

REVISTA MULTIDISCIPLINAR EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS

Volumen 3, Número 1
Enero-Marzo 2026

Edición Trimestral

CROSSREF PREFIX DOI: 10.71112

ISSN: 3061-7812, www.omniscens.com

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 1
enero-marzo 2026

Publicación trimestral
Hecho en México

La Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias acepta publicaciones de cualquier área del conocimiento, promoviendo una plataforma inclusiva para la discusión y análisis de los fundamentos epistemológicos en diversas disciplinas. La revista invita a investigadores y profesionales de campos como las ciencias naturales, sociales, humanísticas, tecnológicas y de la salud, entre otros, a contribuir con artículos originales, revisiones, estudios de caso y ensayos teóricos. Con su enfoque multidisciplinario, busca fomentar el diálogo y la reflexión sobre las metodologías, teorías y prácticas que sustentan el avance del conocimiento científico en todas las áreas.

Contacto principal: admin@omniscens.com

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de la publicación sin previa autorización de la Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.



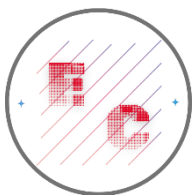
Copyright © 2026: Los autores



9773061781003

Cintillo legal

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias Vol. 3, Núm. 1, enero-marzo 2026, es una publicación trimestral editada por el Dr. Moises Ake Uc, C. 51 #221 x 16B , Las Brisas, Mérida, Yucatán, México, C.P. 97144 , Tel. 9993556027, Web: <https://www.omniscens.com>, admin@omniscens.com, Editor responsable: Dr. Moises Ake Uc. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2024-121717181700-102, ISSN: 3061-7812, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número, Dr. Moises Ake Uc, fecha de última modificación, 1 enero 2026.



Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 1, 2026, enero-marzo

DOI: <https://doi.org/10.71112/wxfavr53>

**MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE POR NECROSIS PANCREÁTICA
INFECTADA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ – PARAGUAY**

**MANAGEMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS WITH INFECTED
PANCREATIC NECROSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ITAUGUÁ -
PARAGUAY**

Félix Rodrigo Coronel Gamarra

Pablo Ruben Chamorro Caceres

Jorge Anibal Coronel Gamarra

Liz Noelia Insfran Correa

Carina Mabel Vargas Vera

Paraguay

**Manejo de la pancreatitis aguda grave por necrosis pancreática infectada en el
Hospital Nacional de Itauguá – Paraguay**

**Management of severe acute pancreatitis with infected pancreatic necrosis at the
National Hospital of Itauguá - Paraguay**

Félix Rodrigo Coronel Gamarra

cnelgamarra017@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3071-5733>

Hospital Nacional de Itauguá - MSPBS

Paraguay

Pablo Ruben Chamorro Caceres

paablocham@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4865-488X>

Hospital Nacional de Itauguá - MSPBS

Paraguay

Jorge Anibal Coronel Gamarra

coronel.gamarra91@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2567-1743>

Universidad Politécnica y Artística del

Paraguay – Facultad de Medicina

Paraguay

Liz Noelia Insfran Correa

nolecorrea@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-5116-845X>

Hospital Nacional de Itauguá - MSPBS

Paraguay

Carina Mabel Vargas Vera

carinav0808@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-6571-7140>

Hospital Nacional de Itauguá - MSPBS

Paraguay

RESUMEN

La pancreatitis aguda es una condición común en los servicios de emergencias que puede llevar a complicaciones severas como la necrosis pancreática infectada. Objetivo: Este estudio describe la experiencia en el manejo de esta condición en el Hospital Nacional de Itauguá-Paraguay durante el periodo 2020-2022. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con pancreatitis aguda grave y necrosis pancreática infectada atendidos en el Hospital Nacional de Itauguá. Se analizaron los datos clínicos, tratamientos realizados y resultados obtenidos. Resultados: Se incluyeron 67 casos, el estudio muestra que la mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda grave fueron hombres (76%), con una distribución etaria predominante en mayores de 60 años (30%). La causa principal fue por cálculos biliares (76%). El 66% de los casos fueron clasificados como aguda grave según los criterios de Atlanta, con un manejo mayoritario mediante cirugía mínimamente invasiva (40.3%). Conclusiones: El enfoque de tratamiento de cirugía mínimamente invasiva mostro eficacia con una mejora significativa en los resultados clínicos y reduciendo la necesidad de intervenciones más invasivas.

