https://doi.org/10.22516/25007440.1466

Trabajo original

Características sociodemográficas, clínicas y desenlaces de pacientes con pancreatitis aguda en una institución de Barranquilla (2020-2024)

Sociodemographic and clinical characteristics and outcomes of patients with acute pancreatitis in an institution in Barranquilla (2020–2024)

María José Viera-Contreras,[1*] Ricardo López-Lara,[1] Leonardo Brochado-Fontalvo,[2] Luisa María Gómez-Giraldo,[2] Eduardo José Cuello-Navarro,[3] Eduardo Cuello-Lacouture.[4]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Viera-Contreras MJ, López-Lara R, Brochado-Fontalvo L, Gómez-Giraldo LM, Cuello-Navarro EJ, Cuello-Lacouture E. Características sociodemográficas, clínicas y desenlaces de pacientes con pancreatitis aguda en una institución de Barranquilla (2020-2024). Revista. colomb. Gastroenterol. 2026;41(3):280-288. https://doi.org/10.22516/25007440.1466

[1] Médico, Residente Medicina Interna, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia.
[2] Médico, especialista en Medicina Interna, Clínica de la Costa S. A. S. Barranquilla, Colombia.
[3] Médico General, UGASEND. Puerto Colombia, Colombia.
[4] Médico, especialista en Gastroenterología. Director Médico, UGASEND S.A. Puerto Colombia, Colombia.

***Correspondencia**: María José Viera-Contreras. Mariajoseviera27@gmail.com

Fecha recibido: 10/11/2025
Fecha aceptado: 26/05/2026

Resumen

Introducción: la pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad con incidencia creciente y una tasa significativa de complicaciones graves. En Colombia, existe una carencia de datos epidemiológicos unificados y las escalas de pronóstico clínico internacionales no han sido validadas en nuestro contexto local. Por ello, este estudio busca describir las características clínicas, el manejo y los desenlaces de pacientes con PA en una institución de Barranquilla, con el fin de generar información que permita optimizar el abordaje clínico ajustado a la realidad regional. El objetivo principal es describir las características sociodemográficas, clínicas, etiológicas y los desenlaces hospitalarios de pacientes con pancreatitis aguda (PA) atendidos en una institución de Barranquilla entre enero de 2020 y diciembre de 2024. **Metodología**: estudio observacional, descriptivo, basado en la revisión de 92 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que cumplían con los criterios diagnósticos del consenso de Atlanta 2012. Se analizaron variables sociodemográficas, etiológicas, clínicas, paraclínicas (nitrógeno ureico en sangre y hematocrito), hallazgos en la tomografía de abdomen computada contrastada (clasificación de Balthazar), manejo y desenlaces hospitalarios. **Resultados:** la edad media fue 45,2 ± 20 años; el 59,8% de los pacientes fueron mujeres, predominó ampliamente el nivel bajo (estratos 1 y 2), correspondiente al 88,0% de los casos, seguido del nivel medio (estratos 3 y 4) con 12,0%, sin representación de estratos altos (5 y 6). La etiología biliar fue la más frecuente (64,5%), seguida de la idiopática (20,4%). Predominaron las formas leves o moderadas, con manejo médico conservador en el 93,5% de los casos. Las complicaciones se presentaron en el 5,8% y la mortalidad global fue del 1,1%. **Conclusiones:** en la población analizada, la pancreatitis aguda encontrada fue principalmente de etiología biliar y formas leves o moderadas de la enfermedad. Los resultados permiten caracterizar el perfil clínico y epidemiológico regional y describir la práctica institucional basada en un abordaje escalonado, aportando evidencia local para fortalecer estrategias asistenciales y orientar futuras validaciones de herramientas pronósticas en el contexto colombiano.

Palabras clave

Pancreatitis aguda, litiasis biliar, clasificación de Balthazar, factores epidemiológicos.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es una condición gastrointestinal con una prevalencia e incidencia que han aumentado significativamente a nivel global. Su incidencia anual varía entre 13 y 45 individuos por cada 100.000 habitantes, y en Estados Unidos se registran más de 220.000 admisiones hospitalarias anualmente[1,2]. Dado que aproximadamente entre el 20% y el 30% de estos casos evolucionan a formas graves de la enfermedad[2], este incremento en la casuística subraya la necesidad de reevaluar y comprender el comportamiento clínico y las etiologías subyacentes más prevalentes de esta patología.

