Defunciones por pancreatitis aguda en Chile: diferencias epidemiológicas observadas desde 2018 hasta 2022

Acute pancreatitis deaths in Chile: epidemiological differences observed from 2018 to 2022

Juan Gallegos Toro, Nicolás Ávalos Meneses, Lucas Betancourt Masri, Winston Bello Astorga, Antonia Pierotic Piddo.

REVISTA ANDES

Citar como: Gallegos Toro, J., Ávalos Meneses, N., Betancourt Masri, L., Bello Astorga, W., y Pierotic Piddo, A. Defunciones por pancreatitis aguda en Chile: diferencias epidemiológicas observadas desde 2018 hasta 2022. *Revista Andes* [Internet]. 2026. Disponible en: https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/article/view/149

Recibido : 13/08/2026

Aceptado : 11/11/2026

Publicado : 23/11/2026

© Los autores, 2026.
Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

*Correspondencia:
Juan Gallegos T.
juanignaciott@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda es la inflamación del páncreas, ocurre por la activación prematura de enzimas gástricas que genera inflamación que puede afectar tanto al páncreas como al resto del organismo. En Latinoamérica es relevante por su impacto socioeconómico y diferencias epidemiológicas entre países. **Objetivo:** Describir la evolución de las defunciones por pancreatitis en Chile entre 2018-2022 por sexo, edad, región y subcategoría diagnóstica. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y ecológico sobre las defunciones por pancreatitis en la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) en Chile, según año, sexo, grupo etario y región utilizando tasas de mortalidad. **Resultados:** Se registraron 1.728 defunciones. El año 2021 fue el de mayor tasa de mortalidad; el sexo más frecuente fue el masculino; el rango etario con mayor mortalidad fue el grupo de 80 años o más. Las regiones más afectadas fueron las de Aysén y Los Lagos; la causa más frecuente de defunción por pancreatitis fue la "no especificada". **Discusión:** Se observa que las tendencias epidemiológicas de Chile son similares a las de otros países, no obstante, hay importantes limitaciones que impiden la correcta interpretación de las tendencias en este trabajo. **Conclusiones:** La pancreatitis aguda es un problema de salud pública, siendo más frecuente en hombres, en especial en los mayores de 80 años, con diferentes tendencias entre regiones del país. Sin embargo, debido a las limitaciones encontradas en el documento, se requiere de investigaciones más extensas y detalladas para describir a cabalidad la epidemiología de la enfermedad.

Palabras clave: *Pancreatitis; Mortalidad; Epidemiología; Chile.*

ABSTRACT

Introduction: *Acute pancreatitis is the inflammation of the pancreas; it occurs due to the premature activation of gastric enzymes generating inflammation that can affect both the pancreas and the rest of the body. In Latin America, it is relevant due to its socioeconomic impact and epidemiological differences between countries.* ***Objective:*** *To describe the evolution of deaths from pancreatitis in Chile between 2018-2022 by sex, age, region, and diagnostic subcategory.* ***Methods:*** *An observational, descriptive, retrospective, and ecological study on deaths from pancreatitis in the database of the Health Information and Statistics Department (DEIS) in Chile, according to year, sex, age group, and region using mortality rates.* ***Results:*** *A total of 1,728 deaths were recorded. The year 2021 had the highest mortality rate; the most frequent sex was male; the age range with the highest mortality was the group of 80 years or older. The most affected regions were Aysén and Los Lagos; the most frequent cause of death from pancreatitis was "unspecified".* ***Discussion:*** *It is observed that the epidemiological trends in Chile are similar to those of other countries; however, there are important limitations that prevent the correct interpretation of the trends in this study.* ***Conclusions:*** *Acute pancreatitis is a public health problem, being more frequent in men, especially those over 80 years old, with different trends among regions of the country. However, due to the limitations found in the document, more extensive and detailed research is required to fully describe the epidemiology of the disease.*

Keywords: *Pancreatitis; Mortality; Epidemiology; Chile.*

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) se define como un proceso inflamatorio reversible del parénquima pancreático, cuya presentación clínica es heterogénea, variando desde cuadros leves y autolimitados caracterizados fundamentalmente por edema intersticial[1], hasta formas severas que cursan con necrosis pancreática, respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y falla orgánica multisistémica[2]. Según la clasificación de Atlanta revisada (2012), el diagnóstico requiere la presencia de al menos dos de tres criterios: dolor abdominal típico en epigastrio irradiado al dorso, elevación de enzimas pancreáticas (amilasa o lipasa) tres veces por encima del límite superior normal, y hallazgos imagenológicos característicos[1,3,4].

