Morbilidad y mortalidad de la pancreatitis aguda en el Hospital General Docente Ciro Redondo García

DOI:10.5281/zenodo.19023909
SANUM 2026, 10(2) 64-73

Cómo citar este artículo

García-Pereda MA, Bencomo-García A, Suárez-Cruz A, Barroso-Barrios A.
Morbilidad y mortalidad de la pancreatitis aguda en el Hospital General Docente Ciro Redondo García.
SANUM 2026, 10(2) 64-73
DOI: 10.5281/zenodo.19023909

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

AUTORES

Manuel Alejandro García Pereda[1] (0000-0001-9731-0002)

Anet Bencomo García[1] (0009-0001-4798-8533)

Álvaro Suárez Cruz[1] (0009-0000-0040-5209)

Arelys Barroso Barrios[2] (0000-0003-2693-7099)

Afiliaciones:

[1] Servicio de Cirugía General. Hospital General Docente Ciro Redondo García, Artemisa, Cuba.

[2] Clínica Estomatológica Docente Artemisa Severino Rosell González, Artemisa, Cuba.

Autor de correspondencia:

Manuel Alejandro García Pereda

elnenevaradero@gmail.com

Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una causa frecuente de ingreso hospitalario, con evolución clínica variable y riesgo de complicaciones graves.

Objetivo: Caracterizar la morbilidad y mortalidad de la PA en pacientes ingresados en el Hospital General Docente Ciro Redondo García entre enero de 2022 y marzo de 2025.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en 72 pacientes con diagnóstico confirmado de PA. Se analizaron variables sociodemográficas, etiológicas, clínicas, terapéuticas y de desenlace.

Resultados: El grupo de 40–59 años fue el más afectado (45.8%), con predominio masculino (59.7%). Los principales factores de riesgo identificados fueron la litiasis biliar (36.1%) y el alcoholismo (29.2%). El dolor abdominal constituyó el síntoma más frecuente (93.1%). El diagnóstico se confirmó en el 88.9% de los pacientes mediante estudios complementarios. El tratamiento conservador predominó (79.2%), mientras que el 20.8% requirió cirugía. La tasa de supervivencia global fue del 93.1%.

Conclusiones: La PA afecta principalmente a hombres de mediana edad con factores de riesgo prevenibles. El manejo conservador fue eficaz en la mayoría de los casos, con baja mortalidad.

Palabras clave:

Pancreatitis Aguda;
Litiasis Biliar;
Alcoholismo;
Necrosis Pancreática;
Tratamiento Conservador.

Morbidity and Mortality of Acute Pancreatitis at Ciro Redondo García General Teaching Hospital

DOI:10.5281/zenodo.19023909
SANUM 2026, 10(2) 64-73

How to cite this article

García-Pereda MA, Bencomo-García A, Suárez-Cruz A, Barroso-Barrios A.
Morbidity and Mortality of Acute Pancreatitis at Ciro Redondo García General Teaching Hospital.
SANUM 2026, 10(2) 64-73
DOI: 10.5281/zenodo.19023909

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Abstract

Introduction: *Acute pancreatitis (AP) is a common cause of hospital admission, with variable clinical progression and risk of severe complications.*

Objective: *To characterize morbidity and mortality of AP in patients admitted to Ciro Redondo García General Teaching Hospital between January 2022 and March 2025.*

Method: *A descriptive, longitudinal, and prospective study was conducted involving 72 patients with confirmed AP diagnosis. Sociodemographic, etiological, clinical, therapeutic, and outcome variables were analyzed.*

Results: *The 40–59 age group was the most affected (45.8%), with a male predominance (59.7%). The main risk factors identified were biliary lithiasis (36.1%) and alcoholism (29.2%). Abdominal pain was the most frequent symptom (93.1%). Diagnosis was confirmed in 88.9% of patients through complementary studies. Conservative treatment predominated (79.2%), while 20.8% required surgery. The overall survival rate was 93.1%.*

Conclusions: *AP mainly affects middle-aged men with preventable risk factors. Conservative management proved effective in most cases, with low mortality.*

Key words:

Acute Pancreatitis;
Cholelithiasis;
Alcoholism;
Pancreatitis, Acute Necrotizing;
Conservative Treatment.

