

WALLER DE CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS EN GASTROENTEROLOGÍA

Dra. Rosminda Suntura Jimenez

Medico especialista en Gastroenterología (IGBJ CBBA)

Training center en Endoscopia avanzada (IGBJ CBBA - La Paz)

Diplomado en urgencias y emergencias en Gastroenterología (UDIMA)

Diplomado en Educación Superior (USB)

Miembro de la Sociedad Boliviana de Gastroenterología

Miembro de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Promover el correcto llenado del Formulario de Referencias para el Servicio de Gastroenterología, por parte de los médicos de primer, segundo y tercer nivel de atención en salud en base a las directrices emitidas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Socializar los protocolos de atención y/o guías de manejo en el Servicio de Gastroenterología.
- Establecer estándares para el diagnóstico y tratamiento de las patologías digestivas,
- Orientar e informar al personal médico de primer, segundo y tercer nivel para el cumplimiento de los criterios AJO.

EJES TEMÁTICOS

- DISPEPSIA
- HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL Y NO VARICEAL
- SINDROME ICTERICO OBSTRUCTIVO Y PANCREATITIS AGUDA
- OBSTRUCCION INTESTINAL ALTA Y BAJA
- INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS

DISPEPSIA

- La dispepsia funcional (DF) es un trastorno funcional digestivo que afecta, de manera significativa, a las actividades habituales de los pacientes que la padecen. Se caracteriza por cuatro síntomas principales:
 - Epigastralgia.
 - Ardor epigástrico.
 - Plenitud postprandial.
 - Saciedad precoz.

TIPOS DE DISPEPSIA

DISPEPSIA
ORGANICA

cuando ya se han
identificado lesiones
estructurales que explican
los síntomas

DISPEPSIA
FUNCIONAL

cuando el síndrome no se
asocia a lesiones o
enfermedades
detectables

CAUSAS DE DISPEPSIA



Factores de riesgos:

1. Uso de AINES
2. Infección por HP
3. Anciano

DISPEPSIA



Ventajas de una EDA

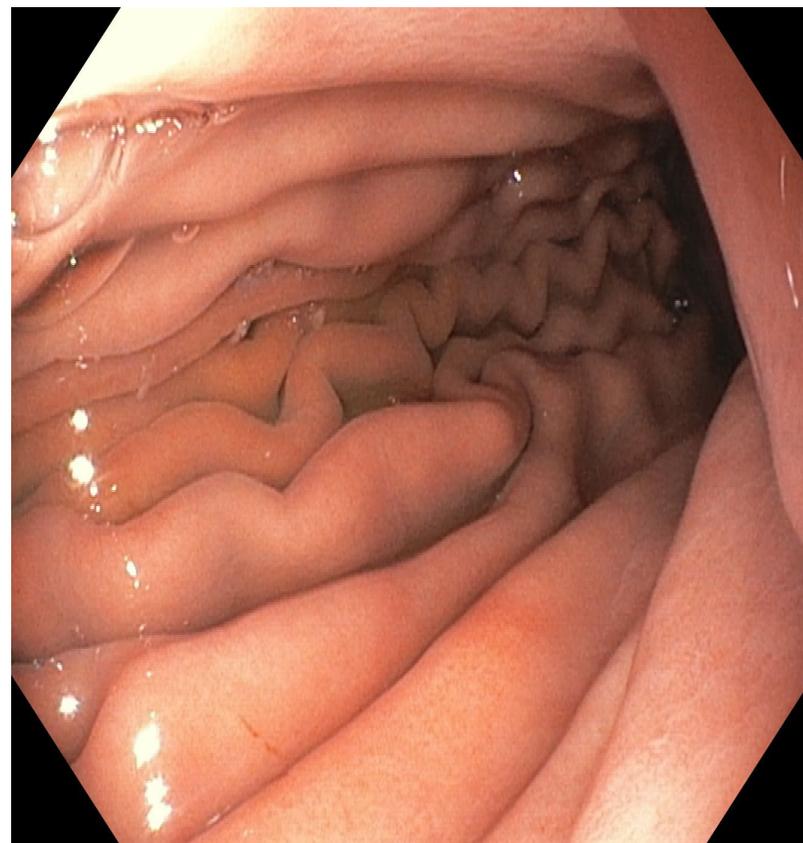
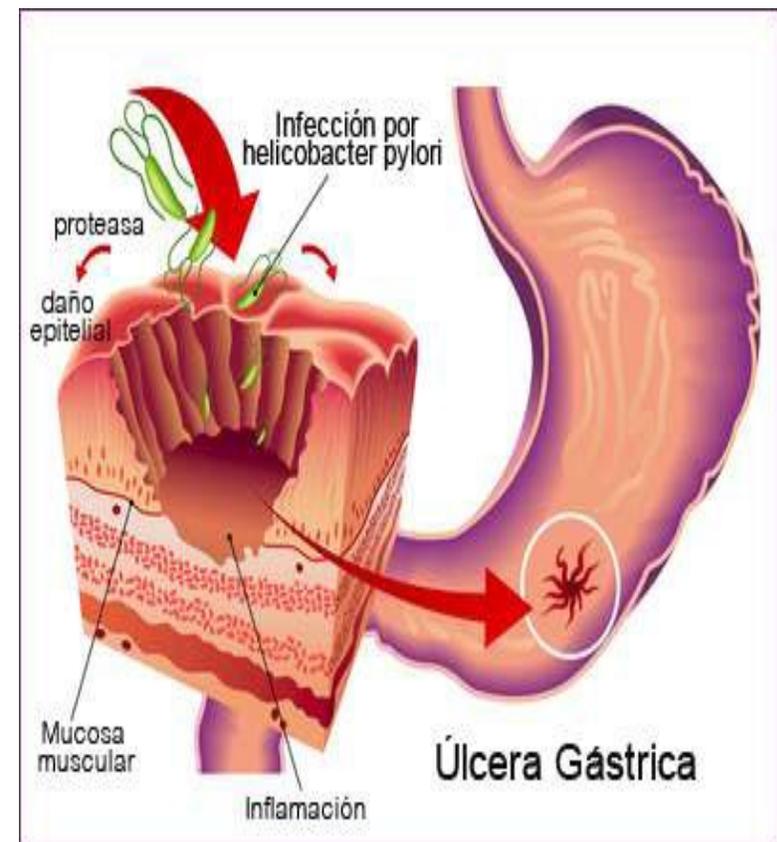
1. Disminuye el número de visitas médicas al tener un diagnóstico más específico
2. Disminuye el consumo de medicamentos

Recomendaciones:

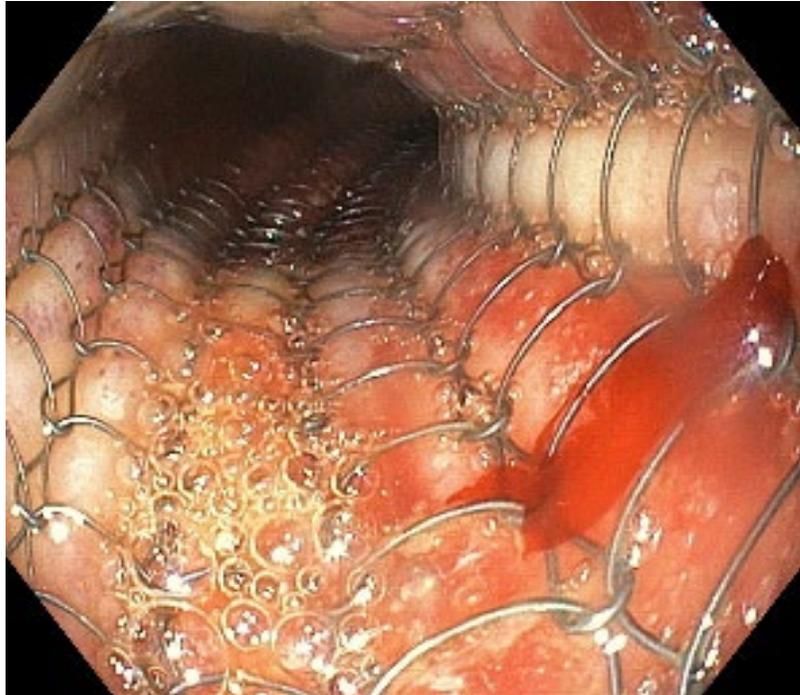
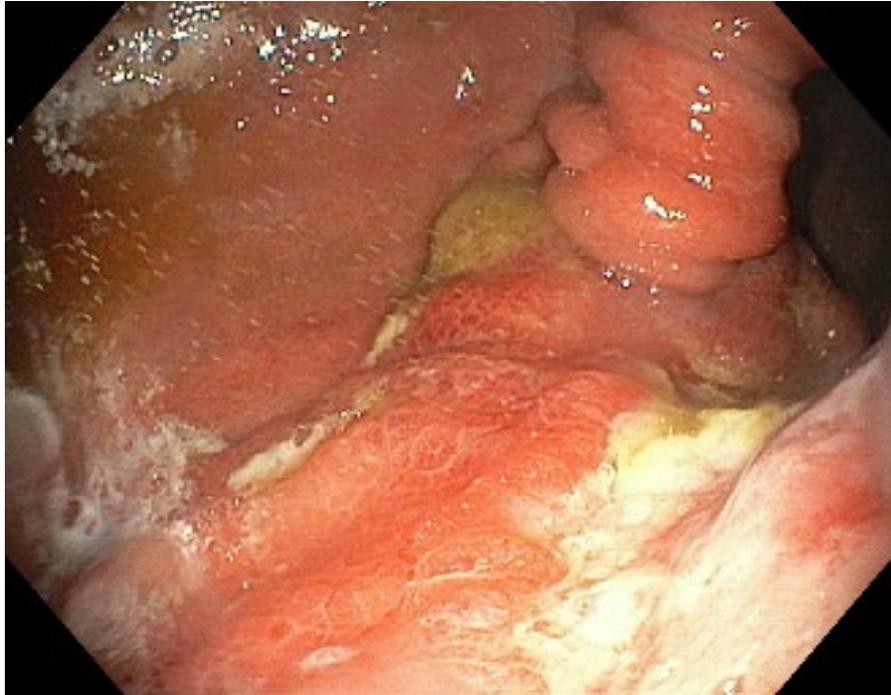
1. Realizar EDA en pacientes menores de 45 años con AHF de CA gástrico.
2. Historia de gastrectomía parcial