Desde una perspectiva fisiopatológica, el evento central es la activación prematura e intrapancreática de las enzimas digestivas, donde por factores como la obstrucción ductal o tóxicos inducen conversión del tripsinógeno a tripsina dentro de la célula acinar, superando los mecanismos de defensa naturales y generando el cuadro clínico[5,6].

A nivel mundial, la PA es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes y una causa líder de hospitalización, con una incidencia global estimada en aumento, situándose alrededor de 34 casos por cada 100.000 habitantes anualmente[8,9]. La carga de la enfermedad es significativa: en Estados Unidos, representa la tercera causa de ingreso hospitalario gastrointestinal, con costos anuales que superan los 2,6 billones de dólares. Aunque la mortalidad general se sitúa en torno al 5%, esta cifra se dispara en los subgrupos de mayor riesgo: la mortalidad en la PA severa alcanza el 15-30%, y puede llegar hasta un 30-50% cuando existe necrosis infectada o falla orgánica persistente. Las etiologías predominantes a nivel global son la litiasis biliar (40-70%) y el consumo de alcohol (25-35%), seguidas por causas metabólicas como la hipertrigliceridemia (especialmente cuando los triglicéridos superan los 1000 mg/dL)[2].

En el contexto latinoamericano, el perfil epidemiológico presenta particularidades relevantes. La incidencia varía entre países: en Brasil se ha reportado una tasa de 15,9 casos por 100.000 habitantes, mientras que en Perú la cifra asciende a 28 por 100.000 habitantes[7], no obstante, estos datos no son comparables con los antes mencionados de Estados Unidos, al tener diferencias en la formulación de las tasas. En Ecuador, reportes hospitalarios indican una predominancia del sexo femenino (razón 2:1) y un total de 4.715 casos registrados en 2016[6]. A diferencia de algunas series europeas donde el alcohol tiene un peso mayor, en Latinoamérica la etiología biliar es consistentemente la causa principal, responsable de entre el 60% y el 85% de los casos en países como México y Colombia. Además, en países como México se ha reportado una prevalencia de la enfermedad del 3%, asociada estrechamente a la epidemia de obesidad y litiasis vesicular[1].

En Chile, la PA constituye un desafío creciente para la salud pública. Según el análisis de egresos hospitalarios entre 2013 y 2018, la tasa de incidencia promedio fue de 42,6 por 100.000 habitantes[7], mostrando una tendencia al alza. La epidemiología nacional revela una notable disparidad geográfica: existe una diferencia significativa entre las regiones del norte y el sur del país. Mientras que en la zona norte las tasas son menores, en la zona centro-sur, específicamente en la región de la Araucanía, se han registrado las incidencias más altas, alcanzando 76,6 casos por 100.000 habitantes. En el contexto chileno, la etiología biliar es la más frecuente según las investigaciones realizadas, representando entre el 60% y el 82% de los casos, mientras que el alcohol explica aproximadamente el 8,5% a 17%. Aunque la letalidad hospitalaria ha mostrado un descenso progresivo situándose en un 4,2%, la tasa de mortalidad específica por pancreatitis aguda se mantiene en 1,6 por 100.000 habitantes[7]. Además del impacto en vidas, esta patología genera una carga económica considerable para el sistema de salud chileno, estimándose un gasto anual nacional de aproximadamente 41.000 millones de pesos, donde el costo final se correlaciona directamente con la severidad del cuadro y la necesidad de cama crítica[9].

Dados estos antecedentes, toma una vital importancia el analizar las tendencias epidemiológicas por pancreatitis aguda en Chile desde los años 2018 a 2022, pues estos años aún no han sido estudiados en la bibliografía y pueden servir de base para próximas investigaciones y medidas para la enfermedad. Es por ello, que considerando lo anterior, el presente estudio plantea los siguientes objetivos:

Objetivo general: Describir la evolución de la mortalidad por pancreatitis aguda (PA) entre 2018-2022 en Chile.