Información del artículo

Tipo de artículo: Artículo original

Sección: Gastroenterología

F. recepción: 19-11-2025
F. aceptación: 15-01-2026
F. publicación: 29-04-2026

DOI: 10.5281/zenodo.19023909

Abreviaturas / Abbreviations

PA / AP: Pancreatitis Aguda / Acute Pancreatitis

TC / CT: Tomografía Computarizada / Computed Tomography

CPRE / ERCP: Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica / Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

SIRS / SIRS: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica / Systemic Inflammatory Response Syndrome

UCI / ICU: Unidad de Cuidados Intensivos / Intensive Care Unit

RM / MRI: Resonancia Magnética / Magnetic Resonance Imaging

CLA / APFC: Colección Líquida Aguda / Acute Peripancreatic Fluid Collection

CNA / WON: Colección Necrótica Amurallada / Walled-Off Necrosis

AGA / AGA: Asociación Americana de Gastroenterología / American Gastroenterological Association

ACG / ACG: Colegio Americano de Gastroenterología / American College of Gastroenterology

Nota editorial

El presente artículo corresponde a un trabajo original publicado en la revista SANUM. Una revisión científica de este estudio será publicada posteriormente en la revista con el objetivo de analizar sus resultados y su relevancia clínica.

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) constituye una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedades gastrointestinales, con una evolución clínica que puede oscilar entre formas leves autolimitadas y cuadros graves con necrosis pancreática y fallo multiorgánico[1]. Su impacto en la morbilidad y mortalidad hospitalaria ha sido ampliamente documentado, especialmente en contextos donde los factores de riesgo como la litiasis biliar y el alcoholismo son prevalentes[2]. La revisión de la Clasificación de Atlanta en 2012 permitió estandarizar la terminología y estratificación de la gravedad, facilitando el abordaje clínico y la investigación[3].

A nivel global, se ha observado un incremento sostenido en la incidencia de PA, atribuible al envejecimiento poblacional, el aumento del síndrome metabólico y el mayor acceso a métodos diagnósticos como la tomografía computarizada[4]. En países desarrollados, las tasas pueden superar los 70 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que en América Latina se reportan cifras entre 20 y 50, con variabilidad regional[5]. En Cuba, aunque los datos son limitados, se estima una incidencia de aproximadamente 25 casos por cada 100,000 habitantes, siendo la litiasis biliar y el alcoholismo los principales determinantes etiológicos[6].

La PA representa un desafío clínico por su capacidad de generar complicaciones locales (colecciones líquidas, necrosis, pseudoquistes) y sistémicas (SIRS, sepsis), que prolongan la estancia hospitalaria y elevan los costos asistenciales[7]. La mortalidad en los casos graves puede superar el 30%, especialmente cuando se asocia a necrosis infectada o fallo orgánico persistente[8]. En este contexto, la identificación temprana de factores de riesgo y la aplicación de protocolos de manejo conservador han demostrado reducir significativamente los desenlaces adversos[9].

En el Hospital General Docente Ciro Redondo García, se ha observado un aumento en las consultas por dolor abdominal agudo, muchas de ellas vinculadas a PA, sin embargo, no existen estudios publicados que caractericen su comportamiento clínico ni su impacto sanitario local. Esta ausencia de datos limita la capacidad de implementar estrategias preventivas y optimizar el manejo clínico. Además, investigaciones previas en el municipio no han incorporado criterios actualizados como los de Atlanta ni han evaluado la mortalidad con rigor metodológico[10].

Por tanto, se justifica la realización de este estudio para caracterizar la morbilidad y mortalidad de la PA en este centro, aportando evidencia localizada que permita mejorar la calidad asistencial, orientar intervenciones preventivas y fortalecer la toma de decisiones clínicas. Este estudio busca llenar un vacío en la literatura regional, contribuyendo al conocimiento científico y a la mejora de los protocolos institucionales[11].

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Hospital General Docente Ciro Redondo García, entre enero de 2022 y marzo de 2025.