Palabras clave: pancreatitis aguda grave, necrosis pancreática infectada, cirugía mínimamente invasiva, necrosectomía mínimamente invasiva.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is a common condition in emergency services that can lead to severe complications such as infected pancreatic necrosis. Objective: This study describes the experience in managing this condition at the National Hospital of Itauguá, Paraguay, during the period 2020-2022. Methods: A retrospective study was conducted on patients with severe acute pancreatitis and infected pancreatic necrosis treated at the National Hospital of Itauguá. Clinical data, treatments performed, and outcomes were analyzed. Results: A total of 67 cases were

included. The study shows that the majority of patients with severe acute pancreatitis were men (76%), with a predominant age distribution in those over 60 years (30%). The main cause was gallstones (76%). According to the Atlanta criteria, 66% of the cases were classified as severe acute pancreatitis, with the majority managed through minimally invasive surgery (40.3%).

Conclusions: The minimally invasive surgical approach showed efficacy with significant improvement in clinical outcomes and reduced the need for more invasive interventions.

Keywords: severe acute pancreatitis, infected pancreatic necrosis, minimally invasive surgery, minimally invasive necrosectomy.

Recibido: 12 enero 2026 | Aceptado: 1 febrero 2026 | Publicado: 2 febrero 2026

INTRODUCCIÓN

Según lo formulado por Garro Urbina y Thuel Gutiérrez (2020) la pancreatitis aguda es una condición bastante común en el servicio de emergencias, con una presentación clínica que varía desde dolor abdominal y vómitos hasta shock séptico y falla multiorgánica. Ante la sospecha de un paciente con pancreatitis aguda, es importante realizar una adecuada historia clínica y apoyarse en estudios de laboratorio e imágenes para hacer el diagnóstico definitivo. Por lo que se debe individualizar cada caso y el manejo dependerá de la presentación clínica del paciente y de la presencia o ausencia de complicaciones.

Sánchez González et. al (2023) concuerdan que cada vez existe mayor evidencia de que las técnicas mínimamente invasivas ofrecen resultados satisfactorios como técnicas auxiliares a la necrosectomía abierta en paciente con NI por PA. Además, pueden incluso superarlas en términos de mortalidad y morbilidad global, empleo de recursos y costes. La HIA es habitual en los pacientes con PA que requieren ingreso en UCI. El desarrollo de SCA asocia

gran mortalidad, por lo que es necesario identificar y tratar adecuadamente la HIA antes de su desarrollo.

Por su parte Chua et. al (2017) mencionan que la necrosis aumenta significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad en la PA. Los internistas y cirujanos generales están involucrados en la identificación de los casos graves y en la consulta con los especialistas para lograr una atención óptima. La selección del momento y estudio de la imagen radiológica apropiada es clave y una herramienta vital en el manejo de la PN. Si bien la principal indicación de la intervención es la necrosis pancreática infectada, otras indicaciones son la necrosis pancreática amurallada sintomática, la necrosis secundaria al dolor abdominal intratable, la obstrucción intestinal y la mala evolución. Como resultado del perfeccionamiento de las tecnologías y la práctica médica que se aplican en los pacientes hospitalizados, éstos pueden presentarse con síntomas intratables más en el contexto ambulatorio que en el entorno hospitalario. El médico responsable de la atención primaria debe tener un elevado nivel de sospecha y derivar a estos pacientes a los subespecialistas según corresponda.

Flores, Huang y López (2015) mencionan que la necrosectomía quirúrgica abierta sigue siendo un enfoque importante para la atención de los pacientes con síntomas intratables. El enfoque escalonado se irá convirtiendo en el estándar de oro de la atención, comenzando con un procedimiento mínimamente invasivo que aumentará gradualmente si la intervención inicial no tuvo éxito.

Las colecciones pancreáticas se forman como consecuencia de cuadros de pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, traumatismos y/o cirugías; de la primera entidad la Clasificación de Atlanta maneja dos tipos de colecciones posteriores a la pancreatitis aguda de acuerdo con las lesiones previas: el pseudoquiste pancreático (PQP) por una pancreatitis intersticial y necrosis encapsulada posterior a una pancreatitis necrótica (Revoredo Rego et al, 2021).

Debido a que la gran mayoría de las colecciones son asintomáticas y a que el 50% se reabsorben de manera espontánea, se sugiere que inicialmente se lleve a cabo un manejo expectante y el consenso actual es que solo en aquellos pacientes que presenten sintomatología se realice algún tratamiento. Los principales síntomas que pueden ocasionar estas colecciones son dolor abdominal, sepsis, obstrucción gástrica, obstrucción biliar e intolerancia a la vía oral (Chua et. al, 2017).