En Colombia, la incidencia real de la PA permanece desconocida. Los estudios existentes están fragmentados regionalmente, lo que dificulta su extrapolación y

© 2026 Asociación Colombiana de Gastroenterología

Abstract

Introduction: Acute pancreatitis (AP) is a gastrointestinal condition with a rising global incidence and a significant rate of severe complications. In Colombia, there is a lack of unified epidemiological data, and international prognostic scales lack local validation. To address this, the study describes the clinical characteristics, management, and outcomes of AP patients at an institution in Barranquilla, providing regional data to optimize clinical management. The principal objective is to describe the sociodemographic, clinical, etiological characteristics and hospital outcomes of patients with acute pancreatitis (AP) treated at an institution in Barranquilla between January 2020 and December 2024. **Methodology:** Observational, descriptive study based on the review of 92 medical records of patients older than 18 years who met the diagnostic criteria of the 2012 Atlanta consensus. The study analyzed sociodemographic, etiological, clinical, and paraclinical variables (blood urea nitrogen and hematocrit), findings on contrast-enhanced computed abdominal tomography (Balthazar classification), management, and hospital outcomes. **Results:** Mean age was 45.2 ± 20 years; 59.8% of patients were women. Low socioeconomic status predominated widely (strata 1 and 2), accounting for 88.0% of cases, followed by middle socioeconomic status (strata 3 and 4) with 12.0%, with no representation from high socioeconomic strata (5 and 6). Biliary etiology was the most frequent (64.5%), followed by idiopathic etiology (20.4%). Mild or moderate forms predominated, with conservative medical management in 93.5% of cases. Complications occurred in 5.8% of patients, and overall mortality was 1.1%. **Conclusions:** In the analyzed population, acute pancreatitis was mainly of biliary etiology and presented as mild or moderate forms of the disease. The results characterize the regional clinical and epidemiological profile and describe institutional practice based on a stepwise approach, providing local evidence to strengthen healthcare strategies and guide future validation of prognostic tools in the Colombian context.

Keywords

Acute pancreatitis, biliary lithiasis, Balthazar classification, epidemiological factors.

generalización a la población nacional. Adicionalmente, se observa una escasez de información publicada sobre las características clínicas y factores predisponentes de la PA en el contexto local[3]. Un estudio descriptivo realizado en el departamento del Huila estableció las características demográficas y el curso de la enfermedad de los pacientes con PA incluidos las complicaciones y el manejo de estas[4].

Otro estudio realizado en dos hospitales de Bogotá D. C. evaluó características socioeconómicas, sexo, tiempo de evolución al momento de la consulta, puntaje Marshall, estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), estancia hospitalaria, complicaciones, manejo quirúrgico y mortalidad, y se determinó que existe un impacto relacionado entre el desenlace y el requerimiento de procedimientos quirúrgicos percutáneos o endoscópicos en PA grave (hipertensión intraabdominal con síndrome compartimental y colección necrótica aguda sobreinfectada) con el estrato socioeconómico alto (DANE 4, 5 y 6) y moderado-bajo (DANE 1, 2 y 3)[5], lo que aumenta el riesgo 10 veces más en los estratos socioeconómicos bajos[5].

Si bien se utilizan escalas imagenológicas como la puntuación de Balthazar[6] y escalas clínicas (APACHE II, Ranson y Marshall) para predecir la gravedad[7,8], un estudio reciente señaló que estas herramientas no son clínicamente significativas ni equivalentes en el medio local[9]. La ausencia de datos epidemiológicos y clínicos representativos limita el desarrollo de un abordaje integral de la enfermedad[10].

La identificación temprana de pacientes con alto riesgo de complicaciones es fundamental para reducir la morbimortalidad. Sin embargo, la falta de validación de las escalas pronósticas en el contexto colombiano[9-11] evidencia la necesidad de generar información local que permita evaluar la utilidad real de los marcadores clínicos y de laboratorio comúnmente empleados, como el hematocrito y el nitrógeno ureico en sangre (BUN)[9]. Aunque ambos parámetros han demostrado valor pronóstico en estudios internacionales, su rendimiento y aplicabilidad en la población colombiana no se han validado[9].

