



COMPARACIÓN DE LAS ESCALAS APACHE II Y BISAP EN EL PRONÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DEL PERÚ

COMPARISON OF THE APACHE II AND BISAP SCALES IN THE PROGNOSIS OF ACUTE PANCREATITIS IN A HOSPITAL IN PERU

Annie Velasquez-Manrique^{1,a}

Sr. Editor

He leído con bastante interés el artículo "Comparación de las escalas APACHE II y BISAP en el pronóstico de pancreatitis aguda en un hospital del Perú" de García-Revilla et al⁽¹⁾, donde realiza una comparación de ambas escalas en el pronóstico de falla orgánica en pacientes hospitalizados con pancreatitis aguda de un hospital público del Perú. En este contexto, quisiera realizar algunos comentarios sobre la metodología realizada en el presente artículo.

Sabemos que para evaluar la gravedad en los pacientes con pancreatitis aguda tenemos a la escala APACHE II, que es el gold estándar y se usa como comparador para evaluar otras escalas, recordemos que está evalúa las variables fisiológicas las cuales revelan el estado de falla orgánica y tiene una segunda parte donde se consideran las comorbilidades del paciente⁽⁴⁾, también tenemos la escala BISAP, que evalúa cinco variables: valores de nitrógeno ureico, la edad, compromiso de conciencia, presencia derrame pleural y el síndrome de respuesta inflamatoria (SIRS)⁽²⁾; estas escalas comparten valores como frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura, son estas variables las que se verán influenciadas por patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales u oncológicas, entre otras.

En este contexto, debemos recordar que las enfermedades no transmisibles matan al 71% de la población entre 30 y 70 años de edad a nivel mundial, las muertes por enfermedades cardiovasculares representan la mayoría de los casos (17,9 millones de personas por años) seguido por las enfermedades oncológicas (9 millones por año) y las enfermedades respiratorias (3,9 millones)⁽³⁾, en el Perú las enfermedades no transmisibles representan el 58,5% de las enfermedades de mayor incidencia y generan mayor discapacidad⁽⁴⁾.

Por tanto, en el estudio se menciona la exclusión de los pacientes con alguna patología que aumente el tiempo de estancia hospitalaria como la insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, enfermedades oncológicas y a aquellos con antecedentes de pancreatitis crónica; en comparación de otros estudios sobre el mismo tema, donde no aplican este tipo de exclusión, surge la interrogante: ¿Por qué los autores realizan la exclusión de pacientes con comorbilidades? Sí sabemos que estas patologías aumentan la morbimortalidad del sujeto agravando su estado inicial ante procesos inflamatorios, como la pancreatitis aguda, y más si se suma un proceso infeccioso.

Por ejemplo, en un estudio peruano realizado por Pérez et al⁽⁵⁾, donde no realizan ningún tipo de exclusión, obtiene que el área bajo la curva (AUC) para la escala APACHE II es 0,854, la sensibilidad es 85,71%, la especificidad es 76,14%, mientras que el AUC para BISAP es 0,872, sensibilidad de 60,71%,

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú.

^a Estudiante de Medicina Humana.

Citar como: Annie Velasquez-Manrique. Comparación de las escalas APACHE II Y BISAP en el pronóstico de pancreatitis aguda en un hospital del Perú. Rev. Fac. Med. Hum. Julio 2021; 21(3):680-681. DOI 10.25176/RFMH.v21i3.3733

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





especificidad de 91,83%, llegan a la conclusión de que estas escalas pueden aplicarse para identificar a pacientes con bajo riesgo de severidad; en otro estudio realizado por Harshit et al⁽⁶⁾, con similar metodología, obtiene un AUC para APACHE II es 0,855, sensibilidad de 92,86%, especificidad de 69,44%, el AUC para BISAP 0,822 con una sensibilidad de 90% y especificidad de 83,87%, por el pequeño tamaño de muestra se ven limitados para dar afirmaciones sobre la utilidad de las escalas para predecir falla orgánica, solo concluyen que la escala APACHE II es una herramienta útil para predecir el desarrollo de enfermedad grave; mientras que García-Revilla et al⁽¹⁾, donde aplicaron el criterio de exclusión de pacientes con comorbilidades, obtiene un AUC para APACHE II es 0,996, sensibilidad de 66%, especificidad de 99%, el AUC para BISAP 0,957, sensibilidad de 83%, especificidad de 99%, entonces si bien en el estudio obtienen resultados muy favorables al tener una AUC muy cercana a la unidad, lo que indica su alta

sensibilidad y especificidad, también señalan que la severidad del cuadro se asocia a una mayor estancia hospitalaria.

Realizando una comparación de estos dos estudios, ambos con tamaño muestral pequeño, se observa que en el estudio de Harshit et al⁽⁶⁾ se llegó a predecir el desarrollo de enfermedad grave en pacientes, mientras que el estudio de García-Revilla et al⁽¹⁾ señalan que tuvieron una baja frecuencia de pacientes con pancreatitis aguda grave limitando su poder predictivo para la severidad del cuadro, esto podría explicarse por la exclusión de los pacientes con comorbilidades, más que por el pequeño tamaño muestral, ya que, pacientes con patologías crónicas agravan el estado inicial por lo que tienen mayor probabilidad de hacer falla orgánica.

Es necesario recordar la importancia de los criterios de selección a la hora de plantear estudios diagnósticos, considerando las implicancias de excluir o no a ciertos pacientes.

Contribuciones de autoría: El autor participó en la concepción, redacción, revisión y aprobación final del manuscrito.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: El autor declara no tener conflicto de interés en la publicación del artículo.

Recibido: 02 de marzo de 2021

Aprobado: 20 de mayo de 2021

Correspondencia: Annie Velasquez-Manrique
Dirección: Jr. General Borgoño 120, Pueblo Libre, Lima
Teléfono: 983 155 835
Correo: anniethalia@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García-Revilla O, Correa-López L, Rubio-Ramos R, Loo-Valverde M. Comparación de las escalas APACHE II Y BISAP en el pronóstico de pancreatitis aguda. Rev. Fac. Med. Hum. 2020;20(4):574-580. DOI: 10.25176/RFMH.v20i4.2873
- Barcia Velásquez C, Félix Mena M. Estudio comparativo entre las escalas APACHE II, BISAP y MARSHALL modificado en la evaluación del estado de severidad de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del hospital San Francisco de Quito (IESS), durante el período de enero del 2014 a noviembre del 2015. [Tesis de grado]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10479>
- Paho.org. Estado de salud de la población Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. [Citado 11 de octubre del 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Prevención y control de daños no transmisibles [Internet]. Perú: Minsa. [Citado 3 de octubre del 2020]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=4
- Pérez Campos A, Bravo Paredes E, Prochazka Zarate R, Bussalleu A, Pinto Valdivia J, Valenzuela Granados V. BISAP-O y APACHE-O: utilidad en la predicción de severidad en la pancreatitis aguda según la clasificación modificada de Atlanta. Rev gastroenterol. Perú. 2015;35(1):15-24. Disponible en: <http://www.revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/129>
- Harshit Kumar A, Singh Griwan M. Una comparación de APACHE II, BISAP, puntuación de Ranson y CTSI modificado para predecir la gravedad de la pancreatitis aguda según la Clasificación de Atlanta revisada de 2012. Representante de Gastroenterol (Oxf). 2018; 6 (2): 127-131. DOI: 10.1093/gastro/gox029