El tratamiento tradicional de la necrosis infectada fue la necrosectomía abierta, procedimiento asociado con una morbilidad de 34- 95% y una mortalidad de 11-39%. probablemente debido a que estos pacientes no pueden soportar la agresión adicional del trauma quirúrgico, durante la última década, el tratamiento escalonado (step-up approach), que consiste en antibioticoterapia de amplio espectro, drenaje percutáneo o endoscópico y necrosectomía mínimamente invasiva; ha reemplazado a la cirugía abierta como el estándar del tratamiento (Revoredo Rego et al, 2021).

El uso de antibióticos de amplio espectro retrasa cualquier tipo de intervención, idealmente hasta la cuarta semana. Esto permite que la necrosis se encapsule, se forme una pared alrededor de la misma, se reblandezca y se demarque un límite entre el tejido sano y el necrótico (Mejía Ochoa & Dante, 2022). Si fuese necesario, se realiza una necrosectomía mínimamente invasiva, la cual puede ser quirúrgica o endoscópica. Estos tratamientos de mínima invasión han demostrado que producen un menor trauma quirúrgico (injurias tisulares y respuesta inflamatoria), disminuyen la aparición de nueva falla orgánica en enfermos graves y tienen menos complicaciones a largo plazo como fístulas, hernias incisionales e insuficiencia pancreática endocrina y/o exocrina (Fernández Gómez et al, 2013).

Algunos de los factores etiológicos o desencadenantes de la pancreatitis aguda incluyen: los cálculos biliares: considerada como una de las causas más comunes de pancreatitis aguda, ya que los mismos pueden obstruir el conducto biliar común, lo que provoca

el retroceso del flujo de bilis hacia el páncreas, lo que a su vez puede causar la inflamación del órgano; así también el consumo excesivo de alcohol: puede ser una causa importante de pancreatitis aguda, ya que el alcohol puede dañar el tejido pancreático y provocar inflamación; los traumatismos abdominales: ya sean por lesiones, cirugías o traumatismos en el área abdominal pueden desencadenar la pancreatitis aguda; o incluso episodios de Hipertrigliceridemia severa: pues los niveles muy altos de triglicéridos en sangre pueden causar pancreatitis aguda al interferir con la función del páncreas (Lee et al, 2023). Su diagnóstico se basa en primer lugar en el diagnóstico de pancreatitis aguda y posteriormente una valoración de la gravedad (de Franqa et al, 2020). La clasificación de la pancreatitis aguda es esencial para el manejo clínico adecuado, ya que el tratamiento y el pronóstico pueden variar según la gravedad y la causa subyacente. Los criterios de clasificación pueden cambiar con el tiempo a medida que se obtiene más información y se desarrolla una comprensión más profunda de la enfermedad (Velázquez Gutiérrez & Vargas Useche, 2020).

La clasificación de la pancreatitis aguda según el consenso de Atlanta es un sistema ampliamente utilizado para categorizar y definir los distintos grados de severidad y etapas de la pancreatitis aguda. Esta clasificación fue actualizada por el Grupo de Consenso de Atlanta en 2012 y se basa principalmente en criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio. Según el consenso de Atlanta, la pancreatitis aguda se clasifica en tres categorías principales (Banks et al, 2013): Pancreatitis Aguda Leve, Pancreatitis Aguda Moderadamente Grave y Pancreatitis Aguda Grave. También menciona otras etapas y clasificaciones, como la fase temprana, la fase intermedia y la fase tardía, que se refieren a diferentes etapas y manifestaciones de la pancreatitis aguda durante su curso evolutivo (Foster et al, 2016).

Por lo que se considera de suma importancia abordar el manejo de la Pancreatitis Aguda Grave por Necrosis Pancreática infectada en el Hospital Nacional de Itauguá, ya que es un centro de referencia nivel nacional, pudiendo brindar un aporte teórico-práctico dentro de la

formación de nuevos médicos, pues tendremos datos actualizados dentro de un contexto local, así como metodológico pudiendo ser el inicio de otros trabajos de investigación relacionados. El objetivo de este trabajo es determinar en el manejo de la Pancreatitis Aguda Grave por Necrosis Pancreática infectada en el Hospital Nacional de Itauguá en el periodo 2020-2022.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de corte transversal, con un muestreo de tipo no probabilístico de casos consecutivos, siendo n=67 casos que cumplieron con los criterios de inclusión. La población enfocada estuvo conformada por pacientes con Pancreatitis Aguda Grave por Necrosis Pancreática infectada, considerándose como población accesible a los pacientes con Pancreatitis Aguda Grave por Necrosis Pancreática infectada atendidos en el Hospital Nacional de Itauguá, se tomaron como criterios de inclusión: Pacientes con Pancreatitis Aguda Grave por Necrosis Pancreática infectada de ambos sexos y edad indistinta que han sido atendidos en el Hospital Nacional de Itauguá durante el periodo 2020-2022, mientras que los criterios de exclusión fueron: fichas incompletas y/o fichas con borrones o tachaduras.