Si bien el presente estudio es de carácter descriptivo y los análisis realizados no permiten establecer relaciones de causalidad entre las variables evaluadas, sus hallazgos constituyen un punto de partida para el desarrollo de investigaciones prospectivas orientadas a validar variables clínicas, paraclínicas y escalas pronósticas que permitan identificar de manera más precisa los factores predictivos de gravedad en nuestra población. Esto favorecería una mejor definición del pronóstico y una optimización de las estrategias terapéuticas individualizadas en pacientes con PA.

En este contexto, el objetivo de la presente investigación es describir las características sociodemográficas, el comportamiento clínico, el manejo y los desenlaces

hospitalarios de los pacientes con diagnóstico de PA atendidos en una institución de la ciudad de Barranquilla, con el propósito de aportar información epidemiológica que sirva como base para un abordaje clínico ajustado al contexto regional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de PA en Barranquilla, Colombia.

El período de revisión comprendió desde enero de 2020 hasta diciembre de 2024. Se incluyeron los registros de pacientes mayores de 18 años que requirieron hospitalización en sala general o en unidad de cuidados intensivos y que contaban con clasificación de gravedad de PA según los criterios de Atlanta: PA leve (ausencia de falla orgánica y de complicaciones locales), PA moderadamente grave (presencia de complicaciones locales agudas) y PA grave (presencia de falla orgánica)[12]. Asimismo, se tuvieron en cuenta únicamente a los pacientes con paraclínicos completos (incluidos nitrógeno ureico en sangre, creatinina, hemograma y enzimas pancreáticas) y con tomografía computarizada abdominal contrastada registrada en la historia clínica imagenológica.

Se excluyeron los registros correspondientes a pacientes embarazadas, aquellos con diagnóstico previo de pancreatitis crónica, los registros con información incompleta para variables principales y los pacientes con diagnóstico de cáncer pancreático confirmado mediante un estudio histopatológico (**Figura 1**).

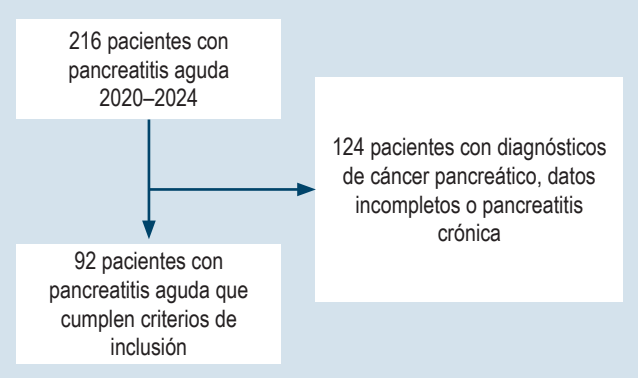


Figura 1. Diagrama de flujo de inclusión de pacientes. Imagen propiedad de los autores.

Las variables analizadas fueron: datos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia y la clasificación socioeconómica de los participantes); se realizó considerando la adaptación a Colombia de la metodología de López-Calva y Ortiz-Juárez (2011). La estratificación socioeconómica corresponde a una clasificación de los inmuebles residenciales basada en características físicas de la vivienda y su entorno urbano, diseñada principalmente para la asignación diferencial de subsidios y contribuciones en los servicios públicos, por lo que no constituye una medición directa del ingreso ni de la clase social. No obstante, y con fines analíticos, los estratos 1 y 2 se consideraron indicadores de condiciones socioeconómicas bajas; los estratos 3 y 4, de nivel intermedio, y los estratos 5 y 6, de nivel alto, reconociendo el carácter aproximado de esta categorización dentro del contexto colombiano.

Los hallazgos imagenológicos se clasificaron según los criterios tomográficos de Balthazar A–C, D y E, respectivamente, correspondientes a PA leve, moderada y grave[13].

