



## 17 - CPRE EN POBLACIÓN ANCIANA: ¿ES SUFICIENTEMENTE SEGURA? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE GRAN VOLUMEN (2016-2020)

E. Montil Miguel<sup>1</sup>, M.T. Soria San Teodoro<sup>1,2</sup>, D. Casas Deza<sup>3</sup>, O. Sierra Gabarda<sup>1</sup>, M.E. Betoré Glaría<sup>1</sup>, A.B. Julián Gomara<sup>1</sup>, J. Val Pérez<sup>1,2</sup>, E.M. Sierra Moros<sup>1,2</sup>, R. Uribarrena Amezaga<sup>1,2</sup> y L.J. Lamuela Calvo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>2</sup>Unidad de Pruebas Funcionales, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>3</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Ernest Lluch, Calatayud. <sup>4</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Santa Bárbara, Soria.

### Resumen

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica que, debido al progresivo envejecimiento de la población, cada vez se aplica más en población anciana y con más patologías previas, si bien la seguridad en este grupo siempre está cuestionada.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron todos los casos de realización de CPRE entre 2016 y 2020 en el Hospital Miguel Servet, Zaragoza. Se analizó la morbimortalidad (tipo de complicación, tratamiento con el que se resolvió y mortalidad por las mismas) de los pacientes en los que se llevó a cabo la técnica, diferenciando por grupos de edad.

**Resultados:** Un total de 1.663 CPRE fueron realizadas: 488 en el grupo 90 años. No hubo diferencias significativas en la incidencia de complicaciones inmediatas (< 24h desde el procedimiento) entre los distintos grupos (2,66 vs. 2,93 vs. 3,83 vs. 1,28%, respectivamente;  $p = 0,415$ ) ni en la gravedad ( $p = 0,171$ ), siendo únicamente más incidentes las relativas a la sedación al analizarlas por separado, con mayor incidencia en los dos últimos grupos (0 vs. 0 vs. 0,87 vs. 0,64%, respectivamente;  $p = 0,026$ ). El tratamiento de dichas complicaciones (médico, endoscópico o quirúrgico) no difirió ( $p = 0,82$ ). Respecto a las complicaciones tardías (24h-30 días posprocedimiento) no hubo diferencias significativas en los grupos ni en el análisis global ( $p = 0,182$ ) ni al analizarlas una por una (pancreatitis  $p = 0,105$ ; colangitis  $p = 0,933$ ; hemorragia  $p = 0,642$ ; perforación  $p = 0,034$ ); tampoco en la gravedad ( $p = 0,86$ ) ni en el tratamiento de las mismas ( $p = 0,503$ ). La mortalidad fue significativamente mayor en el seguimiento en los grupos de mayor edad ( $p < 0,001$ ) si bien la mortalidad relativa a las complicaciones fue equiparable ( $p = 0,405$ ). Al agrupar los pacientes antiagregados y/o anticoagulados en menores y mayores de 80 años se detectó una mayor tasa de pancreatitis post-CPRE en jóvenes (12/155, 7,74 vs. 3/271, 1,11%, respectivamente;  $p = 0,001$ ), pero no en el caso de hemorragia ni inmediata (0,65 vs. 3,32%;  $p = 0,101$ ) ni tardía (2,58 vs. 5,17%;  $p = 0,305$ ), ni en la tasa de *exitus* por complicación (4,76 vs. 9,38%;  $p = 1,00$ ). No se encontraron diferencias entre subgrupos de antiagregación, anticoagulación o ambas en ninguna variable estudiada ( $p > 0,05$ ). A la hora de técnicas realizadas, cabe destacar que no hubo diferencias al comparar la morbimortalidad en los pacientes mayores o menores de 80 años sometidos a precorte ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** La CPRE es una técnica segura en población anciana, por lo que la edad no supone por sí misma una contraindicación para llevar a cabo el procedimiento cuando este es requerido (incluidas técnicas de riesgo como el precorte), debiendo únicamente prestar especial atención a una sedación cuidadosa, independientemente de la toma o no de antiagregantes o anticoagulantes.