

HOMOGENEIDAD PARA UNA
BUENA PRÁCTICA CLÍNICA:
COLANGIOPANCREATOGRAFIA
-RETROGRADA-
ENDOSCÓPICA (CPRE)

MARIA DE LA PAZ SALIDO MORENO

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

Homogeneidad para una buena práctica clínica: Colangiopancreatografía-retrógrada-endoscópica (CPRE)

Autor principal MARIA DE LA PAZ SALIDO MORENO

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave Colangiopancreatografía-retrógrada-endoscópica Procedimientos clínicos Pautas de actuación Aparato digestivo

» Resumen

Este trabajo se ha centrado en la mejora de la seguridad de procedimientos clínicos ejecutados en la Unidad de Reanimación Post-anestesia del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Para ello las enfermeras realizaron una búsqueda activa de procedimientos habituales que carecieran de una descripción adaptada a la Unidad, es decir, que no estuvieran descritos por escrito. Se hallaron varios procedimientos con esta característica, entre ellos el de la Colangiopancreatografía-retrógrada-endoscópica (CPRE).

Considerando que la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente están vinculadas al manejo de una información adecuada y que el control de la variabilidad clínica mejora los resultados, se procedió a estandarizar el procedimiento.

Por tanto, lo que presentamos a continuación es la descripción detallada de un procedimiento, con todas las especificaciones correspondientes, directamente aplicable a la práctica clínica, para que cualquier profesional de enfermería de la unidad sepa qué debe hacer, cómo debe hacerlo, cuáles son las precauciones y consideraciones previas a la intervención, las complicaciones más frecuentes, etc., que permitan realizar el procedimiento con los estándares de seguridad exigibles a un equipo profesional.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La incorporación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos a la práctica clínica es un proceso que implica a todos los profesionales que tienen competencia en su desarrollo, debiéndose especificar el qué, el quién, el cómo, el cuándo y el por qué. Hay también una dimensión, con frecuente olvidada, que es igualmente trascendental, pues conduce directamente a la particularidad de un entorno clínico: se trata del dónde. No basta con tener a disposición un procedimiento diagnóstico y terapéutico, sino que es imprescindible desgranar su implementación hasta el extremo: su uso en una unidad concreta, atendiendo a sus particularidades y a la distribución de competencias que existen entre los miembros del equipo profesional. Es lo que en los Procesos Integrales de Andalucía se denomina Arquitectura de nivel IV: adaptación de procesos a un nivel micro de concreción.

Una práctica clínica segura debe asentarse sobre la adaptación de cada procedimiento a las características de las unidades en las que se maneja, debe definir las competencias y responsabilidades de los profesionales que intervienen y, todo ello, debe quedar reflejado en un documento por escrito.

Básicamente este ha sido nuestro objetivo, el de adaptar a la Unidad de Reanimación Postanestesia (URPA), del Hospital Médico-Quirúrgico del Complejo (HMQ- Jaén) Hospitalario de Jaén, un procedimiento, el de Colangiopancreatografía-retrógrada-endoscópica (CPRE), para reducir la variabilidad intraequipo.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

En nuestra unidad se realizó una búsqueda activa de procedimientos clínicos carentes de refrendo documental. Uno de los procedimientos sobre los que no teníamos descripción por escrito fue el de la Colangiopancreatografía-retrógrada-endoscópica (CPRE). Observamos, además, que muy pocas enfermeras estaban entrenadas en su ejecución y que se realizaba por extrapolación de otros procedimientos.

Se consideró que se trataba de un agujero negro en la seguridad de ejecución de un procedimiento, por lo que, acto seguido, se propuso su definición y descripción estandarizada, así como la posterior difusión entre las enfermeras de la unidad.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Definición CPRE:

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una exploración que combina una parte endoscópica y otra a través de los rayos X. Se utiliza para el diagnóstico de las enfermedades del páncreas, conductos biliares e hígado. Su mayor ventaja en la actualidad es la posibilidad de realizar un tratamiento de las piedras o cálculos del colédoco y de los tumores localizados en páncreas y conductos biliares.