Determinación de la etiología

Las definiciones etiológicas se establecieron a partir de criterios clínicos, bioquímicos e imagenológicos documentados en la historia clínica, siguiendo recomendaciones internacionales para la clasificación etiológica de la PA:

- Litiasis biliar: definida como la presencia de colelitiasis o coledocolitiasis confirmada por estudios de imagen.
- Alcohol: consumo de aproximadamente 80 g de alcohol por día[14], en ausencia de otras causas de PA.
- Secundaria a medicamentos: cuadro de PA asociado a consumo de azatioprina, 6-mercaptopurina, ácido valproico, didanosina, mesalamina e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
- Hipertrigliceridemia: niveles séricos de triglicéridos ≥1000 mg/dL dentro de las primeras 24 horas del ingreso sin identificar otra etiología (biliar, alcohólica o medicamentosa)[15].
- Pos colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: Episodio de PA en las 48 horas posteriores al procedimiento endoscópico tipo pos colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.
- Idiopática: ausencia de otras causas de PA.

Asimismo, se evaluaron los niveles de BUN y hematocrito al ingreso y a las 48 horas.

Entre los desenlaces se consideraron la presencia de complicaciones (falla multiorgánica, morbilidad asociada y mortalidad) y el tipo de manejo recibido (médico o quirúrgico/endoscópico: necrosectomía laparoscópica, necrosectomía por laparotomía o drenaje de colección transgástrica).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se realizó una descripción de las variables sociodemográficas, clínicas y de manejo de los pacientes con PA. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico), según su distribución.

La gravedad de la PA, determinada según los criterios tomográficos de Balthazar, se comparó con los desenlaces clínicos (complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y tipo de manejo) mediante tablas de contingencia. El procesamiento y análisis de los datos se realizaron en el *software* IBM SPSS Statistics, versión 26.0, garantizando la consistencia y calidad de la información para la interpretación de los resultados.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

En la población analizada, conformada por 92 pacientes, la edad media fue de 45,2 ± 20,0 años. Se evidenció una distribución predominante en adultos de mediana edad. Se observó mayor frecuencia del sexo femenino (59,8%), sin diferencias relevantes entre los grupos de gravedad. En relación con el nivel socioeconómico, predominó ampliamente el nivel bajo (estratos 1 y 2), correspondiente al 88,0% de los casos, seguido del nivel medio (estratos 3 y 4) con 12,0%, sin representación de estratos altos. Con respecto a la procedencia geográfica, la mayoría de los pacientes provenía del departamento del Atlántico (65,6%), seguido de La Guajira (23,7%) y, en menor proporción, de los departamentos de Cesar, Bolívar y Sucre, sin observarse diferencias estadísticamente significativas según la gravedad de la enfermedad. Las características sociodemográficas detalladas se resumen en la **Tabla 1**.

Perfil etiológico y clínico

La etiología biliar constituyó la causa más frecuente de PA, representando el 64,5% de los casos, seguida de la etiología idiopática (20,4%), el consumo de alcohol (5,4%) y otras causas menos frecuentes, incluyendo origen medicamentoso (4,3%), dislipidemia (3,2%) y pancreatitis pos-CPRE (1,1%). Las características clínicas y etiológicas de los

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Variable	Total (n = 92)	Gravedad por imagenología Escala Balthazar		
		Leve (A-C)	Moderada (D)	Grave (E)
Edad (años), media ± DE	45,2 ± 20,0	44,6 ± 20,6	46,9 ± 19,1	49,0 ± 17,3
Sexo				
Masculino, n (%)	37 (40,2%)	25 (67,56%)	6 (16,21%)	6 (16,21%)
Femenino, n (%)	55 (59,8%)	49 (89,09%)	2 (3,63%)	4 (7,27%)
Nivel socioeconómico				
Estratos 1-2 (bajo)	81 (88,0%)	65 (80,2%)	7 (8,64%)	9 (11,11%)
Estratos 3-4 (intermedio)	11 (12,0%)	9 (81,81%)	1 (9,09%)	1 (9,09%)
Estratos 5-6 (alto)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Procedencia				
Atlántico, n (%)	61 (65,6%)	51 (83,60%)	4 (6,55%)	6 (9,83%)
Cesar, n (%)	4 (4,3%)	4 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Guajira, n (%)	22 (23,7%)	16 (72,72%)	3 (13,63%)	3 (13,63%)
Sucre, n (%)	1 (1,1%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Bolívar, n (%)	4 (4,3%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)

