



O-102 - VALIDAR EL ÍNDICE DE ALVARADO EN LA SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA

Parra Garcés, Raúl; Membrilla Fernández, Estela; Pérez Farré, Silvia; Sánchez Velázquez, Patricia; Climent Agustí, Marta; Miñón Santamaría, Celia; Grande Posa, Luis; Sancho Insenser, Juan José

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es la principal causa de cirugía de urgencias en todo el mundo y por ahora el *gold standard* es la apendicectomía. Su prevalencia oscila entre 7-14% en la población general. Las formas atípicas de presentación sobre todo en las edades no centrales de la vida, la diferenciación con la clínica genitourinaria, y la ginecológica han hecho defender en muchos centros la realización de pruebas de imagen de forma mandatoria, principalmente una tomografía abdominal. Por contrapartida, la necesidad de gestión de los recursos diagnósticos en nuestro medio de trabajo manteniendo la eficiencia, la necesidad de la priorización de las pruebas de imagen debido a la demanda establecida y la agilización del diagnóstico debido a la presión asistencial cada vez mayor en urgencias justifican el utilizar las exploraciones complementarias cuando realmente son necesarias.

Objetivos: Reducir el número de pruebas de imagen para diagnosticar AA sin empeorar los resultados actuales en porcentajes de apendicitis blancas y perforadas, se utilizó el índice de Alvarado.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo y transversal en pacientes de cualquier sexo y edad que acudieron al Servicio de Urgencias con dolor abdominal agudo. De los 3.800 pacientes iniciales con dolor abdominal agudo entre enero y junio de 2015, se incluyeron 627 pacientes consecutivos con dolor en fosa iliaca derecha. A todos estos pacientes se les calculó el Índice de Alvarado durante su estancia en urgencias.

Resultados: De los 627 pacientes el 56% eran mujeres. La media de edad fue de 40 ± 19 años [6-95 años]. El 39% de los pacientes eran 30 años ($p = 0,001$). 124 pacientes presentaron apendicitis. La media del valor de Alvarado fue de $4 \pm 2,6$. Usando el puntaje original de Alvarado se determinó un AUC de 0,92 ($p = 0,0001$, IC95% 0,9-0,94). En base a la curva ROC, se seleccionaron dos puntos de corte óptimos: 3 y 7. Los pacientes con valores de 3 tenían una sensibilidad del 100% mientras los que tenían valor por encima de 7 tenían una especificidad de 95,6%. Los pacientes sin apendicitis tenían más probabilidades de ser evaluados con una prueba de imagen, ya fuese ecografía abdominal o tomografía computarizada ($p = 0,0001$ y $p = 0,05$), pero no con ambos ($p = 0,314$). La sensibilidad de la ecografía fue del 85% [IC95% 76-92], la especificidad del 95% [IC95% 90-98], valor predictivo negativo (VPN) 92% [IC95% 87-95], el valor predictivo positivo (VPP) 90% [IC95% 82-95]. La sensibilidad de la tomografía abdominal computarizada fue de 92% [IC95% 75-99], la especificidad de 97% [IC95% 90-99], el VPN de 97% [IC95% 90-99], y el VPP de 92% [IC95% 75-98].

Conclusiones: En base a nuestros hallazgos, los pacientes con un índice de Alvarado 4 pueden ser dados de alta, así como los pacientes con valores > 7 podrían someterse a cirugía, ninguno de los grupos requiere más pruebas. Creemos que este enfoque tiene el potencial de mantener la precisión actual del diagnóstico y las tasas negativas de apendicectomía, y disminuir la radiación innecesaria para los pacientes y los costos de los servicios de atención médica.