Descargado el: 18-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2014-2015

Morbidity and mortality in patients with acute pancreatitis. Cienfuegos, 2014-2015

Daniel Felipe Marín Ríos[1] Orlando Manuel Águila Meleros[1] Lidia Torres Ajá[1] José Alberto Puerto Lorenzo[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Marín-Ríos D, Águila-Meleros O, Torres-Ajá L, Puerto-Lorenzo J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2014-2015. **Medisur** [revista en Internet]. 2019 [citado 2026 Nov 18]; 17(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3830

Resumen

Fundamento: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio que afecta a la glándula pancreática. Se asocia a altos índices de morbilidad y mortalidad, a pesar de los grandes avances que se han venido produciendo en los últimos años, en el manejo del paciente crítico.
Objetivo: caracterizar la morbilidad y mortalidad en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.
Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo y correlacional, de los pacientes ingresados con diagnóstico de pancreatitis aguda en el periodo 2014-2015 en el servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos. Se analizó la edad, sexo, color de la piel, presentación clínica, etiología, factores de riesgo, complicaciones, requerimiento de cirugía, tiempo transcurrido hasta el ingreso en unidad de cuidados intensivos, y estado al egreso.
Resultados: se observó predominio del sexo masculino (55,5 %) y de pacientes en edades entre 31-50 años (34,1 %). La presentación clínica más frecuente fue la leve (65,4 %). La etiología principal fue la litiasis vesicular (40,7 %). Entre las complicaciones locales, la colección necrótica aguda fue la más frecuente, sobre todo, en los casos severos (66,7 %). La mortalidad fue nula para los casos leves y moderados, pero ascendió a 63,3 % en los casos severos.
Conclusión: la severidad de la pancreatitis aguda no guarda relación con su etiología; las complicaciones locales y mortalidad son mayores en los casos severos. Los pacientes con pancreatitis aguda leve no suelen tener hallazgos relevantes en la tomografía computarizada.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, cirugía general, complicaciones posoperatorias, mortalidad

Abstract

Foundation: Acute pancreatitis is an inflammatory process that affects the pancreatic gland. It is associated with high rates of morbidity and mortality, despite the great advances in the management of critical patients in recent years.
Objective: to characterize morbidity and mortality in patients diagnosed with acute pancreatitis.
Methods: a descriptive, retrospective and correlational study of patients admitted with a diagnosis of acute pancreatitis in the 2014-2015 period in the General Surgery Department of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima Hospital in Cienfuegos. The variables analyzed were age, sex, skin color, clinical presentation, etiology, risk factors, complications, surgery requirement, time to admission to the intensive care unit, and discharge condition.
Results: predominance of males (55.5%) and patients aged between 31-50 years (34.1%) was observed. The most frequent clinical presentation was mild (65.4%). The main etiology was vesicular lithiasis (40.7%). Among local complications, the acute necrotic collection was the most frequent, especially in severe cases (66.7%). Mortality was zero for mild and moderate cases, but increased to 63.3% in severe cases.
Conclusion: the severity of acute pancreatitis is not related to its etiology; Local complications and mortality are greater in severe cases. Patients with mild acute pancreatitis usually have no relevant findings on computed tomography.

Key words: Pancreatitis, general surgery, postoperative complications, mortality

Aprobado: 2018-03-28 11:14:47

Correspondencia: Daniel Felipe Marín Ríos. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos lidia.torres@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda fue descrita por primera vez por Reginald Heber Fitz en 1889.[1] Se trata de un grupo de lesiones reversibles que contribuyen a la inflamación del páncreas, cuya severidad varía desde edema y necrosis grasa, hasta una necrosis del parénquima con hemorragia importante.[2] La incidencia de la enfermedad varía según los países, y depende de la causa. En Inglaterra, es de 5,4 por 100 000 habitantes al año;[3] en Estados Unidos es de 79,8 por 100 000;[4,5] y en España, se calcula una incidencia de entre 300 y 500 casos por cada millón de habitantes.[6,7]