La **ultrasonografía abdominal** es, en especial, útil para excluir la enfermedad biliar y pancreática

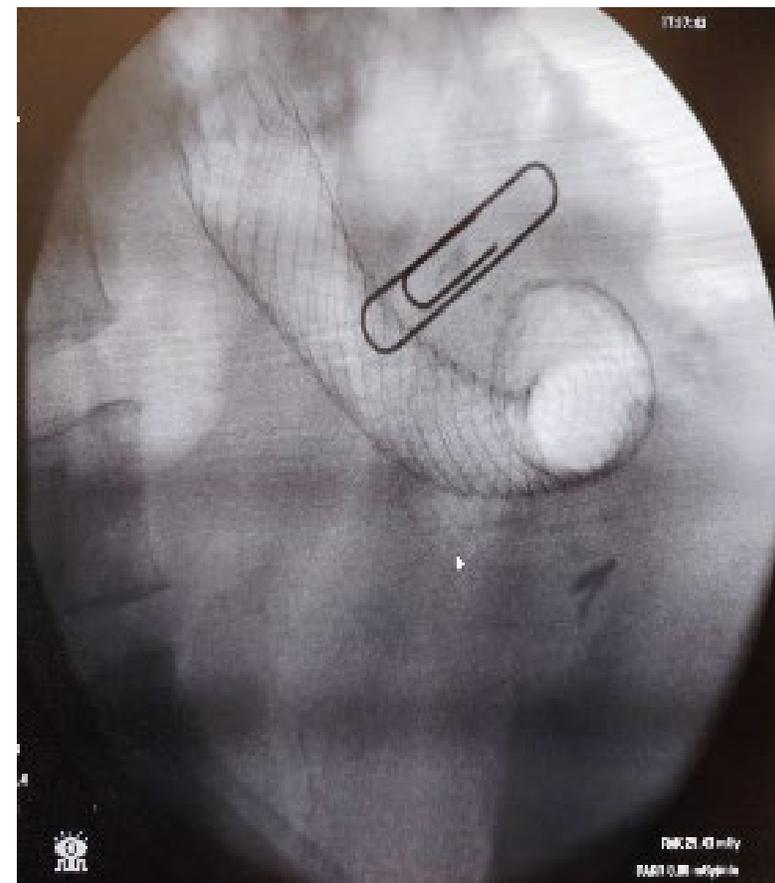
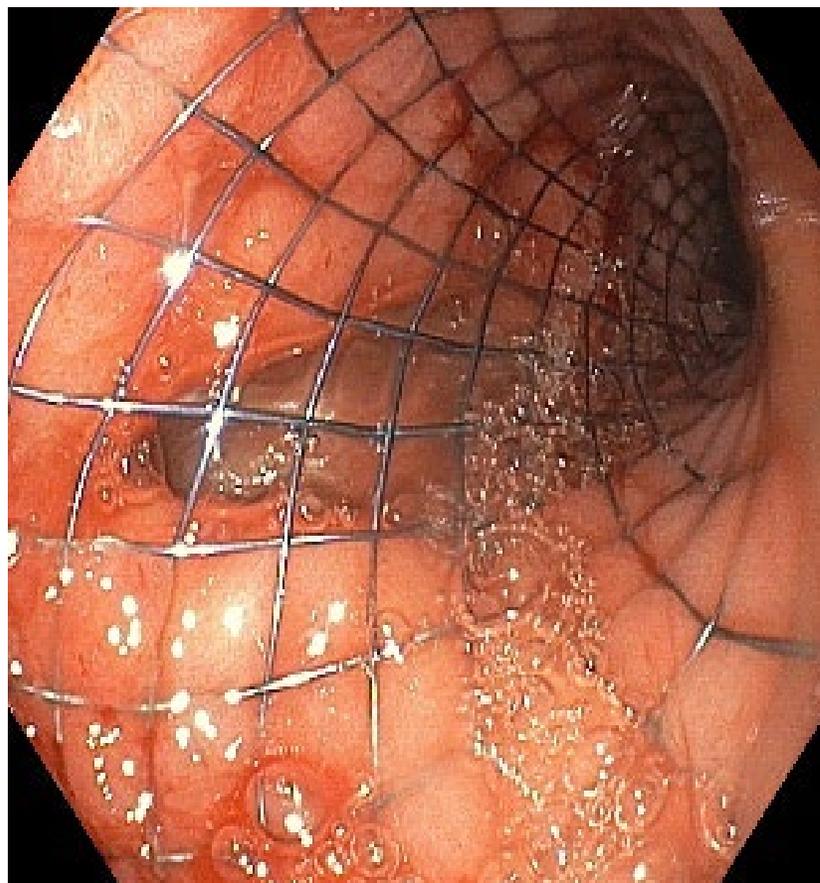
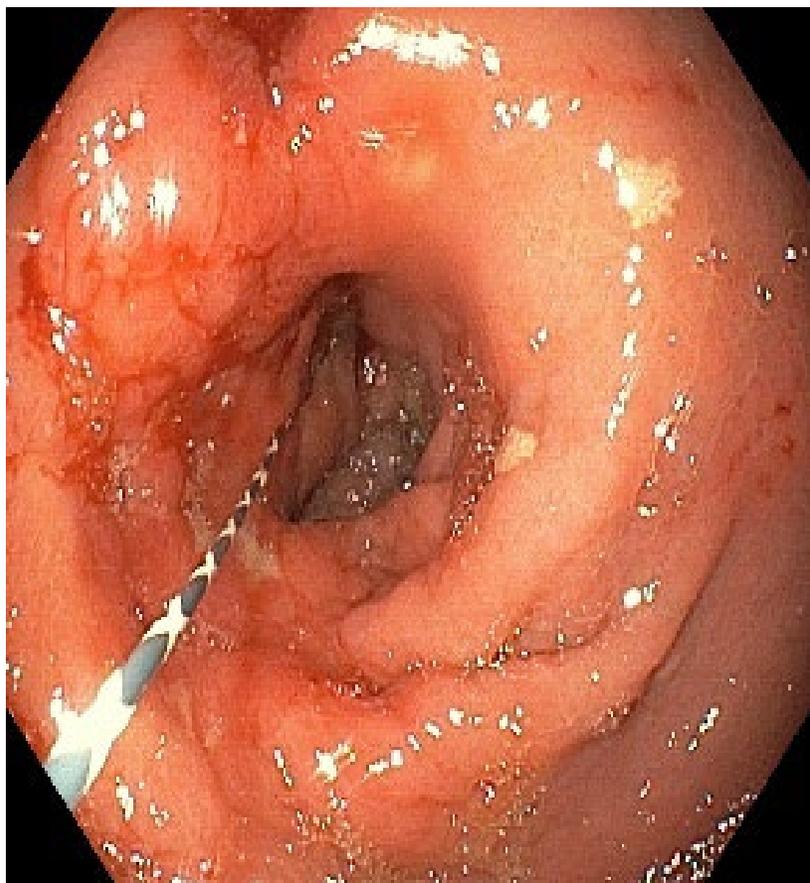
Phmetría con impedancia es útil para diagnosticar manifestaciones atípicas de ERGE, en pacientes que no han respondido al uso de IBP



CANCER GÁSTRICO



CANCER GÁSTRICO



HEMORRAGIA DIGESTIVA

- Definición

Hemorragia digestiva alta (HDA)
Pérdida de sangre intraluminal en el tubo digestivo que se produce proximal a la ampolla de Vater (prox. al ángulo de Treitz en la definición previa)

Emergencia gastrointestinal más frecuente*

Mortalidad

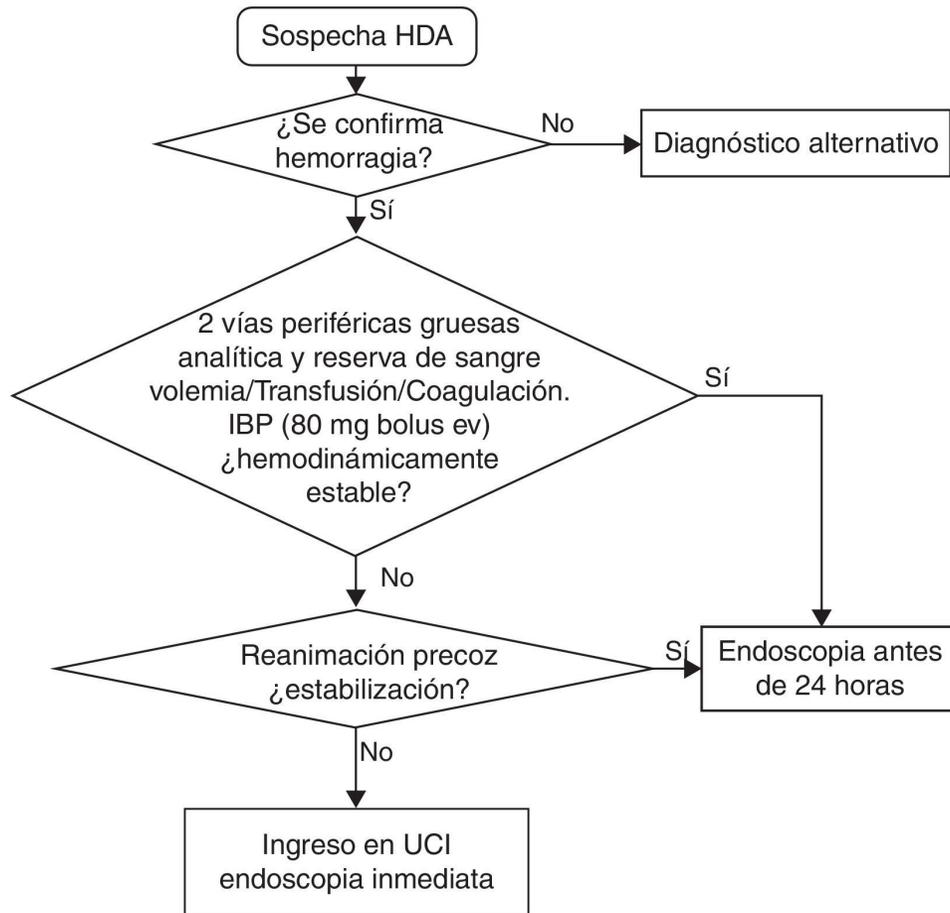
- Global 5 – 15 %
- HDA no variceal 5 – 13 %
- HDA variceal 15 – 50 %

Tabla 4. Clasificación de la Hemorragia digestiva alta.