Condiciones estandarizadas del procedimiento:

La exploración se realiza, bajo sedación del paciente, con un endoscopio que tiene como principal característica que la visión se realiza de una forma lateral y no frontal (a través de la punta) como ocurre en la gastroscopia o colonoscopia. Para ello se necesita realizar la exploración en

una sala equipada con aparato de Rayos X para poder observar la forma de los conductos biliares y pancreáticos una vez que se ha introducido el contraste.

Utilidades diagnósticas y terapéuticas:

1. Diagnóstica: Permite visualizar con nitidez los conductos biliares y pancreáticos y, por tanto, confirmar la presencia de piedras, estenosis, tumores y malformaciones congénitas. También permite la toma de biopsias o citologías en dichas zonas.

2. Terapéutica: es la utilidad principal de esta exploración. Permite la extracción de piedras alojadas en el colédoco, colocación de prótesis de plástico o metálicas para evitar la ictericia obstructiva (color amarillo de la piel por obstrucción del colédoco), y para dilatar las estenosis con la inserción de balones, etc.

Las indicaciones para su realización son:

- Ictericias (coloración amarillenta de la piel) que se producen por obstrucción de la vía biliar, es decir, en aquellas ictericias que presentan aumento del tamaño de los conductos biliares en la ecografía.
- Sospecha de tumores en la desembocadura de los conductos biliares.
- Enfermedades que afectan a los conductos biliares situados dentro del hígado como la colangitis esclerosante primaria.
- Existencia de piedras en el colédoco después de haber extirpado la vesícula biliar.
- Fuga de bilis al interior del abdomen o la piel en los días siguientes a una operación de conductos biliares o de vesícula.
- Pancreatitis crónica, que produce mucho dolor.
- Pancreatitis aguda de repetición.

Riesgos:

Existe una posibilidad de efectos secundarios producidos por el medio de contraste y el fármaco utilizado para relajar el duodeno. Estos son, entre otros: náuseas, urticaria, visión borrosa, boca seca, sensación de ardor o sofoco y retención de orina.

Los efectos secundarios de la anestesia empleada pueden conducir a problemas respiratorios y presión arterial baja, aunque estas complicaciones son poco comunes. Los riesgos del procedimiento se determinan por el tratamiento que se utilice.

Existe un riesgo de sangrado, perforación (orificio) del intestino y pancreatitis. El riesgo de tener cualquier complicación es menor al 10% y mucho más bajo de tener una complicación grave, como pancreatitis y sangrado intenso.

Desarrollo del procedimiento en nuestro centro (HMQ- Jaén):

1. Comprobación de la correlación documentación paciente (si está en ayunas, si ha dejado la medicación anticoagulante, si tiene el consentimiento, administración antibiótica, etc.).
3. Profesionales: Médico especialista en aparato digestivo, médico especialista en anestesia, enfermera, auxiliar de enfermería y celador.
4. Preparación previa del equipo necesario por parte de la enfermera y su auxiliar.

Necesario:

- Equipo de Rx.
- Equipo de endoscopia y aspirador.
- Toma de oxígeno y gafas nasales.
- Monitor multiparamétrico para toma de constantes vitales y saturación de oxígeno
- Bomba de perfusión endovenosa (BPC).
- Medicación espasmolítica y sedante.

Complementario:

- Carro de reanimación con todo lo necesario para una intubación orotraqueal: mappleson, gafas nasales con capnógrafo, laringoscopio, mascarilla facial, tubos endotraqueales, jeringas, agujas, Abbocath (varios calibres).
- Respirador.
- Medicación: Naloxona, Midazolam, Propofol, Nimbox, Fentanest, Atracurio, Neostigmina, Atropina, Mioflex, Ranitidina, Omeprazol, Ondasentrón, Corticoides, AINES.

3. Lavado de manos.

4. Recepción del paciente e información de la técnica que vamos a llevar a cabo de manera comprensiva.

5. Colocación del paciente en la mesa de quirófano en una posición segura y anatómica que nos asegure la comodidad del paciente, a la vez que permita la realización de la técnica.

6. Comprobar la permeabilidad de la vía aérea y la correcta oxigenación del paciente colocando un aparato de pulsioximetría y administrando oxígeno.

7. Monitorización del paciente y toma de constantes vitales.

8. Canalización de una vía venosa periférica (en caso de que el paciente no porte ninguna) para la administración endovenosa de suero y medicación.