Objetivos específicos:

1. Describir las frecuencias de defunciones por pancreatitis aguda según año, sexo, grupo de edad y región.
2. Cuantificar las tasas de mortalidad por pancreatitis aguda según sexo, grupo de edad y región.
3. Determinar la distribución de las subcategorías diagnósticas de pancreatitis aguda registradas como causa de muerte.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y ecológico de base poblacional utilizando la base de datos de defunciones por pancreatitis aguda (PA) registradas bajo el código correspondiente en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) entre el periodo 1 de enero de 2018 hasta 31 de diciembre de 2022 en Chile. Las defunciones se categorizaron según las variables año, sexo, grupo etario y región de Chile, con el objetivo de analizar la evolución temporal y la distribución poblacional de la mortalidad asociada a esta patología. La información fue sometida a un análisis descriptivo empleando indicadores de mortalidad específica. Las tasas fueron calculadas con las siguientes fórmulas:

Tasa de mortalidad =

$$\frac{\text{N° defunciones por pancreatitis promedio anual durante periodo}}{\text{Habitantes promedio anual durante periodo}} \times 100.000$$

Tasa de mortalidad anual total y según sexo =

$$\frac{\text{N° defunciones por pancreatitis anual}}{\text{Habitantes del año}} \times 100.000$$

Tasa de mortalidad específica por región =

$$\frac{\text{Número de defunciones promedio anual por pancreatitis según región}}{\text{Habitantes promedio anual durante periodo}} \times 100.000$$

Tasa de mortalidad específica por sexo =

$$\frac{\text{Número de defunciones promedio por pancreatitis según sexo}}{\text{Habitantes promedio anual durante periodo}} \times 100.000$$

Tasa de mortalidad específica por grupo etario =

$$\frac{\text{Número de defunciones promedio por pancreatitis según grupo etario}}{\text{Habitantes promedio anual durante periodo}} \times 100.000$$

Las defunciones fueron clasificadas en cinco grupos etarios (0-19, 20-39, 40-59, 60-79 y ≥80 años). Mientras tanto, las variables "año" y "región" no fueron agrupadas para permitir una representación más específica. Se obtuvo las subcategorías diagnósticas, a partir del mismo registro, diferenciando pancreatitis biliar aguda (K85.1), alcohólica aguda (K85.2), inespecífica aguda (K85.9), otras pancreatitis agudas (K85.8), inducida por drogas (K85.3) e idiopática aguda (K85.0).

Para las tasas regionales del período 2018-2022 se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC 95%) mediante el método exacto basado en la distribución de Poisson.

Desarrollo de datos y formación de tablas y gráficos descriptivos: Se utilizó Microsoft Excel 2025®. Este estudio con datos abiertos no requirió la revisión de un comité de ética, ya que sólo se utilizó datos que estaban en acceso público, sin identificadores ni contactos. También, los autores declaran no haber conflictos de intereses ni financiamiento externo para este trabajo.

Resultados

Durante el período 2018-2022 se registraron 1.728 defunciones por pancreatitis aguda en Chile, con un promedio anual de 345,6 casos. La tasa de mortalidad fue 1,8 defunciones por cada 100.000 habitantes. El año 2021 presentó el mayor número de fallecimientos (n = 413), mientras que el menor se observó en 2022 (n = 318).

Según la variable sexo, el 56,1% de las defunciones correspondió a hombres (n = 969), y el 43,9% a mujeres (n = 759). A lo largo de los cinco años analizados, la mortalidad masculina se mantuvo por encima de la femenina. Ambos sexos mostraron un comportamiento anual similar, con sus valores

máximos durante 2021. En el caso de las mujeres, la tasa de mortalidad se mantuvo estable entre 2018 y 2020, con 1,5 defunciones por cada 100.000 habitantes en cada uno de esos años (*Figura N°1*).

