

ARTÍCULO ORIGINAL**Características Clínicas, epidemiológicas y mortalidad por pancreatitis aguda en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022,****David, Chiriquí.**Autor: Bethancourth, Erick ¹ ; Guerra, Johana ¹ ; Castillo, Isis ² Centro Hospitalario Especializado Dr. Rafael Hernández. Chiriquí ¹

Recibido 29 de mayo 2025; aceptado 02 de julio 2025

Disponible en internet el 31 de julio 2025

PALABRAS CLAVE:*Pancreatitis, BISAP,**RANSON, Pancreatitis**severa.***KEY WORDS:** *Pancreatitis, BISAP, RANSON, Severe pancreatitis.***RESUMEN**

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria del páncreas que, generalmente, representa una causa gastrointestinal común de ingreso hospitalario, por diferentes causas etiológicas (biliar, alcohólica, hipertrigliceridemia, otras). PA cuenta con un gran número de escalas clínicas como: RANSON, BISAP, Glasgow, APACHE II, entre otras. Por lo cual, al estratificar cada caso, se puede brindar al paciente un adecuado y oportuno manejo de su enfermedad.

Objetivo General: Describir la prevalencia, clínica, epidemiología y mortalidad de pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022, David, Chiriquí.

Método: Este estudio descriptivo observacional y retrospectivo, con un universo de 217 expedientes clínicos de pacientes con PA. Se utilizó un instrumento de recolección de datos que identifique las variables fundamentales (etiología, RANSON, BISAP, complicaciones locales o sistémicas).

Resultados: Se encontró a lo largo del año 2022 en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. una prevalencia de pacientes con PA de 22% por cada 1,000 pacientes ingresados, la mortalidad fue del 0,8 por cada 1,000 pacientes y la tasa de letalidad fue del 4% de sujetos con PA.

Conclusiones: Las complicaciones locales más detectadas en PA fueron líquido libre intraabdominal y líquido libre peripancreático en primer y segundo lugar, respectivamente. Las complicaciones sistémicas más frecuentes en PA fueron, y en este orden, efusión pleural, insuficiencia renal y atelectasia.

^{*}Autor para correspondencia: Erick Bethancourt

Correo electrónico: erickbethancourt@gmail.com

Autor niega conflictos de interés y financiamiento.

DOI: 10.59722/rmcu.v2i2.928

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis (PA) is an inflammatory disease of the pancreas that is generally a common gastrointestinal cause of hospital admission due to various etiologies (biliary, alcoholic, hypertriglyceridemia, and others). PA has many clinical scales, such as the RANSON, BISAP, Glasgow, and APACHE II, among others. Therefore, by stratifying each case, the patient can be provided with appropriate and timely management of their disease.

General Objective: Describe the prevalence, clinical, epidemiology, and mortality of patients with acute pancreatitis at the Dr. Rafael Hernández L. Hospital in David, Chiriquí, during 2022.

Method: This is a descriptive observational and retrospective study with a sample of 217 clinical records of patients with PA. A data collection instrument was used to identify key variables (etiology, RANSON, BISAP, local or systemic complications).

Results: Throughout 2022, the prevalence of patients with PA was 22% per 1,000 admitted patients at the Dr. Rafael Hernández L. Hospital. The mortality rate was 0.8% per 1,000 patients, and the case fatality rate was 4% among patients with PA.

Conclusions: The most common local complications detected in PA were free intra-abdominal fluid and free peripancreatic fluid, respectively, in first and second place. The most frequent systemic complications in PA were, in this order, pleural effusion, renal failure, and atelectasis.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria común del páncreas exocrino que causa dolor abdominal intenso y disfunción orgánica múltiple que puede provocar necrosis pancreática e insuficiencia orgánica persistente.^[9] PA es un motivo gastrointestinal importante de hospitalización en Estados Unidos, generando 300.000 visitas al Departamento de Urgencias al año.^[5] Afecta a todas las edades, con una incidencia anual de 10 a 50 casos por 100.000 personas.^[14]

Referente a la etiología, la colelitiasis es la principal causa de PA representa entre 20-70% casos; el consumo excesivo de alcohol es la segunda causa más común de PA; hipertrigliceridemia es una causa de PA en aproximadamente el 9% de los casos, siendo la tercera causa más común; drogas representa solamente 5% de casos de PA, posiblemente su mayor relación es como cofactor asociado en la aparición de PA; otras causas de PA son: post-CPRE, traumatismo, infecciones virales, hipercalcemia, factores genéticos y pancreatitis autoinmune.^[9]

Es de vital importancia reconocer a pacientes con riesgo de desarrollar PA severa en una fase temprana para iniciar tratamiento oportuno y optimizar la terapia, actualmente hay sistemas de puntuación de gravedad, en los cuales los más utilizados son: sistema de evaluación de fisiología aguda y salud crónica II (APACHE II), criterios de RANSON, el índice de gravedad de pancreatitis aguda (BISAP), Glasgow, entre otras; sin^[15] embargo, no existe un sistema de puntuación definitivo o ideal, por lo cual se recomienda la utilización de varias escalas al momento de evaluación, ya que aumenta el rendimiento de su pronóstico clínico y se reduce el número de fallecidos a causa de un cuadro grave o de sus complicaciones locales o sistémicas.

Las complicaciones locales de PA son colecciones agudas de líquido peripancreático, líquido libre peripancreático, líquido libre intraabdominal, pseudoquistes pancreáticos, colecciones necróticas agudas y necrosis amurallada. Mientras que a nivel orgánico, la insuficiencia orgánica múltiple se define como la falla de dos o más sistemas orgánicos, que puede ser transitoria o persistente; los órganos extrapancreáticos más comúnmente afectados por la PA son

los pulmones, el corazón y los riñones. Estas complicaciones se presentan como insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, derrame pleural, neumonía, atelectasias, SDRA, CID, hemorragia digestiva. [8]

Aproximadamente el 80% casos de PA pueden presentarse como una forma edematosas leve y dados de alta después de unos días. Sin embargo, 20% de pacientes desarrollan curso grave o complicado de pancreatitis caracterizado por complicaciones sistémicas y locales tempranas o tardías;^[4] es por esto, la relevancia del estudio y aplicación de las escalas clínicas de PA que permiten una detección temprana de estos casos que desarrollan complicaciones tanto locales, como sistémicas y la mortalidad.