Tipo de hemorragia	Patologías
Variceal	Ruptura de várices: Esofágicas. Gástricas. Duodenales. Complicación por cirrosis hepática e hipertensión portal ¹⁰ .
No Variceal	Diferentes patologías: Úlcera péptica. Gastritis. Síndrome de MalloryWeiss. Neoplasia. Esofagitis erosiva. Lesiones de Dieulafoy. Angiodisplasias.

Fuente. Moreira O. et. al. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. 2018¹⁰. Vaca B. et. al. Hemorragia digestiva alta por úlcera péptica o duodenal. 2019¹¹. Elaborado por. Autores.

HEMORRAGIA DIGESTIVA



- VOMITOS PORRÁCEOS
- MELENA
- RECTORRAGIA
- HEMATOQUECIA

HEMORRAGIA DIGESTIVA

• TERAPIA PREENDOSCOPICA

- FLUIDOTERAPIA
- TRANSFUSION
- - Hb: 7 a 9 g/Dl (no cardiopatas)
- - - Hb: 9 a 10 g/Dl (cardiopatas)
- - Plaquetas mayor a 50000
- - INR A 1.5 o menos
- IBP
- PROCINETICOS
- ACIDO TRANEXAMICO
- SNG

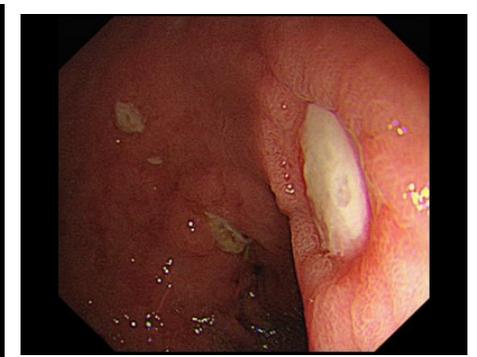
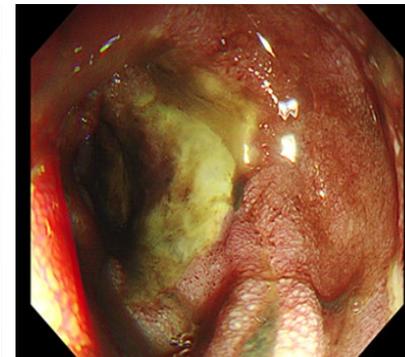
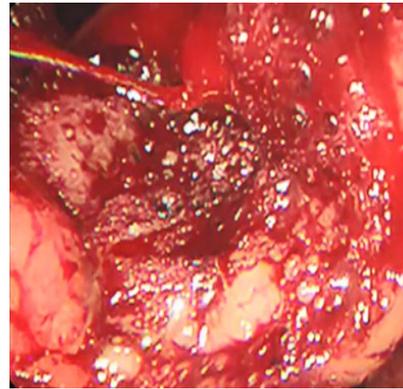
• ENDOSCOPIA

- Dentro de las 1ras 24 hrs a su llegada a emergencias
- Idealmente a las 12 hrs
- Identifica el sitio de sangrado el 80% de las veces
- Previa adecuada **resucitación o estabilización** adecuada.

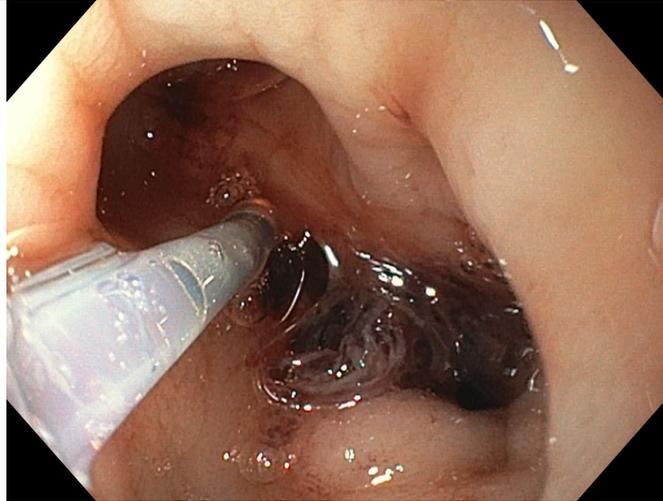
HEMORRAGIA DIGESTIVA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CLASIFICACIÓN DE FORREST

	Estigma	Riesgo de resangrado
Forrest I A	Sangrado activo en chorro	55 % de riesgo
Forrest I B	Sangrado activo difuso o por rezumamiento	55 %
Forrest II A	Vaso visible no sangrante	43 %
Forrest II B	Coágulo adherido	22 %
Forrest II C	Mancha plana	10 %
Forrest III	Lecho limpio	5 %



