

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF NO.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023

**CLINICAL CHARACTERIZATION OF PANCREATITIS IN
PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY
DEPARTMENT OF HGZMF NO. 1 IN THE PERIOD
JANUARY-DECEMBER 2023**

Yuliana Mendoza Granados

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, México

Estrella Elizabeth Pastén López

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, México

Néstor Mejía Miranda

Unidad de Medicina Familiar No.37, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18430

Caracterización Clínica de la Pancreatitis en Pacientes Ingresados a Urgencias del HGZMF No.1 en el Periodo de Enero-Diciembre 2023

Yuliana Mendoza Granados ¹yulumend@gmail.com<https://orcid.org/0009-0009-8733-8509>Hospital General de Zona con Medicina
Familiar

No. 1 Pachuca, Hidalgo

México

Estrella Elizabeth Pastén Lópezestrellapasten@gmail.com

Hospital General de Zona con Medicina

Familiar

No. 1 Pachuca, Hidalgo

México

Néstor Mejía Mirandamirandaq.netau@gmail.com

Unidad de Medicina Familiar No.37,

Tlaxcoapan, Hidalgo

México

RESUMEN

La pancreatitis aguda se ha convertido en una de las enfermedades más prevalentes en los adultos jóvenes asociada a mayor sedentarismo, obesidad por mala alimentación, estrés y un mayor consumo de alcohol, siendo la causa más común la de origen biliar, su diagnóstico es clínico, bioquímico y por estudios de imagen. El tratamiento depende de la gravedad pero se basa en aporte hídrico, analgesia, nutrición enteral temprana y tratar la causa subyacente. La mortalidad es baja, pero los casos graves requieren de unidad de cuidados intensivos. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, mediante estadísticas sobre la Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1, con una muestra de 84 expedientes clínicos se observó que el predominio fue en mujeres, con presentación a partir de los 49 años con mayor frecuencia en los 59 años, quienes tenían un alimentación rica en carbohidratos y baja actividad física, el 32.1% reportó consumo de alcohol, siendo esta la tercera causa de pancreatitis, la de origen biliar con 58.3%, confirmada por elevación de enzimas pancreáticas, estudios de gabinete y clínica, solo el 2.4 % se consideró como casos crónicos y el resto correspondió a pancreatitis aguda, sera de gran utilidad para establecer nuevas estrategias de prevención, atención y seguimiento, así como para orientar futuras investigaciones sobre el manejo terapéutico.

Palabras clave: pancreatitis aguda, caracterización clínica, factores de riesgo, pancreatitis biliar

¹ Autor principal

Correspondencia: yulumend@gmail.com

Clinical Characterization Of Pancreatitis In Patients Admitted To The Emergency Department Of Hgzmf No. 1 In The Period January-December 2023

ABSTRACT

Acute pancreatitis has become one of the most prevalent diseases in young adults, associated with increased sedentary lifestyle, obesity due to poor diet, stress, and higher alcohol consumption. The most common cause is biliary tract. Diagnosis is based on clinical, biochemical, and imaging studies. Treatment depends on the severity of the condition but is based on fluid intake, analgesia, early enteral nutrition, and treating the underlying cause. Mortality is low, but severe cases require intensive care. A descriptive, cross-sectional, observational, statistical study was conducted on the clinical characterization of pancreatitis in patients admitted to the emergency department of HGZMF No. 1. With a sample of 84 clinical records, it was observed that the predominance was in women, with presentation from 49 years of age, more frequently in those 59 years of age, who had a diet rich in carbohydrates and low physical activity, 32.1% reported alcohol consumption, this being the third cause of pancreatitis, biliary origin with 58.3%, confirmed by elevated pancreatic enzymes, office studies and clinical, only 2.4% were considered chronic cases and the rest corresponded to acute pancreatitis, being very useful to establish new prevention, care and follow-up strategies, as well as to guide future research on therapeutic management.

Keywords: acute pancreatitis, clinical characterization, risk factors, biliary pancreatitis

*Artículo recibido 07 mayo 2025
Aceptado para publicación: 11 junio 2025*



INTRODUCCIÓN

El páncreas es un órgano abdominal que secreta de enzimas digestivas y hormonas esenciales para el cuerpo. (1) las enzimas digestivas como lipasas, proteinasas y amilasas, que son responsables de la absorción de grasas, proteínas y carbohidratos; tiene una variedad de células que secretan una variedad de hormonas, incluidas las células glucagón, insulina, somatostatina, células P (péptido pancreático) y células grelina. (2)

Los cambios necroinflamatorios y las complicaciones locales y sistémicas pueden ser causados por una pancreatitis aguda, un trastorno intracelular del calcio en las células pancreáticas. (3) Los factores de riesgo como la obesidad probablemente han aumentado, la pancreatitis aguda (PA), se puede manifestar con datos de abdomen agudo, La presentación clínica varía, desde una enfermedad leve con recuperación en unos días hasta una enfermedad grave y mortal, Esta enfermedad tiene una evolución impredecible y está relacionada más con el desarrollo de fallas orgánicas múltiples con una alta morbilidad. (4) Debido a una gran cantidad de evidencia científica, el tratamiento médico y quirúrgico de la PA ha cambiado significativamente en los últimos años. Las complicaciones sistémicas (fallo orgánico) y las complicaciones locales (coleciones líquidas o necrosis), especialmente si es infectado, indican la gravedad de la PA, según nuevos descubrimientos sobre la fisiopatología de la enfermedad.