Los factores de riesgo más importantes para la pancreatitis en adultos, son la litiasis y el consumo excesivo de alcohol. Otras causas menos comunes, son la obstrucción del sistema de conductos pancreáticos por tumores periampulares, páncreas *divisum* y parásitos. También se han descrito cerca de 85 fármacos capaces de producir pancreatitis aguda, entre los que se encuentran: los diuréticos tiazídicos, azatioprina, estrógenos, furosemida, sulfonamidas, metildopa, pentanimida y procainamida.[8-10]

La incidencia de pancreatitis biliar es más elevada entre mujeres blancas mayores de 60 años, y mucho mayor en pacientes con litiasis pequeña (menos de cinco milímetros de diámetro. [11-13]

Cerca de 20 a 30 % de casos son formas graves, y la mortalidad es de 4 a 5 % para la pancreatitis leve, y de 30 a 50 % para la pancreatitis grave. [14-16] Los factores asociados a la gravedad son necrosis, infección y falla orgánica múltiple.[17]

La mortalidad en la pancreatitis tiene una distribución bimodal. En las primeras dos semanas (fase temprana), el síndrome de disfunción orgánica múltiple es el resultado final de una cascada inflamatoria intensa activada en sus inicios por la inflamación pancreática. Luego de las dos semanas (fase tardía), la mortalidad suele deberse a complicaciones sépticas.[18-20]

En Cuba, se han realizado diversos estudios acerca del comportamiento de la enfermedad, observándose una mayor incidencia en el grupo etario comprendido entre los 31 a 45 años, aunque existe ambivalencia sobre el sexo; se coincide en que los pacientes con puntuaciones de Baltazhar D y E, son los que tienen una mortalidad más elevada; la litiasis biliar como la principal causa etiológica, y la aparición de complicaciones locales solo en los pacientes con pancreatitis aguda necrotizante.[21,22]

En la provincia de Cienfuegos se cuenta con dos estudios no publicados acerca del comportamiento de la pancreatitis aguda grave, el cual concluye que existe una mayor incidencia en pacientes mayores de 65 años, con ligero predominio del sexo masculino, y de la litiasis biliar y el alcoholismo como principales causas de la enfermedad, con una mortalidad de 30,3 %.[a]

Aunque estas series nos permiten evaluar el comportamiento de la pancreatitis aguda tanto a nivel nacional como local, en ellos solo se evalúan los casos ingresados en las unidades de cuidados intensivos, es decir, los casos con forma de presentación grave, y que representan un menor porcentaje, por tanto, no evalúan el comportamiento de la enfermedad en las demás formas clínica; ello motivó a la realización de esta investigación, que tiene como objetivo caracterizar la morbilidad y mortalidad en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.

---

[a]León Vidal L. Caracterización de la pancreatitis aguda grave en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente (Tesis de terminación de residencia). Cienfuegos: Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2010./ Morejón González L. Una urgencia médica: la pancreatitis aguda grave. Estudio de 5 años (Tesis de Maestría). Cienfuegos: Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2011.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y correlacional, de serie de casos, en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, que comprendió un periodo de dos años: desde el primero de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2015. Fueron analizados todos los pacientes de 18 y más años de edad (N=182), con diagnóstico de pancreatitis aguda, ingresados en el hospital.

Los datos fueron tomados de las historias clínicas de los pacientes. En caso de fallecimiento durante la estadía hospitalaria, se examinó el resultado de la necropsia en el departamento de Anatomía Patológica. La información se plasmó

en un formulario para la recolección de datos.