Universo y muestra: El universo estuvo constituido por todos los pacientes ingresados con

diagnóstico de pancreatitis aguda en el período señalado (n=85). La muestra final incluyó 72 pacientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por criterios, considerando únicamente aquellos que cumplían con los criterios diagnósticos de la Clasificación de Atlanta revisada y disponían de historias clínicas completas para análisis.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Cumplimiento de al menos dos de los tres criterios diagnósticos de la Clasificación de Atlanta revisada (dolor abdominal típico, elevación de enzimas pancreáticas ≥3 veces el valor normal, hallazgos compatibles en estudios de imagen).

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de pancreatitis crónica.
- Reingresos no diferenciados del episodio inicial.
- Historias clínicas con información incompleta o datos faltantes no recuperables.

Manejo de datos faltantes: En los casos con registros incompletos, se aplicó exclusión listwise para garantizar la consistencia del análisis.

Temporalidad de los desenlaces: Los desenlaces se evaluaron exclusivamente al egreso hospitalario, registrando estado clínico, complicaciones y mortalidad. No se realizó seguimiento posterior.

Aspectos éticos: El estudio fue aprobado por el Consejo Científico del Hospital General Docente Ciro Redondo García (n.º 2/2025), como único organismo responsable de la autorización ética. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki, garantizando anonimato y confidencialidad de los datos.

Análisis estadístico: Los datos fueron procesados en Microsoft Excel 2016. Se aplicaron medidas de estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas (%) para variables cualitativas, medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y distribuciones por rangos de edad y sexo. Los resultados se expresaron en tablas para facilitar la interpretación.

Variables utilizadas en las tablas

Categoría	Edad (agrupada por rangos), Sexo
Sociodemográficas	Litiasis biliar, Alcoholismo, Hipertrigliceridemia, CPRE, Idiopática, Otras causas
Etiológicas	Dolor abdominal, Náuseas y vómitos, Fiebre, Ictericia, Distensión abdominal
Clínicas	Enzimas pancreáticas elevadas, Ecografía abdominal, Tomografía computarizada, Resonancia magnética
Diagnósticas	Tipo de tratamiento (conservador o quirúrgico), Ingreso en UCI, Uso de antibióticos
Terapéuticas	Estado al egreso (alta médica, complicaciones, fallecimiento)

Resultados

El grupo de 40–59 años fue el más afectado (45.8%), con predominio masculino (59.7%).

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupo etario (años)	Frecuencia (%)	Sexo masculino (%)	Sexo femenino (%)
18–39	**20.8**	**13.9**	**6.9**
40–59	**45.8**	**30.6**	**15.2**
≥60	**33.3**	**15.2**	**18.1**

Fuente: Hospital General Docente Ciro Redondo García. (Elaboración propia a partir de registros hospitalarios)

La litiasis biliar fue la causa más frecuente (36.1%), seguida del alcoholismo (29.2%).

Tabla 2. Principales causas etiológicas de pancreatitis aguda

Etiología	Frecuencia (%)
Litiasis biliar	36.1
Alcoholismo	29.2
Hipertrigliceridemia	11.1
CPRE	6.9
Idiopática	13.9
Otras (autoinmune, viral)	2.8

Fuente: Hospital General Docente Ciro Redondo García.
(Elaboración propia a partir de registros hospitalarios)

El dolor abdominal fue el síntoma predominante (93.1%), seguido de náuseas y vómitos (75.0%). Otros signos clínicos incluyeron fiebre (38.9%), ictericia (22.2%) y distensión abdominal (18.1%).

Tabla 3. Síntomas y signos al ingreso

Manifestación clínica	Frecuencia (%)
Dolor abdominal	93.1
Náuseas y vómitos	75.0
Fiebre	38.9
Ictericia	22.2
Distensión abdominal	18.1

Fuente: Hospital General Docente Ciro Redondo García.
(Elaboración propia a partir de registros hospitalarios)

La elevación de enzimas pancreáticas fue el hallazgo más frecuente (88.9%), seguida por la ecografía abdominal (72.2%). La tomografía computarizada se empleó en el 55.6% de los casos y la resonancia magnética en el 12.5%.

