin disfunción orgánica, solo cambios inflamatorios leves en la vesícula biliar, la colecistectomía se puede hacer en forma segura con bajo riesgo operatorio.
Grado II	Moderado	Colecistitis aguda acompañada cualquiera de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Conteo de leucocitos elevado ($> 18,000 \text{ mm}^3$). • Masa palpable en cuadrante superior derecho de abdomen. • Duración del cuadro clínico $> 72 \text{ h}$. • Marcada inflamación local (peritonitis biliar, absceso perivesicular, absceso hepático, colecistitis gangrenada, colecistitis enfisematosa).
Grado III	Grave	Colecistitis aguda acompañada por disfunción de cualquiera de los siguientes órganos/sistemas: <ul style="list-style-type: none"> • Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere tratamiento con dopamina $> 5 \text{ ug/kg/min}$ o cualquier dosis de dobutamina). • Disfunción neurológica (disminución del nivel de conciencia). • Disfunción respiratoria ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ promedio < 300). • Disfunción renal (oliguria, creatinina $> 2.0 \text{ mg/dl}$). • Disfunción hepática ($\text{TP-INR} > 1.5$) • Disfunción hematológica (plaquetas $< 100,000/\text{mm}^3$).

7.4.4. Manejo post operatorio

- Iniciar vía oral 12 h después de intervención si su estado lo permite.
- Hidratación Endovenosa de acuerdo a balance hidroelectrolítico
- De ambulación precoz
- Analgésico condicional al dolor
- Alta a partir de las 48 horas
- Los criterios de egreso post- colecistectomía son:
- Signos vitales estables durante todo el período de observación
- Buena tolerancia oral
- Capacidad de ambulación autónoma
- Dolor tratable con analgésicos orales
- Familiar disponible para su traslado a domicilio

7.4.5. Criterios de Alta

Sin fiebre, no náuseas, no vómitos, tolerancia oral.

7.4.6. Seguimiento

- Cita en consulta externa a los 7 y 15 días después del alta hospitalaria.

Descanso Médico: Individualizar cada caso según evolución clínica, los parámetros referenciales son:



- Colectistomía Convencional: 15-30 días
- Colectistomía Laparoscópica: 7-15 días

7.5. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El paciente al término de su control ambulatorio será contrarreferido a su Centro de Salud de origen, con las indicaciones pertinentes de seguimiento si es necesario y será registrado como alta en el parte diario de consulta externa.

7.6. RECOMENDACIONES

- Todo paciente con diagnóstico colecistitis aguda debe ser admitido al hospital, tratado el dolor y cubierto con antibióticos.
- El momento de la cirugía depende de la severidad de los síntomas y los riesgos del paciente a la cirugía.
- El tratamiento quirúrgico recomendado en pacientes con colecistitis aguda es la colecistomía laparoscópica o colecistomía abierta. **Evidencia nivel I-Grado de Recomendación A.**
- Es recomendable que pacientes con colecistitis aguda se han operados dentro de las 72 horas de admisión. **Evidencia nivel I_ Grado de recomendación A.**
- La terapia antibiótica empírica es recomendada en pacientes con colecistitis aguda, durante 5- 7 días de acuerdo a evolución clínica. **Evidencia nivel I. Grado de recomendación A.**
- El uso rutinario de un dren intraperitoneal no está indicado luego de una colecistomía. **Evidencia nivel I, Grado de recomendación A.**

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallaher JR, Charles A. Colecistitis aguda: una revisión. JAMA 2022; 327:965.
2. Ziessman HA. Colescintigrafía con colecistoquinina: indicaciones clínicas y metodología adecuada. Radiol Clin North Am 2001; 39:997.
3. Kalloo AN, Kantsevov SV. Cálculos biliares y enfermedad biliar. Prim Care 2001; 28:591.
4. Ahmed A, Cheung RC, Keeffe EB. Tratamiento de los cálculos biliares y sus complicaciones. Am Fam Physician 2000; 61:1673.
5. Nahrwold DL, Rose RC, Ward SP. Anormalidades en la morfología y función de la vesícula biliar en pacientes con colelitiasis. Ann Surg 1976; 184:415.
6. Park MS, Yu JS, Kim YH, et al. Colecistitis aguda: comparación entre colangiografía por RM y ecografía. Radiology 1998; 209:781.
7. Friedman GD. Historia natural de los cálculos biliares asintomáticos y sintomáticos. Am J Surg 1993; 165:399.
8. MORRIS CR, HOHF RP, IVY AC. Un estudio experimental del papel de la estasis en la etiología de la colecistitis. Surgery 1952; 32:673.
9. Roslyn JJ, DenBesten L, Thompson JE Jr, Silverman BF. Función de la oclusión de la bilis litogénica y del conducto cístico en la patogenia de la colecistitis aguda. Am J Surg 1980; 140:126.
10. Kaminski DL. Metabolitos del ácido araquidónico en la fisiología y la enfermedad hepatobiliar. Gastroenterología 1989; 97:781.

11. Jivegård L, Thornell E, Svanvik J. Fisiopatología de la colecistitis obstructiva aguda: implicaciones para el tratamiento no quirúrgico. Br J Surg 1987; 74:1084.
12. Myers SI, Bartula L. La colecistitis humana se asocia con un aumento de la síntesis de prostaglandina I2 y prostaglandina E2 en la vesícula biliar. Hepatología 1992; 16:1176.
13. Thornell E, Jansson R, Svanvik J. La indometacina reduce la presión intraluminal elevada de la vesícula biliar en la colecistitis aguda. Acta Chir Scand 1985; 151:261.
14. Thornell E, Jansson R, Svanvik J. Indometacina intravenosa: una nueva forma de alivio eficaz del dolor biliar: un estudio doble ciego en humanos. Surgery 1981; 90:468.
15. Akriadiadis EA, Hatzigavriel M, Kapnias D, et al. Tratamiento del cólico biliar con diclofenaco: un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Gastroenterology 1997; 113:225.
16. Csendes A, Burdiles P, Maluenda F, et al. Evaluación bacteriológica simultánea de la bilis de la vesícula biliar y del conducto biliar común en sujetos de control y pacientes con cálculos biliares y del conducto biliar común. Arch Surg 1996; 131:389.
17. Singer AJ, McCracken G, Henry MC, et al. Correlación entre los hallazgos clínicos, de laboratorio y de la gammagrafía hepatobiliar en pacientes con sospecha de colecistitis aguda. Ann Emerg Med 1996; 28:267.
18. Adedeji OA, McAdam WA. Signo de Murphy, colecistitis aguda y ancianos. JR Coll Surg Edinb 1996; 41:88.
19. Kurzweil SM, Shapiro MJ, Andrus CH, et al. Hiperbilirrubinemia sin anomalías del conducto biliar común e hiperamilasemia sin pancreatitis en pacientes con enfermedad de la vesícula biliar. Arch Surg 1994; 129:829.
20. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. ¿Este paciente tiene colecistitis aguda? JAMA 2003; 289:80.