El reclutamiento de datos se realizó mediante revisión de las fichas clínicas de pacientes que se internaron en el HNI en el mencionado periodo. Para recolectar los datos se utilizó una ficha de Recolección de datos diseñando en base a la Ficha de pancreatitis. Se realizó la recolección de datos mediante la revisión de fichas clínicas, extrayendo datos clínicos, valores laboratoriales, informes de imágenes.

Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó el programa EXCEL, con ella creamos varios tipos de gráficos con base en los datos de la hoja de cálculo. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de todas las variables analizadas.

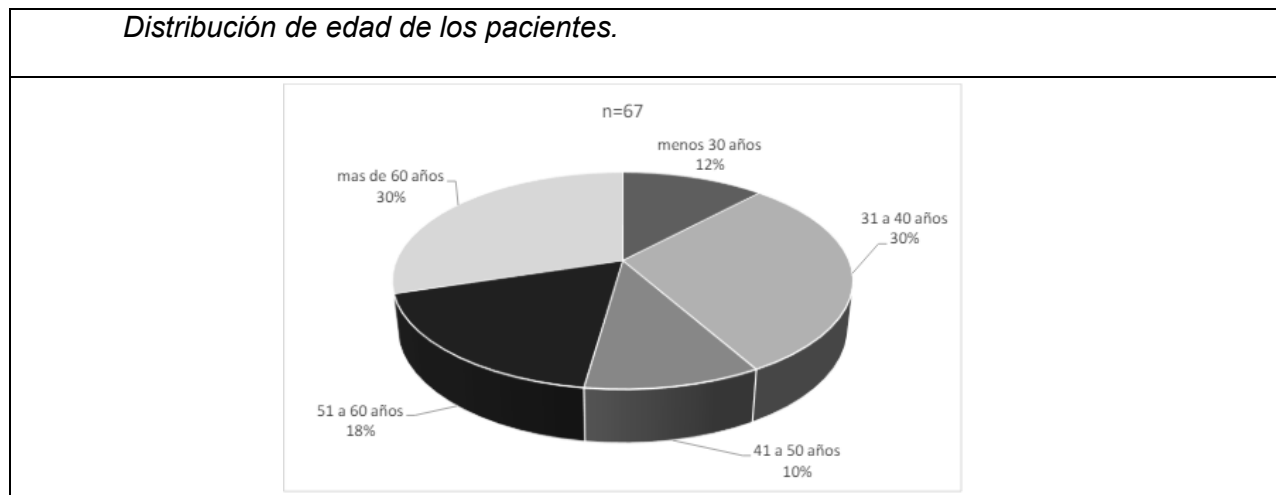
Desde el punto de vista ético, este estudio no represento ningún riesgo para la integridad física ni psíquica de los pacientes. Los datos que se recabaron de las fichas no incluyeron datos que pudiesen haber descubierto la identidad de los pacientes. De igual forma se respetaron todos los aspectos éticos relacionados a la investigación.

RESULTADOS

Según la distribución de los pacientes en cada periodo anual que abarco el estudio se pudo observar que 23 (34.3%) fue en el 2020, 20 (29.8%) en el periodo 2021 y 24 (35.9%) en el 2022. El 76% (51) de los pacientes atendidos fueron de sexo masculino y el 24% (16) de sexo femenino.

Sobre la distribución por rango de edad de los pacientes se puede observar que 12% (8) son menores de 30 años, 30% (20) son de 31-40 años, 10% (7) corresponde a 41-50 años, 18% (12) entre 51-60 años y 30% (20) a personas mayores de 60 años

Figura 1.

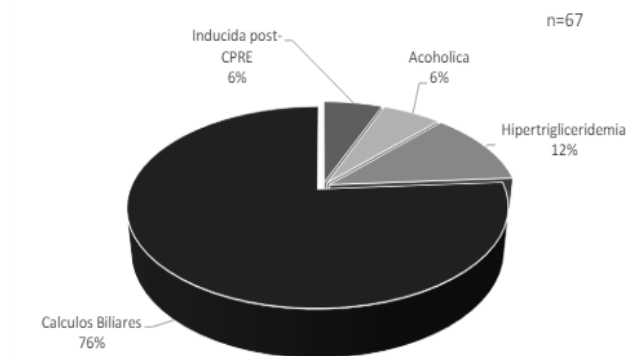


Con respecto al IMC de los pacientes, se evidencia que 24% (16) se encuentran con peso normal, 14.9% (10) estaban con sobrepeso, 29.8% (20) con obesidad grado 1, 17.9% (12) con obesidad grado 2, y 13.4% (9) con obesidad grado 3.