Ya que el páncreas al ser un órgano con funciones tanto en el sistema endocrino y digestivo, influye en todo el entorno del organismo, por lo cual su inflamación puede causar complicaciones locales y sistémicas, por esto si brindamos una adecuada y oportuna clasificación de los casos de PA utilizando escalas clínicas nos permitirá detectar las complicaciones y prevenir muertes secundarias a esta enfermedad en los pacientes atendidos este Hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

UNIVERSO DEL ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS

Los expedientes clínicos de los pacientes admitidos en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. con diagnóstico de admisión, egreso o fallecimiento de pancreatitis aguda. A lo largo del año 2022 se presentaron un total de 217 pacientes ingresados con diagnóstico de pancreatitis aguda que fueron tanto egresos vivos o fallecidos, considerándolos como la población que será objeto de estudio; se toma en cuenta un margen de error de 1 y un nivel de confianza 99% se calcula una muestra para el estudio de 215 sujetos que presentaron pancreatitis (fallecidos y egresos

vivos) y se calcula la muestra de siguiente manera:

$$\frac{Z^2 + \beta + \gamma + N}{\alpha^2 + (N-1) + Z^2 + \beta + \gamma} = \frac{2.58^2 + 0.5 + 0.5 + 217}{0.01^2 + (217-1) + 2.58^2 + 0.5 + 0.5} = \frac{361.1097}{1.6857} = 214.2194 = 215$$

Al ser el número de expedientes clínicos de sujetos calculados en la muestra (215) muy próximo al universo de expedientes clínicos de pacientes (217), no hay necesidad de utilizar la técnica de muestreo probabilístico y, por ende, se considera usar en el estudio de investigación todo el universo de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de ingreso/egreso/fallecimiento de pancreatitis aguda.

Criterios de inclusión

- Expediente clínico de paciente ingresado en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. en el año 2022.
- Expediente clínico de paciente con edad cumplida de 15 años o más.
- Expediente clínico de paciente admitido con diagnóstico de pancreatitis aguda.
- Expediente clínico de paciente con diagnóstico de egreso de pancreatitis aguda.
- Expediente clínico de paciente con diagnóstico de fallecimiento por pancreatitis aguda

Criterios de exclusión

- Expediente clínico de paciente que tenga consignado diagnóstico de pancreatitis crónica.
- Expediente clínico de paciente con diagnóstico de neoplasia pancreática o alguna otra neoplasia.
- Expediente clínico de paciente que informe es una paciente embarazada.

Tipo y diseño del estudio

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo.

Comprobar que el expediente clínico cuenta con los resultados de radiología y laboratorio

necesarios para el cálculo de escalas clínicas o detección de la presencia de alguna complicación local o sistémica. En caso de que no, se revisará el sistema de laboratorio "MODULAB" y el sistema de imagenología "CARESTREAM" en una computadora institucional asignada para el investigador principal.

RESULTADOS

A lo largo del año 2022, en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. se ingresaron 9729 pacientes, de los cuales se detectaron 217 expedientes clínicos de pacientes con Pancreatitis Aguda, que finalmente terminaron registrando 8 fallecimientos.

Prevalencia de PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de pacientes con PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022}}{\text{Número de pacientes ingresados en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante año 2022}} \times 1000$$

$$\text{Prevalencia} = \frac{217}{9729} \times 1000$$

$$\text{Prevalencia} = 22.30 = 22\% \text{ por cada 1,000 pacientes}$$

Mortalidad de PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022:

$$\text{Mortalidad} = \frac{\text{Número de pacientes fallecidos por PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022}}{\text{Número de pacientes ingresados en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante año 2022}} \times 1000$$

$$\text{Mortalidad} = \frac{8}{9729} \times 1000$$

$$\text{Mortalidad} = 0.82 = 0.8 \% \text{ por cada 1,000 pacientes}$$

Letalidad de PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022:

$$\text{Letalidad} = \frac{\text{Número de pacientes fallecidos por PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022}}{\text{Número de pacientes con PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022}} \times 100$$

$$\text{Letalidad} = \frac{8}{217} \times 100$$

$$\text{Letalidad} = 3.69\% = 4\%$$

Tabla 1. Distribución por sexo en PA

Sexo	Total	%
M	60	27.65
F	157	72.35

Gráfica 1. Distribución absoluta por edad en PA

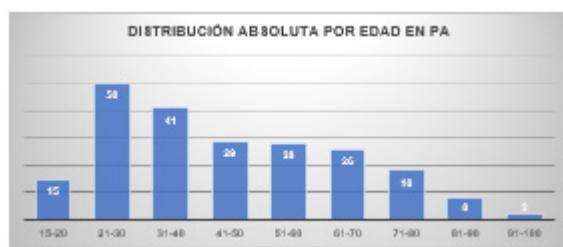


Tabla 2. Distribución de la etiología de PA

Etiología	Total	%
Biliar	194	89.40
Alcohólica	2	0.92
Hipertriglicidiremia	3	1.38
Otros	18	8.29

Gráfica 2. Distribución relativa de RANSON en PA

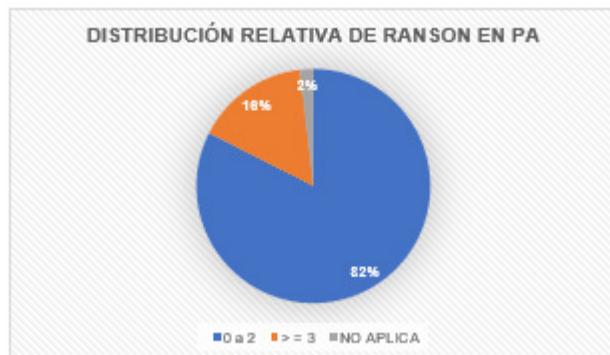


Tabla 3. Distribución de RANSON por complicaciones locales en PA

RANSON	0 a 2	>= 3	NO APPLICA
Insuficiencia renal	13	13	1
Insuficiencia cardíaca	1	2	1
Insuficiencia respiratoria	2	8	1
Efusión pleural	13	15	0
Neumonía	3	3	0
Atelectasias	13	13	0