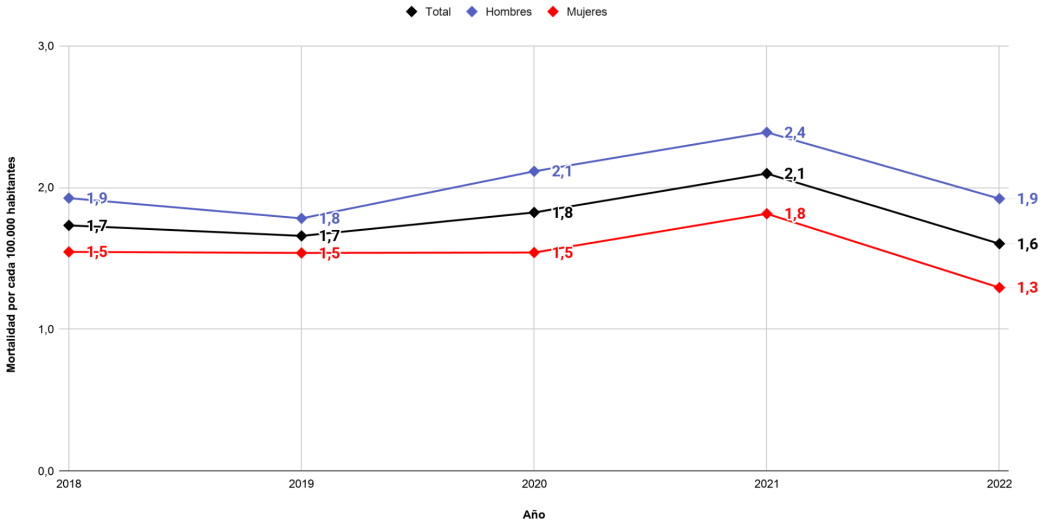


Figura N°1. *Mortalidad anual total y según sexo por pancreatitis aguda (2018-2022).*
Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el DEIS.

En tanto a la variable grupo etario, los grupos más jóvenes presentaron las tasas más bajas: 0-19 años, con 0,02 defunciones por cada 100.000 habitantes, y 20-39 años, con 0,44 defunciones por cada 100.000 habitantes.

En contraste, los grupos etarios mayores mostraron tasas muy superiores al promedio. El grupo de ≥80 alcanzó la mayor mortalidad, con 19,53 defunciones por cada 100.000 habitantes (n = 535). No obstante, el grupo que registró el mayor número absoluto de defunciones fue el de 60-79 años, con 676 fallecimientos durante el período estudiado (*Figura N°2*).

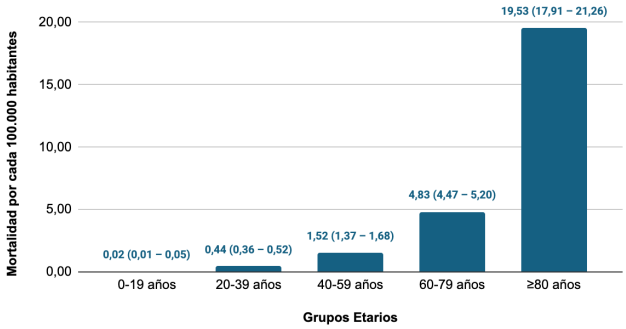


Figura N°2. *Mortalidad según grupo etario (2018-2022).*
Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el DEIS.

Región	Defunciones 2018-2022	Tasa de mortalidad (IC95%)
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	19	3,68 (2,22-5,75)
De Los Lagos	140	3,38 (2,84-3,99)
Del Maule	174	3,33 (2,85-3,86)
De Ñuble	71	2,95 (2,31-3,73)
De La Araucanía	129	2,70 (2,25-3,20)
De Los Ríos	51	2,65 (1,97-3,48)
Del Biobío	170	2,18 (1,87-2,54)
De Magallanes y de La Antártica Chilena	17	2,04 (1,19-3,27)
De Coquimbo	72	1,90 (1,49-2,39)
De Tarapacá	30	1,82 (1,22-2,59)
De Valparaíso	156	1,72 (1,46-2,01)
Del Libertador B. O'Higgins	74	1,62 (1,27-2,03)
De Arica y Parinacota	18	1,59 (0,94-2,52)
De Antofagasta	47	1,55 (1,14-2,06)
Metropolitana de Santiago	541	1,52 (1,40-1,65)
De Atacama	19	1,33 (0,80-2,07)

Tabla N°1. *Defunciones y tasa de mortalidad por pancreatitis aguda según región de Chile (2018-2022).*
Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el DEIS.

Respecto a la mortalidad por regiones de Chile, se observaron diferencias marcadas entre zonas del país. Las regiones del sur concentran las tasas más elevadas, destacando Aisén con 3,7 defunciones por cada 100.000 habitantes, Los Lagos con 3,4 y Maule con 3,3 defunciones por cada 100.000 habitantes.

En contraste, las regiones del norte grande, norte chico y la zona central registraron tasas inferiores al promedio nacional. Las menores cifras corresponden a Atacama (1,3 defunciones por cada 100.000 habitantes), Región Metropolitana (1,5) y Antofagasta (1,5 defunciones por cada 100.000 habitantes) (*Tabla N°1*).

En relación con la subcategoría diagnóstica registrada para las defunciones por pancreatitis aguda, la mayoría correspondió a casos no específicos, los cuales representaron el 89,9% del total (n = 1.553). Las pancreatitis inducidas por alcohol y aquellas asociadas a patología biliar mostraron una proporción similar, cada una con 4,9% de los casos (n = 84 en ambos grupos) (*Figura N°3*).