El según los registros clínicos el origen de la pancreatitis grave en los pacientes fue inducida post CPRE en un 6% (4), así como la alcohólica 6% (4), por hipertrigliceridemia 12% (8) y por cálculos biliares 76% (51).

Figura 2.

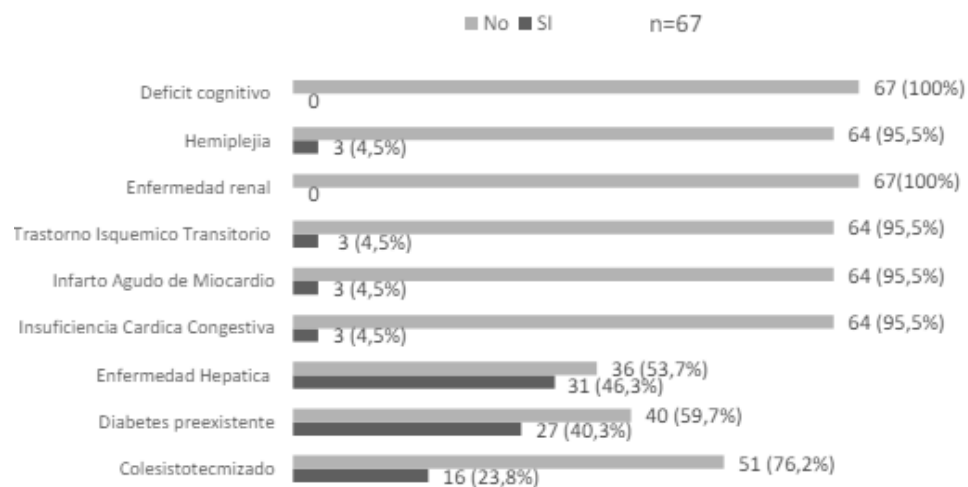
Origen de la Pancreatitis Aguda



Dentro de los antecedentes médicos se puede observar que 23.8% (16) fueron colesistotecnizados, 40.3% (27) tenían diabetes preexistente a la pancreatitis, 46.3% (31) con enfermedad hepática, y un 4.5% (3) con Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Infarto Agudo de Miocardio, Trastorno Isquémico Transitorio y Hemiplejia

Figura 3.

Antecedentes médicos de los pacientes



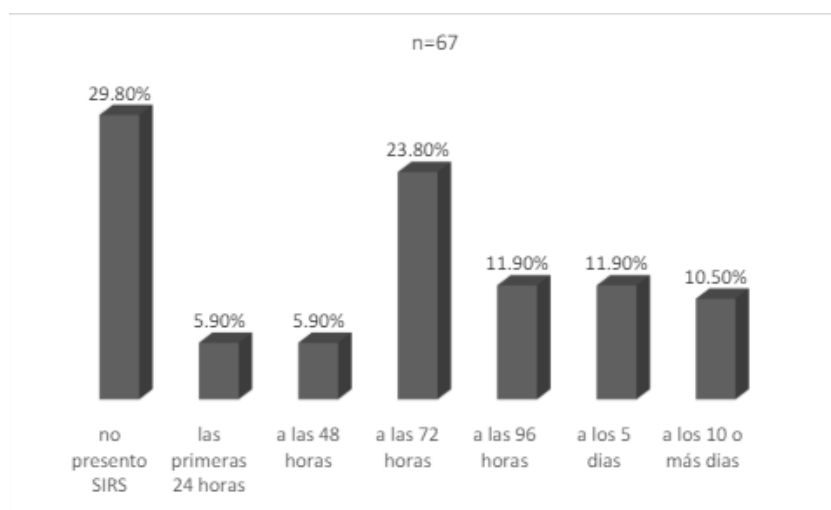
Con relación al nivel promedio de los signos vitales de los pacientes al momento de ingreso, se observa que la temperatura y la frecuencia cardiaca son relativamente rangos normales al momento de ingreso, sin embargo, la frecuencia respiratoria y el recuento de los glóbulos blanco está por encima de los valores normales. A las 24, 48 y 72 horas de evolución se observa una mejoría en la frecuencia respiratoria y el recuento de glóbulos blancos, la temperatura y la frecuencia cardiaca se mantienen dentro de valores normales. A los 7 días hay un aumento leve en la temperatura y el recuento de los glóbulos blancos, sin embargo, los otros valores siguen dentro de la normalidad.

