

Debates y controversias en gestión

Manejo de la Colecistitis Aguda Litiásica en Hospitales Españoles

Dr. Inmaculada Fernández. Jefa de servicio del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Este estudio es el resultado de una encuesta realizada en 2026 a médicos responsables de servicios de Aparato Digestivo en España, más específicamente, a Jefes de Servicio, Jefes de Sección o Unidad. Esta encuesta, en la que se preguntaba sobre diferentes aspectos en el manejo de la colecistitis aguda litiásica (CAL), ha venido motivada por la percepción generalizada entre los especialistas en Aparato Digestivo de las diferencias entre centros y la falta de consenso entre servicios médicos y quirúrgicos en el abordaje de esta enfermedad.

La encuesta recoge las respuestas de 33 hospitales procedentes de 12 comunidades autónomas. Es importante señalar que se trata de una muestra predominantemente formada por hospitales grandes y de alta complejidad: el 60,6% corresponde a centros de nivel III y el 72,7% a hospitales de más de 500 camas, con representación geográfica desigual —Madrid aporta el 39,4% y Andalucía el 24,2% de las respuestas—, por lo que no puede considerarse una estimación representativa de todos los hospitales españoles.

El modelo de ingreso y responsabilidad asistencial presenta una heterogeneidad relevante. Solo el 42,4% de los centros ingresa habitualmente la CAL desde Urgencias en Cirugía General, mientras que en el 36,4% el servicio responsable depende cada caso y en el 12,1% el ingreso se realiza en Aparato Digestivo. Solo el 45% dispone de criterios protocolizados “multidisciplinares” para decidir el servicio de ingreso, en el 39% depende del “criterio clínico” y, además, entre los centros que declaran criterios explícitos, únicamente uno refiere su cumplimiento sistemático.

Ante la sospecha de coledocolitiasis el porcentaje se invierte y hay mayor unanimidad: el 84,8% de estos pacientes ingresa inicialmente en Aparato Digestivo y, en más de la mitad de los casos (53,1%), permanecen a cargo del mismo servicio con valoración quirúrgica mediante interconsulta. Existe, sin embargo, una importante heterogeneidad en la estratificación de la probabilidad de coledocolitiasis. Los criterios ASGE son el sistema más utilizado (54,5%), pero más de un tercio de los centros (36,4%) no emplea ningún sistema formal. La exploración quirúrgica de la vía biliar tampoco constituye una práctica habitual: solo el 12,1% refiere realizarla habitualmente, frente al 45,5% que la realiza ocasionalmente y al 33,3% que no la realiza.

El hallazgo probablemente más relevante -y preocupante- es el relativo al momento de la colecistectomía. En la CAL no complicada, únicamente 2 de 33 centros (6,1%) realizan habitualmente colecistectomía durante el ingreso, mientras que el 72,7% la difiere de forma programada tras el alta y en el 21,2% depende del caso o del cirujano. Paralelamente, el 54,5% de los encuestados considera que los pacientes no intervenidos durante el ingreso presentan reingresos por patología biliar frecuente o muy frecuentemente. El desacuerdo sobre los criterios e indicaciones de

Debates y controversias en gestión

colecistectomía aparece, de hecho, como el factor de variabilidad mejor puntuado (media 3,48/5; el 57,6% lo califica con 4–5), seguido de las limitaciones de recursos quirúrgicos (3,09/5) y de la falta de consenso sobre los criterios de sospecha de coledocolitiasis (2,94/5).

En los pacientes no candidatos a colecistectomía, el manejo recae fundamentalmente en Aparato Digestivo o Medicina Interna y solo el 6% ingresa en un servicio quirúrgico. El drenaje percutáneo continúa siendo la alternativa invasiva más utilizada (54,5%), aunque un 36,4% selecciona entre drenaje percutáneo y drenaje endoscópico guiado por ecoendoscopia según las características del caso.

Es importante destacar que la disponibilidad de recursos endoscópicos es alta — CPRE en el 93,9% y ecoendoscopia en el 97,0% de los centros—, por lo que las diferencias observadas en el manejo de la CAL parecen relacionarse principalmente con aspectos organizativos, criterios de actuación y disponibilidad quirúrgica, más que con una carencia generalizada de recursos endoscópicos.

Finalmente, destaca la escasa implantación de procesos multidisciplinares consensuados: solo el 24,2% de los centros dispone de un protocolo establecido, frente al 54,5% que carece de él y al 21,2% que lo tiene en elaboración. Incluso entre los centros con protocolo, ninguno comunica un cumplimiento superior al 70%. En consonancia con ello, el 84,8% de los participantes considera que la variabilidad en el manejo de la CAL en su hospital es moderada, alta o muy alta. Los comentarios libres refuerzan esta impresión y señalan repetidamente dificultades de coordinación entre Aparato Digestivo y Cirugía, discrepancias respecto al servicio responsable del paciente y la necesidad de criterios compartidos, llegando varios encuestados a reclamar explícitamente un documento de consenso entre las sociedades científicas implicadas.

En conclusión, los resultados dibujan un escenario caracterizado por una elevada capacidad técnica, pero con una considerable variabilidad organizativa y terapéutica. Los principales puntos susceptibles de actuación son la definición de criterios homogéneos de ingreso y responsabilidad asistencial, la estandarización de la estratificación de la coledocolitiasis, la clarificación de la secuencia endoscópico-quirúrgica y, especialmente, la realización de la colecistectomía durante el ingreso cuando esté indicada. Esta encuesta realizada a especialistas en Aparato Digestivo de diferentes hospitales españoles pone de manifiesto la necesidad imperiosa de elaborar un protocolo multidisciplinar de abordaje de la Colecistitis Aguda Litiásica entre las sociedades científicas implicadas.