Tabla elaborada por los autores.

pacientes se presentan en la **Tabla 2.** Las formas más graves mostraron mayor proporción de origen biliar (80,0%), sin incremento relevante de etiología alcohólica o idiopática. En cuanto a los marcadores tempranos de gravedad, la variación del hematocrito >35% se observó en el 4,3% de los pacientes, mientras que la variación del nitrógeno ureico en sangre >5% se presentó en el 43,0%, y es más frecuente en los cuadros moderados (62,5%) y graves (40,0%), lo que sugiere una mayor asociación con enfermedad de mayor gravedad clínica.

Clasificación de gravedad

De acuerdo con la clasificación de gravedad evaluada, la mayoría de los pacientes cursó con PA leve, seguida por un menor porcentaje de casos moderados y una proporción aún más reducida de formas graves. Esta distribución refleja el comportamiento epidemiológico habitual de la enfermedad, caracterizado por predominio de cuadros leves con evolución clínica favorable y menor frecuencia de presentaciones graves asociadas a mayor compromiso sistémico.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes

Variable	Total (n = 92)	Gravedad por imagenología Escala Balthazar		
		Leve (A-C)	Moderada (D)	Grave (E)
Etiología				
Litiasis biliar, n (%)	60 (64,5%)	47 (78,33%)	5 (8,33%)	8 (13,33%)
Idiopática, n (%)	19 (20,4%)	15 (78,94%)	2 (10,52%)	2 (10,52%)
Hipertrigliceridemia (≥1000 mg/dL), n (%)	3 (3,2%)	3 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alcohol, n (%)	5 (5,4%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0,0%)
Medicamentosa, n (%)	4 (4,3%)	4 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Pos-CPRE, n (%)	1 (1,1%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Variación de hematocrito				
>35%, n (%)	4 (4,3%)	3 (75%)	1 (25%)	0 (0,0%)
Variación de BUN				
>5%, n (%)	40 (43,0%)	31 (77,5%)	5 (12,5%)	4 (10%)
Manejo recibido				
Médico, n (%)	86 (92,5%)	73 (84,8%)	8 (9,3%)	5 (5,81%)
Drenaje de colección transgástrica, n (%)	2 (2,2%)	1 (50%)	0 (0,0%)	1 (50%)
Necrosectomía por laparotomía, n (%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)
Necrosectomía por laparoscopia, n (%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)
Complicación				
Falla multiorgánica, n (%)	2 (2,2%)	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ninguna, n (%)	82 (88,2%)	71 (86,58%)	8 (9,7%)	3 (3,65%)
Mortalidad, n (%)	1 (1,1%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Balthazar D, n (%)	3 (3,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Balthazar E, n (%)	4 (4,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)

BUN: nitrógeno ureico; CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; DE: desviación estándar. Tabla elaborada por los autores.

Manejo y desenlaces hospitalarios

El manejo médico conservador fue la estrategia terapéutica predominante, aplicada en el 93,5% de los pacientes, principalmente en aquellos con pancreatitis leve y moderada, y se evidenció una evolución clínica favorable en la mayoría de los casos. Las intervenciones invasivas fueron poco frecuentes y se reservaron para pacientes con enfermedad grave o complicaciones locales; el drenaje transgástrico de colecciones se realizó en el 2,2% de los casos, mientras que las necrosectomías quirúrgicas se practicaron en el 4,4%, todas en pacientes con pancreatitis grave y complicaciones asociadas. En relación con los desenlaces hospitalarios, el 88,2% de los pacientes no presentó complicaciones. La falla multiorgánica se documentó en el 2,2% y la tasa de letalidad hospitalaria fue baja (1,1%), asociada exclusivamente a enfermedad grave. Estos hallazgos confirman que las formas graves, aunque menos frecuentes, se relacionan con mayor necesidad de manejo intervencionista y mayor riesgo de desenlaces adversos. Los desenlaces clínicos y el tipo de manejo según la gravedad se detallan en la **Tabla 3.**

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que la PA afectó principalmente a mujeres de mediana edad pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y procedentes en su mayoría del departamento del Atlántico, lo que sugiere un perfil poblacional definido en el contexto regional, sin observarse diferencias sociodemográficas relevantes según la gravedad de la enfermedad, tal como lo identificado en Cabrera y colaboradores[5].