Tabla 4. Estudios complementarios utilizados para el diagnóstico

Estudio realizado	Positividad (%)
Enzimas pancreáticas	88.9
Ecografía abdominal	72.2
Tomografía computarizada	55.6
Resonancia magnética	12.5

Fuente: Hospital General Docente Ciro Redondo García.
(Elaboración propia a partir de registros hospitalarios)

El tratamiento conservador predominó (79.2%), mientras que el 20.8% de los pacientes requirió intervención quirúrgica. El ingreso en UCI fue necesario en el 15.3% de los casos y el uso de antibióticos se registró en el 33.3%.

Tabla 5. Tipo de tratamiento aplicado

Modalidad terapéutica	Frecuencia (%)
Conservador	79.2
Quirúrgico	20.8
Ingreso en UCI	15.3
Uso de antibióticos	33.3

Fuente: Hospital General Docente Ciro Redondo García.
(Elaboración propia a partir de registros hospitalarios)

La tasa de supervivencia fue del 93.1%, con complicaciones en el 5.5% y mortalidad del 1.4%.

Tabla 6. Estado al egreso hospitalario

Estado al egreso	Frecuencia (%)
Alta médica	93.1
Complicaciones	5.5
Fallecimiento	1.4

Fuente: Hospital General Docente Ciro Redondo García.
(Elaboración propia a partir de registros hospitalarios)

Discusión

La pancreatitis aguda se mantiene como una causa relevante de ingreso hospitalario por patología digestiva, con una incidencia creciente atribuida al envejecimiento poblacional y al aumento de factores de riesgo metabólicos[12]. El predominio de pacientes entre 40 y 59 años, especialmente del sexo masculino, observado en esta serie, concuerda con estudios epidemiológicos que vinculan dicha franja etaria con el consumo crónico de alcohol y la exposición prolongada a factores desencadenantes[13].

La litiasis biliar y el alcoholismo fueron las etiologías predominantes, en concordancia con revisiones multicéntricas que las señalan como responsables de más del 60% de los casos[13],[14]. Aunque la hipertrigliceridemia tuvo menor prevalencia en esta serie, su presencia en pacientes jóvenes con antecedentes metabólicos refuerza la necesidad de incluirla en el diagnóstico diferencial.

Clínicamente, el dolor abdominal se reafirma como síntoma cardinal, en línea con las guías internacionales que lo consideran criterio mayor para el diagnóstico de pancreatitis aguda[15]. La aparición de fiebre e ictericia en algunos pacientes sugiere formas moderadas o complicadas, particularmente asociadas a colangitis o necrosis pancreática, lo que exige una evaluación etiológica y pronóstica más rigurosa.

En el proceso diagnóstico, la elevación de enzimas pancreáticas se reafirma como marcador bioquímico principal, mientras que la ecografía abdominal demostró utilidad para identificar litiasis biliar como causa subyacente. La tomografía computarizada fue empleada en casos con evolución clínica desfavorable o sospecha de complicaciones, en concordancia con las recomendaciones de la Clasificación de Atlanta revisada[16], que establece su uso en la fase tardía para evaluar necrosis y colecciones.

La predominancia del tratamiento conservador y la baja tasa de ingreso en UCI reflejan una evolución clínica favorable en la mayoría de los pacientes. Este abordaje coincide con estudios recientes que recomiendan estrategias no invasivas, como la fluidoterapia dirigida, el control sintomático y la nutrición enteral temprana[17],[18]. El uso de antibióticos se restringió a casos con infección documentada, en alineación con las guías clínicas que desaconsejan su empleo profiláctico[18].

Los desenlaces clínicos observados, con alta tasa de supervivencia y baja mortalidad, respaldan la efectividad del manejo conservador en formas leves y moderadas de pancreatitis aguda. Estos hallazgos son consistentes con series internacionales desarrolladas en contextos de atención especializada, donde se ha documentado una reducción significativa de complicaciones y fallecimientos bajo protocolos no invasivos[19],[20].