Tabla 1.

Niveles de signos vitales y valores laboratoriales.

NIVELES PROMEDIO	INGRESO	24 HORAS	48 HORAS	72 HORAS	7 DIAS
<i>Temperatura</i>	36.5	36.1	36.8	36.6	37.6
<i>Frecuencia cardiaca</i>	96	93.7	90.8	84.6	87.1
<i>Frecuencia respiratoria</i>	22.3	20.8	20.8	19.7	20.7
<i>Glóbulos blancos</i>	13008	11560	10561	10472	11340

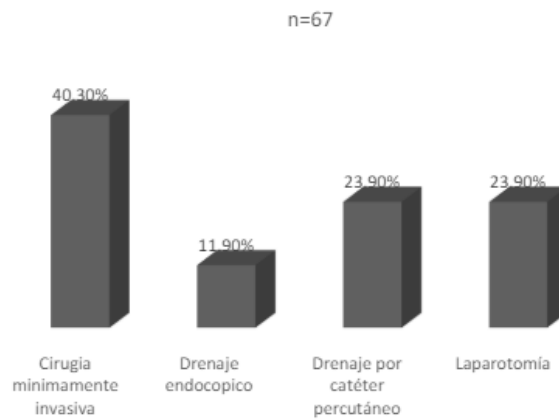
Dentro de los marcadores de laboratorio también se realiza la valoración del SIRS donde se puede observar que 29,8% (20) no presentaron el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, mientras que en 5.9% (4) se manifestó a las 24 horas, en 5,9% (4) a las 48 horas, 23,8% (16) a las 72 horas, 11,9% (8) a las 96 horas, mientras el 11,9% (8) a los 5 días y el 10,5% (7) en 10 días o más.

Figura 4.*Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)*

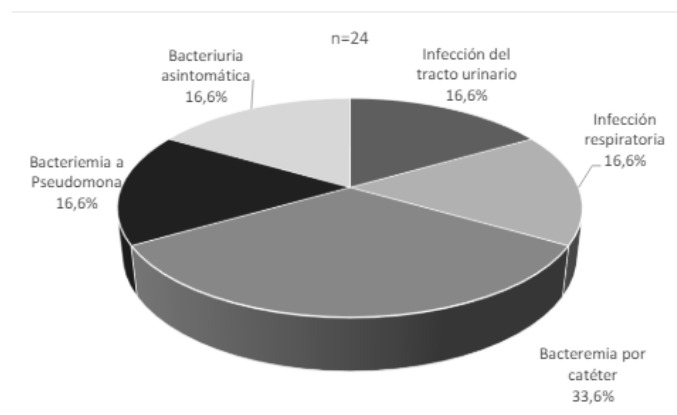
Dentro de las complicaciones del manejo clínico de los pacientes el 58,5% (39) no requirió el ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), el 5,9% (4) permaneció menos de 5 días, mientras que el 17,6% (12) permaneció entre 6 a 10 días, 12% (8) entre 11 a 15 días y el grupo correspondiente a 5,9% (4) permaneció más de 15 días en el servicio.

Con relación a los tipos de intervención quirúrgica que fueron aplicadas en los pacientes, se puede observar que el 40,3% (27) fue la cirugía mínimamente invasiva, en 11.9% (8) el drenaje endoscópico, en el 23,9% (16) el drenaje por catéter percutáneo y en 23,9% (16) mediante laparotomía.

Dentro de las complicaciones se observan frecuentemente las fallas orgánicas, en el 57% (39) de los casos no se presentó ninguna falla orgánica, 15% (10) de los pacientes presento falla cardiaca, 14% (9) falla renal, al igual que el otro 14% (9) falla pulmonar.

Figura 4.*Modo de intervención de la pancreatitis*

La infección extra pancreática es otra complicación que puede aparecer en los pacientes, en este caso se observó en 36% (24) de la población total. Dentro de esta complicación podemos clasificar al 16,6% (4) en infecciones respiratorias, 16,6% (4) bacteriemia a *Pseudomonas*, 17,6% (4) bacteriuria asintomática, 16,6% (4) infección del tracto urinario y 33,6% (8) bacteriemia por catéter.

