Revisión narrativa sobre morbilidad y mortalidad en pancreatitis aguda: enfoque clínico actual

DOI:10.5281/zenodo.20801219
SANUM 2026, 10(3) 130-135

Cómo citar este artículo

García-Pereda MA, Bencomo-García A, Suarez Cruz A, Larrionda Valdés NC.
Revisión narrativa sobre morbilidad y mortalidad en pancreatitis aguda: enfoque clínico actual.
SANUM 2026, 10(3) 130-135
DOI: 10.5281/zenodo.20801219

© 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 Suarez Cruz[1]
(0009-0000-0040-5209)

Niurka Caridad Larrionda Valdés[1]
(0009-0005-9575-3172)

Afiliación:

[1] Facultad de Ciencias Médicas Artemisa. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Ciro Redondo García, Artemisa, Cuba.

Autor de correspondencia:

Dr. Manuel Alejandro García Pereda

elnenevaradero@gmail.com

Información del artículo

Tipo de artículo: Artículo de revisión

Sección: Medicina interna

F. recepción: 17-03-2026

F. aceptación: 18-05-2026

F. publicación: 29-07-2026

DOI: 10.5281/zenodo.20801219

Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda constituye una causa frecuente de ingreso hospitalario, con impacto significativo en la morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre la morbilidad y mortalidad de la pancreatitis aguda en el ámbito hospitalario.

Metodología: Se realizó una revisión narrativa de literatura publicada entre 2015 y 2025 en PubMed, Scopus y SciELO, utilizando los descriptores "acute pancreatitis", "mortality", "morbidity", "hospital management". Se incluyeron artículos originales, revisiones y guías clínicas.

Resultados: Se identificaron 18 publicaciones relevantes. La litiasis biliar y el alcoholismo fueron las principales causas etiológicas, con prevalencia combinada superior al 60%. El dolor abdominal se reafirma como síntoma cardinal, presente en más del 90% de los casos. El tratamiento conservador predomina en formas leves y moderadas, asociado a baja mortalidad (<5%). La tomografía computarizada y la ecografía abdominal se consolidan como herramientas diagnósticas clave, según la Clasificación de Atlanta revisada.

Conclusiones: La evidencia respalda el manejo conservador en pancreatitis aguda leve y moderada, con baja mortalidad y relevancia docente para la formación clínica. Se subraya la importancia de una evaluación etiológica y pronóstica individualizada para optimizar resultados.

Palabras clave:

Pancreatitis aguda;
Morbilidad;
Mortalidad;
Tratamiento Conservador;
Dolor Abdominal.

Narrative review on morbidity and mortality in acute pancreatitis: current clinical approach

DOI:10.5281/zenodo.20801219
SANUM 2026, 10(3) 130-135

How to cite this article

García-Pereda MA, Bencomo-García A, Suarez Cruz A, Larrionda Valdés NC.
Narrative review on morbidity and mortality in acute pancreatitis: current clinical approach.
SANUM 2026, 10(3) 130-135
DOI: 10.5281/zenodo.20801219

© 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 is a common cause of hospital admission, with significant impact on morbidity and mortality.*

Objective: *To review the available evidence on morbidity and mortality in acute pancreatitis within hospital settings.*

Methodology: *A narrative review of literature published between 2015 and 2025 was conducted in PubMed, Scopus, and SciELO, using the descriptors "acute pancreatitis", "mortality", "morbidity", "hospital management". Original articles, reviews, and clinical guidelines were included.*

Results: *Eighteen relevant publications were identified. Biliary lithiasis and alcoholism were the leading etiologies, with a combined prevalence above 60%. Abdominal pain remains the cardinal symptom, present in over 90% of cases. Conservative management predominates in mild and moderate forms, associated with low mortality (<5%). Computed tomography and abdominal ultrasound are consolidated as key diagnostic tools, according to the revised Atlanta Classification.*

Conclusions: *Evidence supports conservative management in mild to moderate acute pancreatitis, with low mortality and educational relevance for clinical training. Individualized etiological and prognostic assessment is emphasized to optimize outcomes.*

Key words:

Pancreatitis;
Morbidity;
Mortality;
Conservative Treatment;
Abdominal Pain.

Nota editorial

El presente artículo constituye una revisión académica complementaria derivada de una investigación original previamente publicada por los mismos autores. En este trabajo se amplía y contextualiza el marco conceptual, científico y social relacionado con dicha investigación, profundizando en la interpretación de sus resultados y en sus implicaciones para la práctica sanitaria contemporánea.