Los hallazgos muestran un perfil de PA caracterizado por el predominio de la etiología biliar (64,5%), una alta proporción de casos leves/moderados manejados de forma conservadora y una baja mortalidad global (1,1%). Estos resultados son coherentes con la literatura colombiana, la cual también identifica a la litiasis biliar como la causa más frecuente de PA, aunque se observan variaciones cuantitativas entre series nacionales (por ejemplo, reportes que oscilan entre 52% y 83% de causa biliar), lo que sugiere diferencias regionales en el perfil epidemiológico o en los criterios de referencia de los centros[3].

En relación con la gravedad y los desenlaces, la mayoría de los estudios nacionales confirma que la mayor parte de los pacientes cursa con formas no necróticas[3,4,9]. Las complicaciones graves (necrosis infectada, falla multiorgánica) se concentran en un pequeño subgrupo que requiere manejo invasivo. Las series colombianas y los análisis tomográficos locales coinciden en que los puntajes de Balthazar altos se asocian con mayor necesidad de intervenciones y un peor pronóstico. La baja mortalidad global se relaciona con la escasa proporción de casos graves (Balthazar D-E) en la muestra y con el manejo médico oportuno recibido por la mayoría. Este hallazgo es consistente con reportes de centros de alta complejidad en Colombia[4].

El manejo médico fue la estrategia suficiente en la gran mayoría de los casos (93,5%), y las intervenciones invasivas se reservaron principalmente para los pacientes con estadios tomográficos más avanzados. Esta práctica es compatible con las recomendaciones actuales de guías como las de la World Society of Emergency Surgery (WSES) (2019) [16], que sugieren un abordaje donde la pancreatitis grave con necrosis infectada requiere intervención, mientras que las formas estériles pueden manejarse de forma conservadora[17].

Las recomendaciones descritas en guías nacionales respaldan el enfoque observado en esta población: tratamiento médico inicial para la mayoría y reserva de drenajes/necrosectomía para necrosis complicada o colecciones sintomáticas. Esta práctica clínica se alinea con las propuestas nacionales basadas en la evidencia[16,18].

Las diferencias cuantitativas observadas entre esta muestra y otras publicaciones nacionales (como la variación en la proporción de etiologías o en las tasas de intervención)

Tabla 3. Desenlace de pacientes y manejo recibido

Variable	Total	Gravedad por imagenología Escala Balthazar			Pacientes con cualquier complicación	Mortalidad
		Leve (A-C)	Moderada (D)	Grave (E)		
Manejo médico	86 (93,5%)	73 (84,9%)	8 (9,3%)	5 (5,8%)	5 (5,8%)	1 (1,2%)
Drenaje de colección transgástrica	2 (2,2%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)
Necrosectomía por laparotomía	2 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)

Tabla elaborada por los autores.

pueden explicarse por el tamaño muestral, las particularidades demográficas regionales (mayor prevalencia de litiasis biliar) y las diferencias en los criterios de referencia o en la interpretación tomográfica entre centros. Como limitación adicional, se destaca la cantidad reducida de casos graves en la muestra, lo que puede disminuir la precisión de las estimaciones de mortalidad y de las asociaciones estadísticas en dicho subgrupo.

Entre las principales limitaciones generales del estudio se incluyen la imposibilidad de establecer relaciones de causalidad (inherente al diseño transversal), los posibles sesgos de información derivados del carácter retrospectivo de los registros clínicos y la limitada generalización de los resultados, al provenir de una única institución. Asimismo, el diseño transversal impide establecer relaciones temporales o pronósticas entre variables clínicas y desenlaces.

CONCLUSIONES

Los hallazgos sociodemográficos evidencian que la PA en la población estudiada afectó predominantemente a mujeres de mediana edad pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y procedentes principalmente del departamento del Atlántico, lo que configura un perfil epidemiológico propio de la institución evaluada. No obstante, estos resultados no permiten establecer una caracterización representativa a nivel regional o nacional, sino que aportan información preliminar que resalta la necesidad de fortalecer sistemas estandarizados de recolección de datos clínicos y epidemiológicos que faciliten análisis comparables en futuras investigaciones.

