



## P-680 - PROPUESTA DE ESCALA DE PROBABILIDAD DIAGNÓSTICA SIMPLE EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA

Gómez López, Juan Ramón<sup>1</sup>; López Mestanza, Isabel Cristina<sup>2</sup>; Montenegro Martín, María Antonia<sup>1</sup>; Concejo Cutoli, Pilar<sup>1</sup>; Martín Esteban, María Luz<sup>1</sup>; Bordons Mesonero, Eduardo Pablo<sup>1</sup>; Martín del Olmo, Juan Carlos<sup>1</sup>; Vaquero Puerta, Carlos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo; <sup>2</sup>Hospital Santa Bárbara de Soria, Soria; <sup>3</sup>Universidad de Valladolid, Valladolid.

### Resumen

**Objetivos:** El diagnóstico clínico de apendicitis aguda (AA) es una suma de variables que se obtienen de la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias. Una de las herramientas de las que se disponen para facilitar el diagnóstico de esta patología, son las escalas de probabilidad diagnóstica de AA. Las escalas disponibles en la actualidad como Alvarado, RIPASA (*Reja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis Score*), AIR (Appendicitis Inflammatory Response) y AAS (*Adult Appendicitis Score*), presentan limitaciones importantes como la subjetividad de la exploración o defectos en la anamnesis. El objetivo de nuestro estudio fue proponer una nueva escala de probabilidad diagnóstica, sencilla de manejar y que incluya variables objetivas y compararla con las escalas de Alvarado, RIPASA, AIR y AAS.

**Métodos:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo en un Hospital de Nivel 1, desde enero de 2010 hasta diciembre de 2016. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, datos clínicos, analíticos e ítems de las cuatro escalas a estudio en 458 pacientes intervenidos por sospecha de AA. Posteriormente, se determinaron las variables independientes de diagnóstico de AA mediante un análisis multivariante (método de Wald). Finalmente, se diseñó nuestra nueva escala, calculando la puntuación de cada variable a partir del coeficiente beta del análisis multivariante, el cual se multiplicó por 10 y se redondeó eliminando los números decimales. Para calcular la puntuación final de la escala en un paciente, se sumaron los diferentes valores de los ítems establecidos. Por último, calculamos el ABC (área bajo la curva) de la nueva escala y la comparamos con las ABC de las otras escalas estudiadas.

**Resultados:** De los 458 pacientes, 404 (88,2%) tuvieron confirmación histológica de AA; mientras que 54 (11,8%) no la tuvieron. Fueron variables independientes de probabilidad diagnóstica de AA en el análisis multivariante: anorexia (OR 2,28), leucocitos al diagnóstico  $\geq 8.275/\mu\text{L}$  (OR 5,16), neutrófilos  $> 75\%$  (OR 3,18), migración del dolor a fosa ilíaca derecha (OR 2,37), temperatura entre 37 y 39 °C (OR 0,42) y evolución del dolor  $< 48$  horas (OR 2,11) ( $p < 0,05$ ). En nuestra escala, estos ítems presentaban las siguientes puntuaciones: anorexia (8 puntos), leucocitos al diagnóstico  $\geq 8.275/\mu\text{L}$  (16 puntos), neutrófilos  $> 75\%$  (12 puntos), migración del dolor a fosa ilíaca derecha (9 puntos), temperatura entre 37 y 39 °C (-9 puntos) y evolución del dolor  $< 48$  horas (7 puntos).

Probabilidad baja  $\leq 25$ , media 26-40 y alta  $\geq 41$ . De esta forma el 19,3% de los pacientes con AA se encontraban en el grupo de probabilidad baja, el 50,9% en probabilidad media y el 29,8% de los pacientes con AA tenían probabilidad alta. El ABC de la nueva escala fue 0,81 [IC95% 0,74-0,87] ( $p < 0,001$ ). Mientras que las escalas de Alvarado, RIPASA, AIR y AAS presentaron un ABC 0,74-0,63-0,70-0,70 respectivamente ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** A partir de las variables independientes de diagnóstico de apendicitis aguda fue posible construir una escala pronóstica con buena capacidad discriminadora, sencilla y fácil de usar, que demostró ser superior a las escalas estudiadas de uso consolidado.