Figura N°3. *Subcategoría diagnóstica de pancreatitis aguda (2018-2022).*
Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el DEIS.

Discusión

El presente estudio caracterizó la mortalidad por pancreatitis aguda (PA) en Chile durante el período 2018-2022, identificándose variaciones en el número anual de defunciones. El mayor número de fallecimientos se registró en 2021 (n = 413), mientras que el menor se observó en 2022 (n = 318). Estos hallazgos deben interpretarse en el contexto de la evidencia internacional, que ha descrito un aumento de la incidencia de PA en las últimas décadas en diversos países occidentales, junto con una evolución variable de los indicadores de mortalidad y letalidad según la población estudiada y el período analizado[10]. El incremento de las defunciones observado en Chile durante 2021 coincidió temporalmente con la pandemia de COVID-19. Si bien la literatura ha planteado que las alteraciones en el acceso a la atención sanitaria y la reorganización de los servicios de salud podrían haber influido en la atención de pacientes con enfermedades agudas[11,12], el presente estudio no dispone de información sobre retrasos en la consulta, gravedad clínica al ingreso, necrosis pancreática, falla orgánica ni infección por SARS-CoV-2. Por consiguiente, no es posible establecer que estos factores explican el aumento observado. Asimismo, aunque se ha investigado una posible relación entre la infección por SARS-CoV-2 y la lesión pancreática[13], los datos analizados no permiten determinar si dicha asociación tuvo alguna contribución a la mortalidad registrada en Chile durante ese año.

En relación con la distribución por sexo, el 56,1% de las defunciones correspondió a hombres (n = 969), frente al 43,9% registrado en mujeres (n = 759). Esta diferencia se mantuvo durante el quinquenio estudiado, aunque los datos descriptivos no permiten establecer los mecanismos responsables de dicha distribución. La literatura epidemiológica ha descrito diferencias entre hombres y mujeres en la distribución de las etiologías de la PA, con una mayor relevancia relativa de la etiología biliar en mujeres y de la etiología alcohólica en hombres en determinadas poblaciones[14,15,16]. Sin embargo, en este estudio, el 89,9% de las defunciones presentó una subcategoría diagnóstica no específica, lo que limita considerablemente la caracterización de los factores etiológicos asociados. En consecuencia, el predominio masculino observado no puede atribuirse directamente al consumo de alcohol ni a diferencias en los patrones de exposición. Aunque algunas investigaciones han explorado la relación entre el consumo de alcohol, los factores conductuales y la evolución clínica de la PA[17,18], estas explicaciones deben considerarse antecedentes provenientes de la literatura y no mecanismos demostrados por los resultados del presente estudio.

Respecto de la distribución etaria, los resultados evidenciaron una mayor carga de mortalidad en los grupos de edad avanzada. El grupo de 60 a 79 años concentró el mayor número absoluto de defunciones (n = 676), mientras que el grupo de 80 años o más presentó la tasa de mortalidad más elevada, alcanzando 19,53 defunciones por cada 100.000 habitantes. Esta distinción es relevante, ya que el número absoluto de fallecimientos refleja la frecuencia de eventos registrados, mientras que la tasa incorpora el tamaño de la población utilizada como denominador. El patrón observado es concordante con investigaciones previas que han identificado la edad

avanzada y la fragilidad como factores asociados a un peor pronóstico en pacientes con PA[19,20]. Asimismo, la literatura ha señalado que las comorbilidades y la menor reserva fisiológica podrían contribuir a una mayor vulnerabilidad frente a enfermedades agudas y sus complicaciones[13]. No obstante, dado que este estudio no incluyó información individual sobre fragilidad, comorbilidades, gravedad clínica ni complicaciones, no es posible determinar en qué medida estos factores explican las diferencias de mortalidad observadas. Los resultados respaldan la importancia de continuar investigando la carga de mortalidad por PA en las personas mayores, sin permitir establecer por sí solos necesidades específicas de ingreso o vigilancia en unidades asistenciales.