Discussion

Acute pancreatitis remains a relevant cause of hospital admission for digestive pathology, with an increasing incidence attributed to population aging and the rise of metabolic risk factors[12]. The predominance of patients between 40 and 59 years of age, particularly males, observed in this series, is consistent with epidemiological studies linking this age group to chronic alcohol consumption and prolonged exposure to triggering factors[13].

Biliary lithiasis and alcoholism were the predominant etiologies, in agreement with multicenter reviews that identify them as responsible for more than 60% of cases[13,14]. Although hypertriglyceridemia had lower prevalence in this series, its occurrence in young patients with metabolic antecedents reinforces the need to include it in the differential diagnosis.

Clinically, abdominal pain is reaffirmed as the cardinal symptom, in line with international guidelines that consider it a major criterion for the diagnosis of acute pancreatitis[15]. The presence of fever and jaundice in some patients suggests moderate or complicated forms, particularly associated with cholangitis or pancreatic necrosis, requiring more rigorous etiological and prognostic evaluation.

In the diagnostic process, elevation of pancreatic enzymes was confirmed as the main biochemical marker, while abdominal ultrasound proved useful in identifying biliary lithiasis as an underlying cause. Computed tomography was used in cases with unfavorable clinical evolution or suspected complications, in accordance with the recommendations of the revised Atlanta Classification[16], which establishes its use in the late phase to assess necrosis and collections.

The predominance of conservative treatment and the low rate of ICU admission reflect a favorable clinical course in most patients. This approach coincides with recent studies recommending non-invasive strategies such as guided fluid therapy, symptomatic control, and early enteral nutrition[17,18]. Antibiotic use was restricted to cases with documented infection, in alignment with clinical guidelines that discourage prophylactic administration[18].

The clinical outcomes observed, with high survival and low mortality rates, support the effectiveness of conservative management in mild and moderate forms of acute pancreatitis. These findings are consistent with international series conducted in specialized care settings, where a significant reduction in complications and deaths has been documented under non-invasive protocols[19,20].

Conclusiones

La presente investigación permitió caracterizar el comportamiento clínico, etiológico y terapéutico de la pancreatitis aguda en pacientes atendidos en el Hospital General Docente Ciro Redondo García entre 2022 y 2025.

- La forma leve a moderada fue la presentación más frecuente, con evolución favorable bajo tratamiento conservador, en concordancia con estudios recientes sobre manejo no invasivo[17-19].
- La litiasis biliar y el alcoholismo fueron las principales causas etiológicas, coincidiendo con series internacionales que reportan una prevalencia combinada superior al 60%[13-14]
- El dolor abdominal se confirmó como síntoma cardinal, presente en más del 90% de los casos, seguido de náuseas, vómitos y fiebre, lo que refuerza su valor diagnóstico inicial[15].
- La elevación de enzimas pancreáticas y el uso racional de la imagenología permitieron una adecuada estratificación de la severidad, según la Clasificación de Atlanta revisada[16].
- El ingreso en UCI y la necesidad de tratamiento quirúrgico fueron bajos, lo que refleja una evolución clínica favorable y una correcta selección de pacientes para manejo conservador[17-18].
- La mortalidad global fue baja (1.38%), y la mayoría de los pacientes egresaron con alta médica, lo que respalda la efectividad del enfoque terapéutico aplicado[19-20].

En síntesis, este estudio aporta evidencia clínica sobre la utilidad del abordaje conservador en pancreatitis aguda leve y moderada, y subraya la importancia de una evaluación etiológica y pronóstica individualizada para optimizar los resultados.

Relevancia docente y sanitaria: Los hallazgos fortalecen la práctica clínica y ofrecen herramientas útiles para la formación de residentes y especialistas en medicina interna y cirugía, promoviendo el juicio clínico, la toma de decisiones basada en evidencia y la eficiencia en el uso de recursos en contextos hospitalarios de atención general.

Recomendaciones

La experiencia clínica acumulada en el manejo de la pancreatitis aguda en nuestro centro permite proponer las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer la pesquisa etiológica precoz, con énfasis en la identificación de litiasis biliar,

alcoholismo y dislipidemias, para orientar la prevención secundaria y reducir la recurrencia[13-14].