Según la American Academy of Gastroenterology, la pancreatitis aguda es la inflamación del páncreas causada por una actividad enzimática inadecuada, con una elevación de las enzimas pancreáticas hasta tres veces su límite superior normal, afectación local y sistémica, que puede provocar múltiples fallas orgánicas. (6,7)

Se caracteriza por cumplir con al menos dos de las siguientes condiciones:

- Dolor abdominal agudo, de intensidad variable, casi siempre severo y transitorio, predominantemente en el epigastrio, pero puede propagarse.
- Valores de amilasa y/o lipasa sérica que superan en al menos tres veces los valores normales superiores
- Resultados de imágenes que indican pancreatitis aguda. (8)



La PA generalmente se clasifica en tres categorías: leve, cuando se resuelve dentro de una semana sin daño local o sistémico; moderada, cuando hay disfunción orgánica durante no más de 48 horas; y grave, cuando hay fallas multiorgánicas durante más de 48 horas. (10)

Epidemiología: Es una de las enfermedades gastrointestinales que más frecuentemente requieren hospitalización, En los últimos diez años, la incidencia de pancreatitis aguda ha aumentado debido a la obesidad, el aumento en la ingesta de etanol y litos vesiculares, de entre 40 a 60 años. A nivel mundial, se han reportado entre 13 y 45 casos cada 100.000 personas, con un leve aumento en países en vías de desarrollo. Generando un gasto en salud superior a los 2,5 billones de dólares. (11)

Las hospitalizaciones han aumentado un 13.3%, según varios estudios epidemiológicos. Las tasas de mortalidad se deben a La falla orgánica persistente es la principal causa de muerte (12). En 2020, se registró una incidencia de 15,9 casos por cada 100.000 personas en Latinoamérica; en Brasil, hay más de 11 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que Argentina es uno de los países con mayor prevalencia del 3%. (13)

Se calcula que hay entre 4.9 y 8 casos por cada 100.000 personas en Estados Unidos, y la incidencia varía según el consumo de alcohol y la frecuencia de litiasis biliar. En los últimos 20 años, el número de hospitalizaciones por PA ha aumentado un 100 %. En 1999, fue la causa número 20 de muerte en el país, con el 0,5% de las defunciones, según datos del Instituto Nacional de Estadística, pero para el 2018 se reportó una tasa de mortalidad del 2,1% de los casos. (14)

En México, se registran más de 250 000 nuevos casos y alrededor de 3 000 muertes por año, provocando gastos de hospitalización superiores a los 2.5 billones de dólares. Siendo la causa número 21 de ingresos hospitalarios y la principal causa de ingresos por motivos gastrointestinales, con una incidencia de 23 a 45 casos por cada 100 000 habitantes. En las situaciones leves, la tasa de mortalidad es de aproximadamente el 1%, mientras que, en las situaciones graves, puede alcanzar el 35%. (15)

Etiología: Se ha demostrado que los factores relacionados con la regulación del calcio son genéticos, la secreción ductal y la activación de zimógenos aumentan el riesgo de pancreatitis. (16). La causa más común de PA es la litiasis biliar, incluida la microlitiasis y el barro biliar, que representa entre el 35 y el 40 % de los casos. Las personas con colelitiasis y los varones tienen un mayor riesgo de sufrir PA. Sobre



todo, si hay cambios transitorios en las pruebas de función hepática en las 48 horas iniciales del diagnóstico pancreatitis y aumenta más si se corrobora colelitiasis o lodo biliar por ecografía. (17)

Por otra parte, el alcoholismo es la segunda causa más importante de pancreatitis aguda y representando hasta el 30% de los casos. Si se consume más de 50 a 60 gramos de alcohol al día de forma regular u ocasionalmente, el alcohol se puede considerar un factor de riesgo. (18). Menos del 10% de los casos son de otras causas menos comunes, como la metabólica: hipercalcemia, y más la hipercolesterolemia, otras causas genéticas (mutación CASR, CLDN2, CFTR, PRSS1, SPINK1, CTRC,), los traumatismos, infecciones, disfunción del esfínter de Oddi, malformaciones del páncreas divisum, las neoplasias, la vasculitis, enfermedades autoinmunes, la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) y las farmacológicas. (19), Algunas causas raras de pancreatitis aguda incluyen medicamentos como valproato, esteroides y azatioprina, así como infecciones virales como paperas y el virus Cocksackie B4. (20)

Fisiopatología: Las células pancreáticas controlan de manera efectiva la concentración de ion calcio, En condiciones fisiológicas, un aumento en la frecuencia de estas oscilaciones está relacionado con una mayor estimulación de células provocadas como la acetilcolina o colecistoquinina. (21) la elevación en la frecuencia de activación de quinasas: calmodulina activa los fenómenos exocíticos. Sin embargo, las espigas de calcio más amplias están relacionadas con concentraciones de secretagogos supramáximas. Estos impiden la secreción de vesículas de varias maneras y bloquean oscilaciones subsecuentes en el nivel intracelular de calcio. (22)

4 fases de la fisiopatología

- Cuando los factores tóxicos y el estrés celular provocan un aumento descontrolado en el calcio citosólico, ocurre la fase intracelular. Además, debido del daño al poro de transición en la permeabilidad mitocondrial, se han documentado daños al retículo endoplásmico y disfunción mitocondrial, lo que ocasiona una secreción acinar y ductal anormal, activan los zimógenos, causando separación de organelos y Apoptosis celular. (23)
- Fase intraacinar: la catepsina B activa continuamente los zimógenos, lo que provoca estrés oxidativo. El estrés es el responsable de la necrosis, la apoptosis y la autofagia, así como por el daño mitocondrial y la disfunción del retículo endoplásmico. El daño en el acino pancreático



continúo en bucle debido a la activación del inflamosoma y liberación de DAMPs, causando una respuesta inflamatoria a nivel local. (24)

- Fase pancreática: el daño en el acino pancreático provoca la liberación de citoquinas y quimioquinas, lo que provoca la infiltración de leucocitos en el páncreas. Esto crea un ambiente local positivo que propicia la lesión y contribuye sistémicamente a más complicaciones. (25)

La extensión de la respuesta inflamatoria pancreática aumenta la permeabilidad, favoreciendo la translocación bacteriana, ocasionando alteración en la microbiota habitual. Esto provoca lesión en la circulación periférica del páncreas, alteración de la coagulación, activación plaquetaria, elevación de Interleucina-22,17, 6, 1 β , y FNT alfa, provocando inflamación sistémica que afecta órganos lejanos y provoca múltiples disfunciones orgánicas. (26,27).