HEMORRAGIA DIGESTIVA



Terapia por inyección

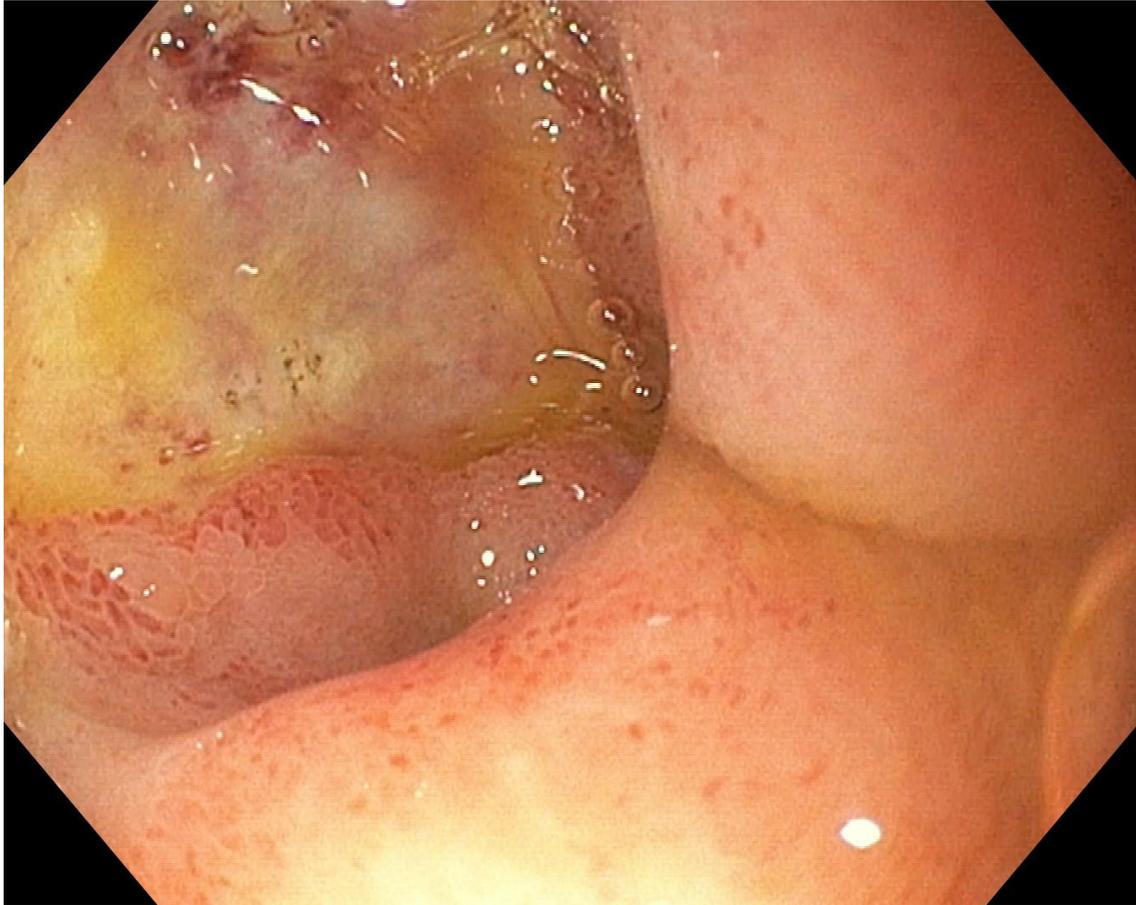
Terapia térmica

Terapia mecánica

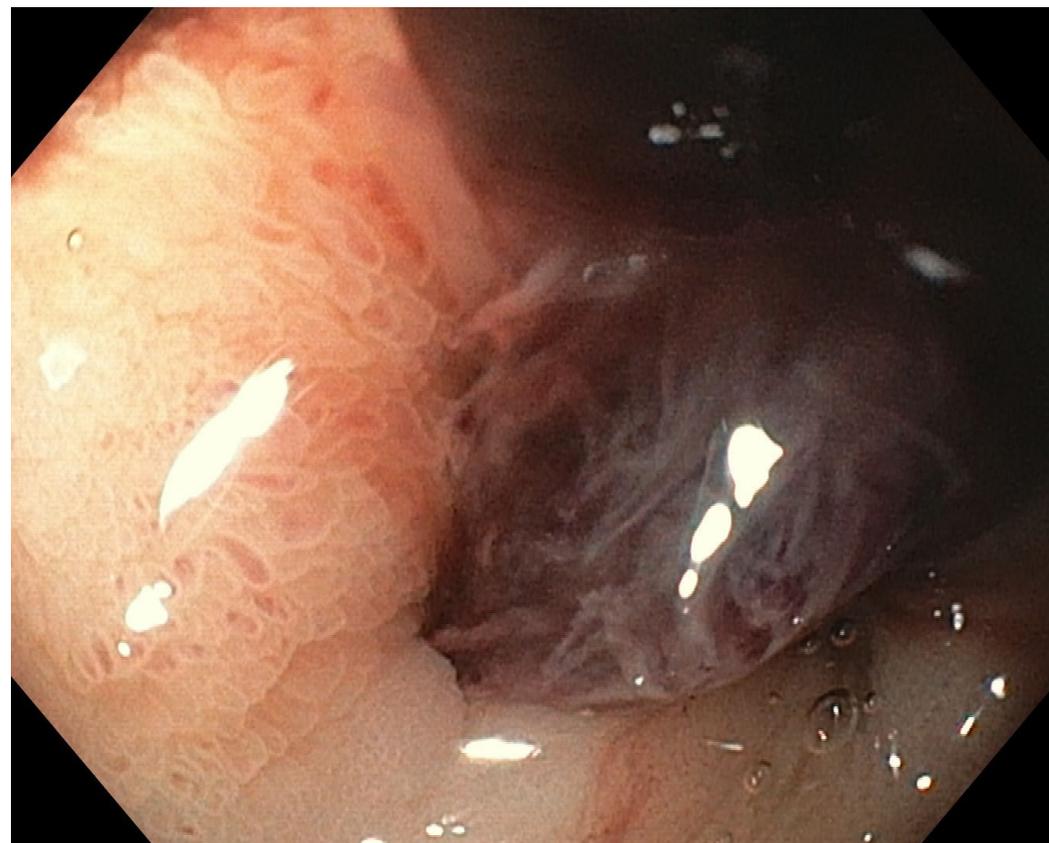
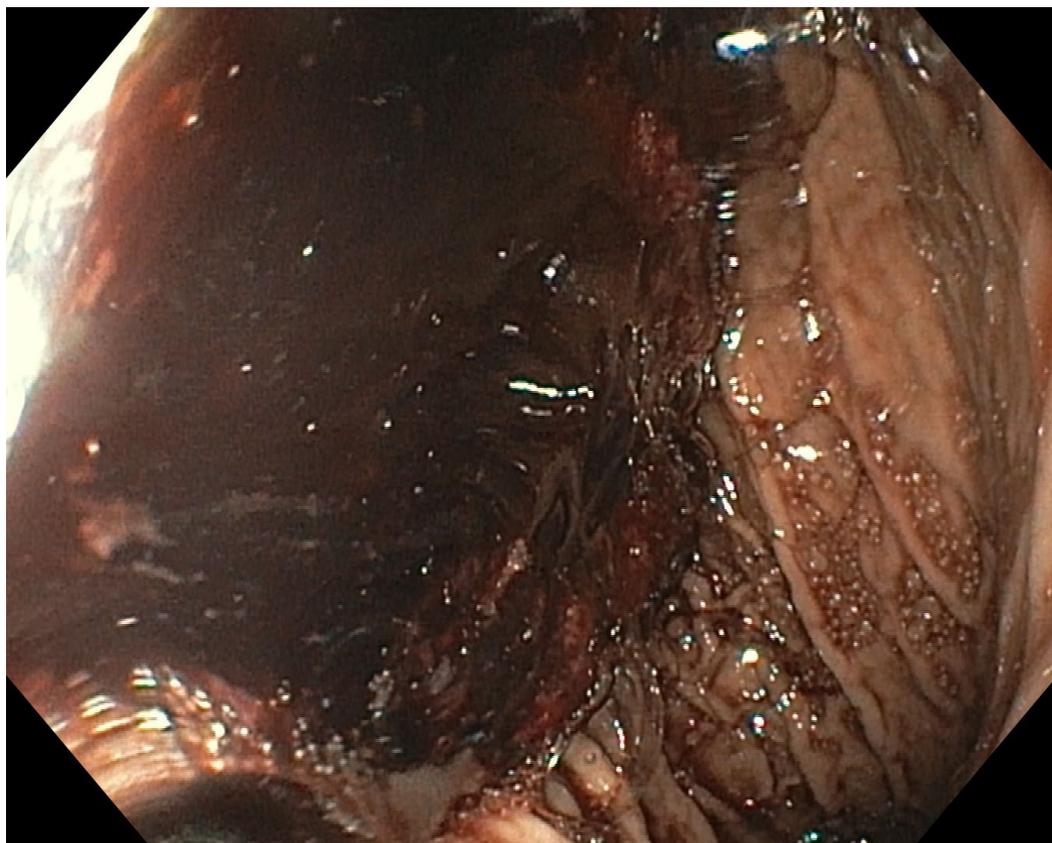
Terapia tópica

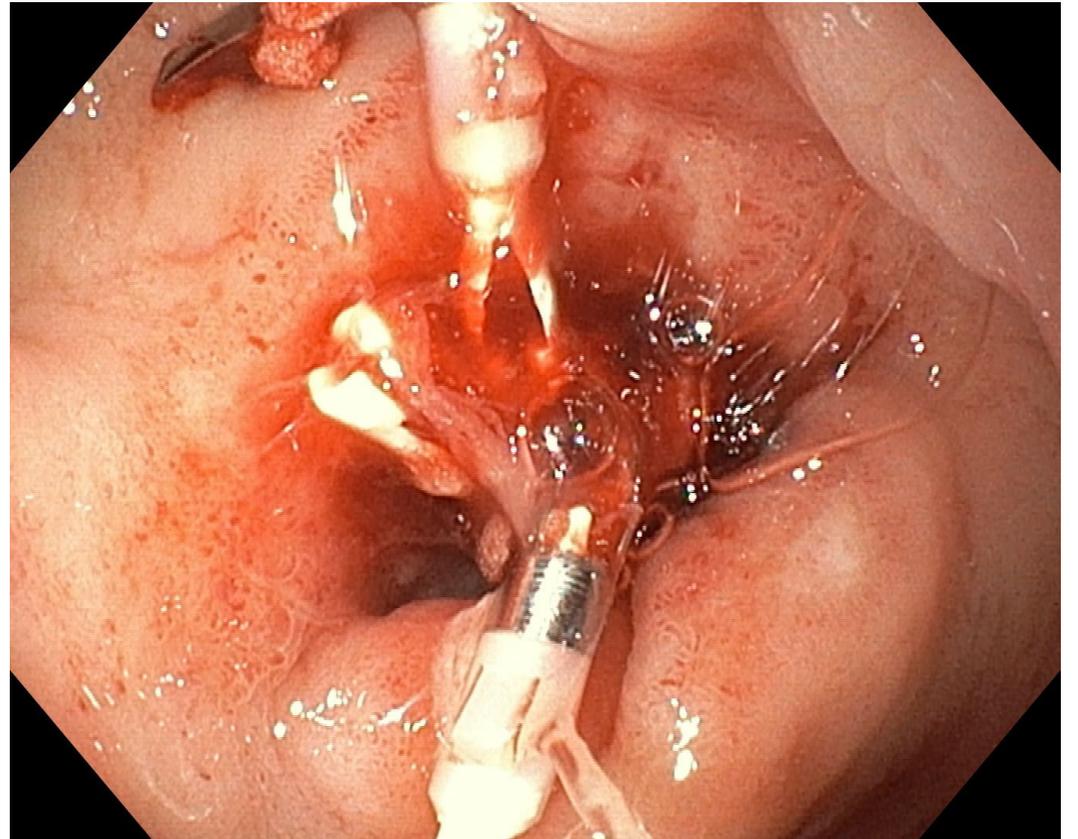
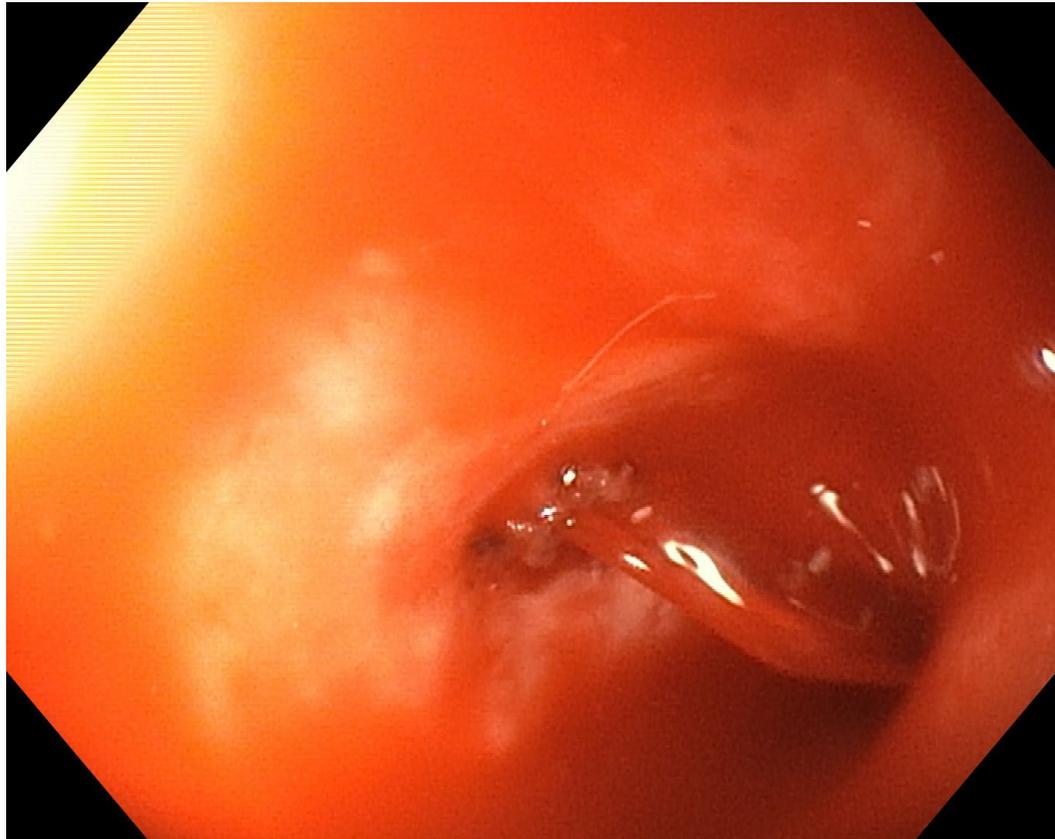


HEMORRAGIA DIGESTIVA



HEMORRAGIA DIGESTIVA





Seguimiento endoscopico

- EN CASO DE ULCERAS, DEBERA REALIZARSE:
- ULCERAS GASTRICAS 6 A 8 SEMANAS, DEBERA REALIZARSE LA TOMA DE BIOPSIAS
- ULCERAS DUODENALES EN 4 SEMANAS, NO SE RECOMIENDA TOMA DE BIOPSIAS
- NO SE RECOMIENDA TOMA DE BIOPSIAS EN CASO DE SANGRADO ACTIVO
- FALLA DE TERAPIA ENDOSCOPICA = HEMORRAGIA A PESAR DE 2 ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS
- EMBOLIZACION ARTERIAL (ALTERNATIVA)
- CONDUCTA QUIRURGICA SIN RETRASO

