



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-156 - PROTOCOLO DE COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) AMBULATORIA CON SEGUIMIENTO TELEFÓNICO POSPROCEDIMIENTO: ¿UNA OPCIÓN SEGURA?

Juan Antonio Viveros Gómez¹, Marta Díaz Teja¹, Angélica Molinillo Marín¹, Iago Pereyra Duro¹, Borja Santos Zorrozúa², Emma Martínez Moneo¹, Rut Fernández Bezanilla¹, Daniel Quiñones Díaz¹, Milagros Carhuas Canchán¹, Pablo Pérez Longo¹, Maitane Ferrer de la Huerta¹, Paloma Hernández Bravo¹, María Durán Benito¹, Begoña Ezquerro Oses¹, Nerea Gendive Martín¹, César Ibarra Ponce de León¹, Ignacio Casado Morentín¹, Alex Bausela Sainz¹ y Miguel Durà Gil¹

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. ²Instituto Investigación Sanitaria Biocruces, Bizkaia.

Resumen

Póster con relevancia para la práctica clínica

Introducción: La CPRE es un procedimiento endoscópico no exento de riesgos, por lo que en algunos centros hospitalarios los pacientes son ingresados para vigilancia durante al menos 24 h tras el procedimiento. La necesidad de ingreso rutinario resulta cuestionable dado que el tiempo óptimo de observación no está bien establecido en la literatura. En nuestro hospital es frecuente la realización de CPRE de forma ambulatoria en pacientes seleccionados con un seguimiento telefónico posterior. Protocolo: Paciente acude desde domicilio. Tras realizar CPRE se procede a observación en Unidad de Cirugía sin Ingreso (6h). Valoración por gastroenterólogo y verificación de disponibilidad telefónica. Alta a domicilio. Seguimiento telefónico por Consejo Sanitario (24, 48 y 72h). Si complicación: derivación a urgencias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Periodo inclusión: 17/10/2022-16/10/2023 N = 459.

Objetivos: Analizar si el periodo de observación de 6 horas en CPRE ambulatoria con seguimiento telefónico posterior es seguro para la detección de complicaciones.

Resultados: De las 459 CPRE realizadas, se incluyeron para análisis las 113 realizadas de forma ambulatoria (24,6%). Se recogieron diversas variables relacionadas tanto con el paciente (riesgo anestésico, manipulación previa de vía biliar) como con la técnica (esfinterotomía, esfinteroplastia, canulación difícil, colangioscopia...). La mediana de edad fue de 74 años (rango intercuartílico: 61-81). La indicación más frecuente fue coledocolitiasis (59,3%). Se detectaron complicaciones según los criterios definidos por la ESGE en 14 pacientes (12,3%). En 13 de ellos (92,85%) fueron detectadas dentro del protocolo de seguimiento, siendo derivados para ingreso con buena evolución clínica, sin ningún fallecimiento. Se detectó 1 en el periodo de observación (6 h), 7 de forma precoz (6-24 h) y 5 más allá de 24 h. Las complicaciones fueron: colangitis aguda (41,18%), pancreatitis aguda (35,29%), colecistitis aguda (11,76%) y hemorragia digestiva alta (11,76%). Se realizó un análisis multivariante en el que se concluyó que aquellos pacientes con anatomía biliar alterada por cirugía previa (Billroth II, hepaticoyeyunostomía) a los que se realiza colangioscopia tienen 8,27 veces más probabilidades de desarrollar colangitis que aquellos con anatomía normal (p 0,044). Además, entre los pacientes a los que se realiza colangioscopia, aquellos con anatomía

alterada tienen 91 veces más probabilidades de desarrollar colangitis que aquellos con anatomía normal (p < 0,001). No se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: No todo paciente sometido a CPRE debe ser ingresado de manera rutinaria. En nuestro estudio, se demuestra que el seguimiento telefónico resulta seguro para el paciente y es capaz de detectar complicaciones de forma precoz. De esta forma, se consigue un uso adecuado de los recursos médicos sin poner en riesgo ni la seguridad de los pacientes ni la calidad de los servicios prestados.