Factores de riesgo: Pacientes de menos de 35 años menor mortalidad en comparación con mayores de 75 años).(28)

Índice de masa corporal (IMC): Mayor de 30 kg/m², aumenta el riesgo, complicaciones y mortalidad. (29)

Consumo de alcohol: La relación entre la dosis de alcohol y el riesgo de desarrollar pancreatitis aguda es lineal en los hombres, pero no es lineal en las mujeres. En mujeres, el consumo de alcohol de hasta 40 g/día reduce el riesgo, pero aumenta después de esa cantidad. (31)

Colelitiasis: la dieta puede influir en el riesgo de desarrollar pancreatitis aguda por cálculos biliares, ya que el consumo de grasas saturadas, colesterol, carne roja y huevo aumenta, mientras que la ingesta de fibra disminuye. (32)

Condiciones intestinales: Según varios estudios en Taiwán, los pacientes con síndrome de intestino irritable tienen un riesgo de desarrollarla (33)

Existe una relación entre enfermedades pancreáticas y las enfermedades renales graves (34).

Diagnóstico: American College of Gastroenterology, el diagnóstico está basado en:

- Dolor abdominal intenso o incapacitante que comienza de manera repentina en el epigastrio y con frecuencia está irradiado a la región infraescapular derecha
- Elevación de los niveles séricos de amilasa o lipasa son tres veces mayores que el límite normal.



- Imágenes notables en estudios de gabinete, que suelen ser de tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética. (35)

fue definida morfológicamente por la clasificación de Atlanta, la cual hace hincapié en el edema pancreático y peripancreático en la tomografía computarizada; en los primeros 3 a 4 días, se asocia con mejor sensibilidad (visualización de las colecciones).(36)

Se recomienda una resonancia magnética para diferenciar entre etiología biliar y no biliar, dilatación de la vía biliar, colangitis y evaluar la posibilidad de neoplasia pancreática en pacientes mayores de 40 años. (37)

El páncreas tiene líquido alrededor, y absorbe el contraste intravenoso de manera relativamente homogénea. Un signo de pancreatitis necrosante es la presencia de necrosis pancreática y/o peri pancreática (5-10%). (38)

Orientar el tratamiento a la causa: en el caso de que su origen sea metabólico por hipertrigliceridemia (1000 mg/dl) indicar aféresis, si la etiología obstructiva o inflamación de la vía biliar se debe pensar en realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) (40).

Tratamiento

Se basa en Reanimación y administración de fluidos, Se describe una fuga capilar importante en la pancreatitis aguda, lo que puede causar un shock, hemoconcentración y una disminución del volumen circulante efectivo del paciente. La reanimación con líquidos, que debe lograr parámetros hemodinámicos ideales y acordes con la condición clínica del paciente. (41)

Según el American College of Gastroenterology, los pacientes con pancreatitis aguda deben recibir líquidos de manera "agresiva" con 250-500 ml/h durante las primeras 12 a 24 horas. Si se aplican literalmente y sin evaluación clínica, estos valores pueden ser muy peligrosos. En los últimos consensos de "hidratación agresiva" sugieren un promedio 4 a 5 litros en las primeras horas, con una media de 3.5 a 4.5 litros. (42,43)

La administración excesiva de líquidos, que también puede aumentar la presión venosa central con edema con riesgo de causar lesión renal aguda y síndrome compartimental abdominal, edema agudo pulmonar o choque criogénico (44)



Las soluciones cristaloides. Se sugiere comenzar con 20 cc/kg en casos leves y 10 cc/kg en casos severos durante los primeros 60 minutos y en bolo. Luego, se administrará de 2-3 cc/kg para pacientes leves y 1-2 cc/kg para pacientes graves. (45)

Analgesia: El manejo del dolor está basado en antiinflamatorios no esteroideos, los opiáceos y el paracetamol, Es importante señalar que los opiáceos y los antiespasmódicos se utilizan de manera insuficiente, mientras que los antiinflamatorios no esteroideos y el paracetamol se utilizan de manera inadecuada. (46). Se ha demostrado que el bloqueo epidural reduce la mortalidad, la progresión de la muerte celular, el control de la acidosis, la vasodilatación esplácnica y la microcirculación mejorada en el lecho peri pancreático. En casos moderados y severos, se debe utilizar el bloqueo epidural para alcanzar niveles adecuados de analgesia. (47)

La nutrición: Si no hay dolor grave, náuseas, vómitos o íleo, es necesario reiniciar la dieta para normalizar las enzimas pancreáticas. El mejor predictor de la tolerancia oral en pacientes con pancreatitis es el deseo de comer, reduciendo el mayor tiempo de ayuno, se podrá disminuir más rápido su número de días hospitalarios. (48), Se priorizará la nutrición enteral antes de la parenteral en caso de ser posible al comenzar con una dieta que sea sólida e hipocalórica.. (49)

Manejo quirúrgico: Un estudio local reveló que la necrosectomía abierta requería numerosas intervenciones quirúrgicas (en promedio 3 a 6) y largas estancias en cuidado intensivo y hospicio (más larga cuando se realiza de forma temprana) y alta morbilidad (fístulas y hernias de pared abdominal en el 34 al 95 % de los casos). La fístula y los abscesos postoperatorios tienen incidencia del 53.6 % de los casos y la mortalidad del 35.7%. La perforación intestinal se convierte en la principal condición de riesgo. (50) , las técnicas endoscópicas se están postulando como el Gold standard para manejar las complicaciones locales de los pacientes con pancreatitis aguda, ya que estas, reducen el tiempo hospitalario, hay menor recurrencia y de reintervención. (51).

La colecistectomía como tratamiento de elección en pacientes con pancreatitis de origen obstructivo, una colecistectomía temprana se asoció con una menor frecuencia de admisiones y con complicaciones solo del 25 al 30 %. (52)

Las complicaciones infecciosas locales son resultado de la diseminación por vía sanguínea, Cuando se sospecha que un paciente con pancreatitis tiene una infección, varios parámetros de laboratorio cambian,



el hemograma, se puede notar leucopenia o leucocitosis, la proteína C reactiva elevada, así como la procalcitonina. (53)

Complicaciones: Los pacientes con pancreatitis aguda pueden desarrollar una variedad de complicaciones locales o sistémicas, realizar una medición de la presión intra abdominal en pacientes complicados o severos con disfunción orgánica, porque puede condicionar un síndrome compartimental con una tasa de mortalidad del 50% y requiriendo manejo agresivo, médico-quirúrgico (54), las colecciones, Pueden ser sólidos, líquidos inflamatorios o de necrosis. (55)

Las colecciones necróticas agudas (CAN) son aquellas que están relacionadas con la PA necrosante y comienzan con menos de 4 semanas, si continúan durante más tiempo, se encapsulan y forma necrosis encapsulada. Realizar cultivo del líquido por punción aspiración con aguja fina (PAAF) en busca de confirmar diagnóstico (56), Otras complicaciones, trombosis de venas esplénicas, mesentéricas y portales, sangrado de tubo digestivo y necrosis colón. (57).