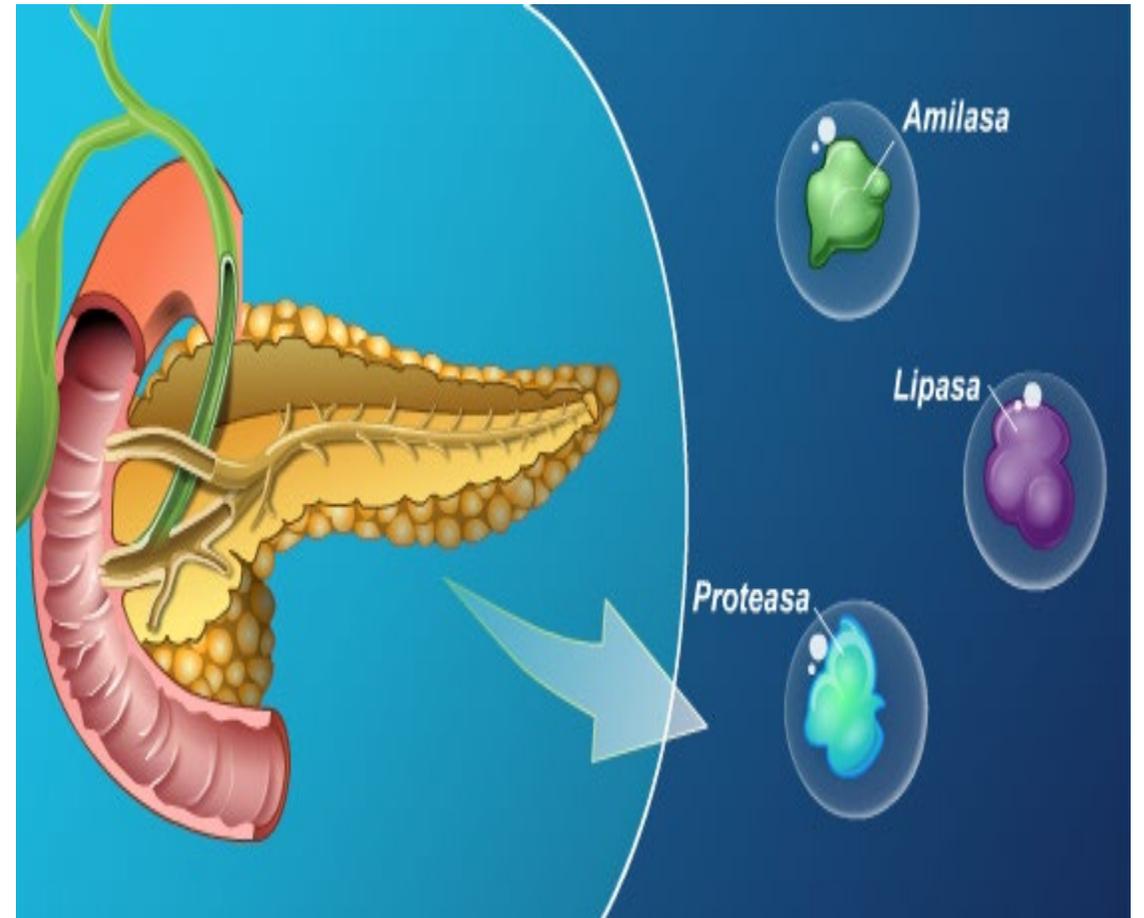
Que nos llevamos

- La endoscopia se realiza entre las 12 y 24 hrs de que el paciente llegue a Emergencias.
- En ese tiempo el paciente debe ser ESTABILIZADO
- El sangrado masivo puede matar al paciente, afortunadamente es raro
- Lo que mata al paciente es la descompensación del sangrado y la exacerbación de sus comorbilidades



PANCREATITIS AGUDA

- La PANCREATITIS AGUDA es un proceso INFLAMATORIO, de instauración SÚBITA, desencadenada por la activación inapropiada de enzimas pancreáticas produciendo LESION TISULAR y respuesta INFLAMATORIA.



PANCREATITIS AGUDA

ARTICLE IN PRESS

Pancreatology xxx (xxxx) xxx

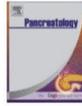
Contents lists available at ScienceDirect



ELSEVIER

Pancreatology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pan



International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025
Supported and Endorsed by the American Pancreatic Association, European Pancreatic Club, Indian Pancreas Club, and Japan Pancreas Society

IAP^{*}/APA/EPC/IPC/JPS Working Group^{1,2}

ARTICLE INFO

Article history:
Received 24 January 2025
Received in revised form
2 April 2025
Accepted 29 April 2025
Available online xxx

ABSTRACT

Introduction: The International Association of Pancreatology, alongside the American Pancreatic Association, the European Pancreatic Club, the Indian Pancreas Club, and the Japan Pancreas Society, decided to update its earlier guidelines for the management of acute pancreatitis (AP) given the remarkable advances in our understanding of AP and its management over the last decade.

Methods: These organizations put together a group of international experts to address important issues related to the management of AP. Guideline Development Groups comprising international domain experts framed clinically relevant questions and conducted thorough literature searches and systematic reviews to address the questions. Questions were framed in the PICO (Participant, Intervention, Comparator, and Outcome) format where appropriate. The evidence from the literature was synthesized to develop evidence-based recommendations for each question. The quality of evidence and the strength of the recommendations were graded according to the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). For some questions, we have provided Good Practice Statements if enough direct evidence was unavailable.

Results: The guidelines pertain to 18 domains comprising 96 questions. The recommendations cover almost all aspects of managing AP, including pain control, fluid therapy, patient stabilization, nutritional support, conservative and interventional treatment for infected necrotizing pancreatitis, management of complications, discharge criteria, guidance on follow-up, and strategies for prevention of recurrence. Specific types of AP, such as those associated with pregnancy, trauma, and metabolic factors have been given special attention.

Conclusion: The recommendations presented here should serve as an evidence-based resource for practicing physicians and caregivers to treat patients with AP more effectively. In addition, the guidelines identify areas for future research, mainly targeted therapies for controlling systemic inflammation and mitigating organ dysfunction.

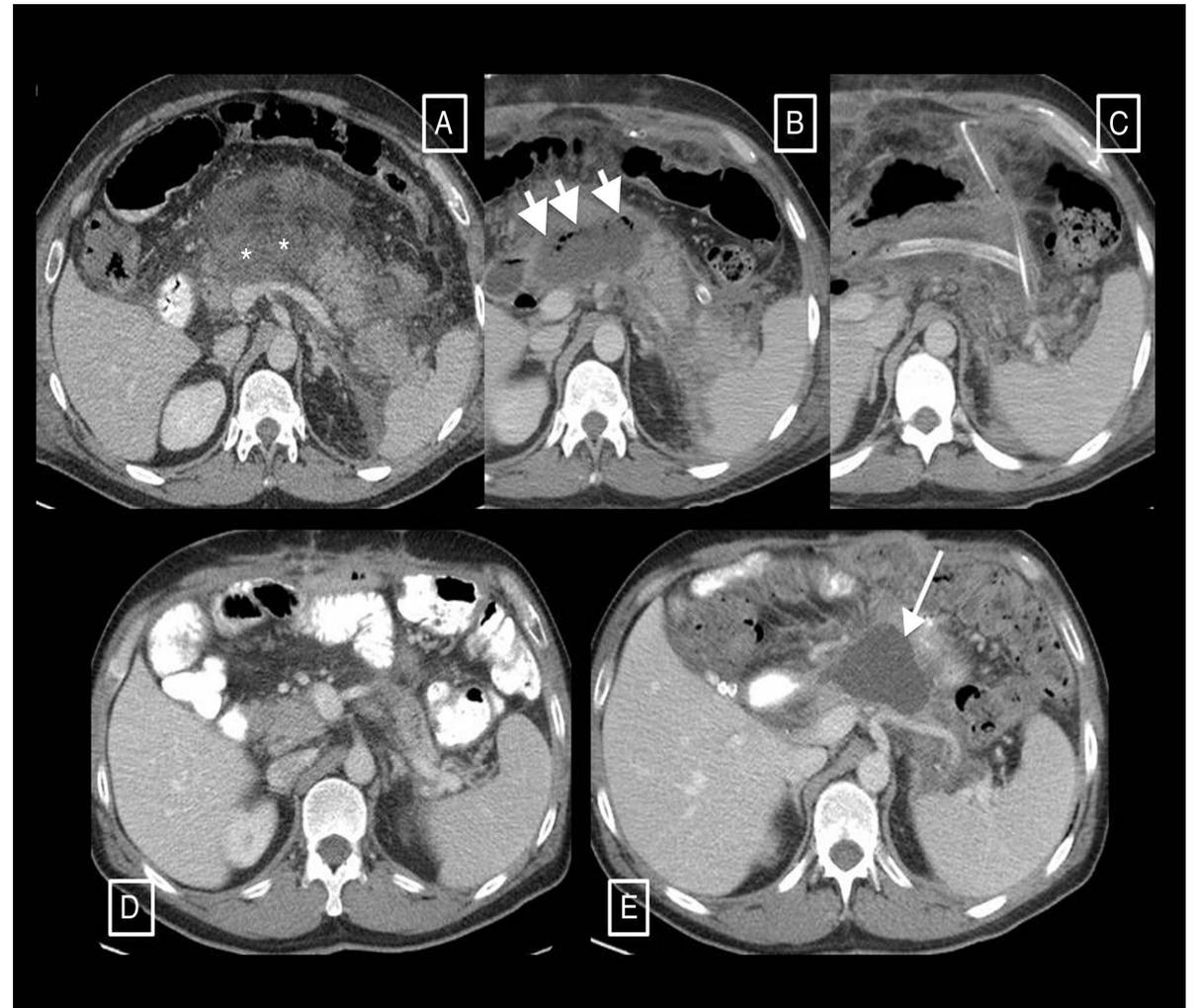
© 2025 IAP and EPC. Published by Elsevier B.V. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

1. Introduction

Acute pancreatitis (AP) is among the most common gastrointestinal reasons for hospitalization. The global annual incidence of AP is 33–74 patients (95% CI 23–33–48–81) per 100,000 person-years, causing 1–60 deaths (95% CI 0–85–1–58) per 100,000 person-years [1]. Acute interstitial pancreatitis is seen in approximately

80% of cases and usually runs a mild course. Acute necrotizing pancreatitis is a severe form of the disease and may lead to significant local and systemic complications [2], significant in-hospital morbidity, and mortality, which can be up to 40% in those with persistent organ failure [3,4]. The management of patients with AP is complex and requires a multidisciplinary team comprising gastroenterologists, surgeons, intensivists, and radiologists. There are often differences in management between treating centers based on the team's experience, expertise, resources, and individual preferences. Although there is a rapidly expanding evidence base to guide management, a flexible and personalized approach is often

^{*} Corresponding author. International Association of Pancreatology, India.
E-mail address: info@internationalpancreatology.org
¹ Working group contributors are listed at the end of the manuscript.



