

VIGILANCIA EN UCE DE PACIENTES TRAS CPRE PROGRAMADA

OCTUBRE 2005

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Dr. Pablo Guallar Sola, médico adjunto de Urgencias-UCE
Dr. José María Somalo, médico adjunto de Aparato Digestivo
Dr. Valentín Lisa Catón, médico adjunto de Urgencias-UCE
Dña. M^a Teresa Sotés, Supervisora de Enfermería de la UCE
Dña. Elena Estecha, Supervisora de Enfermería de Aparato Digestivo

Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja.

INTRODUCCIÓN

Cada año se practican en nuestro hospital alrededor de 250 colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE). De ellas, 40-50 se hacen de forma programada, tras llamar al enfermo a su domicilio, y el resto a pacientes ingresados en el hospital. Hoy en día casi todas las CPRE se indican de forma terapéutica; se trata de enfermos, en su mayoría, con coledocolitiasis. Este documento recoge el acuerdo alcanzado entre la Sección de Aparato Digestivo y la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Servicio de Urgencias. Con el objeto de evitar demoras en la realización de dicha prueba y debido a las dificultades existentes para conseguir camas de hospitalización libres, se permitirá el ingreso y la vigilancia del paciente en la UCE, antes y después de la CPRE.

La vigilancia tras procedimientos invasivos encaja dentro del perfil de actividad de las Unidades de Observación y de Corta Estancia. Además, se estima que el número de procedimientos previsibles no va a interferir en el funcionamiento de la UCE. Por todo ello, se ha alcanzado el presente acuerdo.

PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y VIGILANCIA EN UCE PARA CPRE

- Antes del ingreso, y si el paciente toma anticoagulantes orales o antiagregantes plaquetarios, el digestólogo le indicará que debe suspenderlos tres días antes de la realización de la prueba, sustituyéndolos por enoxaparina o equivalente a dosis profilácticas.

LA VÍSPERA DE LA CPRE

- La supervisora de enfermería de digestivo confirma la disponibilidad de acceso a radiología y se pondrá en contacto con la supervisora de enfermería de la UCE para asegurar una cama disponible para el día siguiente. Una vez confirmado este extremo, la supervisora de enfermería de digestivo avisará telefónicamente al paciente para que acuda a ingresar en UCE a las 8 de la mañana del día siguiente, y en ayunas.
- La Supervisora de Enfermería de la UCE solicita la historia antigua del paciente y reserva la cama para el día siguiente.

EL DÍA DE LA CPRE

- El paciente acude en ayunas, a las 8 de la mañana, a la UCE (5°C). La Supervisora de la UCE se asegura de que un acompañante del enfermo realice el ingreso en UCE – en admisión de urgencias – y comprueba que se dispone de historia clínica del paciente.
- Se realiza una toma de constantes al paciente, se le solicita un hemograma y estudio de coagulación urgentes y se canaliza una vía venosa del antebrazo, dejando el catéter salinizado en la extremidad superior derecha. Si se va a realizar con anestesia general se recomienda la extremidad superior izquierda.
- Se comprueba que el paciente ha prestado su consentimiento para el procedimiento (debería venir firmado por el médico que solicita la prueba). En caso contrario, se solicita su firma para autorizar la prueba, mediante el formulario de consentimiento elaborado por la Sección de Aparato Digestivo.
- Si la CPRE va a ser realizada bajo anestesia general, hay que verificar que se ha realizado el estudio preoperatorio y que se ha cumplimentado el consentimiento informado de anestesia.
- El médico de la UCE realiza la hoja clínica de ingreso en la Unidad.
-
- Órdenes médicas antes de la CPRE:
 - ❖ el paciente permanecerá en ayunas hasta la prueba
 - ❖ si no se indica lo contrario, se debe administrar protección antibiótica, por ejemplo *Amoxicilina/clavulánico 1 gramo IV* una hora antes de la exploración, y luego cada 8 horas. A los pacientes con alergia a betalactámicos se les administrará Levofloxacino.
- El paciente deberá ir a la sala de Radiología junto con su historia clínica.
- Tras la CPRE, el especialista de Aparato Digestivo deberá reseñar en la hoja de comentarios clínicos el procedimiento realizado y las incidencias registradas durante el mismo y el tratamiento pautado.
- Cuando, tras la CPRE, el paciente llegue a la UCE deberán observarse los siguientes cuidados de enfermería:

1. Reposo en cama hasta que esté completamente despierto. Luego puede levantarse. Observación mínima 24 horas.
2. Determinación de la tensión arterial y pulso: cada hora durante las primeras 3 horas.
3. Medir la saturación de oxígeno en sangre capilar, según se precise, al menos en las primeras 2 horas. En radiología se suele administrar altas dosis de midazolam IV, que puede deprimir la respiración, incluso 4-5 horas después.
4. Tras las 6 primeras horas, el paciente puede tomar líquidos si no se han detectado complicaciones. Por la noche, y si no hay complicaciones, puede darse una dieta semi-blanda baja en grasas.
5. Se pueden administrar analgésicos (por ejemplo: metamizol intramuscular) si el paciente tiene dolor. No obstante, el dolor, junto con los signos derivados de irritación peritoneal y la hipotensión, es el síntoma guía más importante de la presencia de complicaciones derivadas de la CPRE.
6. Si se ha realizado anestesia general, el paciente pasará a la sala de reanimación hasta su completo despertar. Cuando llegue a planta, el manejo se continuará como en los casos anteriores.

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA CPRE

- *Dolor abdominal leve a moderado*
 - *Pancreatitis aguda (1-7% de los casos)*
 - *Hemorragia digestiva (0,76-2% de los casos)*
 - *Perforación (0,3-0,6% de los casos)*
 - *Colangitis (1% de los casos), colecistitis(0,2-0,5% de los casos)*
 - *Cardiopulmonares (menos del 1% de los casos)*
 - *Otras (ileo, diarrea secundaria antibióticos, abscesos hepáticos, neumotórax y neumomediastino, perforación de divertículo de colon, hematoma duodenal, fallecimiento por alguna complicación, etc.)*
-
- El paciente puede ser dado de alta, si no se han detectado complicaciones, a la mañana siguiente.
 - El informe de alta de UCE deberá incluir recomendaciones tras el alta relativas a la dieta, que será normal y sin grasas. No suelen precisar analgesia, aunque pueden tomar metamizol en cápsulas. En cuanto al

grado de actividad permitido, pueden hacer su trabajo habitual. Hay que incidir en la necesidad de acudir al hospital ante la aparición de signos de alarma (dolor importante que no cede con metamizol o signos de sangrado -melena, rectorragia-). Se enviará al paciente a la consulta del médico que solicitó la CPRE.

BIBLIOGRAFÍA:

Freeman ML, Guda N. Prevention of post-ERCP panchreatitis: a comprehensive review. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 59:845-64.

Cohen S, Bacon BR, Berlin J, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: ERCP for diagnosis and therapy, January 14-16, 2002. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 6:803-09.

Christensen M, Matzen P, Schulze S, Rosenberg J. Complications of ERCP: a prospective study. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 60:721-31.

Freeman ML. Adverse outcomes of ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 56(Suppl): S273-82.

American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Complications of ERCP. *Gastrointestinal endoscopy* 2003; 57:633-38.

Loperfido S, et al. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy* 1998; 48, 1: 1-10.

Christensen M, Matzen P, Schulze S, Reosenberg J. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 60, 5: 721-731.

Freeman ML. Adverse outcomes of ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 56, 6: 273-282.