Justificación

En los últimos años, se ha observado un aumento considerable de ingresos hospitalarios de pancreatitis aguda en la población hidalguense, convirtiéndose en un gran problema de salud, ya que el retraso en el diagnóstico puede complicar el cuadro y llegar a confundir con alguna otra patología de abdomen agudo cuando no se cuenta con paraclínicos y estudios de gabinete, el diagnóstico precoz, asegurar un manejo adecuado, eficiente y efectivo que limite las complicaciones médicas, disminuya el número de estancia intrahospitalaria y refleje estadísticamente un descenso en la tasa de morbilidad en la población económicamente activa, que donde se ha demostrado su mayor incidencia de presentación. El presente estudio destacará información actualizada que nos permita conocer la Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de enero-diciembre 2023, ya que la mayor parte de bibliografía es americana y pocos estudios que respalden información mexicana.

Es de suma importancia descubrir las causas de pancreatitis en las diferentes etapas de la vida, ya que podría impactar en las estancias intrahospitalarias prolongadas y el número de incapacidades temporales o permanentes.



A través de una investigación analítica, descriptiva y observacional, determinar al mismo tiempo la asociación con las complicaciones y disminuir las tasas de ingresos a UCI y el aumento en la mortalidad de las mismas.

RESULTADOS

Se analizaron 84 expedientes clínicos, que cumplieron con los requisitos de investigación, realizando un análisis sobre la edad de los pacientes ingresados a urgencias.

Se logró identificar las edades, clasificadas en 6 rangos, siendo el 1er grupo comprendido de 18-26 años de edad con un equivalente a un 9.5% de la población total, el 2.º grupo de 27-34 años con un equivalente al 11.9%, el 3.er grupo de 35-42 años con un equivalente al 9.5%, el 4.º y 5.º grupo lograron tener el mismo porcentaje de 43-49 años de edad equivalente al 17.9% y de 50-58 años, la mayor incidencia fue en mayores de 59 años con un 33.3% de la población, véase la (Tabla 1)

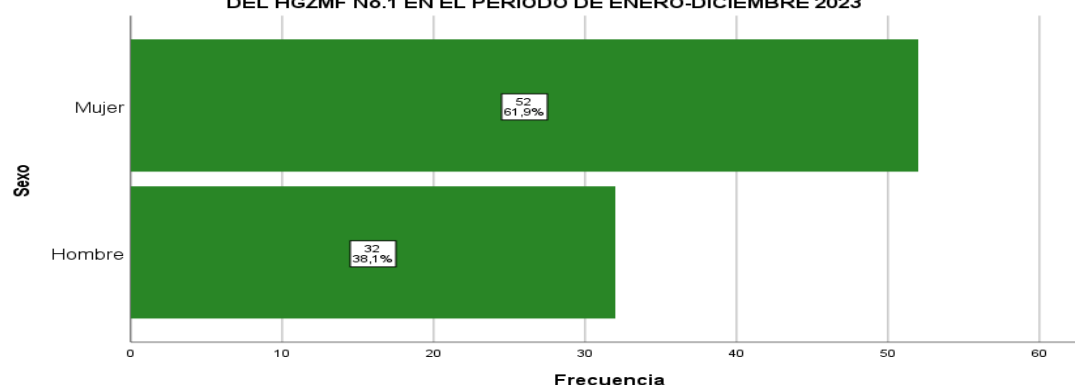
TABLA 1. EDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS POR PANCREATITIS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-26	8	9,5	9,5	9,5
	27-34	10	11,9	11,9	21,4
	35-42	8	9,5	9,5	31,0
	43-49	15	17,9	17,9	48,8
	50-58	15	17,9	17,9	66,7
	>59	28	33,3	33,3	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

En este estudio se observó que el sexo predominante fue el femenino, reportando una frecuencia relativa de 52 mujeres que equivalente al 61.9% de la población y en menor frecuencia los hombres con un 38.1% véase en la (Figura 2)

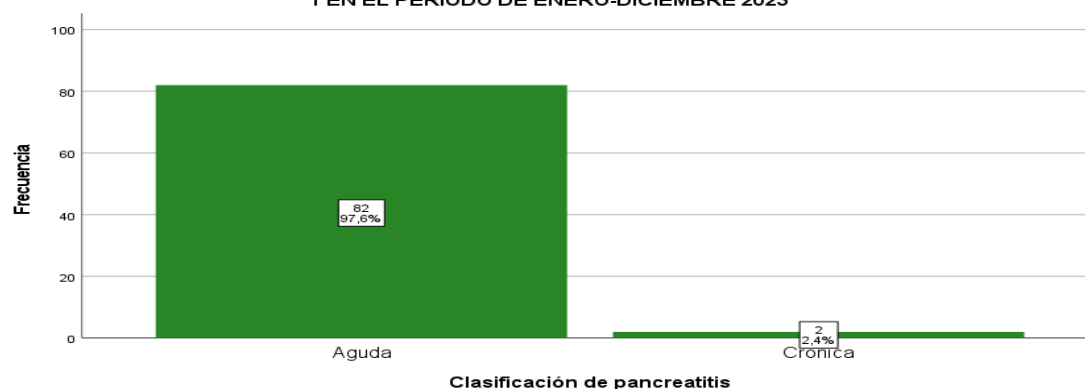
FIGURA 2. PREVALENCIA DEL SEXO EN LOS PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS POR PANCREATITIS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023



Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

Se logró identificar que el 97.6% de los pacientes cursaron con un cuadro agudo y solo el 2.4% curso con un cuadro crónico como se observa en la figura 3.