Etiología

- CALCULOS BILIARES
- 40 A 70 %
- Se debe impulsar a la derivación de la COLECISTECTOMIA

- ALCOHOL
- 25 A 35 %
- Considerar si mayor de 50 g por día y más de 50 años
- HIPERTRIGLICERIDEMIA
- 5%
- OTROS: Fármacos, procedimientos, trauma, idiopática.

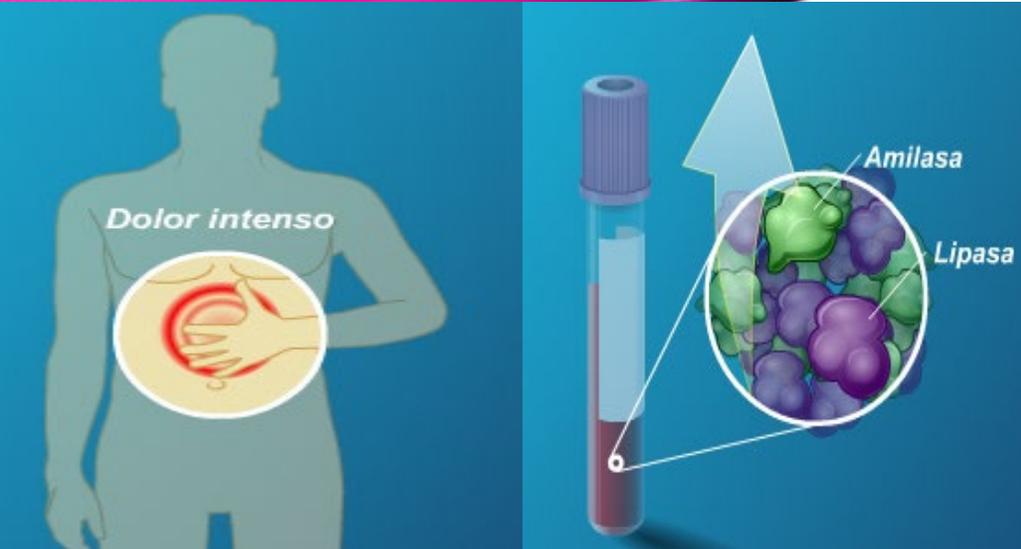
Clasificación

LEVE: Ausencia de falla orgánica y/o necrosis pancreática

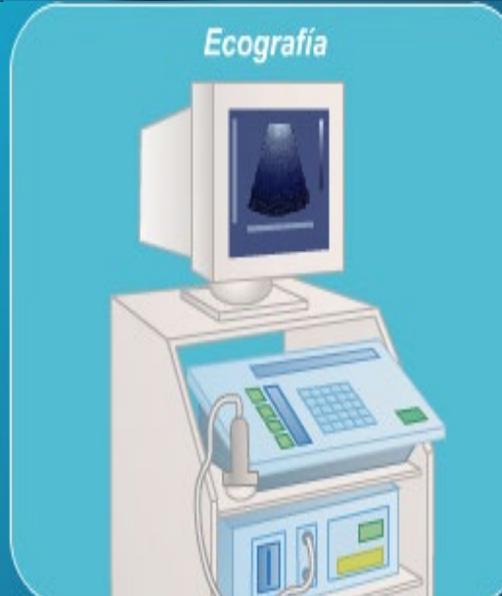
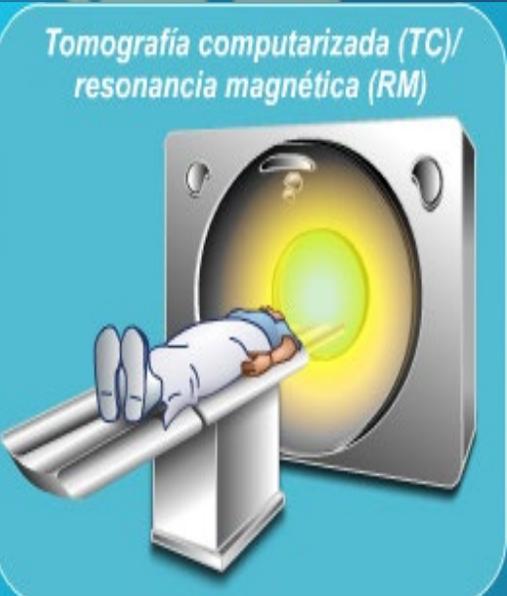
MODERADAMENTE
GRAVE: Complicaciones locales y/o falla orgánica persistente menor a 48 hrs

GRAVE: Presencia de falla orgánica persistente más de 48 hrs.

Diagnóstico



- Se establece por la presencia de 2 de 3 de los siguientes criterios:



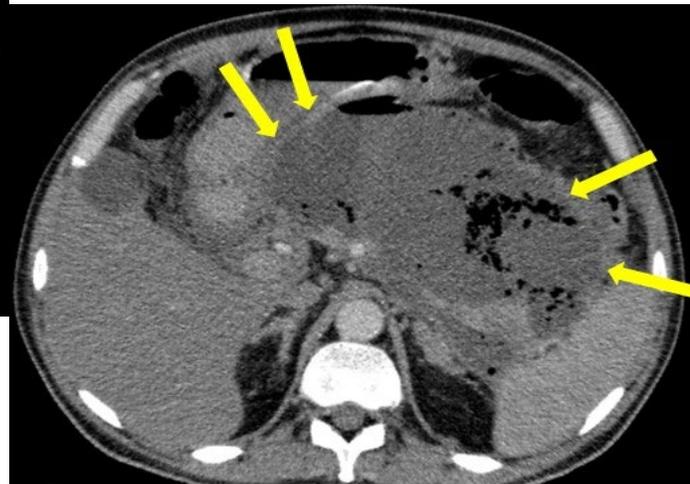
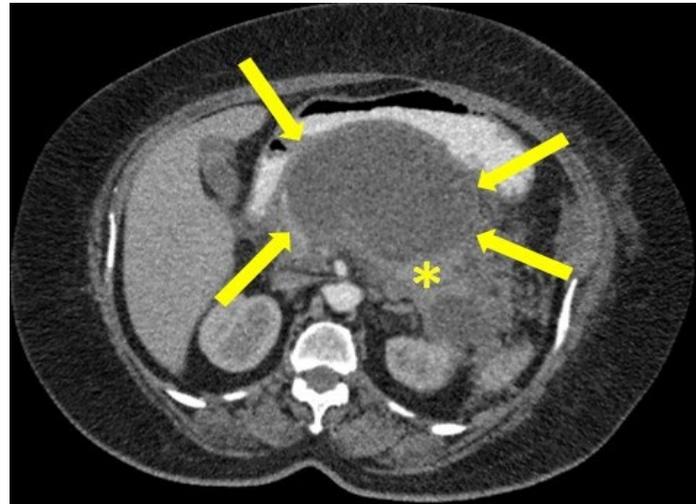
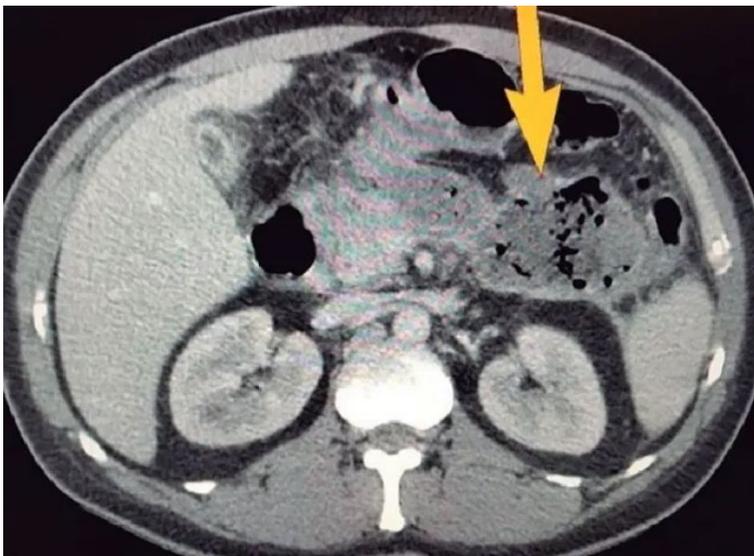
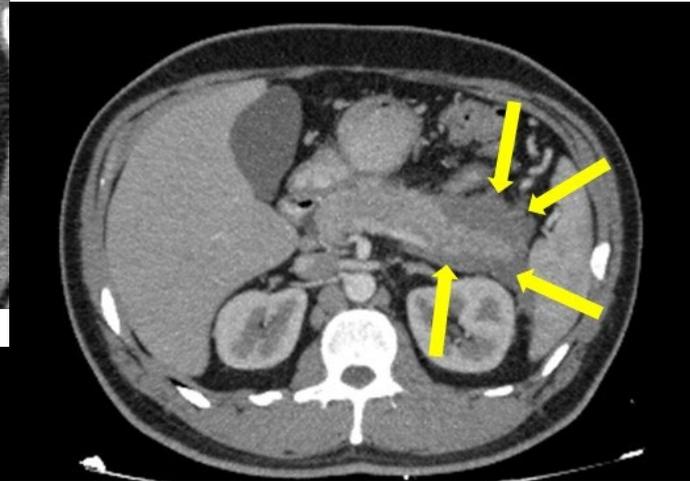
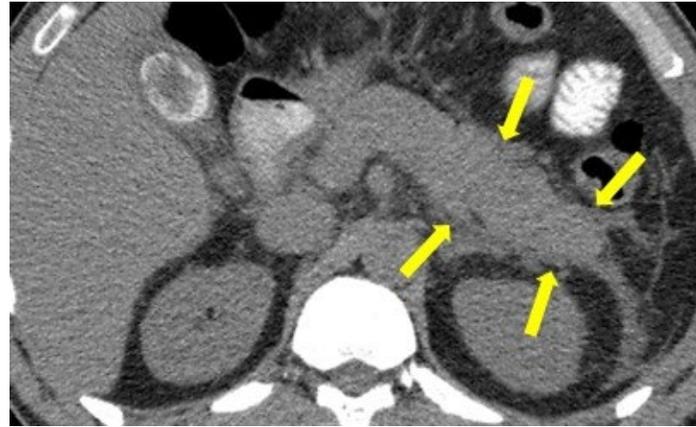
— DOLOR
ABDOMINAL
COMPATIBLE

∞ AMILASA Y/O
LIPASA SERICA
SUPERIOR A
TRES VECES EL
LIMITE
SUPERIOR DE
LA
NORMALIDAD

∞ Hallazgos
característicos
de las
imágenes
ecográficas
y/o
tomograficas

Diagnóstico

- Duda diagnóstica.
- Pacientes con falta de respuesta al tratamiento conservador o deterioro clínica en las 48 a 72 hrs
- El momento optimo para la TC convencional para evaluar la gravedad es al menos 72 a 96 hrs después del inicio de los síntomas..