Las variables analizadas fueron: edad (en grupos etarios: 18-30 años, 31-50 años, 51-64 años, 65 y más años); sexo (masculino, femenino); color de la piel (negro, blanco, mestizo); presentación clínica (leve, moderada severa), etiología (litiásica, alcohólica, quirúrgica, colangiopancretografía retrógrada endoscópica (CPRE), medicamento, idiopática); factores de riesgo (litiasis vesicular, alcoholismo, CPRE, medicamento, ninguno); complicaciones (colección líquida peripancreática aguda, colección necrótica aguda, necrosis encapsulada, ninguna); requerimiento de cirugía (antes de las 72 horas, después de las 72 horas, no requirió cirugía); índice de severidad por tomografía computarizada (0-3, 4-6, 7-10); tiempo transcurrido hasta el ingreso en UCI (<24 horas, 24-48 horas, 48-72 horas, >72 horas, no requirió); y estado al egreso (vivo, fallecido).

El análisis estadístico se efectuó a través del paquete estadístico SPSS (*Statisfical Pachage for Social Sciences*) versión 15.0 para Windows. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas. Para demostrar la significación estadística entre las variables correlacionadas, se aplicó el Test de Chi Cuadrado, con sus intervalos de confianza del 95 %.

La investigación fue presentada y discutida en el Consejo Científico del Hospital en dos momentos: el de su protocolización, y luego de concluida, contando con la aprobación de este.

RESULTADOS

De los 182 pacientes, la mayor parte estuvo representada por el sexo masculino (55,5 %). Según el grupo etario, hubo un predominio entre 31-50 años (34,1 %), donde igualmente fueron más numerosos los hombres (44,6 %). Así mismo, fueron mayoría los pacientes con color blanco de la piel (65,9 %). Según la presentación clínica, fue más frecuente la forma leve, con 65,4 % del total, seguida de la moderada (18,1 %) y la severa (16,5 %). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según edad, color de piel, presentación clínica y sexo

Variables		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		No.	%	No.	%	No.	%
Grupo etario (años)	18-30	6	5,9	16	19,8	22	12,1
	31-50	45	44,6	17	21,0	62	34,1
	51-64	25	24,8	17	21,0	42	23,1
	65 y más	25	24,8	31	38,3	56	30,8
	Total	**101**	**100**	**81**	**100**	**182**	**100**
Color de piel	Blanco	76	75,2	44	54,3	120	65,9
	Negro	19	18,8	15	18,5	34	18,7
	Mestizo	6	5,9	22	27,2	28	15,4
	Total	**101**	**100**	**81**	**100**	**182**	**100**
Presentación clínica	Leve	57	56,4	62	76,5	119	65,4
	Moderada	19	18,8	14	17,3	33	18,1
	Severa	25	24,8	5	6,2	30	16,5
	Total	**101**	**100**	**81**	**100**	**182**	**100**

El 40,7 % del total de pacientes presentó antecedentes de litiasis biliar, con una mayor incidencia en los de presentación clínica leve (41,2 %). La segunda etiología más frecuente fue la alcohólica, con 36,8 %; en ningún caso estuvo asociada a procederes quirúrgicos. No existió relación estadísticamente significativa entre etiología y presentación clínica (p=7,624). (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según etiología y presentación clínica ingresados con pancreatitis aguda.

Etiología	Presentación clínica						Total	
	Leve		Moderada		Severa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Litiásica	49	41,2	16	48,5	9	30,0	74	40,7
Alcohólica	44	37,0	10	30,3	13	43,3	67	36,8
Quirúrgica	-	-	-	-	-	-	-	-
CPRE	5	4,2	2	6,1	-	-	7	3,8
Medicamento	11	9,2	3	9,1	2	6,7	16	8,8
Idiopática	10	8,4	2	6,1	6	20,0	18	9,9
Total	**119**	**100**	**33**	**100**	**30**	**100**	**182**	**100**

p=7,624

El factor de riesgo predominante fue la litiasis vesicular, con el 46,2 % de la población, sobre todo, en casos con presentación clínica leve (43,7 %). El alcoholismo fue el siguiente factor de riesgo (34,6 %), con mayor incidencia también de los casos leves. El factor menos observado fue la CPRE previa, representativa del 3,8 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según factor de riesgo y la presentación clínica