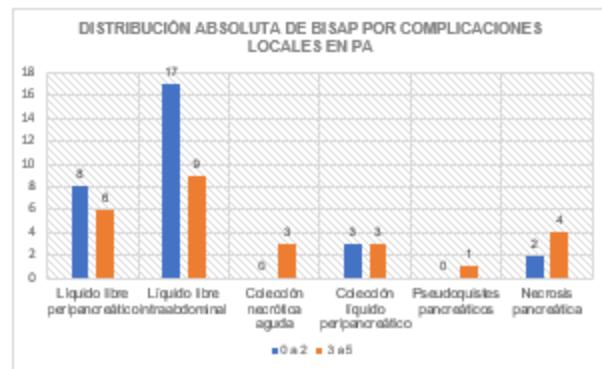
Tabla 4. Distribución de RANSON por complicaciones sistémicas en PA

RANSON	0 a 2	> = 3	NO APLICA
Insuficiencia renal	13	13	1
Insuficiencia cardíaca	1	2	1
Insuficiencia respiratoria	2	8	1
Efusión pleural	13	15	0
Neumonía	3	3	0
Atelectasias	13	13	0

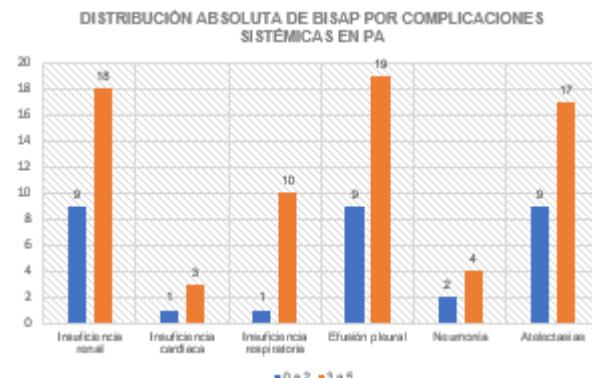
Tabla 5. Distribución de BISAP en PA

BISAP	Total	%
0 a 2	183	84.33
3 a 5	34	15.67

Gráfica 3. Distribución absoluta de BISAP por complicaciones locales en PA



Gráfica 4. Distribución absoluta de BISAP por complicaciones sistémicas en PA



Gráfica 5. Distribución relativa de APACHE II en PA



Tabla 6. Distribución de APACHE II por complicaciones locales en PA

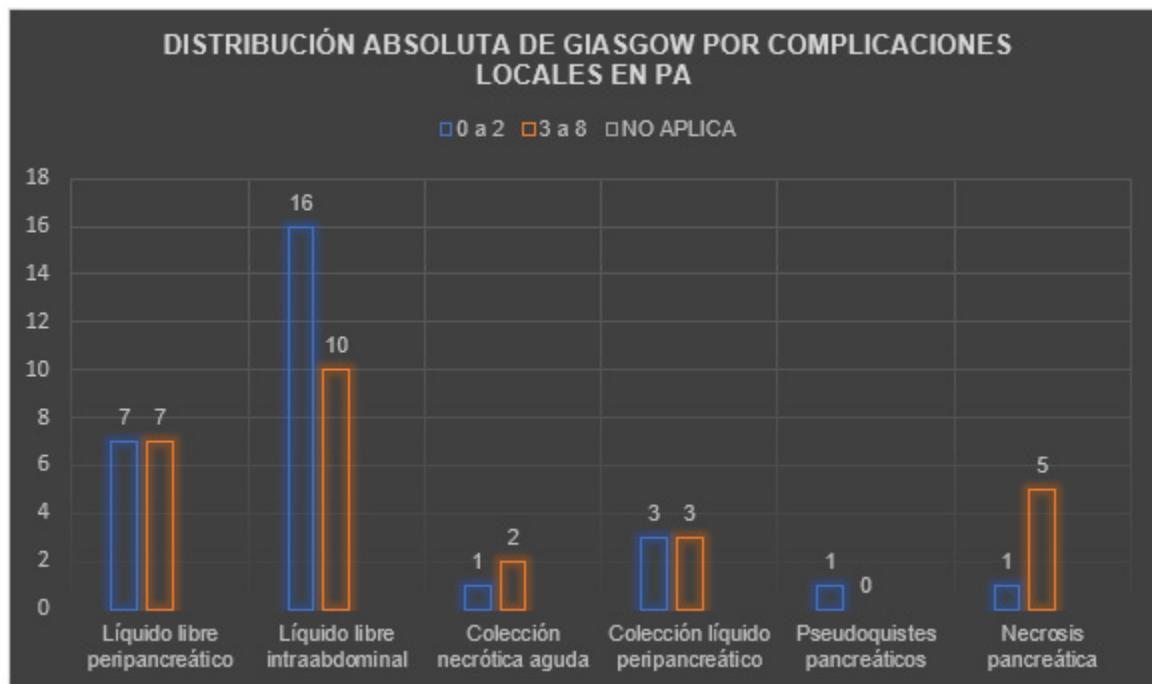
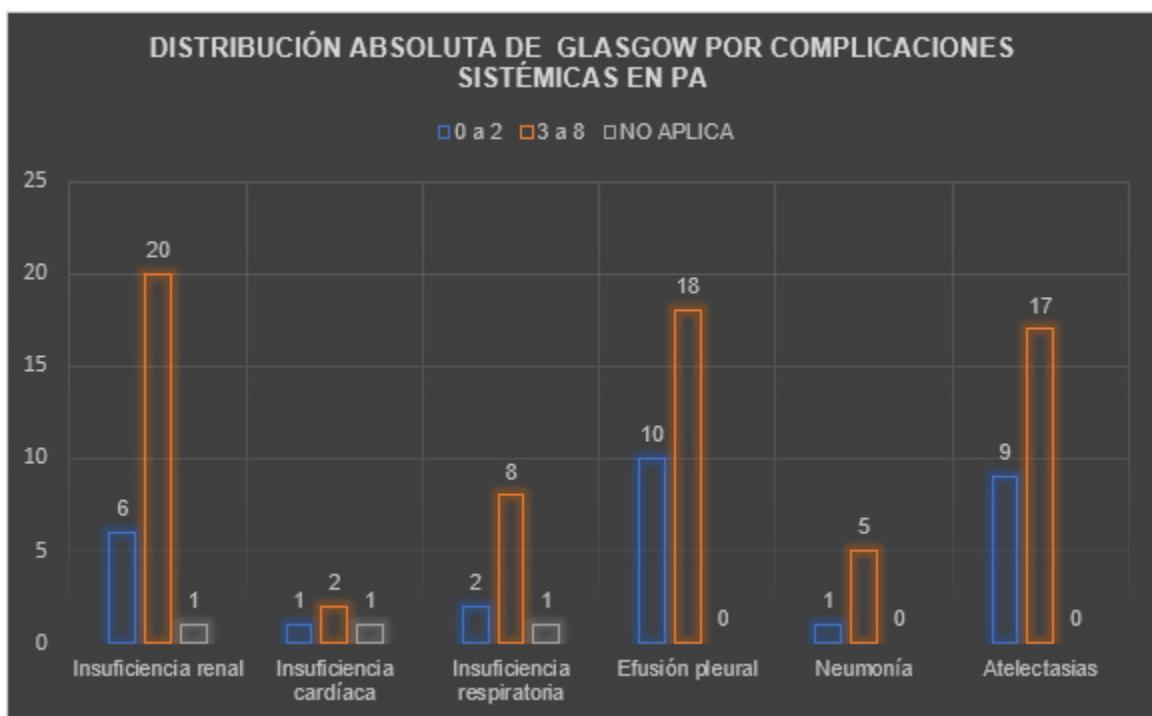
APACHE II	0 a 7	> = 8
Líquido libre peripancreático	3	11
Líquido libre intraabdominal	5	21
Colección necrótica aguda	0	3
Colección líquido peripancreático	1	5
Pseudoquistes pancreáticos	0	1
Necrosis pancreática	0	6