Figura 5.*Infección extra pancreática presentada por los pacientes*

DISCUSIÓN

Viciedo Guillermo et al en su estudio ha encontrado que los pacientes tienen una edad de mayor incidencia en grupos menores de 61 años, con predominio del sexo masculino. La causa más frecuente fue la litiasis vesicular y el alcoholismo, para un 43,4 % y 34,7 % respectivamente. Datos que son coincidentes de manera parcial con este estudio donde predominan los pacientes de sexo femenino, mayoritariamente menores de 60 años, y como origen de la pancreatitis los cálculos biliares en 76%.

Garro Urbina et al mencionan que los antecedentes médicos previos son muy importantes y que la enfermedad hepática y la diabetes mellitus son muy comunes en este tipo de pacientes, datos que son coincidentes con los resultados obtenidos en este estudio donde 40.3% tenían diabetes preexistente a la pancreatitis, y 46.3% cursa con enfermedad hepática previa.

Cueva et al afirman que las pruebas de laboratorio son fundamentales para el manejo apropiado de la PA y evitar complicaciones intrahospitalarias, siendo el SIRS uno de los marcadores indispensable para tal situación, siendo 48 a 72 horas el tiempo promedio de aparición de este síndrome, lo que coincide con este estudio ya que el 5,9% de los casos presentaron a las 48 horas y 23,8% a las 72 horas.

Sánchez González et al afirman que la mayoría de este tipo de pacientes requieren ingreso en UCI, sin embargo, en este estudio dentro de las complicaciones del manejo clínico de los pacientes el 58,5% no requirió el ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Con relación a los tipos de intervención quirúrgica Flores et al (4) afirma que se observan mayores intervenciones con el manejo mínimamente invasivo, lo cual es coincidente con este estudio.

Viciedo Guillermo et al mencionan a la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia respiratoria aguda son las complicaciones más representativas con una letalidad del 21,7%, en tanto en este estudio la falla cardíaca fue más frecuente.

Viciedo Guillermo et al afirman que el 47,8 % de los pacientes presentó la forma leve de la enfermedad, así también Mesén Román aseguran que un 20% de los casos van a tener una presentación severa, sin embargo, en este estudio los resultados difieren, siendo la de tipo Grave la de mayor frecuencia 66%.

CONCLUSIONES

Sobre los datos demográficos que los pacientes son mayormente menores de 60 años, de sexo masculino y con obesidad grado 1.

Con relación a la historia actual de la pancreatitis aguda, el origen se debe a cálculos biliares, cursando el primer episodio de pancreatitis, con enfermedad hepática y diabetes mellitus preexistente a la misma.

Sobre la evolución de los pacientes, teniendo en cuenta los signos vitales se observa un promedio de rangos estable según los registros del momento de ingreso con monitoreo hasta los 7 días. el recuento promedio de glóbulos blancos va en descenso en el mismo periodo de evolución.

Con respecto a los marcadores de laboratorio, la mayoría de los mismos no presento el SIRS, sin embargo, en los que la desarrollaron el periodo de aparición fue de 72 horas. Siendo necesaria el ingreso a UTI en un grupo minoritario con una permanecía promedio de 6 a 10 días.

Sobre las complicaciones que pudieran aparecer luego de la intervención mínimamente invasiva aplicada a la mayoría, el grupo mayoritario no presento falla orgánica, y las infecciones extra pancreáticas estuvieron relacionadas a bacteriemia de catéter, y según la clasificación de severidad de Atlanta la mayoría curso como Pancreatitis Aguda Grave.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con esta investigación.

Declaración de contribución a la autoría

Félix Rodrigo Coronel Gamarra: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, redacción del borrador original.

Carina Mabel Vargas Vera: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, redacción del borrador original.

Jorge Anibal Coronel Gamarra: análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición de la redacción

Declaración de uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que utilizaron la inteligencia artificial como apoyo para este artículo, y también que esta herramienta no sustituye de ninguna manera la tarea o proceso intelectual. Después de rigurosas revisiones con diferentes herramientas en la que se comprobó que no existe plagio como constan en las evidencias, los autores manifiestan y reconocen que este trabajo fue producto de un trabajo intelectual propio, que no ha sido escrito ni publicado en ninguna plataforma electrónica o de IA.