Factor de riesgo	Presentación clínica						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Litiasis vesicular	52	43,7	21	63,6	11	36,7	84	46,2
Alcoholismo	31	26,1	14	42,4	18	60,0	63	34,6
CPRE	5	4,2	2	6,1	-	-	7	3,8
Medicamento	24	20,2	12	36,4	3	10,0	39	21,4
Ninguno	10	8,4	8	24,2	10	33,3	28	15,4
Total	**n=119**		**n=33**		**n=30**		**n=182**	

Al analizar el índice de severidad por tomografía computarizada, se obtuvo que el 99,2 % de los casos leves se ubicó en el rango de 0-3, y solo el 0,8 % en el de 4-6. El 69,7 % de los pacientes con la forma moderada, estuvo entre 0-3, y el 6,1 % entre 7-10. De los casos severos, el 56,7 % obtuvo puntuaciones entre 7-10. De modo general el 77,5 % de la población estudiada presentó valores de este índice entre 0-3. El estadígrafo de p=145,98, expresó la relación estadísticamente significativa entre la presentación clínica y el índice de severidad. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según el índice de severidad por tomografía computarizada y la presentación clínica

Índice	Presentación clínica						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0-3	118	99,2	23	69,7	-	-	141	77,5
4-6	1	0,8	8	24,2	13	43,3	22	12,1
7-10	-	-	2	6,1	17	56,7	19	10,4
Total	**119**	**100**	**33**	**100**	**30**	**100**	**182**	**100**

p=145,98

Entre las complicaciones locales, hubo un mayor porcentaje de casos con colecciones necróticas agudas (12,1 %); des estos, el 90,9 % se presentó en formas severas (20 pacientes). El 73,1 % no presentó complicaciones locales, de los cuales el 86,5 % pertenecieron a formas leves. Existió relación significativa entre la presentación clínica y las complicaciones locales (p=163,6). (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según la presentación clínica y complicaciones locales

Complicaciones locales	Presentación clínica						Total	
	Leve		Moderada		Severo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Colección líquida peripancreática aguda	4	3,4	9	27,3	3	10,0	16	8,8
Colecciones necróticas agudas	-	-	2	6,1	20	66,7	22	12,1
Necrosis encapsulada	-	-	4	12,1	7	23,3	11	6,0
Ninguna	115	96,6	18	54,5	-		133	73,1
Total	**119**	**100**	**33**	**100**	**30**	**100**	**182**	**100**

p=163,6

El 83,0 % de los pacientes no requirió tratamiento quirúrgico. De ellos, el 74,8 % se asoció a formas clínicas leves. De los que recibieron tratamiento quirúrgico en menos de 72 horas (14,3 %), el 65,4 % fueron casos severos; todo esto para un valor p=84,44, que demostró asociación significativa entre la presentación clínica y el requerimiento de tratamiento quirúrgico. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según la presentación clínica y requerimiento de cirugía

Tratamiento quirúrgico	Presentación clínica						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Antes de las 72 horas	6	5,0	3	9,1	17	56,7	26	14,3
Después de las 72 horas	-	-	1	3,0	4	13,3	5	2,7
No requirió	113	95,0	29	87,9	9	30,0	151	83,0
Total	**119**	**100**	**33**	**100**	**30**	**100**	**182**	**100**

p=84,44

Los 129 pacientes (70,9 %) que no requirieron ingreso en la UCI egresaron vivos. De los 19 pacientes que fallecieron durante el ingreso (10,4 %), el 89,5% fueron ingresados en la UCI en las primeras 24 horas a partir de su ingreso hospitalario, y el resto, el 10,5 %, en el transcurso de las 48 – 72 horas posteriores al ingreso hospitalario. Existió relación entre el estado al egreso y las horas transcurridas hasta el traslado a la UCI (p=64,04). (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según tiempo transcurrido hasta el ingreso en UCI y estado al egreso