Tabla 7. Distribución de APACHE II por complicaciones sistémicas en PA

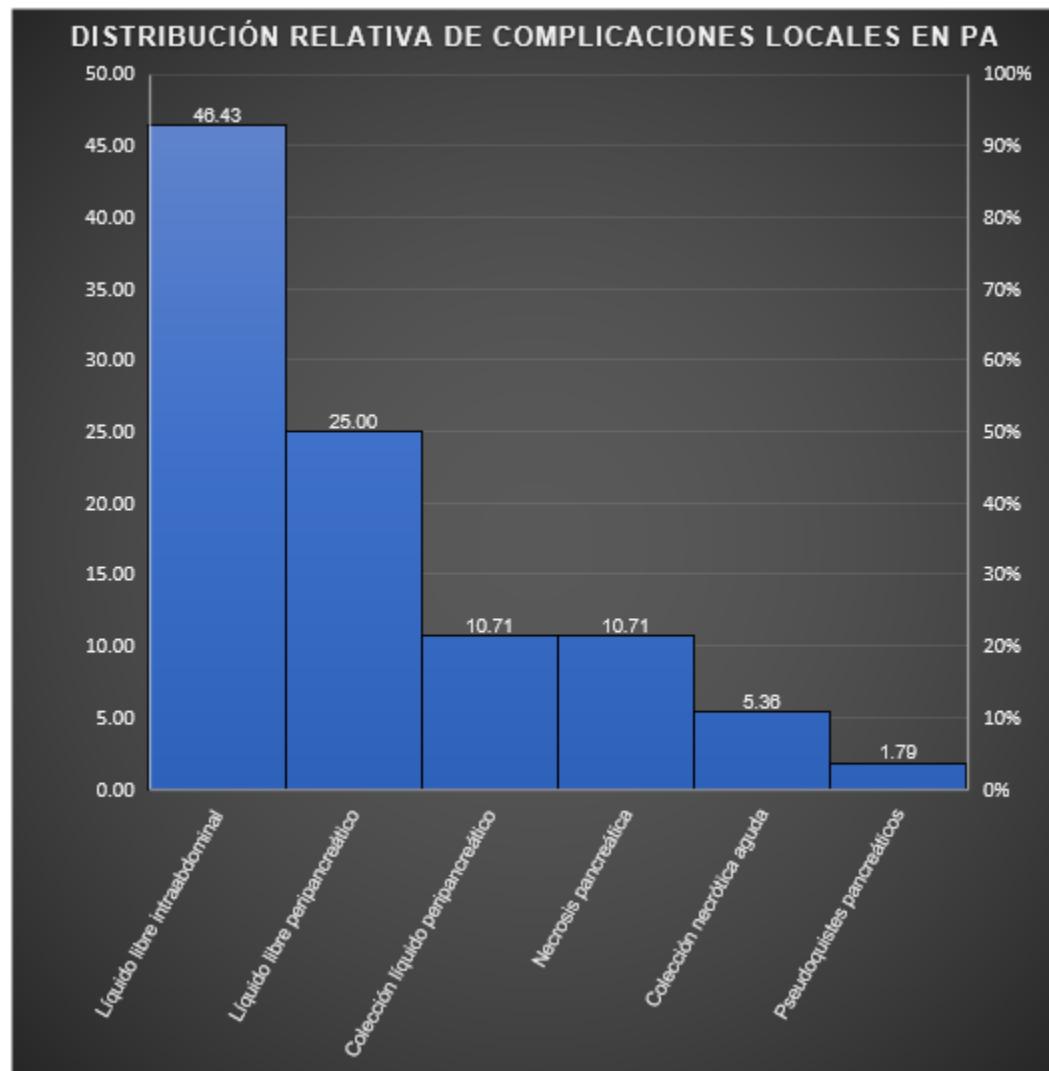
APACHE II	0 a 7	> = 8
Insuficiencia renal	1	26
Insuficiencia cardíaca	0	4
Insuficiencia respiratoria	0	11
Efusión pleural	2	26
Neumonía	0	6
Atelectasias	2	24