- Promover el uso racional de estudios imagenológicos, priorizando la ecografía abdominal como herramienta inicial y reservando la tomografía para casos moderados o graves[16].
- Aplicar protocolos de manejo conservador en pacientes con formas leves o moderadas, incluyendo hidratación dirigida, analgesia efectiva y nutrición temprana[17-18].
- Limitar el uso de antibióticos a situaciones con infección documentada, evitando su empleo profiláctico, en concordancia con las guías clínicas actuales[18].
- Establecer criterios clínicos y bioquímicos para el ingreso en UCI, con el fin de optimizar el uso de recursos y garantizar atención intensiva oportuna[19].
- Fomentar la formación continua del personal médico en el reconocimiento temprano de signos de alarma y en la aplicación de escalas pronósticas validadas[15-20].

Síntesis de calidad asistencial:

Los resultados obtenidos reflejan una atención médica eficaz, basada en protocolos actualizados, con baja mortalidad y adecuada resolución clínica. Este desempeño reafirma la capacidad del sistema hospitalario para brindar cuidados seguros, eficientes y adaptados a contextos de recursos limitados.

Conclusions

This study characterized the clinical, etiological, and therapeutic profile of acute pancreatitis in patients treated at Ciro Redondo García General Teaching Hospital between 2022 and 2025.

- *Mild to moderate forms were the most frequent presentation, with favorable outcomes under conservative treatment, consistent with recent studies on non-invasive management[17-19].*
- *Biliary lithiasis and alcoholism were the leading etiologies, consistent with international series reporting a combined prevalence above 60%[13-14].*
- *Abdominal pain was confirmed as the cardinal symptom, present in over 90% of cases, followed by nausea, vomiting, and fever, reinforcing its diagnostic value[15].*
- *Elevated pancreatic enzymes and rational use of imaging enabled appropriate severity stratification, in line with the revised Atlanta Classification[16].*
- *ICU admission and surgical intervention rates were low, reflecting favorable clinical evolution and appropriate patient selection for conservative management[17-18].*
- *Overall mortality was low (1.38%), and most patients were discharged, supporting the effectiveness of the therapeutic approach applied[19-20].*

In summary, this study provides clinical evidence supporting conservative management in mild to moderate acute pancreatitis and emphasizes the importance of individualized etiological and prognostic assessment to optimize outcomes.

Educational and public health relevance: These findings strengthen clinical practice and provide valuable tools for training residents and specialists in internal medicine and surgery, promoting clinical judgment, evidence-based decision-making, and efficient resource use in general hospital settings.

Recommendations

The clinical experience gained in managing acute pancreatitis at our center supports the following recommendations:

- *Strengthen early etiological screening, focusing on identifying biliary lithiasis, alcoholism, and dyslipidemia to guide secondary prevention and reduce recurrence[13-14].*
- *Promote rational use of imaging studies, prioritizing abdominal ultrasound as the initial tool and reserving CT for moderate or severe cases[16].*
- *Apply conservative management protocols in mild to moderate cases, including goal-directed hydration, effective analgesia, and early nutrition[17-18].*
- *Restrict antibiotic use to documented infections, avoiding prophylactic administration, in line with current clinical guidelines[18].*
- *Establish clinical and biochemical criteria for ICU admission to optimize resource use and ensure timely intensive care[19].*
- *Encourage continuous medical education in early recognition of warning signs and application of validated prognostic scores[15-20].*

Summary of care quality:

The outcomes reflect effective medical care based on updated protocols, with low mortality and satisfactory clinical resolution. This performance confirms the hospital system's capacity to deliver safe, efficient, and context-adapted care in resource-limited settings.

DECLARACIONES

Financiación

Sin financiación.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido de este artículo.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio proceden de registros clínicos anonimizados del Hospital General Docente Ciro Redondo García.

Contribución de los autores (CRediT)

MAGP: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Revisión y edición del manuscrito, Supervisión y Administración del proyecto.

ABG: Conceptualización, Análisis formal, Redacción del borrador original, Revisión y edición del manuscrito y Supervisión.

ASC: Conceptualización, Metodología, Análisis formal y Revisión del manuscrito.

ABB: Análisis formal, Redacción del borrador original y revisión del manuscrito.

