



## 241 - USO PRECOZ DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA EN PANCREATITIS AGUDA Y FACTORES PREDICTIVOS

R. Busta Nistal<sup>1</sup>, M.L. Ruiz Rebollo<sup>1</sup>, M.F. Muñoz Moreno<sup>2</sup>, S. Izquierdo Santervás<sup>1</sup>, M. Durá Gil<sup>1</sup>, B. Burgueño Gómez<sup>1</sup> y L. Fernández Salazar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

### Resumen

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario. En su diagnóstico el uso de tomografía axial computarizada (TAC) está en aumento. Según las guías, el tiempo óptimo para una valoración inicial de PA por TAC es a partir de las 96-120 horas del inicio del cuadro. Un uso precoz de TAC no mejora el pronóstico, infraestima el grado de necrosis y somete al paciente a radiación innecesaria. El objetivo de nuestro trabajo es valorar, en nuestro medio, la realización inadecuada de TAC precoz en PA y estudiar qué factores clínicos o analíticos implicados.

**Métodos:** Pacientes ingresados por PA en nuestro Servicio de Aparato Digestivo entre marzo 2014 y diciembre 2018. Recogimos datos clínicos y demográficos: edad, sexo, IMC, perímetro abdominal, hábitos tóxicos, comorbilidades, etiología, número de episodios previos, desarrollo de fiebre, SIRS, índice de Charlson, BISAP, Ramsom al ingreso e intensidad del dolor. Se recogieron variables analíticas al ingreso: linfocitos, creatinina, urea, BUN, PCR, amilasa y lipasa. Consideramos TACs precoces a las exploraciones realizadas en Urgencias o en planta trascurridos menos de 4-5 días desde el ingreso. Analizamos los posibles factores implicados en su realización. El estudio estadístico se realizó con IBPM SPSS Statistics versión 24.0. Los valores  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

**Resultados:** Se incluyeron 370 pacientes, (165 varones y 205 mujeres), edad media 68,4 años. A 95 pacientes se les realizó TAC precoz (25,6%) En el análisis univariado se observó que el desarrollo de SIRS ( $p < 0,001$ ), mayor índice de BISAP ( $p = 0,01$ ), presencia de fiebre ( $p < 0,001$ ), un mayor perímetro abdominal ( $p = 0,02$ ), y valores elevados de creatinina y PCR ( $p = 0,05$  y  $p < 0,001$ ), se relacionaban de manera estadísticamente significativa con la realización de TAC precoz. En el análisis multivariante se constató que aquellos pacientes que presentaban fiebre, tenían tres veces mayor probabilidad de ser sometidos a TAC precoz ( $p = 0,0003$ , OR 3,07, IC95% 1,65-5,72), así como aquellos con mayor perímetro abdominal ( $p = 0,004$ , OR 1,025, IC95% 1,01-1,04) y con PCR elevada al ingreso ( $p = 0,0002$ , OR 1,01, IC95% 1,003-1,01).

**Conclusiones:** 1. En nuestro medio, a más de la cuarta parte de los pacientes ingresados por PA se les realiza un TAC precoz inapropiado. 2. La presencia de síndrome febril, valores elevados de PCR y un mayor perímetro abdominal son factores independientemente asociados con la realización inadecuada de TAC precoz.