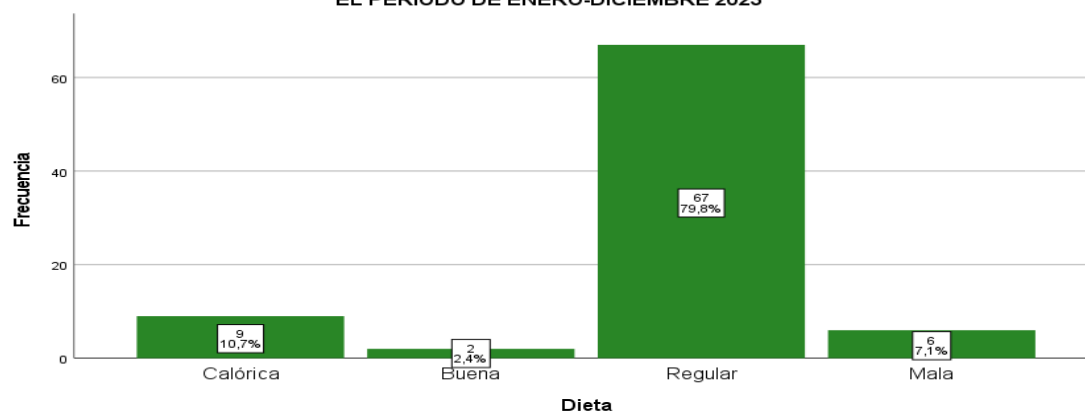
FIGURA 3. CLASIFICACIÓN DE PANCREATITIS EN PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No. 1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023



Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

Así mismo se analizó el tipo de alimentación o dieta que consumían antes de su diagnóstico, la cual fue clasificada como Buena, regular y mala encontrando que predomina una dieta regular en calidad y cantidad con un 79.8 % de esta el 10.7% es una dieta hipercalórica con una frecuencia relativa de 9 personas, seguida de una mala alimentación con una frecuencia de 6 pacientes que corresponde a un 7.1%, y solo el 2.4% se describe en los expedientes tener una buena alimentación con una frecuencia relativa de 2 pacientes, Como se observa en la Figura 4.

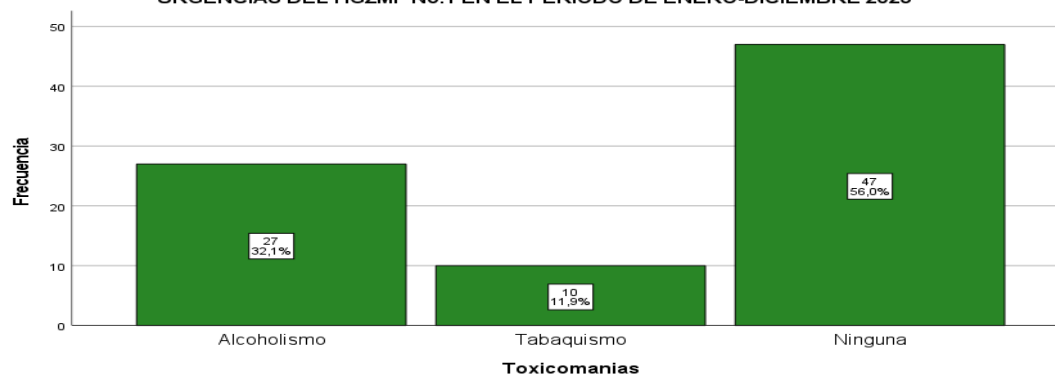
FIGURA 4. DIETA EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023



Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

Se logró identificar que el consumo de toxicomanías, encontrando con consumo solo de alcohol en un 32.1 %, tabaquismo en un 11.9% y describieron no tener ninguna toxicomanía el 56% de la población estudiada, como se observa en la Figura 5.

FIGURA 5. FRECUENCIA DE TOXICOMANIAS EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023



Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

Se observó que el mayor porcentaje que de pacientes que no realizan actividad física en un 89.3% y un 8.3% realizan actividad aeróbica, en menor porcentaje 2.4% realiza ejercicio anaeróbico como se muestra en la siguiente (Tabla 6).

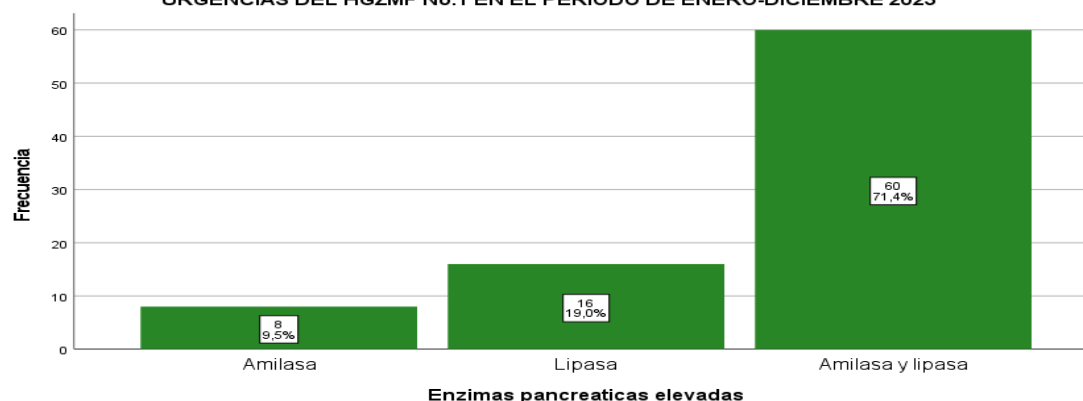
FIGURA 6. FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aeróbica	7	8,3	8,3	8,3
	Anaeróbica	2	2,4	2,4	10,7
	No realiza actividad física	75	89,3	89,3	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

El diagnóstico fue confirmando con la elevación de las enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa), sólo el 19 % con lipasa elevada, y en un 9.5 % elevo amilasa, como se observa en la (Figura 7).

FIGURA 7. FRECUENCIA DE LA ELEVACIÓN DE ENZIMAS PANCREATICAS EN PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023



Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

El 97.6% presentaban un cuadro por primera vez y solo el 2.4% correspondieron a casos subsecuentes, Esta información se muestra en la (Tabla 8).

