



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 197 - ¿PODEMOS PREDECIR LA GRAVEDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA DE FORMA PRECOZ?

M.L. Ruiz Rebollo<sup>1</sup>, A. Mayo Iscar<sup>2</sup>, A. Macho Conesa<sup>1</sup>, N. Alcalide Suárez<sup>1</sup>, B. Antolín Melero<sup>1</sup> y N. Mora Cuadrado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>2</sup>Departamento de Estadística, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.

### Resumen

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es la causa más frecuente de hospitalización en Aparato Digestivo. Su mortalidad global es de alrededor del 5%, que aumenta hasta un 35% en los casos severos. Conocer, por tanto, precozmente aquellos pacientes que tendrán mala evolución, es fundamental para instaurar un tratamiento inicial más agresivo. Hay desarrolladas varias escalas predictivas de severidad en PA; sin embargo, unas tienen bajas tasas de sensibilidad, otras son complejas de calcular o bien precisan de datos más allá de las 24 horas del debut.

**Objetivos:** Investigar los factores analíticos predictivos de desarrollo de pancreatitis aguda moderadamente severa y severa en las primeras 24 horas del ingreso.

**Métodos:** Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de pacientes ingresados por PA entre marzo 2014 y diciembre 2020. Se clasificaron según su gravedad de acuerdo con Atlanta (leves/moderadamente graves/graves). Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) clínicas (IMC, perímetro abdominal, tabaquismo y etilismo, HTA, DM, DL, etiología de la PA, índice de Charlson) y analíticas de las primeras 24 horas del ingreso (albúmina, glucemia, leucocitos, BUN y PCR). En el estudio estadístico se contrastaron las variables explicativas con la severidad según Atlanta usando test de t de Student, Wilcoxon-Mann-Whitney y chi-cuadrado; se realizaron modelos de regresión. Evaluamos la capacidad predictiva representado en curvas ROC calculando la sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte. El estudio fue aprobado por el CEIC (PI 20-1887).

**Resultados:** Durante el periodo estudiado, ingresaron 598 pacientes afectados de PA, de los que 511 fueron estudiados. Entre las variables analíticas al ingreso, glucosa ( $p = 0,001$ ), albúmina ( $p < 0,001$ ), PCR ( $p = 0,004$ ) y BUN ( $p < 0,001$ ) fueron predictores precoces independientes de severidad en PA. Basado en el modelo estimado para predecir gravedad en función de estas 4 variables estimamos un biomarcador con expresión dada por:  $\log_{10} ((\text{Glucosa}^3) \times (\text{PCR}^{0,5}) \times (\text{BUN}^3)/(\text{Albúmina}^8))$ . La utilización conjunta de esta fórmula junto a factores individuales (edad, sexo, perímetro abdominal, hábito etílico y diabetes) nos proporciona reglas predictivas: para un punto de corte de 1,4, S 72,45%, E 70%. Para un punto de corte de 2, S 86%, E 54%.

**Conclusiones:** Variables clínicas del paciente a su ingreso en Urgencias junto con determinaciones

analíticas sencillas de rutina, pueden ayudarnos a predecir precozmente la evolución desfavorable en pancreatitis aguda.