Para una comprensión más completa del desarrollo del estudio, se recomienda la consulta del artículo original publicado en *SANUM* **(Vol. X, Nº 2, Año 2026)**, que constituye la base metodológica y empírica del presente análisis.

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].

La PA representa un desafío clínico por su capacidad de generar complicaciones locales y sistémicas, que prolongan la estancia hospitalaria y elevan los costos asistenciales[6]. La mortalidad en los casos graves puede superar el 30 %, especialmente cuando se asocia a necrosis infectada o fallo orgánico persistente[7].

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.

Por tanto, se justifica la realización de esta revisión narrativa 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. Esta revisión busca llenar un vacío en la literatura regional, contribuyendo al conocimiento científico y a la mejora de los protocolos institucionales.

La pancreatitis aguda es una entidad clínica de alta relevancia hospitalaria, con evolución variable y potencial letal. Esta revisión narrativa se propone analizar su comportamiento en el Hospital Ciro Redondo García, contextualizando los hallazgos locales con la evidencia internacional, y ofreciendo herramientas para mejorar el abordaje clínico, la prevención y la toma de decisiones en escenarios de atención general.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre pancreatitis aguda, morbilidad y mortalidad en el ámbito hospitalario. La búsqueda se efectuó en las bases de datos PubMed, Scopus y SciELO, entre enero de 2015 y octubre de 2025. Se utilizaron los descriptores: “acute pancreatitis”, “mortality”, “morbidity”, “hospital management”.

Criterios de inclusión: artículos originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y consensos internacionales publicados en inglés o español, con acceso a texto completo.

Criterios de exclusión: estudios duplicados, comunicaciones breves sin datos clínicos y publicaciones sin acceso a texto completo.

Se seleccionaron finalmente 18 artículos relevantes, que fueron analizados en cuanto a etiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y desenlaces.

Resultados

La literatura científica revisada entre 2015 y 2025 confirma que la PA continúa siendo una causa relevante de morbilidad hospitalaria[1]. Las principales causas etiológicas identificadas son la litiasis biliar y el alcoholismo[2], seguidas por la hipertrigliceridemia y causas iatrogénicas como la CPRE[8].

Desde el punto de vista clínico, el dolor abdominal epigástrico irradiado a espalda es el síntoma cardinal, presente en más del 90 % de los pacientes[9]. El diagnóstico se establece mediante criterios clínicos,

elevación de enzimas pancreáticas y hallazgos imagenológicos compatibles, siendo la tomografía computarizada el estudio de elección[3].

La Clasificación de Atlanta revisada permite estratificar la gravedad en formas leve, moderada y grave[3]. La mayoría de los casos corresponden a formas leves o moderadas, con evolución favorable bajo tratamiento conservador[10].

El ingreso en UCI y la necesidad de intervención quirúrgica se reservan para casos graves o complicados[6]. La mortalidad global varía entre el 1 % y el 5 % en series recientes[2].

Discusión

Los hallazgos revisados confirman que la PA continúa siendo una causa relevante de ingreso hospitalario, con predominio en hombres de mediana edad y etiologías prevenibles como la litiasis biliar y el alcoholismo[2]. Este perfil coincide con series internacionales que reportan una prevalencia combinada superior al 60 %[5].

El dolor abdominal epigástrico fue el síntoma cardinal, presente en más del 90 % de los casos, lo que refuerza su valor diagnóstico como criterio mayor según guías internacionales[9]. La elevación de enzimas pancreáticas y el uso racional de estudios imagenológicos permitieron una adecuada estratificación de la severidad, en concordancia con la Clasificación de Atlanta revisada[3].

El tratamiento conservador predominó, con baja necesidad de ingreso en UCI y escasa mortalidad[10]. Este enfoque está respaldado por estudios recientes que recomiendan hidratación dirigida, analgesia efectiva y nutrición oral temprana[10]. El uso de antibióticos se limitó a casos con infección documentada, evitando su empleo profiláctico, como sugieren las guías clínicas actuales[13].

La mortalidad observada fue baja (<2 %), lo que valida la pertinencia de los protocolos aplicados y la capacidad institucional para brindar atención segura y eficiente[1]. Sin embargo, persisten desafíos en la detección precoz de formas graves y en la implementación sistemática de escalas pronósticas validadas[12].

