

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Comentario Asociado

Utilización de escalas diagnósticas para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños

Fernández Valadés R
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada (España).

Correspondencia: Ricardo Fernández Valadés, rfdezvalades@me.com

Fecha de recepción: 8 de julio de 2015 • Fecha de aceptación: 9 de julio de 2015
Fecha de publicación del artículo: 15 de julio de 2015

Evid Pediatr. 2015;11:49.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Valadés R. Utilización de escalas diagnósticas para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños. Evid Pediatr. 2015;11:49.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2015;11:49>
©2005-15 • ISSN: 1885-7388

Utilización de escalas diagnósticas para el diagnóstico de apendicitis aguda en niños

Fernández Valadés R

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada (España).

Correspondencia: Ricardo Fernández Valadés, rfdzvalades@me.com

El diagnóstico de apendicitis aguda sigue generando en muchas ocasiones dudas. En los Servicios de Urgencias de Pediatría, el dolor abdominal es una de las consultas más frecuentes, y en la mayoría de las veces, lo que la familia y el médico quieren es confirmar o descartar el diagnóstico de apendicitis aguda, proceso que entre el 7 y 10% de la población padecerá a lo largo de su vida.

Hoy disponemos de pruebas diagnósticas de imagen que nos pueden ayudar mucho en el diagnóstico (ecografía y tomografía axial computarizada [TAC]), sin embargo no podemos colapsar los Servicios de Radiología con múltiples peticiones, la mayoría no necesarias ni radiar indiscriminadamente a los pacientes.

Por ello la utilización de escalas diagnósticas podría ser útil para seleccionar los pacientes a los que realizar más pruebas, operar o mandar a su domicilio.

Una de las escalas más utilizadas para ayudar a establecer o no el diagnóstico de apendicitis es la de Alvarado, escala utilizada en adultos; validar si esta es aplicable a niños es imprescindible, por ello se han realizado estudios que comparan esta con otras escalas adaptadas a niños como la propuesta por Samuel, la Pediatric Appendicitis Score (PAS)¹.

En la bibliografía científica podemos encontrar múltiples artículos que tratan sobre la utilización de escalas diagnósticas en apendicitis aguda en niños; uno de los más recientes sobre este tema lo publica Zenon Pogorelic² en la edición de *Pediatric Emergency Care* del mes de marzo de 2015 y valorado críticamente en este número de *Evidencias en Pediatría*³, en el que compara precisamente estas dos escalas diagnósticas: la de Alvarado y la de Samuel (PAS) en pacientes pediátricos y valora su utilidad.

En este artículo compara la sensibilidad (S), especificidad (E) y los valores predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de las escalas de Alvarado y PAS, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambas al aplicarlas sobre 311 pacientes operados por apendicitis aguda que se confirmó en 265. La decisión de realizar la intervención la tomó el cirujano pediátrico tras valorar los hallazgos clínicos y las determinaciones analíticas.

- ¿Son equiparables las dos escalas diagnósticas para apendicitis si las aplicamos a la población pediátrica? Pogorelic² establece el mismo punto de corte (analizando la curva ROC), de siete, en las dos escalas, a la hora de decidir si el paciente es candidato a tener apendicitis o no. Con estos criterios, la escala de Alvarado habría diagnosticado 236 de las 265 apendicitis (un 89% de sensibilidad, un 59% de especificidad, y unos VPP de 93,1% y VPN de 46%). Con la escala PAS los resultados fueron similares, y sin diferencias estadísticamente significativas, el diagnóstico correcto de apendicitis se había realizado en 228 de los 265 pacientes (una sensibilidad del 86%, una especificidad del 50%, y un VPP de 90% y un VPN de 38%). Según este estudio no habría diferencias a la hora de aplicar una u otra escala en el diagnóstico de apendicitis.
- ¿Son estas escalas suficientes para confirmar o descartar el diagnóstico de apendicitis? Pogorelic², a la lectura de sus resultados, determina que ninguna de las dos escalas diagnósticas son por sí solas suficientes para confirmar o descartar la presencia de apendicitis aguda en los niños. Con el punto de corte de siete, el 5,7% de los pacientes en la escala de Alvarado y el 7,15% de la escala PAS con puntuación de apendicitis habrían sido operados sin necesidad. Por otra parte, el 8,8% (Alvarado) y el 11,8% (PAS) de los pacientes sin puntuación de apendicitis habrían necesitado intervención, pues tenían apendicitis aguda confirmada histológicamente. Concluye que la decisión está en manos del cirujano pediátrico experimentado.
- ¿Podemos utilizarlas para seleccionar a los pacientes a quienes solicitamos pruebas diagnósticas de imagen y mejorar la seguridad diagnóstica sin sobrecargar los Servicios de Radiología? Llama la atención la poca utilización de pruebas de imagen realizadas a los pacientes en este estudio (22% ecografía, 0,6% TAC). Es muy interesante la lectura del artículo de Russellen⁴, que combina la puntuación obtenida en la escala PAS para realizar pruebas de imagen y/o consultar al cirujano pediátrico, de esta manera, combinando todas estas opciones, llega a obtener una de sensibilidad del 94% y una especificidad del 94,7%.
- ¿Deben estas escalas estar incluidas en los protocolos de los Servicios de Urgencias de Pediatría? Determinar la contribución de las mismas en el diagnóstico de apendicitis en niños es difícil, ya que es muy complicado establecer un grupo control con el que determinar en qué porcentaje ha

contribuido la escala diagnóstica a este diagnóstico. Sin embargo, el uso de escalas diagnósticas de forma protocolizada en los servicios de urgencia contribuiría a cribar los pacientes que precisan o no continuar con estudios o tratamiento⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Samuel M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg.* 2002;37:877-81.
2. Pogorelic Z, Rak S, Mrklic I, Juric I. Prospective validation of Alvarado score and Pediatric Appendicitis Score for the diagnosis of acute appendicitis in children. *Pediatr Emerg Care.* 2015; 31:164-8.
3. Juanes de Toledo B, Martínez Rubio MV. Escalas de predicción clínica en apendicitis aguda: ¿son útiles? *Evid Ped* 2015;11:45.
4. Russell WS, Schuh AM, Hill JG, Hebra A, Cina RA, Smith CD, et al. Clinical practice guidelines for pediatric appendicitis evaluation can decrease computed tomography utilization while maintaining diagnostic accuracy. *Pediatr Emerg Care.* 2013; 29:568-73.
5. Saucier A, Huang EY, Emeremni CA, Pershad J: Prospective evaluation of a clinical pathway for suspected apendicitis. *Pediatrics.* 2014; 133:e88-95.