Tabla 8. Distribución de Glasgow en PA

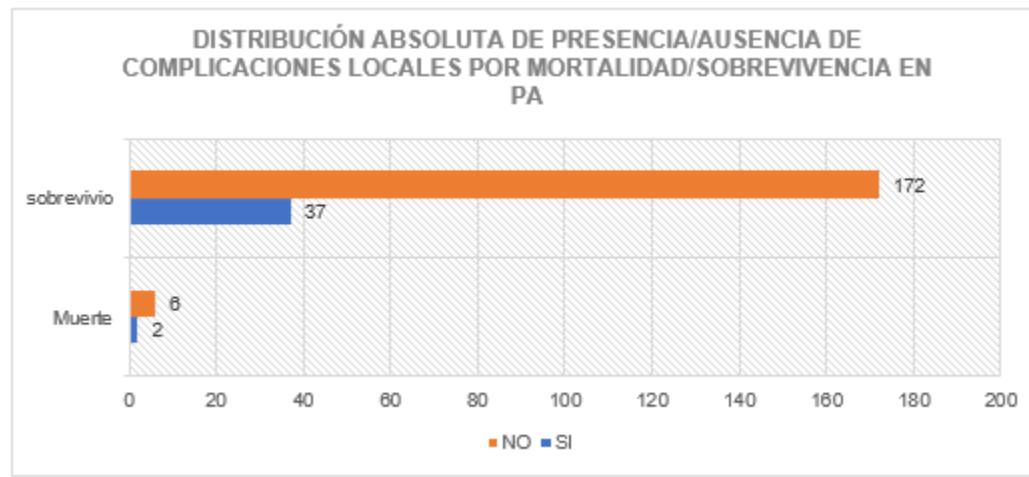
Glasgow	Total	%
0 a 2	169	77.88
3 a 8	44	20.28
NO APLICA	4	1.84

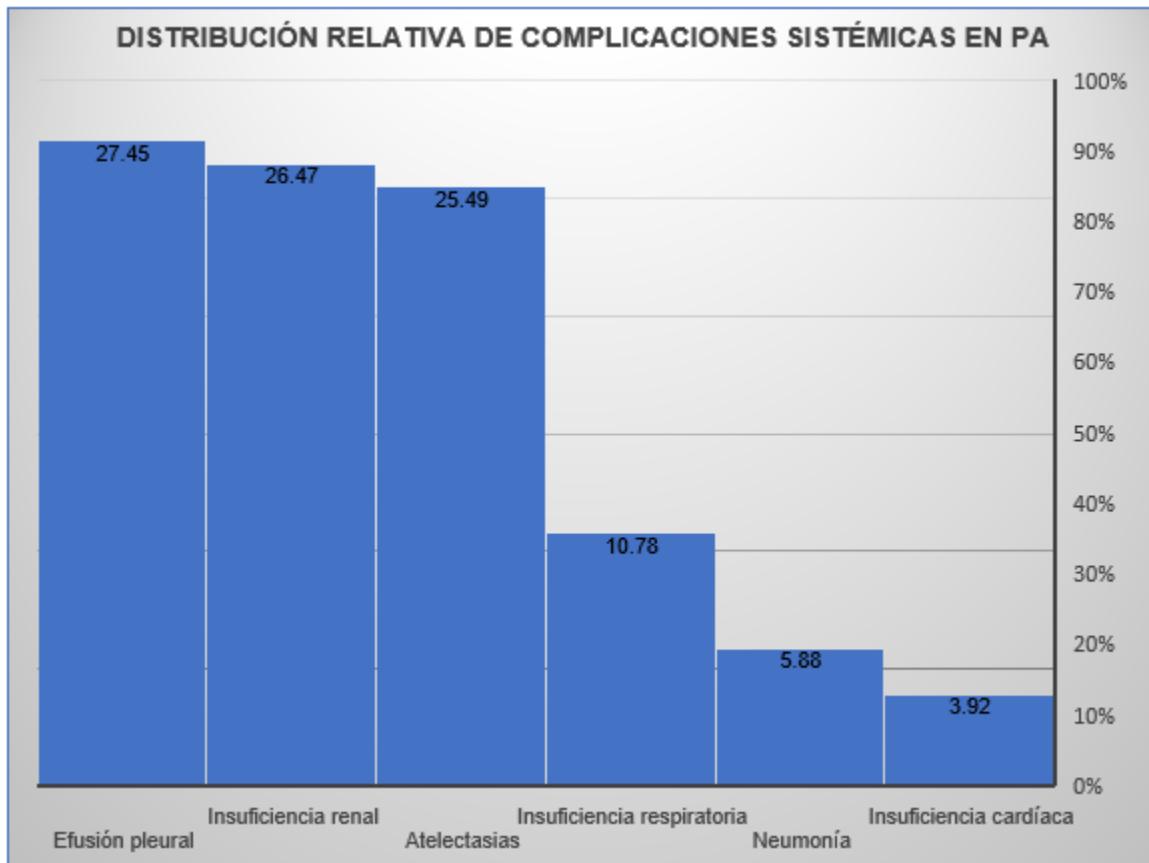
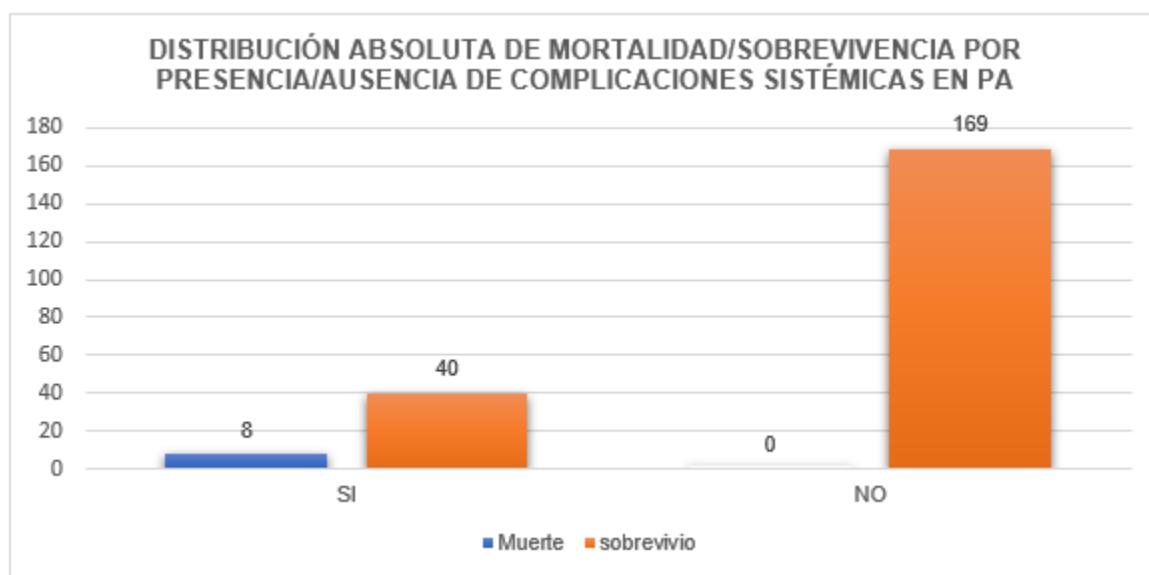
Gráfica 6. Distribución absoluta de Glasgow por complicaciones locales en PA**Gráfica 7. Distribución absoluta de Glasgow por complicaciones sistémicas en PA**