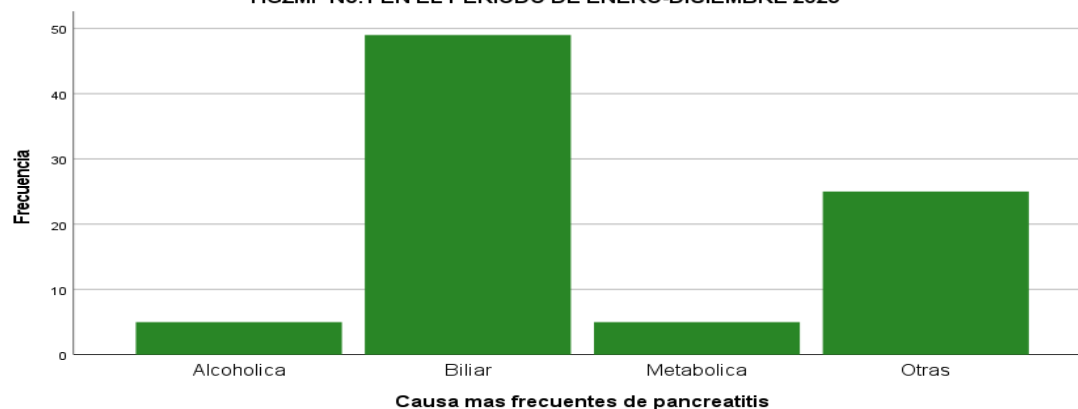
TABLA 8. CUADRO DE PANCREATITIS EN PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primera vez	82	97,6	97,6	97,6
	Subsecuente	2	2,4	2,4	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

Estableciendo así la causa más frecuente de pancreatitis, como primera causa la de origen biliar con una frecuencia relativa de 49 pacientes, la segunda causa no fue identificada la causa aparente (origen idiopático), otras asociadas a tumoración pancreática o simplemente porque no se les dio seguimiento, la tercer causa origen metabólico y alcohólica con un porcentaje 6% y una frecuencia relativa 5 para ambos casos Obsérvese en la (Figura 9).

FIGURA 9. CAUSA MÁS FRECUENTE DE PANCREATITIS EN PACIENTES INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023



Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

Se Confirmó el diagnóstico de pancreatitis por estudios de gabinete en el 88.1% por Ultrasonidos en un 58.3% y el resto fue confirmado por TAC contrastada de abdomen, , equivalentes a un 11.9 % no fueron confirmados. Como se observa en la siguiente Tabla 10

TABLA 10. DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO POR GABINETE EN PACIENTES CON PANCREATITIS INGRESADOS A URGENCIAS DEL HGZMF No.1 EN EL PERIODO DE ENERO-DICIEMBRE 2023

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	74	88,1	88,1	88,1
	No	10	11,9	11,9	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Fuente: n=84 Yuliana Mendoza Granados, Estrella E. Pastén López, Néstor Mejía Miranda, Caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de Enero-Diciembre 2023

DISCUSIÓN

Se logró Identificar la caracterización clínica más frecuente de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de enero-diciembre 2023 con el objetivo de Determinar el sexo, la edad, la dieta, actividad física y toxicomanías que favorecieron el cuadro de pancreatitis de primera vez, estableciendo el diagnóstico confirmatorio por gabinete (ultrasonido o tomografía) así como la elevación de enzimas pancreáticas (amilasa, lipasa o ambas) siendo los recursos bioquímicos con los que contaba la unidad, logrando Identificar cuál es la causa principal que condiciona pancreatitis y poder establecer así la clasificación basándonos en el tiempo de evolución, ya que la presentación clínica varía mucho, desde una enfermedad leve que se recupera con un tratamiento simple en unos días hasta una enfermedad grave y fatal con evolución impredecible relacionada a más fallas orgánicas múltiples, con una alta morbimortalidad cómo se cita, (Johnstone C. Nursing Standard. 2020).

En la actualidad la pancreatitis ha aumentado su incidencia debido a factores que intervienen en el mal estilo de vida, la dieta y la pobre actividad física, identificando en el siguiente estudio clínico retrospectivo que el 79.8% tiene una dieta regular en cantidad y calidad, favorecida por la ingesta hipercalórica en el 10.71% de la población, el consumo de toxicomanías en un 56% no se presentó consumo alguno y solo el 32.1% fue favorecido por la ingesta ética, cabe destacar que el 89.9% de los pacientes no realiza actividad física, solo el 8.3% realiza actividad aeróbica con mayor frecuencia, la edad en la que prevaleció más la pancreatitis fue de 40 a 60 años generando un mayor gasto según (Review of Gastroenterology & Hepatology. 2021) confirmando con el estudio realizado hubo mayor prevalencia en mayores de 59 años con un 33%.

Estableciendo que la causa más común de Pancreatitis fue la litiasis biliar, incluida la microlitiasis y el lodo biliar en el 35- 40% de los casos. Las personas con colelitiasis y los varones tienen un mayor riesgo de sufrir este padecimiento, según (Murata A, Matsuda S, Hepatobiliary Pancreat Sci 2021) el estudio se confirmó que la causa más frecuente fue de origen biliar en un 58.3%, pero aquí las mujeres tuvieron mayor incidencia en el 61.9% en comparación con los hombres. El alcoholismo es la segunda causa importante de pancreatitis aguda en un 30% de los casos y en un 10% otras causas menos comunes como las metabólicas etc. (Zhou Q, Melton D.A., 2020. Vol. 557) (Habitation A. 2021.) en comparación con este estudio la segunda causa fueron otras con un 29.8%, donde se englobaron causas idiopáticas,



quedando en tercer lugar la metabólica 6% y la alcohólica 6%. Se presentó elevación de las enzimas pancreáticas amilasa y lipasa en el 74.4 %, y solo el 19% tuvo lipasa elevada y en menor porcentaje 9.5% solo elevo amilasa, confirmando diagnóstico por gabinete en el 89.9 % de los pacientes ya sé por ultrasonido 58.3% o por tomografía 41.7%.

