



A **COLECISTITE AGUDA** representa a principal causa de cirurgias emergenciais associadas a doenças biliares, sendo a Colecistopatia Crônica Calculosa (CCC) a origem mais frequente dessa condição.

I. ASSISTENCIAL

1. EPIDEMIOLOGIA

Estima-se que entre 10-15% da população geral seja portadora de cálculos biliares, com alguma diferença entre as diferentes regiões do mundo. Destes, 20-40% desenvolverão alguma complicação relacionada a doença. O risco anual para desenvolvimento de colecistite aguda nestes pacientes pode chegar até 3% ao ano.

Apesar de menos comum, a Colecistite Aguda Alitiásica em geral acontece em doentes internados e graves, sendo pouco provável seu achado em pacientes de Pronto Atendimento. Caso haja a sugestão desse diagnóstico, é importante pensar na Colelitíase não detectada pelos exames realizados na Urgência, e prosseguir com exames adicionais.

2. CLÍNICA E DIAGNÓSTICO (seguir **ANEXO 1: FLUXOGRAMA**)

Em paciente com dor abdominal, principalmente na região epigástrica e hipocôndrio direito, com **fatores de risco conhecidos** (mulheres, após 40 anos, múltipara, obesidade, pós cirurgia Bariátrica, doença hemolítica, etc), ou sabidamente portador de Colelitíase: deve-se seguir investigação de acordo com o Protocolo de "Dor Abdominal na UPA" (incluindo diagnóstico diferencial de Síndrome coronariana).

Se história + exame físico + laboratório = principal hipótese diagnóstica a Colelitíase sintomática ou Colecistite Calculosa Aguda (CCA), considerar como **1ª opção de imagem a Ultrassonografia (USG) de Abdome Superior** ou USG de Abdome Total.

Na indisponibilidade de USG, solicitar Tomografia (TC) de Abdome com contraste EV, sinalizando obrigatoriamente a suspeita diagnóstica no pedido médico (a adequada captação das imagens contrastadas depende desta informação).

O **diagnóstico de CCA** deve seguir as diretrizes do **Tokyo Guidelines (TG18)**, que inclui **SINAIS INFLAMATÓRIOS (A)**, **SINAIS SISTÊMICOS (B)** e **SINAIS RADIOLÓGICOS (C)**.

TODO caso **SUSPEITO** ou **CONFIRMADO** de CCA ou DOR REFRATÁRIA, deve ser internado após o contato com o Médico Titular do paciente ou Retaguarda de Cirurgia Geral **nos serviços privados e após avaliação da Cirurgia Geral de plantão, nos públicos**.

TODO caso de Cólica Biliar resolvida após o atendimento inicial na UPA deve ter a conduta definida pelo Titular ou pela Retaguarda de Cirurgia Geral (contato obrigatório) **(privado) ou Cirurgia Geral do plantão (público)**.

A associação de Coledocolitíase em paciente com CCA pode chegar até 15%. Portanto, se houver sinais de colestase (aumento de FA, GGT, TGO, TGP ou bilirrubinas), ou dilatação de via biliar no USG, deve-se suspeitar de diagnósticos diferenciais (Colangite Aguda por Coledocolitíase, Mirizzi, dentre outros).

O paciente com Coledocolitíase, ou com Pancreatite Aguda de causa Biliar seguirá investigação complementar internado, de acordo com a equipe Titular ou de Retaguarda **(privado) ou Cirurgia Geral do plantão (público)**.

	Critérios de Tokyo
A	INFLAMAÇÃO LOCAL
	Sinal de Murphy Massa/ dor/ sensibilidade no quadrante superior direito
B	INFLAMAÇÃO SISTÊMICA
	B1 - Febre
	B2 - PCR elevada
	B3 - Leucocitose
C	IMAGEM (US, TC OU ReMa)
	C1 - Espessamento da parede vesicular
	C2 - Distensão vesicular
	C3 - Cálculo Impactado
	C4 - Líquido Perivesicular
	C5 - Edema da parede vesicular
	C6 - Sinal de Murphy Ultrassonográfico
SUSPEITO = 2 CRITÉRIOS (A + B)	
CONFIRMADO = 3 CRITÉRIOS (A + B + C)	

3. ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE

A gravidade da Colecistite Aguda será considerada na tomada de decisão para o **local de internação** e o **tipo de intervenção** a ser indicada pela equipe responsável pelo paciente, e é baseada nos seguintes critérios:

GRAU I (LEVE)	<u>Sem</u> disfunção orgânica	<u>Sem</u> sinais inflamatórios acentuados
GRAU II (MODERADA)	<u>Sem</u> disfunção orgânica	Presença de 1 ou mais fatores: - Duração dos sintomas >72h - Leucócitos > 18.000/mm ³ - Plastrão palpável no hipocôndrio direito - Complicação local (gangrena, abscesso perivesicular, abscesso hepático, peritonite biliar, colecistite aguda enfisematosa)
GRAU III (GRAVE)	Presença de qualquer disfunção orgânica: - Cardiovascular (hipotensão com necessidade de droga vasoativa) - Respiratória (PaO ₂ /FiO ₂ <300) - Rebaixamento do Nível de Consciência - Disfunção renal (oligúria ou Creatinina >2.0mg/dL ou aumento de 0.3mg/dL da basal) - Disfunção Hepática (INR>1.5) Disfunção Hematológica (Plaquetas < 100.000/mm ³)	

4. CONDUTA (seguir ANEXO 1: FLUXOGRAMA)

- Paciente com "Sepse de foco abdominal" deverá seguir reanimação de acordo Protocolo Institucional específico ("SEPSE").
- Todo paciente com suspeita de Colelitíase sintomática ou Colecistite Calculosa Aguda deverá realizar na UPA inicialmente Ultrassonografia de Abdome Superior.
- Caso o diagnóstico de Colecistite Calculosa Aguda seja obtido através de Tomografia de Abdome (sem ou com contraste) para investigação de Abdome Agudo, o diagnóstico poderá ser fechado naqueles com clínica compatível. Não é necessária a realização de Ultrassonografia de Abdome Superior, podendo-se solicitar este exame apenas se for de utilidade para a busca por diagnóstico de Coledocolitíase ou outros diferenciais associados.
- Uma vez confirmado o diagnóstico de Colecistite Calculosa Aguda, manter paciente em jejum e iniciar a antibioticoterapia:
 - Ceftriaxone 2g EV + Metronidazol 500 mg EV
 - Se alergia a cefalosporina: alternativa Ciprofloxacino 400mg EV
 - Se alergia ao nitroimidazolico: alternativa Clindamicina 600 mg EV

4.1. COLECISTITE CALCULOSA AGUDA OU CÓLICA BILIAR REFRATÁRIA

-> Paciente DEVERÁ ser internado e alocado de acordo com a gravidade na Classificação de Tokyo:

GRAU I (LEVE) -> APARTAMENTO	Provável Colecistectomia por Videolaparoscopia	Exceto se: contraindicação por comorbidades (CCI >= 6)
GRAU II (MODERADA) -> APARTAMENTO -> OU SEMI-INTENSIVA (critérios clínicos)	Provável Colecistectomia por Videolaparoscopia	Exceto se: - tempo de sintomas > 10 dias - tempo de internação com antibioticoterapia > 7 dias - CCI* > 5 (optar por tratamento não operatório com ou sem a associação de colecistostomia por via percutânea se necessário).
GRAU III (GRAVE) (LEITO DE UTI)	- Colecistectomia por Videolaparoscopia (para disfunções orgânicas transitórias revertidas rapidamente e CCI* < 4) - Colecistostomia Percutânea	

*CCI = Charlson Comorbidity Index (checar ANEXO 2)

4.2. CÓLICA BILIAR RESOLVIDA na UPA

- Paciente com sintomas resolvidos, sem critérios clínicos/laboratoriais/radiológicos de alarme: **APÓS CONTATO COM TITULAR/RETAGUARDA DE CIRURGIA GERAL (serviço particular) ou equipe de Cirurgia Geral de plantão (serviço público)**, de acordo com orientação, poderão receber alta da UPA, com orientações e acompanhamento precoce. Poderá também ser sugerido a internação imediata para resolução da Colelitíase.

- Em caso de orientação para ALTA DA UPA (paciente sem critérios de CCA, Cólica Biliar Refratária OU outros diagnósticos diferenciais): fornecer orientações as padronizadas em sistema para o Resumo de Pós Alta conforme **ANEXO 3** assegurando que haja entendimento de acompanhamento ambulatorial precoce e retorno se sinais / sintomas de alarme.
- No Cerner #circoletitaseUPA e #nutridietaHIPOGORDUOSA

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de solicitação de Ultrassonografia de Abdome Superior OU Ultrassonografia de Abdome Total para pacientes com suspeita inicial de Colelitíase/Colecistite Aguda.