Gráfica 8. Distribución relativa de complicaciones locales en PA



Gráfica 9. Distribución absoluta de presencia/ausencia de complicaciones locales por mortalidad/sobrevivencia en PA



Gráfica 10. Distribución relativa de complicaciones sistémicas en PA**Gráfica 11. Distribución absoluta de mortalidad/sobrevivencia por la presencia/ausencia de complicaciones sistémicas en PA**

DISCUSIÓN

En el Hospital Dr. Rafael Hernández L., a lo largo del año 2022 hubo una población de 9729 pacientes ingresados, de los cuales 217 pacientes presentaron diagnóstico de ingreso, egreso o fallecimiento de PA. Representando una prevalencia de 22% por cada 1.000 pacientes; además fallecieron 8 pacientes lo que significa una mortalidad 0.8% por cada 1.000 pacientes y una tasa de letalidad de aproximadamente 4%; coincidiendo con estudios previos que mencionan que la mortalidad en general de PA se mantiene estática en 1 a 2%. [7].

El universo del estudio fue de 217 expedientes clínicos de pacientes con PA, en la tabla 1 se expone que los casos principalmente eran femeninos (72.35%) y masculinos solamente 27.65%; en la gráfica 1 se muestra que el rango de edad con mayoría fue de 21 a 30 años (50 pacientes) y cabe resaltar la tendencia negativa de casos a medida que aumentaba los rangos de edad. En la tabla 2 se observa que la etiología biliar estuvo presente en 194 expedientes clínicos, representando 89.4% de casos, mientras que alcohólica dos expedientes (0.92%) e hipertrigliceridemia con tres expedientes (1.38%); es necesario mencionar que la etiología catalogada como otros con 18 expedientes (8.29%) fueron aquellos cuyo diagnóstico de ingreso o egreso fue denominada como “pancreatitis aguda no biliar” o simplemente como “pancreatitis aguda” y no se logró encontrar su etiología.

Para confirmar o descartar la etiología biliar, se debe efectuar pruebas de laboratorio para medir parámetros de colestasis y aminotransferasas, así como una ecografía abdominal superior en el momento del ingreso hospitalario; para descartar PA inducida por hipertrigliceridemia o hipercalcemia, se deben obtener niveles séricos de triglicéridos y calcio ajustado con la albúmina; en etiología poco clara, se debe realizar ecografía endoscópica, resonancia magnética o colangiopancreatografía.^[1]

La gráfica 2 se demuestra que en la escala RANSON se presentaron 179 expedientes clínicos (82.49%) catalogados entre 0 a 2 puntos, 34 expedientes clínicos (15.67%) catalogados mayor

o igual a 3 puntos y 4 expedientes clínicos (1.84%) que no se pudieron catalogar por falta de datos (valores de laboratorio) necesarios para completar la medición a las 48 horas. De manera específica la escala RANSON en detección de complicaciones, de forma local la tabla 3 indica que gran parte de sujetos con complicaciones locales estaban en la clase de 0 a 2 puntos, a excepción de individuos con colección necrótica aguda, donde todos los expedientes estaban catalogados en la categoría de mayor o igual a 3 puntos y necrosis pancreática que estaban igual número (3) de individuos clasificados con la clase de 0 a 2 y mayor o igual a 3 puntos; se encuentra que la complicación local más hallada con RANSON mayor o igual a 3 puntos fue líquido libre intraabdominal. De manera sistémica, en la tabla 4 se determina que la mayoría de individuos con complicaciones sistémicas se encontraban en la categoría mayor o igual a 3 puntos, no obstante sobresale que algunas complicaciones (insuficiencia renal, neumonía y atelectasias) contaban con igual proporción de sujetos en cada rango, también se demuestra que la complicación sistémica más hallada con RANSON mayor o igual a 3 puntos fue efusión pleural.

La tabla 5 expone que en la escala BISAP se encontraron 183 expedientes clínicos (84.33%) agrupados en el rango de 0 a 2 puntos y 34 expedientes clínicos (15.67%) reunidos en el rango de 3 a 5 puntos. La escala BISAP y la detección de complicaciones, de forma local en la gráfica 3 se observa el mayor componente de expedientes clínicos consignados con complicaciones locales se encontraban agrupados en el rango de 0 a 2 puntos, especialmente con las complicaciones de líquido libre peripancreático y líquido libre intraabdominal, mientras que los expedientes que contaba con colección de líquido peripancreático estaban en igual cantidad cada grupo de 0 a 2 y 3 a 5 puntos; no obstante, el resto de complicaciones locales como: colección necrótica aguda, pseudoquiste pancreático y necrosis pancreático, tenían más pacientes en el rango de 3 a 5 puntos; aun así, líquido libre intraabdominal fue la complicación local más detectada. En forma sistémica, en la gráfica 4 se observa un número superior de expedientes clínicos

de pacientes que manifestaron complicaciones sistémicas y se asignaron al grupo de 3 a 5 puntos sobre los asignados al grupo de 0 a 2 puntos; se distingue a la efusión pleural como complicación sistémica más detectada, segundo lugar es insuficiencia renal y tercer lugar es atelectasias.

La escala APACHE II puede evaluarse al ingreso y diariamente durante las primeras 72 horas. Si el puntaje de APACHE II es 8 o mayor al ingreso o durante las primeras 72 horas, sugiere PA grave y un peor curso clínico, alcanzando mortalidad de 11 a 18%.^[10] Por lo cual, resulta fundamental el uso de APACHE II al momento de abordar pacientes con PA moderadamente grave y severa.