9. Ayuda al anestesiista en la sedación del paciente con la administración de las drogas adecuadas, sin dejar de vigilar constantemente los signos vitales.

10. Ayuda al médico especialista en digestivo en la inserción del endoscopio por vía oral y administración de la medicación necesaria para la realización de la técnica diagnóstica o terapéutica precisa para cada caso.

11. Ayuda al anestesiista en la administración de la medicación necesaria para la recuperación óptima del nivel de conciencia (despertar) del paciente.

12. Traslado a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA)

13. Realización, en la URPA, de los cuidados de enfermería necesarios para cada paciente, manteniéndolo monitorizado y vigilando constantemente sus signos vitales.

14. Traslado del paciente a su habitación una vez dado de alta en la Unidad.

Observaciones:

1. Al tratarse de un procedimiento donde el paciente va a ser anestesiado, es necesario que se cumplimente el registro perioperatorio de

enfermería; así como los debidos consentimientos informados de anestesia y digestivo.

2. Antes del ingreso, si el paciente toma anticoagulantes orales o antiagregantes plaquetarios, se le indicará que debe suspenderlos tres días antes de la prueba substituyéndolos por enoxaparina o equivalentes a dosis profilácticas.

3. Es obligatorio tener preparado un respirador con todo el material necesario para proceder a una intubación orotraqueal si fuera necesaria.

4. El traslado del paciente a la Urpa se realizará necesariamente bajo la supervisión del anestesista y la enfermera.

5. Es muy importante la estrecha vigilancia de constantes vitales y saturación de oxígeno de manera continuada (monitorización), así como la existencia de signos de dolor o de otros que nos pongan sobre aviso de la existencia de alguna complicación. Por tanto, el paciente permanecerá en observación unas horas tras la prueba.

6. Para un examen óptimo del estómago y vías anexas, éste debe estar completamente vacío. Por lo tanto, el paciente estará en ayunas al menos desde seis horas antes de la prueba.

7. La medicación sedante puede producir depresiones respiratorias. Para prevenirlas se administrará oxígeno al paciente y se controlará su saturación mediante pulsioximetría.

8. Debido a la administración de espasmolíticos el paciente puede notar la ausencia de movimientos y ruidos intestinales (parálisis intestinal) durante varias horas tras la prueba.

Bibliografía:

- Tonnarini GF, Parlapiano C, Pironti E, Pantone P, Chinazzi A, Restuccia NR, Antonaci A. What sedation to use during endoscopic procedure. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*.2003;7:181-182.
- Martindale SJ. Anaesthetic Considerations during Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. *Anaesth Intensive Care*.2005;34:475-480.
- Cappell MS.Sedation and analgesia for gastrointestinal endoscopy during pregnancy. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2006 Jan; 16(1): 1-31.
- Al-Sannak Z, Al-Falaki MM, Gamal HM . Predictor of sedation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography vs clinical assessment. *Middle East J Anesthesiol*. 2005, Feb;18(1): 141-8.
- Mutignani M, Tringali A, Costamagna G. Therapeutic biliary endoscopy. *Endoscopy*. 2004 Feb; 36 (2): 147-59.
- Guallar Sola P, Somalo JM, Lisa Catón V, Sotés MT, Estecha E.. Vigilancia en UCE de pacientes tras CPRE programada. En: <http://www.riojasalud.es/content/view/661/965/>
- Pasricha PJ. Gastrointestinal Endoscopy. In: Goldman, L, Ausiello, D, eds. *Cecil Textbook of Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007:chap 136.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El procedimiento inicialmente presentado a la Unidad de Docencia e Investigación se sometió a revisión para incorporar modificaciones destinadas a homogeneizarlo respecto a los procedimientos estándar del Hospital. Igualmente se evaluó favorablemente por el equipo de la Unidad.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El paciente y la familia son informados del procedimiento pues es necesario realizar una preparación previa.

» Propuestas de líneas de investigación.

Recomendamos la búsqueda activa de agujeros negros en cada unidad con el fin de lograr la adaptación de cada procedimiento a la práctica de cada unidad. Para ello las enfermeras clínicas y las supervisoras deben proponer un constante y permanente proceso de revisión para actualizar conocimientos y evidencias que redunden en una práctica más segura.