Ingreso UCI (horas)	Estado al egreso				Total	
	Vivo		Fallecido			
	No.	%	No.	%	No.	%
<24	24	14,7	17	89,5	41	22,5
24-48	6	3,7	-	-	6	3,3
48-72	3	1,8	2	10,5	5	2,7
>72	1	0,6	-	-	1	0,5
No requirió	129	79,1	-	-	129	70,9
Total	**163**	**100**	**19**	**100**	**182**	**100**

p=64,04

Así mismo, quedó demostrada la asociación significativa entre la presentación clínica y el estado egreso (p=107,5). Todos los pacientes con una presentación clínica leve y moderada egresaron vivos, mientras que, de aquellos afectados por la forma severa, el 63,3 % egresó fallecido.

DISCUSIÓN

La población de estudio fue analizada, en primera instancia, desde el punto de vista sociodemográfico, mediante las variables sexo, edad y color de la piel. Esta última, no es considerada en series similares, y en este caso en particular, el hecho de proceder la información relacionada con ella, de las apreciaciones subjetivas por parte del personal del departamento de admisión durante el ingreso, o, muchas veces, de referencias brindadas por el acompañante, le resta confiabilidad a cualquier valoración o juicio que pueda hacerse respecto a su comportamiento. En cuanto al sexo, los resultados difieren de algunos estudios, que observaron predominio en mujeres.[22,23,24] La mayor incidencia en pacientes de edades comprendidas entre 31-50 años coincide con los resultados de otros autores.[24]

En lo referente a la presentación clínica, se

observó con más frecuencia la forma leve, y con una mínima diferencia, las formas clínicas moderada y severa, con porcentajes de estas últimas muy cercanos a los de investigaciones realizadas en México y Chile.[8,12] De igual manera, la forma leve se establece como la presentación clínica más común de la enfermedad.[8,9,12,22,25]

La etiología que prevaleció fue la litiasis vesicular, seguida de la alcohólica, lo cual no difiere de lo establecido en la literatura nacional e internacional.[21,22,23-25] Los casos de pancreatitis leve y moderada tuvieron como etiología predominante la litiasis vesicular, y se presentó en menor grado, como tal, en los casos leves. Los casos de pancreatitis aguda severa tuvieron como causa principal el consumo de alcohol (43,3 %). Sin embargo, se pudo comprobar estadísticamente que no existe asociación entre la etiología de la pancreatitis aguda y su presentación clínica. Tal hallazgo, alerta sobre la necesidad de un seguimiento estricto a todo paciente ingresado con el diagnóstico de pancreatitis aguda más allá de su etiología, dada la posibilidad de su empeoramiento clínico durante la estadía hospitalaria.

Al relacionar el índice de severidad por tomografía computarizada con la presentación clínica, se halló que casi la totalidad de pacientes con pancreatitis aguda leve tuvieron puntuaciones entre 0-3, lo que indica la ausencia casi total de complicaciones locales, lo que es conceptualmente característico en este grado de severidad, y es a su vez la razón por la cual usualmente no se requieren estudios de imagen.[14,22] En los pacientes con pancreatitis aguda moderada se obtuvo puntuación 0-3 solo en el 69,7 % de ellos, con un incremento de puntuaciones entre 4-6. Aquellos con una presentación clínica severa tuvieron puntaje de 7-10 en el 56,7 %; y los restantes 13 casos severos obtuvieron puntuaciones entre 4-6. El incremento de las complicaciones locales, observado en las formas clínicas más severas de la enfermedad, se comprobó estadísticamente y se corresponde con las descripciones realizadas en la literatura.[26,27]