III. GLOSSÁRIO

CCA - Colecistite Calculosa Aguda
CCC - Colecistopatia Crônica Calculosa
TC - Tomografia Computadorizada
TG18 - Tokyo Guidelines

UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USG - Ultrassonografia
HUGO - Hospital Estadual de Urgências de Goiás
HMAP - Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia

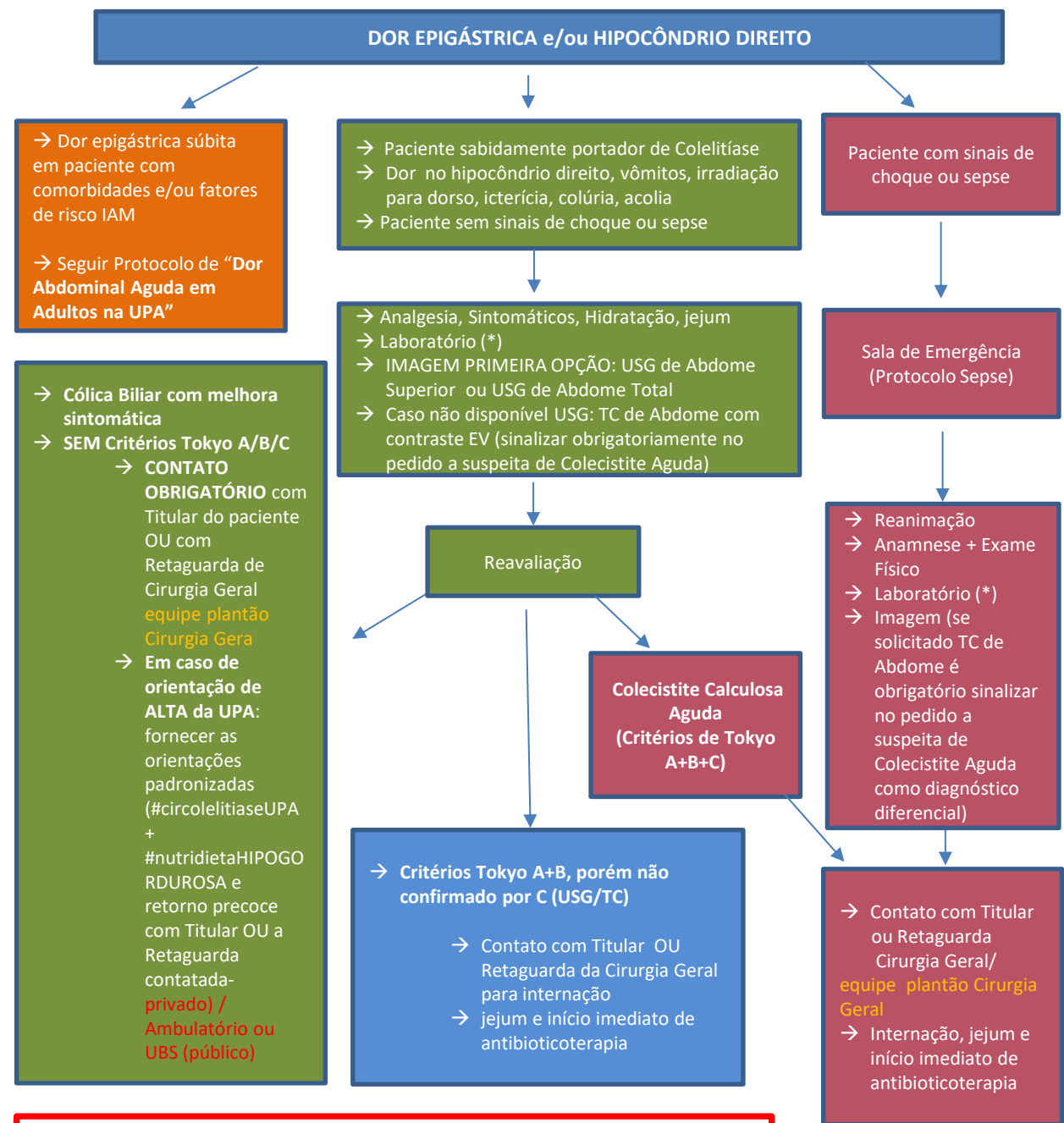
IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