La gráfica 5 explica que en la escala APACHE II se manejaron 122 expedientes clínicos (56.22%) organizados en el grupo de 0 a 7 puntos y 95 expedientes clínicos (43.78%) catalogados en el grupo de mayor o igual a 8 puntos. En cuanto a la escala de APACHE II y la detección de complicaciones, en el plano local se ejemplifica la tabla 6 se describe un superior número de expedientes clínicos con complicaciones locales que están asignados en el grupo de mayor o igual a 8 puntos; se revela que todos los pacientes con colección necrótica aguda, pseudoquiste pancreático y/o necrosis pancreática se presentaron en el grupo de APACHE II mayor o igual a 8 puntos, se añade el comentario que la complicación local mayormente detectada con APACHE II mayor o igual a 8 puntos fue líquido libre intraabdominal. En el plano sistémico, en la tabla 7 se describe una elevada cantidad de expedientes clínicos con complicaciones sistémicas consignadas en el grupo de mayor o igual a 8 puntos sobre el rango de 0 a 7 puntos; cabe destacar que todos los pacientes con insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria y/o neumonía mostraron APACHE II en rango de mayor o igual a 8 puntos, además que las complicaciones sistémicas más detectadas con APACHE II mayor o igual a 8 puntos fue un empate entre insuficiencia renal (26) y efusión pleural (26).

La tabla 8 manifiesta que en la escala Glasgow se encontraron 169 expedientes clínicos (77.88%) encasillado en el rango entre 0 a 2 puntos, 44

expedientes clínicos (20.28%) organizados 3 a 8 puntos y 4 expedientes clínicos (1.84%) que no se pudieron escalonar por falta de información (valores de laboratorio) indispensables para terminar la medición en las primeras 48 horas. En forma específica la escala Glasgow en detección de complicaciones, de manera local, la gráfica 6 comprueba que gran número de pacientes con complicaciones locales estaban clasificados en 0 a 2 puntos, a excepción de complicaciones como colección necrótica aguda y necrosis pancreática, la cual su mayoría de individuos estaban catalogados en la clase de 3 a 8 puntos; además líquido libre peripancreático y colección de líquido peripancreático tenían igual cantidad de sujetos encasillados con la categoría de 0 a 2 y 3 a 8 puntos; también se destaca que la mayor complicación local encontrada con un valor entre 3 a 8 puntos fue líquido libre intraabdominal. De manera sistémica, en la gráfica 7 indica que habitualmente los pacientes con complicaciones sistémicas se escalonan en la clase de 3 a 8 puntos, se reconoce como la principal complicación sistémica encontrada con Glasgow de 3 a 8 puntos fue insuficiencia renal, seguida de efusión pleural y atelectasias.

Se expone que los pacientes con marcadores pronósticos desfavorables son: APACHE II ≥ 8 , BISAP ≥ 3 , RANSON ≥ 3 y Glasgow ≥ 3 , deben ser trasladados a la unidad de cuidados intensivos; si se espera un curso clínico grave y/o insuficiencia orgánica, se debe trasladar al paciente a un centro especializado de manejo de PA.^[11] Por lo anterior, se recalca lo indispensable que es la medición de estas escalas clínicas y así poder derivar a los pacientes a la unidad de cuidados intensivos de forma oportuna.

Pueden ocurrir complicaciones locales en casos de PA moderadamente grave y grave, que incluyen colecciones agudas de líquido peripancreático, colecciones necróticas agudas, pseudoquistes pancreáticos, entre otras.^[8] Expuesto esto, se consideró la evaluación de las complicaciones locales presentadas en pacientes con PA en la gráfica 8, en la cual predomina líquido libre intraabdominal (46.43%), luego líquido libre peripancreático (25.00%) y el resto de complicaciones locales en

menor medida. El líquido libre intraabdominal en PA es un fuerte predictor del desarrollo posterior de pancreatitis necrotizante, insuficiencia orgánica y mortalidad; la ausencia del líquido es muy tranquilizadora por su alto valor predictivo negativo de 98.7% para necrosis y 95.3% para insuficiencia orgánica y mortalidad, siendo predictor de un curso benigno, y raramente la ausencia de líquido libre intraabdominal llevó a fallecimiento.^[13] Acoplando al presente estudio, se quiere enfatizar a médicos de este Hospital, al momento de recibir informes radiológicos de pacientes con PA, la indispensable relevancia de no subestimar la presencia de líquido libre intraabdominal, debido a que su presencia debe representar una bandera roja sobre que el paciente necesita mayor monitorización; además de valorar su ausencia en los pacientes que presentan cuadros leves y su manejo pueda incluir una salida temprana.

Al estudiar la presencia o ausencia de complicaciones locales con Mortalidad o sobrevivencia, en la gráfica 9 demuestra que de los 39 pacientes con complicaciones locales la gran mayoría sobrevivió y solo fallecieron dos pacientes, a diferencia de los pacientes sin complicaciones locales donde fallecieron tres veces más pacientes, no obstante, también la gran parte de pacientes sin complicaciones locales sobrevivió.

PA es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, que puede dañar no solo el tejido peripancreático local, sino también órganos y sistemas remotos; el estado inflamatorio agudo del páncreas generalmente sigue a una infección, que puede conducir a una disfunción orgánica multisistémica.^[16] Por este motivo, se tomó decisión de determinar las complicaciones sistémicas manifestadas en los pacientes con PA en la gráfica 10 se presenta la distribución de complicaciones sistémicas en individuos con PA, donde domina por un ligero margen efusión pleural (27.45%), a continuación está insuficiencia renal (26.47%) y atelectasias (25.49%) y el resto de complicaciones sistémicas en menor cantidad; estos hallazgos concuerdan con hallazgos en estudios previos donde la incidencia de lesión renal aguda en la PA es entre

14 a 34%.^[2] Al examinar la presencia o ausencia de complicaciones sistémicas por Mortalidad o sobrevivencia: en la gráfica 11 se determina que de los 48 pacientes con complicaciones sistémicas falleció el 16.67%; sin embargo, si se analiza desde otro punto de vista, se puede evidenciar que todos los pacientes fallecidos presentaban complicaciones sistémicas y que todos los pacientes sin complicaciones sistémicas sobrevivieron.