La pancreatitis aguda presenta un perfil clínico y etiológico bien definido, con predominio de causas prevenibles y evolución favorable bajo manejo conservador. La baja mortalidad observada respalda la eficacia de los protocolos aplicados en el Hospital Ciro Redondo García, aunque persisten desafíos en la detección precoz de formas graves y en la implementación sistemática de escalas pronósticas. La revisión confirma la utilidad de los enfoques no invasivos y subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia clínica y la formación médica continua.

Discussion

The reviewed findings confirm that AP remains a significant cause of hospital admission, predominantly affecting middle-aged men with preventable etiologies such as biliary lithiasis and alcoholism[2]. This profile aligns with international series reporting a combined prevalence above 60%[5].

Epigastric abdominal pain was the cardinal symptom, present in over 90% of cases, reinforcing its diagnostic value as a major criterion according to international guidelines[9]. Elevated pancreatic enzymes and rational use of imaging enabled appropriate severity stratification, consistent with the revised Atlanta Classification[3].

Conservative treatment prevailed, with low ICU admission rates and minimal mortality[10]. This approach is supported by recent studies recommending goal-directed hydration, effective analgesia, and early oral nutrition[10]. Antibiotic use was limited to documented infections, avoiding prophylactic administration, as current clinical guidelines advise[13].

Observed mortality was low (<2%), validating the relevance of applied protocols and institutional capacity to deliver safe and efficient care[1]. However, challenges remain in early detection of severe forms and systematic implementation of validated prognostic scales[12].

Acute pancreatitis shows a well-defined clinical and etiological profile, with predominant preventable causes and favorable outcomes under conservative management. The low observed mortality supports the effectiveness of protocols applied at Ciro Redondo García Hospital, although challenges remain in early detection of severe cases and systematic use of prognostic scoring tools. This review confirms the value of non-invasive approaches and highlights the need to strengthen clinical surveillance and ongoing medical education.

Conclusiones

La pancreatitis aguda constituye una entidad clínica de alta prevalencia y potencial gravedad, cuyo abordaje requiere una evaluación etiológica y pronóstica individualizada. Esta revisión narrativa

confirma que las formas leves y moderadas predominan en el ámbito hospitalario, con evolución favorable bajo tratamiento conservador[14].

La litiasis biliar y el alcoholismo se consolidan como las principales causas etiológicas[2], mientras que el dolor abdominal epigástrico se mantiene como el síntoma cardinal[9]. La aplicación de la Clasificación de Atlanta revisada permitió una estratificación adecuada de la severidad[3], orientando decisiones terapéuticas efectivas.

La baja mortalidad observada valida la pertinencia de los protocolos institucionales y la capacidad del sistema para brindar atención segura y eficiente[15]. No obstante, se recomienda fortalecer la detección precoz de formas graves[16], implementar escalas pronósticas validadas[12] y fomentar la formación médica continua[17-18] para optimizar los resultados clínicos y reducir la carga sanitaria asociada a esta enfermedad.

Finalmente, la evidencia reciente sobre fluidoterapia inicial[19] y actualizaciones terapéuticas en 2025[20] refuerza la necesidad de mantener protocolos dinámicos y adaptados a los avances científicos.

Conclusion

Acute pancreatitis is a highly prevalent and potentially severe clinical condition that requires individualized etiological and prognostic assessment. This narrative review confirms that mild and moderate forms predominate in hospital settings, with favorable outcomes under conservative treatment[14].

Biliary lithiasis and alcoholism are consolidated as the leading etiologies[2], while epigastric abdominal pain remains the cardinal symptom[9]. The application of the revised Atlanta Classification enabled appropriate severity stratification[3], guiding effective therapeutic decisions.

The low observed mortality validates the relevance of institutional protocols and the system's capacity to deliver safe and efficient care[15]. Nevertheless, it is recommended to strengthen early detection of severe forms[16], implement validated prognostic scales[12], and promote ongoing medical education[17-18] to optimize clinical outcomes and reduce the healthcare burden associated with this disease.

Finally, recent evidence on initial fluid therapy[19] and therapeutic updates in 2025[20] underscores the need to maintain dynamic protocols adapted to scientific advances.

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 literatura científica previamente publicada.

Contribución de los autores (CRediT)

MAGP: conceptualización, metodología, análisis formal, revisión/edición y supervisión general del manuscrito, así como en la administración del proyecto.

ABG: conceptualización, análisis formal, redacción del borrador original, revisión/edición y supervisión.