La disfunción orgánica es la determinante fundamental en la categorización de la severidad de la pancreatitis aguda, no obstante, la presencia de complicaciones locales es un factor predictor de severidad, y guarda una relación directa con la persistencia del fallo orgánico y la mortalidad.[18-21] En el presente estudio, se observó que la aparición de complicaciones locales tuvo una menor incidencia en los casos leves, pues el 96,6 % de ellos no presentó hallazgos tomográficos; y en los pocos que se presentaron se trató de colecciones líquidas peripancreáticas sin signos de necrosis. En cambio, entre los casos severos la presencia de complicaciones locales asociadas a necrosis se evidenció en el 90 %. Ninguno de los casos graves cursó sin complicaciones locales. En los casos con severidad moderada la complicación local más encontrada fue la colección líquida peripancreática aguda, no obstante, el 54,5 % no se tuvo evidencia de alteraciones locales en los estudios tomográficos.

El abordaje quirúrgico a pacientes con pancreatitis aguda es cada vez más cauteloso.[26-29] Aun no se dilucida el valor del lavado peritoneal para eliminar la ascitis con abundantes enzimas y la opinión actual está en contra del desbridamiento de la necrosis estéril, a menos que existan complicaciones sistémicas que comprometan la vida.[26,27] La infección es una complicación importante de la pancreatitis aguda, y la causa más común de muerte; su tratamiento definitivo es el desbridamiento quirúrgico con necrosectomía, la irrigación cerrada continua y la colocación de compresas dejando la herida abierta, sin embargo, su mortalidad es del 25-30 %, se eleva hasta un 75 % en los operados durante los primeros 14 días de instalación del cuadro, y desciende a 8 % en los operados después de los 30 días. Los protocolos actuales de manejo de los pacientes con sospecha de necrosis pancreática infectada sugieren la aspiración con aguja fina para la confirmación y antibiograma, y debido a la alta morbilidad y mortalidad del desbridamiento abierto, cada vez más se utilizan las técnicas endoscópicas y laparoscópicas.[13,14] Desafortunadamente, para cumplir con estas recomendaciones se requiere de un servicio de imagenología intervencionista.

En este estudio la cirugía se llevó a cabo en seis pacientes (3,3 %) con pancreatitis aguda leve, en todos los casos, debido a duda diagnóstica al momento del ingreso. Entre los casos moderados, cuatro sujetos requirieron tratamiento quirúrgico (2,1 %), mientras que de los casos graves fueron objeto de cirugía en las primeras 72 horas de su ingreso 9,3 % de ellos, y 2,2 % transcurrido dicho periodo, para un total de 21 casos intervenidos quirúrgicamente (11,5 %). De manera global, 31 pacientes fueron sometidos a cirugía (17,0 %).

Los porcentajes de intervención quirúrgica

hallados en nuestra investigación son considerablemente superiores a los descritos en los estudios de Rebollar y colaboradores;[13] pero similares a los de Gompertz y colaboradores.[24]

El tratamiento médico es la base fundamental en el manejo de la pancreatitis aguda, bien sea en una sala abierta o en una UCI. En la literatura consultada se promueven múltiples sistemas de escala para predecir el pronóstico de estos pacientes y su posible traslado a UCI.[3,4,13,14,28] En la serie analizada, se observó que aun cuando existen criterios específicos para tomar tal decisión, estos no son aplicados sistemáticamente; no obstante, los principales determinantes fueron la presencia de disfunción orgánica única o múltiple, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) o empeoramiento clínico del paciente, así como hallazgos topográficos de necrosis pancreática.

A pesar de lo expuesto con anterioridad, 29,1 % de los pacientes precisó ingreso en UCI, sobre todo, en las primeras 24 horas (22,5 %) posteriores a la admisión. El 70,9 % no requirió ingreso en UCI, y egresaron vivos. Mientras tanto, la mortalidad asociada al ingreso en UCI representó el 35,8 %, equivalente a 19 individuos.

