



## O-115 - INFLUENCIA DE LA FLUIDOTERAPIA PRECOZ Y AGRESIVA EN LA PANCREATITIS AGUDA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

M. Rey-Riveiro<sup>1</sup>, F. Lluís<sup>1</sup>, N.G. Acevedo-Piedra<sup>1</sup>, P. Zapater<sup>1</sup>, T.B. Gardner<sup>2</sup>, G.I. Papachristou<sup>3</sup>, V.K. Singh<sup>4</sup> y E. de Madaria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Alicante, Alicante. <sup>2</sup>Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Lebanon, New Hampshire (EEUU). <sup>3</sup>University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pennsylvani (EEUU). <sup>4</sup>Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland (EEUU).

### Resumen

**Introducción:** A pesar de que la mayoría de las guías de práctica clínica de pancreatitis aguda (PA) recomiendan una fluidoterapia precoz y agresiva para mejorar su curso clínico, hay estudios recientes que sugieren que podría tener efectos perjudiciales. El volumen total administrado en las primeras 24-48h es difícil de interpretar ya que los pacientes con PA grave van a tener un mayor secuestro de fluidos y, por tanto, necesidades de fluidos aumentadas (oliguria, hipotensión, hemoconcentración), lo que puede dar la sensación falsa de que muchos fluidos se asocia a peor evolución (sesgo de causa inversa). Sin embargo, la fluidoterapia administrada en urgencias está menos influida por el curso de la PA, y podría contribuir a la evolución de la PA.

**Objetivos:** Determinar si la administración de bolus de fluidos en urgencias mejora el curso clínico de la PA.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de cuatro cohortes de pacientes ingresados de forma consecutiva en cuatro centros de dos países: Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), Johns Hopkins Hospital (JH), Pittsburgh Medical Center (PMC) y Dartmouth-Hitchcock Medical Center (DHMC). Los datos se recogieron de forma prospectiva en tres centros. Se excluyeron los pacientes trasladados desde otros centros. Se incluyeron 1.010 pacientes (22,8% del HGUA, 18,9% del JH, 17,6% del PMC y 40,5% del DHMC). Los pacientes se dividieron en tres grupos atendiendo a los terciles de fluidos administrados: Grupo A < 500 ml (grupo de referencia, 269 pacientes, 26,6%), Grupo B de 500-1.000 ml (fluidoterapia moderada, 427 pacientes, 42,3%) y Grupo C > 1.000 ml (fluidoterapia agresiva, 314 pacientes, 31,1%). Se determinó la presencia de complicaciones locales definidas por la clasificación Revisada de Atlanta, SRIS persistente, fallo orgánico persistente, soporte nutricional, tratamiento invasivo, estancia hospitalaria y mortalidad. Se realizó análisis multivariante con las posibles variables de confusión: edad > 60 años, centro hospitalario, presencia de SRIS en urgencias, Hto > 44% y BUN > 25 mg/dL.

**Resultados:** La media de fluidos administrados en bolus fue de 970 ml (DE 894 ml). El Grupo B tuvo una menor incidencia de complicaciones locales (p = 0,04, OR 0,59, IC95% 0,36-0,96), SIRS persistente (p = 0,01, OR 0,49, IC95% 0,28-0,86), menor necesidad de tratamiento invasivo (p = 0,049, OR 0,38, IC95% 0,15-0,99) y necesidad de soporte nutricional (p = 0,03, OR 0,45, IC95%

0,22-0,93) comparado con el Grupo A en el análisis multivariante. El Grupo C no se asoció con un mejor pronóstico comparado con el grupo A salvo una menor necesidad de tratamiento invasivo (PONER).

**Conclusiones:** La administración de 500 a 1.000 ml de fluidos en urgencias en forma de bolus, se asoció a un mejor pronóstico de los pacientes con PA.