CONCLUSIÓN

Que de acuerdo con el objetivo general de este estudio se identificó en relación con la frecuencia relativa y el porcentaje la caracterización clínica de la pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de enero-diciembre 2023 donde el sexo en el que prevaleció más fue en las mujeres, con una mayor incidencia de edad en mayores de 59 años hasta en un 33.3% es decir a mayor edad más riesgo de padecer pancreatitis, Determinado así los factores más frecuentes como: la dieta, regular en calidad y cantidad, con predominio en aporte hipercalórico, el consumo de alcohol y tabaco, aunque más del 50% aseguro no consumir ninguna droga, la toxicomanía con mayor prevalencia fue el alcoholismo correspondiendo a la segunda causa de origen más frecuente de pancreatitis en el estudio retrospectivo. Se corrobora que la mayoría de los pacientes no realizan actividad física en el 89.3% de los casos. La causa principal que prevaleció fue de origen biliar, la mayoría se presentó como un cuadro de pancreatitis aguda en el 97.6% el resto fue clasificado como crónica.

El diagnóstico de pancreatitis se obtuvo mediante 2 o más de los siguientes criterios: la clínica de pacientes ingresados a urgencias por dolor abdominal en epigastrio intenso, náuseas, vómitos y puntos pancreáticos positivos así como la confirmación mediante la elevación de 2 a 3 veces las enzimas pancreáticas disponibles al momento del diagnóstico, presentando elevación en un 71.4% en algunos casos no más de 19 % no se contaba con alguno de los 2 reactivos bioquímicos, confirmando diagnóstico por estudios de gabinete ya fuera por ultrasonido o tomografía en casos más graves en el 81%, La mayoría de la población estudiada presentó el cuadro por primera vez y solo el 2% fueron subsecuentes. Con los resultados obtenidos se cuenta con la evidencia necesaria para rechazar la hipótesis nula, la cual señalaba que “La causa más frecuente de pancreatitis en pacientes ingresados a urgencias del HGZMF No.1 en el periodo de enero-diciembre 2023, no es de origen biliar” Ya que en el 58.3% de los pacientes evaluados su origen fue biliar además contribuyo a identificar estadísticamente cada una de las variables involucradas los cuales pueden condicionar un alto índice de mortalidad y tener un mayor tiempo de



estancia intrahospitalaria, mayores ingresos a la UCI y por consiguiente aumentar el índice de mortalidad con lo cual podría abrir un nuevo protocolo de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Dijk SM, Hallensleben NDL, van Santvoort HC. Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials. *Gut*. 2020; 66:2024-2032.
2. Bollen T.L. Acute pancreatitis: international classification and nomenclature. *Clinical Radiology*. 2019. 71 (2). 121-133.
3. Mandalia A, Wamsteker E-J, DiMagno M.J. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. *F1000 Research* 2019; 7 (959). 128-149
4. Johnstone C. Pathophysiology and nursing management of acute pancreatitis. *Nursing Standard*. 2020; vol. 33 num. 4 (75-82).
5. Bolívar-Rodríguez M, Cázarez-Aguilar M, Respardo-Ramírez C, Fierro-López R, Tello-García D. Pancreatitis aguda. *Rev. Med UAS*; 2020. Vol. 8: No. 3. Pp.101-19
6. Morinville VD, Husain SZ, Bai H. Definitions of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2022; 55: 261-65
7. Banks P a., Bollen TL, Dervenis C. Classification of acute pancreatitis 2020 revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2021;62:102-111.
8. Bustamante Durón D, García Láinez A, Umanzor García W. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. *ARCHIVOS DE MEDICINA*. 2020. Vol.14 No.1:4 1380-399
9. Abu-El-Hajja M, Kumar S, Szabo F. Classification of acute pancreatitis in the general population: clinical report from the NASPGHAN pancreas committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020; 64: 984-90
10. Sanz de Villalobos E., Larrubia Marfil J. M. Acute pancreatitis. *Rev. esp. enferm. dig.* 2020. 102 (9): 560-560.
11. Lodewijk x P, Besselink M.G, Witteman B.J, Schepers N.J, Gooszen H.G, van Santvoort H.C, Bakker O.J. Incidence in acute pancreatitis: a critical review. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2021; 8 (12). 1747-4132.



12. D Yadav. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology* 2022; 144: 1252-1261.
13. Peery A, Dellon E, Lund J. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2020 update. *Gastroenterology*. 2020; 143: 1179-1187.
14. De Campos T, Parreira JG, Utiyama E, Rasslan S. A Brazilian survey regarding the management of acute pancreatitis. *Rev Col Bras Cir* 2020; 35: 304-310.
15. Secretaria de salud. GPC Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda ISBN 978-607-8270-72-18
16. Roberts S.E, Morrison-Rees S, John A, Williams J.G, Brown T, Samuel D.G. The incidence and aetiology of acute pancreatitis in Europe. *Pancreatology*. 2021. 17(2) 155-165.
17. Murata A, Matsuda S, Mayumi T, Yokoe M, Kuwabara K, Ichimiya Y, Fujino Y, Kubo T, Fujimori K, Horiguchi H. A descriptive study evaluating the circumstances of medical treatment for acute pancreatitis before publication of the new JPN guidelines based on the Japanese administrative database associated with the diagnosis procedure combination system. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2021; 18: 678-683.
18. Zhou Q, Melton D.A. Pancreas regeneration. *Nature*. 2020. Vol 557 (351-358).
19. Habtezion A. Inflammation in acute and chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol*. 2021. 31 (395-399).
20. Lankisch P.G, Apte M, Banks P.A. Acute Pancreatitis. *Lancet* 2022. vol 386 (85-96).
21. Pant C, Deshpande A, Olyae M. Epidemiology and etiology of acute pancreatitis in hospitalized people in the United States from 2010-2019. *PLoS One*. 2020;9:e95552,
22. Bezmarevic M. Pathophysiology of the abdominal compartment syndrome in acute pancreatitis: Dilemmas and critical points Patofiziologija abdominalnog compartment sindroma u akutnom pankreatitis: dileme i kritične tačke. *Vojn Pregl*. 2020; 75:306-313.
23. Wen L, Mukherjee R, Huang W, Sutton R. Calcium signaling, mitochondria and acute pancreatitis: avenues for therapy. *Pancreapedia*. 2019. 221-230
24. Singh P, Garg PK. Pathophysiological mechanisms in acute pancreatitis: Current understanding. *Indian J Gastroenterol*. 2019;35:153-166.