- HMAP e Einstein Goiânia – Unificação Alessandra Rolla
- 13/07/2026 – Aplicável à unidade HUGO Ana Carolina V De Lima

V. Referências Bibliográficas

- [1] Michele Pisano, Niccolò Allievi, Kurinchi Gurusamy et al.. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World Journal of Emergency Surgery. 2020. 15:61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>.
- [2] Charlotte S. Loozen, Hjalmar C Van Santvoort, Peter Van Duijvendijk, et al. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial. 2018. 363. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3965>.
- [3] Michele Pisano, Marco Ceresoli, Stefania Cimbanassi, et al.. 2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population. World Journal of Emergency Surgery. 2019. 4:14:10. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0224-7>.
- [4] Toshihiko Mayumi, Kohji Okamoto, Tadahiro Takada, et al.. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2017. <https://doi.org/10.1002/jhbp.519>.
- [5] Kohji Okamoto, Kenji Suzuki, Tadahiro Takada, et al.. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2017. <https://doi.org/10.1002/jhbp.516>.
- [6] Masamichi Yokoe, Jiro Hata, Tadahiro Takada, et al.. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2017. <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>.
- [7] Yasuhisa Mori, Takao Itoi, Todd H. Baron, Tadahiro Takada, et al.. Tokyo Guidelines 2018: management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis (with videos). Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2017. <https://doi.org/10.1002/jhbp.504>.
- [8] GlobalSurg Collaborative. Mortality of emergency abdominal surgery in high-, middle- and low-income countries. Br J Surg. 2016 Jul;103(8):971-988. doi: 10.1002/bjs.10151. Erratum in: Br J Surg. 2017 Apr;104(5):632. doi: 10.1002/bjs.10463. PMID: 27145169.
- [9] Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L., & MacKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. Journal of Chronic Diseases, 40(5), 373-383.
- [10] Quan, H., Li, B., Couris, C.M., Fushimi, K., Graham, P., Hider, P., ... & Sundararajan, V. (2011). Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. American Journal of Epidemiology, 173(6), 676-682.

5. ANEXO 1: FLUXOGRAMA



(*) Laboratório para suspeita de Colelitíase/CCA/Coledocolitíase /Pancreatite Aguda:
Hemograma, PCR, TGO, TGP, GGT, FA, Bilirrubina Total + frações, Amilase, Lipase

6. ANEXO 2: CHARLSON COMORBIDITY INDEX

O Charlson Comorbidity Index (CCI) é uma ferramenta frequentemente utilizada para prever a taxa de mortalidade de um ano para um paciente com base em várias comorbidades registradas. Esta pontuação é utilizada para auxílio na decisão referente à conduta cirúrgica em um paciente com condições como Colecistite Aguda que internará pela UPA.

CHARLSON COMORBIDITY INDEX (adaptado)	
Comorbidade	Peso
Doença pulmonar crônica	1
Insuficiência cardíaca congestiva	1
Doença vascular periférica	1
AVC ou AIT prévio	1
Demência	1
Úlcera péptica	1
Diabetes sem complicações	1
Diabetes com complicações	2
Doença renal crônica	2
Tumor sem metástase	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Cirroze	3
Insuficiência hepática	3
Tumor sólido com metástases	6
AIDS	6
TOTAL	

7. ANEXO 3: ORIENTAÇÕES PÓS ALTA (CÓLICA BILIAR RESOLVIDA)

TODO paciente com o diagnóstico de COLELITÍASE na UPA, sem indicação de internação ou intervenção **após o contato com Titular ou Retaguarda da Cirurgia Geral** (SEM Colecistite Aguda, SEM Coledocolitíase, SEM Colangite ou Pancreatite), deverá receber as seguintes orientações padronizadas:

No Cerner: #circoletitiaseUPA + #nutridietaHIPOGORDUOSA

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA: PACIENTE PORTADOR DE COLELITÍASE (TITULAR OU RETAGUARDA CONCORDANTE EM SEGUIR O CASO VIA CONSULTÓRIO)

O QUE ACONTECEU?