REFERENCIAS

- Banks, P. A., Bollen, T. L., Dervenis, C., Gooszen, H. G., Johnson, C. D., Sarr, M. G., et al. (2013). Classification of acute pancreatitis - 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, 62(1), 102–111.
- https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/29220/CONICET_Digital_Nro.25647.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Chua, T. Y., Matthew Walsh, R., Baker, M. E., & Stevens Cleveland, T. (2017). Pancreatitis necrotizante: Revisión de la evidencia actual del diagnóstico y manejo de la pancreatitis necrotizante. *Clin J Med*, 84(8).
<http://webs.fcm.unc.edu.ar/wpcontent/blogs.dir/30/files/2018/03/Revisión-de-la-evidencia-actual-del-diagnóstico-y-manejo-de-la-pancreatitis-necrotizante.pdf>
- Cueva Camacho, H. L. (2022). Exactitud del índice neutrófilo linfocito para pancreatitis aguda grave en el Hospital de Sullana 2017–2021. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DEL 1er al 3er AÑO UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN 202.
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>
- Cueva, Z. M., & Aguayo, V. W. (2018). Necrosectomía pancreática laparoscópica por pancreatitis necrotizante infectada. *Rev Fed Ecuatoriana Radiol e Imagen*, 13(2), 43–49.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402006000800011&lng=es
- De Franqa, F. F., Lopes Titon, I. M., Takada, J., Santana Souto, N., Antunes Delfes, R., Kreve, F., et al. (2020). Necrosectomía endoscópica asistida por laparoscopia: un enfoque efectivo en la necrosis pancreática infectada. *Rev Gastroenterol Latinoam*, 31(3), 151–156. <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.46613/gastrolat2020003-05.pdf>
- Fernández Gómez, A., Sánchez Menéndez, A. C., Pujol Legrá, P., & López Abreu, Y. (2013). Laparoscopic necrosectomy in acute pancreatitis. *Rev Cuba Cirugía*, 52(4), 306–314.
<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v52n4/cir08413.pdf>
- Flores, I., Huang, L., & López, M. (2015). Manejo quirúrgico de la pancreatitis aguda necrotizante. *Rev Medica Costa Rica y Centroam*, 71(616), 575–581.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/616/art12.pdf>

- Foster, B. R., Jensen, K. K., Bakis, G., Shaaban, A. M., & Coakley, F. V. (2016). Revised Atlanta classification for acute pancreatitis: A pictorial essay. *Radiographics*, 36(3), 675–687.
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64646187/clasificacion_de_atlanta_pancreatitis_\(TAC\)-libre.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64646187/clasificacion_de_atlanta_pancreatitis_(TAC)-libre.pdf)
- Garro Urbina, V., & Thuel Gutiérrez, M. (2020). Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Rev Medica Sinerg*, 5(7), e537.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/537>
- Lee, P. J., Lahooti, A., Culp, S., Boutsicaris, A., Holovach, P., Wozniak, K., et al. (2023). Obesity and alcoholic etiology as risk factors for multisystem organ failure in acute pancreatitis: Multinational study. *United European Gastroenterology Journal*, 11(4), 383–391. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ueg2.12390>
- Mejía Ochoa, F. J., & Dante, A. (2022). The use of minimally invasive techniques in the treatment of acute necrotizing pancreatitis; a systematic review (Vol. 10). *Universidad Abierta Interamericana*.
<https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/e40e66f5-df2a-46f3-870f-eb16d1ca52ac/content>
- Mesén Román, M., & Vargas Calvo, M. (2022). Generalidades de la pancreatitis aguda. *Rev Medica Sinerg*, 7(5), e809.
<https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/809/1553>
- Revoredo Rego, F., Reaño Paredes, G., De Vinatea De Cardenas, J., Kometter Barrios, F., Alfaro Ita, S., & Vereu Robles, J. (2021). Pancreatitis aguda necrotizante infectada: Desbridamiento retroperitoneal video asistido. *Med (Buenos Aires)*, 81, 115–118.
<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v81n1/1669-9106-medba81-01-115.pdf>

Sánchez González, A., Aranda Narváez, J. M., Montiel Casado, C., Sanchez Pérez, B., Pulido Roa, Y., Marin Camero, R., et al. (2010). Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda grave: el abordaje mínimamente invasivo para la necrosectomía y la importancia de la hipertensión intraabdominal. *Cir Andal*, 21, 428–431.

<https://www.asacirujanos.com/documents/revista/pdf/2010/2010-vol21-n4-act7.pdf>

Velázquez Gutiérrez, J., & Vargas Useche, M. (2020). Pancreatitis aguda: Artículo de revisión.

Rev Venez Cirugía, 73(2), 35–40.

<https://revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/389/509>

Viciedo Guillermo, M., Núñez Martínez, J. F., Madruga Vásquez, C., & Bouza Denis, I. (2022).

Characterization of patients with acute pancreatitis in the multipurpose intensive care unit. *Rev Cuba Med Mil*, 51(2). <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v51n2/1561-3046-mil-51-02-e1782.pdf>