Desde el punto de vista etiológico y clínico, la etiología biliar se confirmó como la principal causa de PA, especialmente en los casos de mayor gravedad, en concordancia con la literatura internacional. Asimismo, la mayor frecuencia de variación del BUN en cuadros moderados y graves respalda su utilidad como marcador temprano de gravedad clínica, mientras que la variación del hematocrito mostró un menor rendimiento como indicador aislado. Estos hallazgos deben interpretarse como insumos iniciales que orientan la identificación de variables relevantes a incorporar en futuros instrumentos de evaluación clínica sistemática.

En relación con la clasificación de gravedad, el predominio de formas leves y moderadamente graves refleja el comportamiento clínico habitual de la enfermedad; sin embargo, la presencia de un menor grupo de pacientes con pancreatitis grave, asociado a mayor riesgo de disfunción orgánica, pone en evidencia la importancia de implementar herramientas prospectivas que permitan una estratificación temprana y homogénea del riesgo en diferentes escenarios asistenciales.

Finalmente, el manejo médico conservador fue suficiente en la mayoría de los pacientes, mientras que las intervenciones invasivas se reservaron para los casos graves con complicaciones locales o sistémicas. La baja frecuencia de complicaciones y mortalidad hospitalaria sugiere resultados clínicos favorables dentro del contexto institucional; sin embargo, más que establecer conclusiones generalizables, estos resultados enfatizan la necesidad de desarrollar instrumentos estandarizados de recolección y seguimiento de datos que permitan, en el futuro, generar evidencia sólida orientada al diseño de estrategias de prevención, optimización del manejo clínico y formulación de políticas de salud basadas en información local y multicéntrica.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Clínica de la Costa y clasificado como sin riesgo, conforme a la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La investigación se desarrolló bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki (versión 2024), garantizando la confidencialidad, anonimato y protección de la información.

Consentimiento informado

El tratamiento de datos se realizó al ingreso a la institución para la creación de una base de datos anonimizada, bajo un diseño observacional y no intervencionista.

Conflictos de interés

Los investigadores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de interés, ya sea de carácter financiero, personal o profesional, que pudiera sesgar el diseño, la ejecución o la interpretación de los resultados obtenidos en esta investigación.

Uso de inteligencia artificial

La inteligencia artificial fue utilizada exclusivamente como una herramienta de apoyo tecnológico para la elaboración y redacción del resumen ejecutivo de este documento, asegurando en todo momento la supervisión humana y la precisión de la información científica presentada.

Fuentes de financiación

El desarrollo de esta investigación no contó con financiación externa ni apoyo de entidades comerciales, siendo financiado totalmente con recursos propios de

los investigadores y el respaldo logístico de la institución donde se llevó a cabo el estudio.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: María José Viera-Contreras y Ricardo López-Lara.
- Adquisición de datos: Ricardo López-Lara y Eduardo José Cuello-Navarro.
- Análisis e interpretación de datos: Luisa María Gómez-Giraldo.
- Redacción del manuscrito: María José Viera-Contreras.
- Revisión crítica del manuscrito: Eduardo Cuello-Lacouture y Leonardo Brochado-Fontalvo.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente al Dr. Leonardo Fabio Brochado, Médico Internista, Msc. Epidemiología; Dra. Luisa María Gómez Giraldo, Médica Internista, Msc. Epidemiología, y Dr. Andrés Cadena Bonfanti, Médico Internista, Nefrólogo, por su invaluable colaboración en el desarrollo de este estudio. Su acompañamiento constante, orientación académica y compromiso con la investigación clínica fueron fundamentales para la consolidación de los datos, el análisis de los casos y la interpretación de los resultados.