ASC: conceptualización, metodología, análisis formal, revisión/edición, supervisión y administración del proyecto.

NCLV: análisis formal, redacción del borrador original, revisión/edición y supervisión.

- **MAGP** – Manuel Alejandro García Pereda
- **ABG –** Anet Bencomo García
- **ASC-** Álvaro Suarez Cruz
- **NCLV-** Niurka Caridad Larrionda Valdés

Todos los autores participaron en la elaboración del manuscrito de acuerdo con las funciones descritas mediante la taxonomía CRediT, revisaron críticamente el manuscrito, aprobaron la versión final para su publicación y aceptan la responsabilidad sobre todos los aspectos del trabajo, de acuerdo con los criterios establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

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 previa

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

Consideraciones éticas

No se incluyen datos de personas ni animales. 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.

Agradecimientos

Se reconoce la colaboración del personal médico y administrativo del Hospital General Docente Ciro Redondo García, que facilitó el acceso a los registros clínicos y apoyó el desarrollo del estudio.

Declaración de transparencia

El autor de correspondencia confirma que el manuscrito presentado constituye una descripción honesta, precisa y transparente del trabajo realizado. Se han seguido las recomendaciones internacionales para la publicación de investigación biomédica y las buenas prácticas editoriales.

REFERENCIAS

1. Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SAW, et al. Acute pancreatitis. Lancet. 2020;396(10252):726–34. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31310-6
2. Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute pancreatitis: a review. JAMA. 2021;325(4):382–90. https://doi.org/10.1001/jama.2020.21984
3. Vege SS, DiMagno MJ, Forsmark CE. Pancreatitis. N Engl J Med. 2018;379(21):2148–56. https://doi.org/10.1056/NEJMra1703426
4. 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
5. Xiao AY, Tan ML, Wu LM, et al. Global incidence and mortality of acute pancreatitis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2016;1(1):45–55. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30004-8
6. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Revised Atlanta classification of acute pancreatitis. Gut. 2013;62(1):102–11. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779
7. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. ACG guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013;108(9):1400–15. https://doi.org/10.1038/ajg.2013.218
8. Ahmed Ali U, Issa Y, Hagenaars JC, et al. Risk of recurrence and progression of acute pancreatitis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(5):738–46.e3. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.12.040
9. Gapp J, Halloran K, Rouhani A, et al. Trends in incidence and outcomes of acute pancreatitis. Pancreas. 2019;48(4):537–43. https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000001253
10. Giorga A, Hughes M, Parker S, et al. Quality of life after severe acute pancreatitis: systematic review. BJS Open. 2023;7(4): zrad067. https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad067
11. Mihoc T, Latcu SC, Secasan C, et al. Pancreatic morphology, immunology, and pathogenesis of acute pancreatitis. Biomedicines. 2024;12(11):2627. https://doi.org/10.3390/biomedicines12112627
12. Muñoz D, Medina R, Botache WF, Arrieta RE. Pancreatitis aguda: puntos clave. Rev Colomb Cir. 2023;38(2):133–42. https://doi.org/10.30944/20117582.2206
13. Vinueza Aguay GJ, Vinueza López SJ, Zambrano ML, et al. Pancreatitis aguda – revisión de la literatura. Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip. 2023;7(5). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8715
14. Hernández Madrigal S, Otero González A, Lemus Araya MP. Pancreatitis aguda: una revisión actualizada. Rev Portales Médicos. 2025; XX (6):213.
15. Iza-Molina DX, Tite-Andi ST. Fluidoterapia inicial en el tratamiento de la pancreatitis aguda. Salud y Vida. 2025;9(17). https://doi.org/10.35381/s.v.v9i17.4334
16. Durga GY, Chettri R, Yadav A. A review on acute pancreatitis: 2025 update. Int J Pharm Sci. 2025;3(7):2685–98. https://doi.org/10.5281/zenodo.16151236
17. Yadav D, Lowenfels AB. Epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology. 2013;144(6):1252–61. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.01.068
18. Wu BU, Johannes RS, Sun X, et al. Early prediction of mortality in acute pancreatitis. Arch Intern Med. 2008;168(6):672–78. https://doi.org/10.1001/archinte.168.6.672
19. Talukdar R, Vege SS. Recent developments in acute pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2015;31(5):395–402. https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000201
20. Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute pancreatitis. N Engl J Med. 2016;375(20):1972–81. https://doi.org/10.1056/NEJMra1505202