El análisis regional identificó heterogeneidad en las tasas de mortalidad por PA en Chile. Las tasas más elevadas se observaron en las regiones de Aisén (3,68 por 100.000 habitantes), Los Lagos (3,38) y Maule (3,33), mientras que las menores corresponden a Atacama (1,33), la Región Metropolitana (1,52) y Antofagasta (1,55 por 100.000 habitantes). Los intervalos de confianza del 95% proporcionan información sobre la precisión de estas estimaciones y deben considerarse al comparar las tasas regionales. Sin embargo, las diferencias observadas no permiten concluir por sí solas que existan desigualdades epidemiológicas atribuibles a factores territoriales específicos. La estructura etaria de cada región podría influir en las tasas crudas, por lo que la estandarización por edad sería pertinente para evaluar la comparabilidad entre territorios, si se dispone de los datos necesarios. La literatura ha descrito la relevancia de la litiasis biliar en la etiología de la PA y ha explorado la contribución de factores genéticos y dietarios a su distribución poblacional[21]. Del mismo modo, las diferencias geográficas en el acceso a los servicios sanitarios y a la atención especializada constituyen factores que podrían ser relevantes para estudiar las variaciones regionales en los resultados de salud[22,23]. No obstante, estas variables no fueron evaluadas directamente en el presente estudio, por lo que su contribución a las tasas observadas permanece indeterminada. Se requieren investigaciones que incorporen información clínica, sociodemográfica, territorial y asistencial para explorar posibles explicaciones de las diferencias regionales identificadas.

Entre las principales limitaciones del estudio destaca la elevada proporción de defunciones clasificadas en una subcategoría diagnóstica no específica (89,9%; n = 1.553), lo que restringe la caracterización de las categorías diagnósticas de PA y dificulta la identificación de patrones diferenciados según la causa. Asimismo, la ausencia de información clínica individual impidió evaluar variables como obesidad, síndrome metabólico, gravedad al ingreso, necrosis pancreática, falla orgánica y comorbilidades, factores que han sido abordados en investigaciones previas sobre el pronóstico de la enfermedad[24,25]. Tampoco se dispuso de información suficiente para analizar posibles cambios en el acceso a la atención sanitaria durante la pandemia, la oportunidad de las intervenciones o la eventual influencia de las modificaciones en la actividad quirúrgica sobre la mortalidad por PA biliar. Finalmente, el carácter descriptivo del estudio y la naturaleza de los registros analizados limitan la posibilidad de establecer relaciones causales entre las características demográficas o territoriales y las defunciones observadas.

Los resultados ponen de relieve la necesidad de fortalecer la calidad y especificidad de los registros de mortalidad, especialmente en lo relativo a la identificación de las subcategorías diagnósticas de la PA. La capacitación de los equipos responsables de la certificación y codificación de las defunciones, junto con una implementación adecuada de los sistemas de clasificación diagnóstica, podría contribuir a mejorar la calidad de la información epidemiológica[26]. Asimismo, sería pertinente desarrollar estudios posteriores que incorporen tasas estandarizadas por edad y variables clínicas, etiológicas, sociodemográficas y de acceso a la atención sanitaria, con el fin de evaluar los factores asociados a las diferencias temporales y regionales observadas. En el ámbito asistencial, la literatura internacional ha destacado la importancia de una reanimación hídrica individualizada y del soporte nutricional oportuno en el manejo de la PA[27]. No obstante, la evaluación del impacto de estas estrategias sobre la mortalidad en Chile requiere investigaciones específicas que consideren las características clínicas de los pacientes y los procesos de atención. En conjunto, estos resultados proporcionan una caracterización descriptiva de la mortalidad por PA en Chile durante 2018-2022 y constituyen una base para futuras investigaciones orientadas a comprender los factores

que podrían contribuir a su distribución temporal, demográfica y territorial.

Conclusión

Entre los años 2018 a 2022, la tasa de mortalidad por pancreatitis aguda en Chile presentó variaciones que evidencian que aún es un desafío relevante en el área de la salud pública. Hubo un incremento notable en 2021 y una caída en 2022. Este patrón se corresponde con el contexto de pandemia por COVID-19, en el que pudo influir en la mortalidad el retraso en la consulta y el aumento de complejidad de los casos debido a este motivo, dificultando el manejo de la patología y llevando a peores "outcomes", no obstante estas variables que al no ser consideradas en este trabajo, no permiten asociar ambas variables. También hubo un predominio de fallecimientos en el sexo masculino, una tendencia que coincide con la realidad mundial. Por edad, el mayor impacto tuvo lugar entre los rangos etarios de mayor edad, lo que se podría explicar por factores como la fragilidad y la edad avanzada que tienden a empeorar el cuadro clínico y favorecen que la enfermedad llegue a un desenlace fatal, no obstante, nuevamente al no disponer de datos sobre dichos tópicos, no se puede asumir una causalidad. Las disparidades a nivel regional también fueron claras, las tasas más altas se registran al sur de nuestro país: fundamentalmente en las regiones de Aysén y Los Lagos, lo que puede ser explicado por la predominancia de la población mapuche en dichas regiones. Lamentablemente, al ser éstos datos sólo tendencias, se requieren de estudios posteriores para encontrar posibles determinantes.