Es ampliamente conocido que la severidad de la pancreatitis aguda guarda una relación directamente proporcional con la mortalidad. En los casos leves con cifras inferiores al 1 % y en los casos graves con valores que oscilan entre el 10-30 %,[7,17,27] y que se elevan hasta el 36-50 % en pacientes que desarrollan disfunción orgánica persistente durante los primeros días de la enfermedad.

Evaluando la información existente,[16-20] se encontró que la mortalidad asociada a la severidad de la enfermedad presentó un comportamiento similar al descrito en la literatura consultada, con una mortalidad nula en los casos con pancreatitis aguda leve y moderada, y 63, 3 % de fallecidos en los casos severos, representativos del 10,4 % de los pacientes ingresados con el diagnóstico de pancreatitis aguda.

Se concluyen como resultados más relevantes la presentación clínica leve como la más diagnosticada, y la litiasis vesicular y el alcoholismo como los factores etiológicos predominantes. El índice de severidad por tomografía computarizada guardó relación directa con la forma clínica de presentación. El mayor número de complicaciones se presentó en pacientes con pancreatitis aguda severa, siendo la necrosis encapsulada la modalidad más diagnosticada. La mortalidad fue nula en los casos de pancreatitis aguda leve y moderada; con fallecimiento del 63 % de los pacientes portadores de pancreatitis aguda severa.

Conflicto de interés: Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores: Idea conceptual: Daniel Felipe Marín Ríos y Orlando Águila Meleros; análisis estadístico: Daniel Felipe Marín Ríos; revisión de la literatura: Daniel Felipe Marín Ríos y Lidia Torres Ajá; escritura del artículo: Daniel Felipe Marín Ríos y Lidia Torres Ajá; y revisión crítica: Orlando Águila Meleros, Lidia Torres Ajá y José Alberto Puerto Lorenzo.

Financiación: Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brizuela RA. Pancreatitis aguda. In: Paniagua ME, Piñol FN, editors. Gastroenterología y Hepatología Clínica. La Habana: ECIMED; 2015. p. 2635 -53.

2. Johnson D, Besselink MG, Carter R. Acute pancreatitis [Internet]. Glasgow, UK: University Hospital Southampton; 2015. [cited 16 Jun 2018] Available from: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85078.

3. Van Santvoort H, Besselink M, Bakker O, Hofker H, Boermeester M, Dejong C, et al. A Step-up Approach or Open Necrosectomy for Necrotizing Pancreatitis. N Engl J Med. 2010 ; 362 (16): 1491-502.

4. Sarr M. 2012 revision of the Atlanta Classification of acute pancreatitis. Pol Arch Med Wewn. 2013 ; 123 (3): 118-24.

5. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013 ; 108 (9): 1400-15.

6. Maraví-Poma E, Patchen Dellinger E, Forsmark CE, Layerd P, Lévye T, et al. Clasificación

Internacional y Multidisciplinaria de la Pancreatitis Aguda: Edición española 2013. Med Intensiva. 2014 ; 38: 211-7.

7. Boadas J, Balsells J, Busquets J. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Sociedad Catalana de Digestología, Sociedad Catalana de Cirugía y Sociedad Catalana de Páncreas. Gastroenterología y Hepatología. 2015 ; 38 (2): 82-96.

8. Salazar-Alarcón JL, Arones-Collantes RA, León-Estrella MÁ, Peña-Peña CS. Pancreatitis aguda debido a intususcepción gastroduodenal. Rev Chil Cir [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Abr 2018] ; 69 (3): [aprox. 11p]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000300015&lng=es.

9. Pedroza A, Aguirre F, Parra G, Buitrago R, Medellín A, López C, et al. Bezoar gástrico de plástico como causa de pancreatitis aguda: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Cir [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Abr 2018] ; 32 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822017000200010&lng=en.

10. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. Lancet. 2015 ; 386 (9988): 85-96.

