



Gastroenterología y Hepatología



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

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

E. Montil Miguel¹, M.T. Soria San Teodoro^{1,2}, D. Casas Deza³, O. Sierra Gabarda¹, M.E. Betoré Glaría¹, A.B. Julián Gomara¹, J. Val Pérez^{1,2}, E.M. Sierra Moros^{1,2}, R. Uribarrena Amezaga^{1,2} y L.J. Lamuela Calvo⁴

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Unidad de Pruebas Funcionales, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Ernest Lluch, Calatayud. ⁴Servicio 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.