En base a estos resultados, se pueden identificar las tendencias demográficas de la enfermedad, pero queda en evidencia la presencia de bastantes limitaciones. El elevado porcentaje de casos clasificados como "no específicos" impide determinar las verdaderas subcategorías diagnósticas más frecuentes y dificulta a futuros trabajos la elaboración de estrategias preventivas. Además, no se incluyó dentro de este trabajo variables importantes como las diferencias socioeconómicas entre regiones del país, el impacto de la pandemia por COVID-19 o la fragilidad inherente a pacientes de mayor edad; siendo estos factores que podrían tener un impacto significativo en la interpretación de los datos. Por ello, es necesario potenciar la calidad de los registros sanitarios y promover investigaciones que consideren estos y otros factores para poder tener mayor información sobre la epidemiología de la PA en Chile, y desde allí intentar realizar estrategias de salud pública para su prevención.

Referencias Bibliográficas

1. López Morales AI, Ramírez Najarro BNT. Caracterización epidemiológica de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda a nivel mundial [Monografía]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2020.

2. Muñoz D, Medina R, Botache WF, Arrieta RE. Pancreatitis aguda: puntos clave. Revisión argumentativa de la literatura. Rev Colomb Cir. 2023;38(2):339-51. Disponible en: https://doi.org/10.30944/20117582.2206

3. Rojas C, Salazar N, Sepúlveda M, Maldonado C, Castro A, Gómez 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. Disponible en: https://doi.org/10.22516/25007440.682

4. Vinueza Aguay GJ, Zambrano Zambrano ML, Leguizamo Silva KR, Vinueza López SJ, Leguizamo Silva CA. Pancreatitis aguda - Revisión de la literatura. Ciencia Latina [Internet]. 2023;7(5):10687-707. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8715

5. Alfonso Salabert I, Salabert Tortolo I, Alfonso Prince JC, Álvarez Escobar MC, Torres Álvarez A, Semper González AI. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017;39(6):1259-68. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2403/3644

6. Cepeda Guacho DA. Factores de riesgo y etiologías asociadas a reingresos por pancreatitis aguda [Tesis para optar al título de Médico]. Manta (Ecuador): Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; 2024.

7. Csendes J A, Gaete L D, Toro P J. Epidemiología de la pancreatitis aguda en Chile entre los años 2013 y 2018. Rev Med Chil. 2021;149(7):961-70. Disponible en: https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000700961

8. Oña Rodríguez JA, Noriega Puga VR. Pancreatitis aguda: una revisión sistemática. Rev Sanit Investig [Internet]. 12 de marzo de 2023. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/pancreatitis-aguda-una-revision-sistematica/

9. Mancilla Asencio C, Berger Fleiszig Z, Tobar Almonacid E, Morales Dote MP. Pancreatitis aguda: costos en un hospital universitario en Chile. Gastroenterol Latinoam. 2023;34(1):8-14. Disponible en: https://doi.org/10.46613/gastrolat2023001-03

10. Iannuzzi JP, King JA, Leff JH, Nahmias J, Imagawa DK, Demirjian AN, et al. Global incidence of acute pancreatitis is increasing over time: a systematic review and meta-analysis. Gastroenterology [Internet]. 2022 [citado 24 de noviembre de 2025];162(1):122-34. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.09.043

11. Du ZC, Zhang J, Li XJ, Zhang ZT, Bai KS, Wang ZM, et al. Impact of COVID-19 pandemic on acute pancreatitis presentations, management, and in-hospital outcomes: a single-center, retrospective observational study from the northeast of China. Therap Adv Gastroenterol [Internet]. 2022 [citado 24 de noviembre de 2025];15:17562848221145552. Disponible en: https://doi.org/10.1177/17562848221145552

12. Dirweesh A, Li Y, Trikudanathan G, Mallery JS, Freeman ML, Amateau SK. Clinical outcomes of acute pancreatitis in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. Gastroenterology [Internet]. 2020 [citado 24 de noviembre de 2025];159(5):1972-4. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.07.038

13. Çalım A. Clinical evaluation of the severity of acute pancreatitis in elderly patients. Acta Gastroenterol Belg [Internet]. 2023 Jul-Sep [citado 24 de noviembre de 2025];86(3):401-9. Disponible en: https://doi.org/10.51821/86.3.11290