Los pacientes con PA y que desarrollaron insuficiencia renal tenían mayores tasas de mortalidad y mayores puntuaciones en las escalas de APACHE II, BISAP y RANSON.^[12] Coincide parcialmente con lo revelado en este estudio, en donde: APACHE II mayor o igual a 8 puntos contaba con casi todos los pacientes con insuficiencia renal, BISAP de 3 a 5 puntos tenía una razón de 2:1 con BISAP 0 a 2 puntos en pacientes con insuficiencia renal, la excepción fue RANSON que contó con igual número de pacientes con insuficiencia renal con 0 a 2 puntos y mayor o igual a 3 puntos.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de pacientes con PA en el Hospital Dr. Rafael Hernández L. durante el año 2022 fue de 22% por cada 1,000 pacientes ingresados. Esta población era principalmente femenina y con edad entre 21-30 años, se observó una tendencia negativa a medida que aumentaba en el rango de edad
- En el estudio, la mortalidad fue del 0,8% por cada 1,000 pacientes y con una tasa de letalidad del 4% de sujetos con PA, estos valores concuerdan con los encontrados en estudios previos sobre PA.
- La PA de origen biliar, fue la presentación más común, coincidiendo con la literatura expuesta sobre causas etiológicas en pacientes con PA.
- Las complicaciones locales más comunes en PA fueron líquido libre intraabdominal, después líquido libre peripancreático; respecto a las complicaciones sistémicas en PA se destacó efusión pleural, seguida de insuficiencia

- renal y atelectasia, respectivamente.
- APACHE II fue el que mayor predictor de complicaciones locales, en segundo lugar escala Glasgow; mientras que en complicaciones sistémicas APACHE II fue el mayor indicador de las mismas, luego se encontraba la escala BISAP.

IDENTIFICACIÓN ORCID:

Erick Bethancourt 0009-0003-9621-650X
 Johana Guerra 0009-0006-7450-1619
 Isis Castillo 0009-0005-3384-3455

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beyer, G., Hoffmeister, A., Lorenz, P., Lynen, P., Lerch, M. y Mayerle, J. (2022). Acute y Chronic Pancreatitis. Deutsches Ärzteblatt International, 119 (29-30): 495-501. Doi: 10.3238/arztebl.m2022.0223
2. Feng, A., Ao, X., Zhou, N., Huang, T., Li, L., Zeng, M. y Lyu, Jk. (2022). A Novel Risk-Prediction Scoring System of Sepsis among Patients with Acute Pancreatitis: A Retrospective Analysis of a Large Clinical Database. International Journal of Clinical Practice, 5435656. Doi: 10.1155/2022/5435656
3. Gapp, J., Tariq, A. y Chandra, S. (2023). Acute pancreatitis. Stat Pearls. Update: February 9,2023. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482468/>
4. Gliem, N., Ammer-Herrmenau, C., Ellenrieder, V. y Neesse, A. (2020). Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update. DIGESTION, 102 (4): 503-507. Doi: 10.1159/000506830
5. Huang, Y. y Badurdeen, D. (2023). Acute Pancreatitis Review. Turkish Journal of Gastroenterology, 34(8): 795-801. Doi: 10.5152/tjg.2023.23175
6. Mohy, N.yMorrissey, S.(2023).Pancreatitis.Stat Pearls. Up date: July 4 2023. Available:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538337/>
7. Patel, M., Shyam, R., Atam, V., Bharti, H., Sachan, R. y Parihar, A. (2022). Clinical Profle ,Etiology and Outcome of Acute Pancreatitis: Experience at a Tertiary Care Center. Annals of African Medicine, 21(2): 118-123. Doi: 10.4103/aam.aam_83_20
8. Réka, E., Fur, G., Kiss, L., István, D., Soós, A., Hegyi, P., Szakács, Z., Tinusz, B., Varjú, P., Vincze, A., Eross, B., Czimber, J., Szepes, Z., Varga, G. y Rakonczay, Z. (2020). Assessment of the course of acute pancreatitis in the light of aetiology: a systemic review and meta-analysis. SCIENTIFIC REPORTS, 10: 17936. Doi: 10.1038/s41598-020-74943-8
9. Szatmary, P., Grammatikopoulos, T., Cai, W., Huang, W., Mukherjee, R., Halloran, C., Beyer, G. y Sutton, R. (2022). Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. Drugs, 82(12): 1251-1276. Doi: 10.1007/s40265-022-01766-4
10. Walkowska, J., Zielinska, N., Shane, R., Podgórski, M., Dlubek-Ruxer, J. y Olewnik, L. (2022). Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis. Diagnostics, 12(8): 1974. Doi:10.3390/diagnostics12081974
11. Wook, D. y Min, C. (2022). Predicting Severity of Acute Pancreatitis. MEDICINA (KAUNAS), 58(6): 787. Doi: 10.3390/medicina58060787
12. Wu, S., Zhou, Q., Cai, Y. y Duan, X. (2023). Development and validation of a prediction model for the early occurrence of acute kidney injury in patients with acute pancreatitis. Renal failure, 45(1): 2194436. Doi: 10.1080/0886022X.2023.2194436
13. Yang, E., Nguyen, N. y Kwong, W. (2021). Abdominal free fluid in acute pancreatitis predicts necrotizing pancreatitis and organ failure. Annals of Gastroenterology, 34(6): 872-878. Doi: 10.20524/aog.2021.0666
14. Zerem, E., Kurtcehajic, A., Kunosic, S., Zerem, D. y Zerem, O. (2023). Current trends in acute pancreatitis: Diagnostic and therapeutic challenges. World Journal

- of Gastroenterology, 29 (18): 2747-2763. Doi: 10.3748/wjg.v29.i18.2747
15. Zhou, H., Mei, X., He, X., Lan, T. y Guo, S. (2019). Severity stratification and prognostic prediction of patients with acute pancreatitis at early phase. Medicine, 98 (16): e15275. Doi: 10.1097/MD.00000000000015275
16. Zhou, J., Zhou, P., Zhang, Y., Wang, G. y Fan, Z. (2021). Signal Pathways and Markers involved in Acute Lung Injury Induced by Acute Pancreatitis. Disease Markers, 9947047. Doi: 10.1155/2021/9947047