REFERENCIAS

1. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology. 2013;144(6):1252-61. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.01.068
2. Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis. N Engl J Med. 2006 May 18;354(20):2142-50. https://doi.org/10.1056/NEJMcp054958
3. Rojas CA, Salazar Otoya N, Sepúlveda Copete M, Maldonado Gutiérrez C, Castro Llanos AM, Gómez Cordoba Y, et al. Características clínicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en un hospital de alta complejidad en Cali. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36(3):341-8. https://doi.org/10.22516/25007440.682
4. Puerto Horta LJ, Medina Rojas R, Núñez Romero LR, Jiménez Sánchez HC, Olaya Ramírez JG, San Juan JF, et al. Manejo y desenlaces de la pancreatitis aguda en un hospital de cuarto nivel (Huila, Colombia), 3 años de experiencia. Rev Colomb Gastroenterol. 2019;34(1):10-6. https://doi.org/10.22516/25007440.243
5. Cabrera Vargas LF, Hernandez Bello LF, Urrutia A, Marroquin L, Pedraza Ciro M, Padilla Pinzon LT, Pulido Segura JA, et al. Impacto socioeconómico del manejo actual de la pancreatitis aguda de origen biliar severa: estudio comparativo. Rev Salud Pública. 2019;21(5):513-8. https://doi.org/10.15446/rsap.v21n5.80470
6. Chatzicostas C, Roussomoustakaki M, Vardas E, Romanos J, Kouroumalis EA. Balthazar computed tomography severity index is superior to Ranson criteria and APACHE II and III scoring systems in predicting acute pancreatitis outcome. J Clin Gastroenterol. 2003;36(3):253-60. https://doi.org/10.1097/00004836-200303000-00013
7. Wu BU, Johannes RS, Sun X, Conwell DL, Banks PA. Early changes in blood urea nitrogen predict mortality in acute pancreatitis. Gastroenterology. 2009;137(1):129–35. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.03.056
8. Leese T, Shaw D, Holliday M. Prognostic markers in acute pancreatitis: can pancreatic necrosis be predicted? Ann R Coll Surg Engl. 1988;70(4):227-32.
9. Rodríguez Varón A, Muñoz Velandia OM, Agreda Rudenko D, García Consuegra E. Concordancia entre las escalas Marshall, Ranson y APACHE II como estimadoras de la morbimortalidad en pancreatitis aguda. Rev Colomb Gastroenterol. 2020;35(3):298-303. https://doi.org/10.22516/25007440.457
10. Gómez Á, Rodríguez Varón A. Características de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos entre enero de 2008 y diciembre de 2011 en un centro de cuarto nivel. Rev Colomb Gastroenterol. 2016;30(2):171-6. https://doi.org/10.22516/25007440.37
11. Thoeni RF. Imaging of Acute Pancreatitis. Radiol Clin North Am. 2015;53(6):1189-208. https://doi.org/10.1016/j.rcl.2015.06.006
12. Xu XD, Wang ZY, Zhang LY, Ni R, Wei FX, Han W, et al. Acute Pancreatitis Classifications: Basis and Key Goals. Medicine (Baltimore). 2015;94(48):e2182. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002182
13. Cheng T, Han TY, Liu BF, Pan P, Lai Q, Yu H, et al. Use of Modified Balthazar Grades for the Early Prediction of Acute Pancreatitis Severity in the Emergency Department. Int J Gen Med. 2022;15:1111-1119. https://doi.org/10.2147/IJGM.S350383
14. Dufour MC, Adamson MD. The epidemiology of alcohol-induced pancreatitis. Pancreas. 2003;27(4):286-90. https://doi.org/10.1097/00006676-200311000-00002
15. Preiss D, Tikkanen MJ, Welsh P, Ford I, Lovato LC, Elam MB, et al. Lipid-modifying therapies and risk of pancreatitis: a meta-analysis. JAMA. 2012;308(8):804-11. https://doi.org/10.1001/jama.2012.8439
16. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. 2019 WSES guidelines

for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg. 2019;14:27. https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0
17. Velásquez-Cuasquen BG, Beltrán GHR, Orozco-Chamorro CM, Realpe JED, Ramírez LJJ, Fernández DAA, et al. Evaluación y análisis del índice de severidad tomográfico y clasificación de Atlanta 2012 en pancreatitis aguda severa. Revista Colombiana de Cirugía. 2021;36(3):471–80. https://doi.org/10.30944/20117582.834
18. Saokar A, Rabinowitz CB, Sahani DV. Cross-sectional imaging in acute pancreatitis. Radiol Clin North Am. 2007;45(3):447-60, viii. https://doi.org/10.1016/j.rcl.2007.04.002