R= Após o seu atendimento na Unidade de Pronto Atendimento, foi detectado que houve uma CÓLICA BILIAR. Os exames demonstraram que você possui cálculos (pedras) na sua vesícula biliar, porém não houve uma inflamação aguda que necessite de internação e tratamento operatório imediato. Nos próximos dias, é muito importante seguir as orientações de dieta e utilizar somente as medicações que foram prescritas neste atendimento.

Agende a consulta com seu médico Cirurgião Geral ou do Aparelho Digestivo para reavaliação, ou caso necessite, o Hospital Israelita Albert Einstein disponibiliza o número de Indicador Médico (abaixo).

O QUE FAZER NOS PRÓXIMOS DIAS?

R= Utilize somente as medicações que foram prescritas neste atendimento.

Também é NECESSÁRIO realizar um controle de dieta. Evite permanecer mais do que 3 horas sem ingerir alimentos e não consuma alimentos gordurosos (conforme abaixo).

Agende a consulta com seu médico Cirurgião Geral ou do Aparelho Digestivo para seguimento e programação das próximas etapas.

QUANDO RETORNAR AO PRONTO ATENDIMENTO (DE URGÊNCIA)?

R= Abaixo estão listados os **SINAIS DE ALARME**. **OBSERVE** a evolução, e **RETORNE** se apresentar:

- retorno da dor abdominal, ou das náuseas e vômitos, apesar do uso das medicações prescritas
- aparecimento de febre, ou sintoma de calafrios
- sensação de distensão abdominal, estufamento, intolerância a alimentação
- coloração amarelada nos olhos ou na pele
- urina cor escura (como de Coca-Cola)
- fezes claras ou brancas (como massa de vidraceiro)
- dor torácica ou sensação de falta de ar
- tontura ou sensação de desmaio

***IMPORTANTE:** agende o acompanhamento precoce com seu Médico Cirurgião OU com o Médico da Retaguarda já contactado no Pronto Atendimento, para orientar as próximas etapas do seu tratamento.

No Cerner: #nutridietaHIPOGORDUROSA

-> RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- Faça as refeições sem pressa, mastigando bem os alimentos, fracione a dieta (5 -6 refeições/dia de pequeno volume) e procure variar os alimentos para obter uma ingestão adequada de nutrientes.
- Mantenha consumo adequado de líquidos para o bom funcionamento do intestino
- Fique atento aos rótulos dos alimentos. Evite o consumo principalmente de produtos que contenham gordura trans (ex.: salgadinhos industrializados) e gordura saturada (ex.: alimentos de origem animal, óleo de coco e dendê).

-> EVITE:

- Gorduras visíveis das carnes, carnes gordas (picanha, cupim, costela, miúdos), frios e embutidos (salsicha, presunto, bacon, salame, lingüiça, mortadela), pele de frango;
- Leite integral, queijo gordurosos (queijo prato, parmesão, catupiry), iogurte integral e requeijão tradicional;
- Pães gordurosos tipo croissant, brioches, pães/biscoitos recheados com creme, folhados, amanteigados;
- Bolos recheados, tortas, pudim, chocolates, doces a bases de creme de leite, chantilly;
- Preparações ricas em ovos (quindim, fios de ovos, maionese);
- Empanados e milanesas;
- Frituras e excesso de óleo vegetal ou outra gordura no preparo dos alimentos;
- Manteiga, molhos industrializados, banha, toucinho, óleo de palmeira (dendê), óleo de coco e gordura hidrogenada;
- Coco, abacate, nozes, amêndoas, castanhas, amendoim;
- Bebidas alcoólicas.

-> PREFIRA:

- Alimentos cozidos, assados e grelhados;
- Carnes magras (alcatra, coxão mole/duro, patinho, filé mignon) e aves sem pele;
- Leite e iogurte desnatado, queijo branco, cottage, ricota, requeijão light;
- Biscoito ou pães simples (exceto folhados e amanteigados);
- Sugestões de sobremesa como: gelatinas, picolés de fruta, sagu, compotas de fruta, frutas c/ mel ou c/ leite condensado desnatado;
- Temperos naturais: cebola, alho, limão, vinagre, salsa, cebolinha, manjerição, alecrim, entre outros.

Código Documento: CPTW433.2	Elaboradores: Orlando Rondan Zotti, Carla Paz Davi Wen Wei Kang	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 30/05/2024 Data de Revisão: 16/06/2026	Data de Aprovação: 16/06/2026
---------------------------------------	--	--	---	---	---