



Gastroenterología y Hepatología



Gastroenterología y Hepatología

Revista Oficial de la Sociedad Iberoamericana de Gastroenterología y Hepatología y la Sociedad Iberoamericana de Enfermedades del Hígado. Asociación Iberoamericana de Gastroenterología y Hepatología con la Unión Iberoamericana de Clínicas y Centros Clínicos.

Volúmenes 42, Especial Congreso 2, Marzo 2019

XXII Reunión Nacional de la Asociación

Española de Gastroenterología

Madrid, 20-22 de marzo de 2019



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

185 - ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ESCALA BISAP CON OTROS PARÁMETROS CLÍNICOS EN LA PREDICCIÓN DE GRAVEDAD DE PANCREATITIS AGUDA

A. del Val¹, J.M. Tenías², G. Cordón¹, N. García Morales¹, M. García Campos¹, S. Béjar¹, J.A. Ortúñoz¹ y M.D. Higón¹

¹Sección de Gastroenterología; ²Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: BISAP ha demostrado buen rendimiento predictivo de pancreatitis aguda (PA) grave. Se necesitan estudios para evaluar su impacto en la práctica clínica. BISAP ha demostrado buen rendimiento predictivo de PA grave. Sin embargo, se necesitan estudios para evaluar su impacto en la práctica clínica antes de que su uso pueda ser propuesto con mayor confianza.

Objetivos: estimar la capacidad discriminativa de la escala BISAP en la predicción precoz de evolución clínica desfavorable: PA moderadamente grave (PAMG) o grave (PAG) según Atlanta 2012, aparición de fallo orgánico (FO), necrosis pancreática (NP) o mortalidad; y compararla con proteína C reactiva (PCR), hematocrito (Hc) e índice de masa corporal (IMC), obtenidos en las primeras 24 horas.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes diagnosticados de PA entre enero de 2014 y diciembre de 2017. Se recogieron variables clínicas, analíticas y radiológicas en el momento de la admisión. Se registraron: FO, NP, mortalidad y evolución a PAMG o PAG. Se calculó la escala BISAP, IMC, PCR y el Hc. Se valoró el rendimiento pronóstico mediante curvas ROC junto con su intervalo de confianza del 95%. Para un punto de corte BISAP ? 3 puntos se estimaron los índices de exactitud (sensibilidad y especificidad) y los cocientes de probabilidad positivo (CPP) y negativo (CPN).

Resultados: Se registraron un total de 439 PA, la edad media fue $64,4 \pm 17,8$ años, 229 hombres (52,5%), con 46 NP (10,8%), 55 desarrollaron FO (12,6%) y 14 fallecieron (3,4%). Un total de 84 (19,7%) fueron PAMG o PAG. BISAP tuvo un valor mediano de 1 punto, con 45 casos ? 3. Los valores promedio fueron: IMC ($28,6 \pm 5,1$ kg/m²), Hc ($42 \pm 5,4\%$) y PCR ($43,6 \pm 76,2$ mg/dl) La capacidad discriminativa fue mayor para el BISAP en todos los indicadores (tabla). Los indicadores de exactitud para BISAP ? 3: PAMG/PAG (S 32%; E 97% CPP 13,1; CPN: 0,6); FO (S 60,5%; E 94,2% CPP 10,4; CPN: 0,42); NP (S 46,7%; E 89,9% CPP 4,6; CPN: 0,59) y mortalidad (S 59,3%; E 88% CPP 4,9; CPN: 0,47).

	PAMG / PAG	Necrosis pancreática	Fallo orgánico	Mortalidad
BISAP	0,83 (0,76 – 0,89)*	0,75 (0,66 – 0,85)*	0,86 (0,80 – 0,93)*	0,81 (0,66 – 0,95)*
PCR	0,57 (0,48 – 0,66)	0,68 (0,57 – 0,79)*	0,55 (0,44 – 0,65)	0,46 (0,28 – 0,63)
Hc	0,63 (0,54 – 0,72)*	0,64 (0,52 – 0,77)*	0,63 (0,52 – 0,73)*	0,57 (0,39 – 0,76)
IMC	0,50 (0,43 – 0,57)	0,47 (0,37 – 0,57)	0,54 (0,45 – 0,62)	0,62 (0,51 – 0,73)*

Conclusiones: La escala BISAP fue un marcador pronóstico relativamente útil en la primera atención a los pacientes con PA y superior a PCR, Hc e IMC. Sin embargo, el punto de corte utilizado fue más útil para confirmar ($CPP > 10$) que para descartar ($CPN < 0,1$) evolución clínica desfavorable a PAMG/o PAG o aparición de FO.