14. Rădulescu PM, Căluianu EI, Traşcă ET, Mercuţ D, Georgescu I, Georgescu EF, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on outcomes in acute pancreatitis: a propensity score matched study comparing before and during the pandemic. Diagnostics (Basel) [Internet]. 2023 [citado 24 de noviembre de 2025];13(14):2446. Disponible en: https://doi.org/10.3390/diagnostics13142446

15. Sharma S, Weissman S, Aburayyan K, Acharya A, Aziz M, Systrom HK, et al. Sex differences in outcomes of acute pancreatitis: findings from a nationwide analysis. J Hepatobiliary Pancreat Sci [Internet]. 2021 Mar [citado 24 de noviembre de 2025];28(3):280-6. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jhbp.890

16. Akca S, Ocal S, Koc SG, Kaya R, Buldukoglu OC, Koker G, et al. Epidemiology of acute pancreatitis: the influence of age and gender in a regional population. BMC Gastroenterol [Internet]. 2025 Aug 30 [citado 24 de noviembre de 2025];25:627. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12876-025-04240-z

17. Deutsch-Link S, Curtis B, Singal AK. Covid-19 and alcohol associated liver disease. Dig Liver Dis [Internet]. 2022 Nov [citado 24 de noviembre de 2025];54(11):1459-68. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.dld.2022.07.007

18. Drake M, Dodwad SJ, Davis J, Kao LS, Cao Y, Ko TC. Sex-related differences of acute and chronic pancreatitis in adults. J Clin Med [Internet]. 2021 Jan 15 [citado 24 de noviembre de 2025];10(2):300. Disponible en: https://doi.org/10.3390/jcm10020300

19. Acosta CJ, Amin S, Barkin JA. Frailty as a predictor of outcomes in patients with post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis [Preprint]. Research Square; 2025 [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6291035/v1

20. Tahir Z, Tahir MW, Zaheer A, Zaheer F, Zaffar J, Singh N. Impact of frailty on acute alcoholic pancreatitis outcomes: a nationwide readmissions database study. Am J Gastroenterol [Internet]. 2023 Oct [citado 24 de noviembre de 2025];118(10S):S31-S32. Disponible en: https://doi.org/10.14309/01.ajg.0000949796.99230.56

21. Koshiol J, Van De Wyngard V, McGee EE, Cook P, Pfeiffer RM, Mardones N, et al. The Chile Biliary Longitudinal Study: a gallstone cohort. Am J Epidemiol [Internet]. 2021 Feb [citado 24 de noviembre de 2025];190(2):196-206. Disponible en: https://doi.org/10.1093/aje/kwaa199

22. Cao X, Liu Z, Rao J, Wu J, Huang X, Xia L, et al. Etiological shifts and clinical outcomes of acute

pancreatitis between urban and rural areas: evidence from a 20-year retrospective database. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2025 Jul 17 [citado 24 de noviembre de 2025];12:1640267. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1640267

23. Amin K, Khan H, Hearld LR, Chu DI, Prete V, Mehari KR, et al. Association between rural residence and processes of care in pancreatic cancer treatment. J Gastrointest Surg [Internet]. 2023 Oct [citado 24 de noviembre de 2025];27(10):2155-65. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s11605-023-05764-z

24. Dobszai D, Obeidat M, Szalai EÁ, Veres DS, Havelda L, Papp R, et al. Metabolic syndrome components individually worsen the outcome of acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2025 Nov 4 [citado 24 de noviembre de 2025];16:1690754. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1690754

25. Quan Y, Yang XJ. Metabolic syndrome and acute pancreatitis: current status and future prospects. World J Gastroenterol [Internet]. 2024 Dec 7 [citado 24 de noviembre de 2025];30(45):4859-63. Disponible en: https://doi.org/10.3748/wjg.v30.i45.4859

26. Vera Montecinos P, Pacheco J, Guinez-Molinos S, Piedra D, Velozo L, Fuentes A, et al. Codificación de mortalidad con CIE-11 en Chile: principales resultados y perspectivas para su implementación. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2025 May 8 [citado 24 de noviembre de 2025];49:e50. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.50

27. Costea CN, Pojoga C, Seicean A. Advances in the management of fluid resuscitation in acute pancreatitis: a systematic review. Diagnostics (Basel) [Internet]. 2025 [citado 24 de noviembre de 2025];15(7):810. Disponible en: https://doi.org/10.3390/diagnostics15070810