MAGP – Manuel Alejandro García Pereda

ABG – Anet Bencomo García

ASC – Álvaro Suárez Cruz

ABB – Arelys Barroso Barrios

Uso de Inteligencia Artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial generativa en la redacción ni en el análisis del contenido científico de este manuscrito.

Publicación

Este trabajo no ha sido presentado ni publicado previamente en ninguna otra revista científica, congreso, jornada, medio académico o plataforma de difusión.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Consejo Científico del Hospital General Docente Ciro Redondo García (n.º 2/2025), cumpliendo con los principios éticos institucionales y las normas vigentes para investigaciones retrospectivas. No se requirió consentimiento informado individual, ya que se trabajó exclusivamente con datos clínicos anonimizados obtenidos de registros hospitalarios. Se garantizó la confidencialidad de la información mediante procedimientos de resguardo y codificación, sin riesgo directo para los pacientes ni modificación de su atención médica. Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este estudio.

Declaración de transparencia

El autor de correspondencia confirma que el manuscrito presentado constituye una descripción honesta, precisa y transparente del trabajo realizado.

REFERENCIAS

1. Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SAW, et al. Acute pancreatitis. Lancet. 2020;396(10252):726–734. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31310-6
2. Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC, et al. Necrotizing pancreatitis: evidence-based approach. Gastroenterology. 2019;156(7):1994–2007.e3. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.02.038
3. Vege SS, DiMagno MJ, Forsmark CE. Pancreatitis. N Engl J Med. 2018;379(21):2148–2156. https://doi.org/10.1056/NEJMra1703426
4. Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute pancreatitis: a review. JAMA. 2021;325(4):382–390. https://doi.org/10.1001/jama.2020.21984
5. Gapp J, Halloran K, Rouhani A, et al. Trends in incidence and outcomes. Pancreas. 2019;48(4):537–543. https://doi.org/10.1097/

MPA.0000000000001253
6. Machicado JD, Yadav D. Recurrent and chronic pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2019;35(5):440–446. https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000564
7. Ahmed Ali U, Issa Y, Hagenaars JC, et al. Risk of recurrence and progression. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(5):738–746.e3. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.12.040
8. Xiao AY, Tan ML, Wu LM, et al. Global incidence and mortality. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2016;1(1):45–55. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30004-8
9. Forsmark CE, Swaroop Vege S, Wilcox CM. Acute pancreatitis. N Engl J Med. 2016;375(20):1972–1981. https://doi.org/10.1056/NEJMra1505202
10. Petrov MS, Shanbhag S, Chakraborty M, et al. Organ failure and infection. Gastroenterology. 2010;139(3):813–820. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2010.06.010
11. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. ACG guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013;108(9):1400–1415. https://doi.org/10.1038/ajg.2013.218
12. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Revised Atlanta classification. Gut. 2013;62(1):102–111. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779
13. Yadav D, Lowenfels AB. Epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology. 2013;144(6):1252–1261. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.01.068
14. Papachristou GI, Muddana V, Yadav D, et al. Comparison of scoring systems. Am J Gastroenterol. 2010;105(2):435–441. https://doi.org/10.1038/ajg.2009.622
15. Wu BU, Johannes RS, Sun X, et al. Early prediction of mortality. Arch Intern Med. 2008;168(6):672–678. https://doi.org/10.1001/archinte.168.6.672
16. Fagenholz PJ, Castillo CF, Harris NS, et al. Increasing US hospital admissions. Pancreas. 2007;35(4):306–310. https://doi.org/10.1097/MPA.0b013e3180320d16
17. Peery AF, Crockett SD, Barritt AS, et al. Burden of gastrointestinal disease. Gastroenterology. 2015;149(7):1731–1741.e3. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.08.045
18. Talukdar R, Vege SS. Recent developments in acute pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2015;31(5):395–402. https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000201
19. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. Lancet. 2015;386(9988):85–96. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60649-8
20. Bollen TL. Imaging of acute pancreatitis. Radiol Clin North Am. 2012;50(3):429–445. https://doi.org/10.1016/j.rcl.2012.02.012