25. Maléth J, Hegyi P. Ca 2+ toxicity and mitochondrial damage in acute pancreatitis: translational overview. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2021;371:20150425.
26. Bhatia M, Fei LW, Cao Y, et al. Pathophysiology of acute pancreatitis. *Pancreatology.* 2022. ;5:132-144.
27. Rawla P, Sunkara T, Thandra K.C, Gaduputi V. Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: uptadet review of current treatment and preventive strategies. *Clin Journal of Gastroenterol.* 2020. 11(6) (441-448).
28. Garg R, Rustagi T. Management of Hypertrygliceridemia Induced Acute Pancreatitis. *Biomed Res Int.* 2021. 1-12.
29. Pant C, Deshpande A, Sferra TJ, et al. Emergency department visits for acute pancreatitis: results from the Nationwide Emergency Department Sample 2016-2021. *J Investig Med.* 2022;63:646-48,
30. Morinville VD, Barmada MM, Lowe ME. Increasing incidence of acute pancreatitis at an American care center: is greater awareness among physicians responsible? *Pancreas.* 2020;39:5-8,
31. Benifla M, Weizman Z. Acute pancreatitis in childhood: analysis of literature data. *J Clin Gastroenterol.* 2023;37:169-72
32. Cheng Y-J, Yang H-Y, Tsai CHF. Etiology and risk factor in acute pancreatitis in Taiwan: a nationwide population based study. *J Gastroenterol Nutr.* 2019;68:e7---12,
33. Sweeny KF, Lin TK, Nathan JD. Rapid progression of acute pancreatitis to acute recurrent pancreatitis in general population. *J Gastroenterol Nutr.* 2019;68:104---9,
34. Poddar U, Yachha SK, Borkar V, et al. A report of 320 cases of childhood pancreatitis: increasing incidence, etiologic categorization, dynamics, severity assessment, and outcome. *Pancreas.* 2017;46:110---5,
35. Johnson C.D, Besselink M.G, Carter R. Acute pancreatitis. *BMJ* 2020. 349 (g4859).
36. Vázquez-Frias R , Rivera-Suazo Y, Aguayo-Elorriaga AK. Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología sobre el diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda en niñas y niños y adolescentes. *Revista de Gastroenterología de México.* (2023) 88 267---281



37. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Revista Médica Sinergia*. 2020. Vol.5 (7), 75-89
38. Fung C, Svystun O, Fadaei Fouladi D, Kawamoto S. CT imaging, classification, and complications of acute pancreatitis. *Abdom Radiol* 2019. 12 (4). PP 34-51
39. Restrepo R, Hagerott HE, Kulkarni S, et al. Acute pancreatitis in pediatric patients: demographics, etiology, and diagnostic imaging. *Am J Roentgenol*. 2021;206:632---44
40. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: actuación y manejo inicial. *Acta méd. Costarric*. 2019. 61 (1): 13-21.
41. Garber A, Frakes C, Arora Z, Chahal P. Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterol Res Pract*. 2021;1-8.
42. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2023;108:1400-1415.
43. Martín Guidi L, Curvale C, Pasqua A. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda, *Acta Gastroenterol Latinoam* 2019;49(4):307-323
44. Junquera R, Pereyra I. Pancreatitis aguda. *Arch Salud Pública* 2020; 1: 24-30.
45. Andersson B, Andrén-Sandberg A, Nilsson J, Andersson R. Survey of the management of acute pancreatitis in surgical departments in Sweden. *Scand J Gastroenterol* 2022; 47: 1064-1070.
46. Foitzik T, Klar E. (Non-)compliance with guidelines for the management of severe acute pancreatitis among German surgeons. *Pancreatology* 2007; 7: 80-85.
47. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS, American College of G. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1400-1415.
48. Duggan SN, Smyth ND, Sullivan MO, Feehan S, Ridgway PF, Conlon KC. A transatlantic survey of nutrition practice in acute pancreatitis. *J Hum Nutr Diet* 2012; 25: 388-397.
49. Pagliari D, Rinninella E, Cianci R, Attili F, Franza L, Luciano R, Mancarella F.A, Rizzatti G, Musso M, Cintoni M, Gasbarrini A, Mele M.C. Early oral vs parenteral nutrition in acute pancreatitis: a retrospective analysis of clinical outcomes and hospital costs from a tertiary care referral center. *Internal and Emergency Medicine*. 2019. 18 (6) Pp. 18-67



50. Guidelines WGIAP. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2020; 13: e1-e15.
51. Moggia E, Koti R, Belgaumkar AP, Fazio F, Pereira SP, Davidson BR, Gurusamy KS. Pharmacological interventions for acute pancreatitis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. Issue 4. Pp. 24-71
52. Zhong F-P, Wang K, Tan X-Q, Nie J, Huang W-F, Wang X-F. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in patients with mild gallstone pancreatitis. *Medicine*. 2019; 98:40(e17429).
53. Park A, Latif SU, Shah AU, et al. Changing referral trends of acute pancreatitis in children: A 12-year single-center analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;49:316---22,
54. Sánchez-Ramírez CA, Abundis-Castro L, Larrosa Haro A, et al. Abordaje diagnóstico y terapéutico de pancreatitis en niños y adolescentes en Latinoamérica. *Rev Esp Enferm Dig*. 2020;112:380---2, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2020.6545/2019>.
55. Paulino J, Ramos G, Veloso Gomes F. Together We Stand, Divided We Fall: A Multidisciplinary Approach in Complicated Acute Pancreatitis. *J. Clin. Med*. 2019. 8 (1607). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm8101607>
56. Zhong R, Tan S, Peng Y, et al. Clinical characteristics of acute pancreatitis in children: a single-center experience in Western China. *BMC Gastroenterol*. 2021; 21:116,
Dooley N, Hew S, Nichol A. Acute pancreatitis: An intensive care perspective. *Anaesth Intensive Care Med*. 2015; 16:191-196. doi:10.1016/j.mpaic.2015.01.017.