11. Quinlan J. Acute pancreatitis. Am Fam Physician. 2014 ; 90 (9): 632-9.

12. Rebollar RC, García J. Prevalencia y mortalidad de pancreatitis aguda grave de origen biliar y alcohólica en el Hospital Juárez de México. Rev Mex de Cirugía del Aparato Digestivo [revista en Internet]. 2012 ; 1 (1): 13-17.

13. Ocampo C, Basso S. Diagnóstico de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam [revista en Internet]. 2016 [cited 16 Jun 2018] ; 46 (2): [aprox. 1p]. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199346231012.

14. De Waele JJ. Acute pancreatitis. Curr Opin Crit Care. 2014 ; 20 (2): 189-95.

15. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013 ; 62 (1): 102-11.

16. Kuo DC, Rider AC, Estrada P, Kim D, Pillow MT. Acute pancreatitis: What's the score?. J Emerg Med. 2015 ; 48 (6): 762-70.

17. Martínez J, López V. Morbimortalidad de necrosectomía pancreática abierta. Acta Méd Costarric [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Abr 2018] ; 59 (4): [aprox. 18p]. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022017000400138&lng=en&nrm=iso&tlng=es.

18. Ríos F, Villarreal E, Martínez L, Vargas ER, Galicia L, Ortiz MC, et al. Índice clínico de gravedad en pancreatitis aguda como predictor de mortalidad en pancreatitis aguda en el servicio de urgencias. Rev Chil Cir. 2017 ; 69 (6): 441-5.

19. Cubas S, Varela M, Noria A, Ibarra S, Martínez JP, González F, et al. SIRS como predictor de severidad en la pancreatitis aguda. Rev Méd Urug [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Abr 2018] ; 33 (3): [aprox. 14p]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000300026&lng=es.

20. Ojeda M, González J, Frómeta A, Palacio L. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Abr 2018] ; 16 (3): [aprox. 28p]. Available from: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/565/1000.

21. Wilson A, Pérez N, Álvarez G, García ME, Posada Y. Factores pronósticos de mortalidad asociados a las pancreatitis agudas intervenidas quirúrgicamente en Camagüey. 16 de Abril [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Abr 2018] ; 16 (4): [aprox. 24p]. Available from: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/304.

22. García ER. Caracterización del comportamiento clínico-quirúrgico de la pancreatitis aguda en una unidad hospitalaria de Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Abr 2018] ; 19 (4): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400007&lng=es.

23. Stimac D, Mikolasevic I, Krznaric-Zrnic I, Radic M, Milic S. Epidemiology of acute pancreatitis in the North Adriatic Region of

Croatia during the last ten years. Gastroenterol Res Pract. 2013 ; 2013 (956): 1-49.

24. Gompertz M, Lara I, Fernández L, Miranda JP, Mancilla C, Watkins G, et al. Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev Med Chile [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Abr 2018] ; 141 (5): [aprox. 12p]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500002.

25. Ocampo C, Kohan G, Leiro F, Basso S, Gutiérrez S, Perna L, et al. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros. Acta Gastroenterol Latinoam [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Abr 2018] ; 45 (4): [aprox. 18p]. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199343433005.

26. García F, Ulloa JL, Jiménez R, Monzón RM, Geroy CJ. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la pancreatitis aguda grave. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 2 Abr 2018] ; 7 (1): [aprox. 13p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/691.

27. Orellana P. Pancreatitis Aguda: Revisión de las Nuevas Guías del 2013. Medicina Legal de Costa Rica [revista en Internet]. 2014 [cited 2 Abr 2018] ; 31 (1): [aprox. 12p]. Available from: http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art08v31n1.pdf.

28. Kambhampati S, Park W, Habtezion A. Pharmacologic therapy for acute pancreatitis. World J Gastroenterol. 2014 ; 20 (45): 16868-80.

29. Johnson CD, Besselink MG, Carter R. Acute pancreatitis. BMJ. 2014 ; 349: g4859.