Tratamiento

HIDRATACION

```
graph TD; A[HIDRATACION] --> B[ANALGESIA]; B --> C[NUTRICIÓN];
```

ANALGESIA

NUTRICIÓN

ERCPC

- En pacientes con pancreatitis de etiología biliar.
- De preferencia realizar dentro de las primeras 24 hrs del ingreso del paciente.
- No es necesaria de manera temprana si no hay evidencia clínica o laboratorial de obstrucción biliar.

Predictores de coledocolitiasis	
Muy fuerte	
Cálculo en el colédoco evidenciado por US Colangitis clínicamente ascendente Bilirrubina mayor 4 mg/dl	
Fuerte	
Dilatación del conducto biliar común mayor de 6 mm con la vesícula in situ Nivel de bilirrubina 2,8 mg/dl-4 mg/dl	
Moderado	
Alteraciones en exámenes bioquímicos hepáticos anormales diferentes a la bilirrubina Clínica de pancreatitis biliar Asignación del riesgo de coledocolitiasis basados en predictores clínicos	
Presencia de un predictor muy fuerte	Alto
Presencia de ambos predictores fuertes	Alto
Sin presencia de predictores	Bajo
Todos los otros pacientes	Intermedio

Predictores clínicos (adaptada guías ASGE 2010).

Fecha de emisión: Potosí 11-04-24 N° de Reg. Lab. 44 N° REG. SEDES:

Nombre y Apellido: [Redacted] Edad: 130 Servicio:

Hr. de toma muestra: Muestra: D-9a

"HEMATOLOGÍA"

D-9a

SERIE ROJA	Valores Ref.	SERIE BLANCA	Valores Ref.	COAGULOGRAMA	Valores Ref.
Eritrocitos	M 5 - 6 millones	Leucocitos	5 000 a 10 000	T sangría 2 min.	Seg 3-5
4494.000 x mm ³	F 4.5 - 5.4 millones	16.200 x mm ³		T. de coagulación 8 min.	Seg 5-12
Hematocrito 42 %	M 45 - 55	FORMULA LEUCOCITARIA	v. REF.	T. de Protrombina 13	Seg 12-13
	F 42 - 50	Basófilos %	0,5 - 1	Act. Protrombinica 04	% 100
Hemoglobina 13,8 g/%	M 14,5 - 18,7	Eosinófilos %	1 - 3	RIN	1
	F 13,8 - 16,5	Bastonados %	0,5 - 1	KPTT	Seg 30 - 45
VSG 25	0-20 en una Hr.	Segmentados 94 %	50 - 65	Fibrinogeno	2-4 gf
INDICES HEMATIMÉTRICOS	V. REF.	Linfocitos 6 %	20 - 45	Rcto. de plaquetas	150 000-400 000
V.C.M.	f 80 - 100	Monocitos %	1 - 8	204.000 x mm ³	
H.C.M.	pg 27 - 34	Grupo Sanguíneo		Coombs Directo	Neg.
C.C.H.M.	g/dl 32 - 36	Factor Rh		Coombs indirecto	Neg.
Reticulocitos %	0,5 - 2	Inclusiones Tóxicas		Células L.E	Neg.
Eritroblastos					

FROTIS PERIFÉRICO

Glóbulos rojos:

Glóbulos blancos:

Plaquetas:

QUÍMICA SANGUÍNEA	Valores de Referencia	QUÍMICA SANGUÍNEA	Valores de Referencia
Hemoglobina Glicosilada %	Buen Control 6.6 - 8.5	LDH	UI/L 207 - 414
Glucosa post prandial mg/dl		CPK	UI/L Menor a 190
Glucosa 53 mg/dl	70 - 100	CPK MB	UI/L Menor a 24
Urea 42 mg/dl	15 - 45	Sodio 144 mmol/l	130 - 145
Creatinina 0.4 mg/dl	0.5 - 1.2	Potasio 3.5 mmol/l	3.5 - 5.5
Ac. Úrico mg/dl	3.5 - 7.0	Calcio iónico 1.22 mmol/l	1.0 - 1.05
Colesterol mg/dl	150 - 250	Gloro 112 mmol/l	98 - 107
H.D.L. Colesterol mg/dl	Hasta 150	Proteinuria al azar mg/gl	Hasta 15
L.D.L. Colesterol mg/dl	Hasta 100	Proteinuria de 24 hrs. mg/24h	28 a 141
V.L.D.L. Colesterol mg/dl	Hasta 25	Volumen de orina en 24 hrs.	
Triglicéridos mg/dl	48 - 140	Creatinina en orina mg/dl	40 - 133
Fosf. Ácida mg/dl	0.3 - 9.0	Ac. Úrico en orina	
Fosf. Prostática UI/L	Hasta 4.0		
Gamma GT UI/L	12 - 54	SEROLOGÍA	Valores Ref.
Fosf. Alcalina 684 UI/L	< 270	ASTO	UI/ml Menor a 200
Bilirrubina Total 13.4 mg/dl	Hasta 1.0	Factor Reumatoideo	UI/ml Menor a 8
Bilirrubina Directa 9.4 mg/dl	Hasta 0.2	Proteína C Reactiva 48 mg/L	Menor a 6
Bilirrubina Indirecta 4.0 mg/dl	Hasta 0.8	PCR por nefelometría	mg/L Hasta 6 mg/L
G.O.T. 94 UI/L	0 - 40	R.P.R.	No Reactiva
G.P.T. 193 UI/L	0 - 38	HAI Chagas	No Reactiva
Amilasa 3.17 UA/dl	31 - 107	HAI Toxoplasmosis	No Reactiva
Lipasa UI/L		Prueba rápida de V.I.H.	No Reactiva
Proteínas Totales 6.0 g/dl	6.2 - 8.5	Prueba Treponémica	No Reactiva
Albumina 3.1 g/dl	3.5 - 5.3	Hepatitis A	No Reactiva
Globulinas 2.9 g/dl	2.7 - 3.2	Hepatitis B	No Reactiva
Relación A/G 1.0	1.2 - 1.6	Hepatitis C	No Reactiva
Calcio sérico mg/dl	8.8 - 11.0	Reacción de Widal	
Fósforo mg/dl	2.5 - 4.5	Paratyphi "A"	No Reactiva
Hierro ug/dl	50 - 170	Paratyphi "B"	No Reactiva
Ferritina ug/dl		Typhi "H"	No Reactiva
Dímero D ug/dl	<1	Typhi "O"	No Reactiva
		Troponinas	

PERFIL HEPÁTICO

- PATRON HEPATOCELULAR: **TRANSAMINASAS (AST, ALT)**
- PATRON COLESTASICO: **FOSFATASA ALCALINA, GGT**
- PATRON **HIPERBILIRRUBINEMIA**

Fecha de emisión: P-16-09-24 N° de Reg. Lab. 118 N° REG. SEDES: 3009147
 Nombre y Apellido: [Redacted] Edad: [Redacted] Servicio: [Redacted]
 Hr. de toma muestra: [Redacted] Muestra: [Redacted]

D-9a

"HEMATOLOGÍA"

SERIE ROJA	Valores Ref.	SERIE BLANCA	Valores Ref.	COAGULOGRAMA	Valores Ref.
Eritrocitos	M 5 - 6 millones	Leucocitos	5 000 a 10.000	T. sangría	min. Seg 3-5
4.670.000 x mm ³	F 4.5 - 5.4 millones	5.230 x mm ³		T. de coagulación	min. Seg 5-12
Hematocrito	M 45 - 55	FORMULA LEUCOCITARIA	V. REF.	T. de Protrombina	Seg 12-13
40 %	F 42 - 50	Basófilos	% 0,5 - 1	Act. Protrombinica	% 100
Hemoglobina	M 14,5 - 18,7	Eosinófilos	% 1 - 3	RIN	1
13.0 g/%	F 13,8 - 16,5	Bastonados	% 0,5 - 1	KPTT	Seg 30 - 45
VSG	0-20 en una Hr.	Segmentados	% 76	Fibrinogeno	2-4 gl
INDICES HEMATIMÉTRICOS	V. REF.	Linfocitos	% 29	Rcto. de plaquetas	150.000-400.000
V.C.M	fl 80 - 100	Monocitos	% 5	195-000	x mm ³
H.C.M	pg 27 - 34	Grupo Sanguíneo		Coombs Directo	Neg
C.C.H.M	g/dl 32 - 36	Factor Rh		Coombs indirecto	Neg
Reticulocitos	% 0,5 - 2	Inclusiones Tóxicas		Células L.E	Neg
Eritroblastos					

FROTIS PERIFÉRICO

Glóbulos rojos:
 Glóbulos blancos:
 Plaquetas:

QUÍMICA SANGUÍNEA

QUÍMICA SANGUÍNEA	Valores de Referencia	QUÍMICA SANGUÍNEA	Valores de Referencia
Hemoglobina Glicosilada	% Buen Control 6.6-8.5	LDH	UI/L 207 - 414
Glucosa post prandial	mg/dl	CPK	UI/L Menor a 190
69		CPK MB	UI/L Menor a 24
Glucosa	mg/dl 70 - 100	Sodio	152 mmol/l
13		Potasio	3.9 mmol/l
Urea	mg/dl 15 - 45	Calcio Iónico	1.41 mmol/l
0.5		Cloro	120 mmol/l
Creatinina	mg/dl 0.5 - 1.2	Proteinuria al azar	mg/gl Hasta 15
Ac. Úrico	mg/dl 3.5 - 7.0	Proteinuria de 24 hrs.	mg/24h 28 a 141
Colesterol	mg/dl 150 - 250	Volumen de orina en 24 hrs.	
H.D.L. Colesterol	mg/dl Bajo riesgo >60 Alto riesgo <40	Creatinina en orina	mg/dl 40 - 133
45		Ac. Úrico en orina	
L.D.L. Colesterol	mg/dl Hasta 140		
98			
V.L.D.L. Colesterol	mg/dl Hasta 25		
8			
Triglicéridos	mg/dl 48 - 140		
41			
Fosf. Ácida	mg/dl 0.3 - 9.0		
Fosf. Prostática	UI/L Hasta 4.0		
Gamma GT	U/L 12 - 54		
Fosf. Alcalina	U/L < 270		
291			
Bilirrubina Total	mg/dl Hasta 1.0		
6.6			
Bilirrubina Directa	mg/dl Hasta 0.2		
2.8			
Bilirrubina Indirecta	mg/dl Hasta 0.8		
3.8			
G.O.T.	UI/L 0 - 40		
117			
G.P.T.	UI/L 0 - 38		
674			
Amilasa	UA/dl 31 - 107		
58			
Lipasa	U/L		
Proteínas Totales	g/dl 6.2 - 8.5		
Albumina	g/dl 3.5 - 5.3		
Globulinas	g/dl 2.7 - 3.2		
Relación A/G	1.2 - 1.6		
Calcio sérico	mg/dl 8.8 - 11.0		
Fósforo	mg/dl 2.5 - 4.5		
Hierro	ug/dl 50 - 170		
Ferritina			
Numero D			

SEROLOGÍA

SEROLOGÍA	Valores Ref.
Factor Reumatoideo	UI/ml Menor a 200
Proteína C Reactiva	48 mg/L Menor a 8
PCR por nefelometría	mg/L Menor a 6
R.P.R.	Hasta 6 mg/L
HAI Chagas	No Reactiva
HAI Toxoplasmosis	No Reactiva
Prueba rápida de V.I.H.	No Reactiva
Prueba Treponémica	No Reactiva
Hepatitis A	No Reactiva
Hepatitis B	No Reactiva
Hepatitis C	No Reactiva
Reacción de Widal	
Paratyphi "A"	No Reactiva
Paratyphi "B"	No Reactiva
Typhi "H"	No Reactiva
Typhi "O"	No Reactiva

negativo
 negativo

HOSPITAL "MADRE TERESA DE CALCUTA"
 IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido Paterno: BONIFACIO Apellido Materno: MEDINA Nombre: [Redacted]
 Fecha de nacimiento: 10/12/1992 Sexo: Femenino Procedencia: QUÍMICA SANGUÍNEA

SERVICIO:	REGISTRO INTERNO	613
REGISTRO:	FECHA RECEPCION	20/03/2024
7433	FECHA EMISION RESULTADOS	20/03/2024
FECHA:	BILIRRUBINA TOTAL	6.9 mg/dl (VR: Hasta 1.0)
20/03/2024	BILIRRUBINA INDIRECTA	2.2 mg/dl (VR: Hasta 0.8)
DAD:	BILIRRUBINA DIRECTA	4.7 mg/dl (VR: Hasta 0.2)
31a 5m 8d	GLICEMIA	77 mg/dl (VR: 70-110)
	CREATININA SUERO	0.6 mg/dl (VR: 0.6 - 1.3)
	FOSFATASA ALCALINA	239 U/L (VR: Adultos: 25-90 Niños: Hasta 400)
	G.G.T.	275 U/L (VR: M: 10-47 F: 7-30)
	G.O.T.	251 U/L (VR: Hasta 40)
	G.P.T	443 U/L (VR: Hasta 38)
	UREA	11 mg/dl (VR: 10 - 40)
	CLORO	102 mmol/l (VR: 98-108)
	POTASIO	4 mmol/l (VR: 3.5-5.2)
	SODIO	142 mmol/l (VR: 135-146)
	OBSERVACIONES	No se realizo Amilasa por falta de reactivo (se encuentra en proceso de adquisición)

Dra. Karen Daniela
 BIODIAGNOSTICO
 MAT R 18

ROJAS ARTIAGA
 Nombre y Firma

C. SE

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido Paterno: [REDACTED]	Apellido Materno: [REDACTED]	Nombres: FLORA
Fecha de nacimiento: 20/11/1940	Sexo: Femenino	Procedencia: CHAYANTA
Idioma Hablado:	Idioma Materno:	Fecha de Ingreso: 12/03/24
Ocupación: Productivas: LABORES DE CASA	Reproductivas:	Auto pertenencia cultural:
¿Quién (s) decidieron para que acuda al servicio de salud?	Pareja	Hijo/a (s)
Estado civil: CASADO(A)	Escolaridad: Ninguno	Otro familiar
Grupo Sanguíneo:	Factor Rh:	Otros:

SERVICIO:	LABORATORIO CLINICO -- QUIMICA SANGUINEA	
REGISTRO: 946	REGISTRO INTERNO	1117
FECHA: 12/03/2024	FECHA RECEPCION	03/12/2024
EDAD: 83a 3m 23d	FECHA EMISION RESULTADOS	03/12/2024
	PROCEDENCIA PACIENTE	EMERGENCIA
	SERVICIO	EMERGENCIA
	BILIRRUBINA TOTAL	4.8 mg/dl (VR: Hasta 1.0)
	BILIRRUBINA INDIRECTA	4.3 mg/dl (VR: Hasta 0.8)
	BILIRRUBINA DIRECTA	4.3 mg/dl (VR: Hasta 0.2)
	GLICEMIA	118 mg/dl (VR: 70-110)
	AMILASA	426 U/L (VR: Hasta 96)
	CREATININA	1.3 mg/dl (VR: 0.5-1.2)
	FOSFATASA ALCALINA	123 U/L (VR: Adultos: 27-100 Niños: 75-390)
	G.O.T.	61 U/L (VR: 10-39)
	G.P.T	87 U/L (VR: 10-45)
	UREA	40 mg/dl (VR: 15-45)
	LHD LACTATO DESHIDROGENASA	736 200-480 U/L
	RESPONSABLE INSERCIÓN	LIC. BIOQUIMICA
	RESPONSABLE LABORATORIO	LIC2 DRA. PAMELA OCAMPO

Dra. Milda Campa
BIOQUIMICA
M.P. 67

LABORATORIO

Calle Sagarnaga tel. 26231411

RESULTADOS DE LABORATORIO			CODIGO:	161
			EDAD:	60 Años
PRENOMENES:	Inocencio Jans Choque	SEXO:	Masculino	
DE TOMA DE MUESTRA:	11:00	FECHA DE SOLICITUD:	P/13/07/25	
DE TOMA DE MUESTRA:	11:00	FECHA DE ENTREGA:	P/13/07/25	

QUIMICA SANGUINEA					
Analitos	Resultados	Valores Referenciales	Analitos	Resultados	Valores referenciales
Proteínas totales	86	Neonato Prematuro 25 - 80 Neonato Atermino 30 - 90 Adulto 70 - 110 mg/dl	Proteínas totales		60 - 83 g/L
Albúmina	22	15-45 mg/dl	Albúmina		28 - 54 g/L
Globulina	0,8	0,5 - 1,2 mg/dl	Globulina		30 - 35 g/L
Relación A/G		1,5 - 7,0 mg/dl	Relación A/G		10 - 13
GOT/AST		Hasta 125 U/L	GOT/AST	140	Hasta 100 U/L
GPT/ALT		Hasta 200 U/L	GPT/ALT	119	Hasta 40 U/L
Bilirrubina total		35 - 160 mg/dl	Bilirrubina total	12.4	hasta 1.0 mg/dl
Bilirrubina directa		40 - 60 mg/dl	Bilirrubina directa	10.4	hasta 0.2 mg/dl
Bilirrubina indirecta		Hasta 110 mg/dl	Bilirrubina indirecta	2.0	hasta 1.0 mg/dl
Proteinuria 24 horas		Hasta 40 mg/dl	Proteinuria 24 horas		28 - 141 mg/24 horas
Fosfatasa alcalina		8,8 - 11,0 mg/dl	Fosfatasa alcalina	2155	95 - 298 U/L
Lipasa		6,5-8,5 %	Lipasa		Hasta 40 U/L



EDITORIAL

Del estetoscopio al ultrasonido: POCUS (point of care ultrasound) en gastroenterología y hepatología

From the stethoscope to ultrasound: POCUS (point-of-care ultrasound) in gastroenterology and hepatology

Hugo Guillermo Cedrón Cheng^{1,*}

¹ Clínica Anglo Americana, Lima, Perú.
* Gastroenterólogo.

Recibido: 28/06/2023
Aprobado: 30/06/2023
En línea: 30/06/2023

Financiamiento
Ninguno.

Citar como
Cedrón Cheng HG. Del estetoscopio al ultrasonido: POCUS (point of care ultrasound) en gastroenterología y hepatología. Rev Gastroenterol Perú. 2023;45(2):107-8. doi: 10.47892/rgp.2023.452.1060.

En los últimos años, el ultrasonido ha experimentado un notable avance tanto en su tecnología como en su uso clínico en diversas especialidades. Las mejoras en la resolución de las imágenes y en la definición de las estructuras anatómicas ha permitido realizar diagnósticos cada vez más precisos, de manera no invasiva y en tiempo real.

Además de los avances en las imágenes, el acceso a la tecnología ecográfica también ha evolucionado significativamente. Si bien los equipos de alta gama siguen siendo indispensables en centros especializados, el desarrollo de dispositivos portátiles de alta resolución ha democratizado su uso, facilitando su incorporación en consultorios, emergencias e incluso en zonas de atención remota, transformando el enfoque diagnóstico hacia uno más ágil, seguro y centrado en el paciente^{1,2}.

Tradicionalmente, el estetoscopio ha sido nuestro instrumento básico y casi exclusivo para la evaluación clínica de los pacientes. Sin embargo, los avances tecnológicos y el desarrollo de equipos ecográficos portátiles, e incluso de bolsillo han permitido su incorporación progresiva en la práctica clínica cotidiana dentro de diversas especialidades, como medicina de emergencias, medicina interna, cuidados intensivos, reumatología, cardiología y sin duda tanto en gastroenterología como en hepatología³⁻⁶.

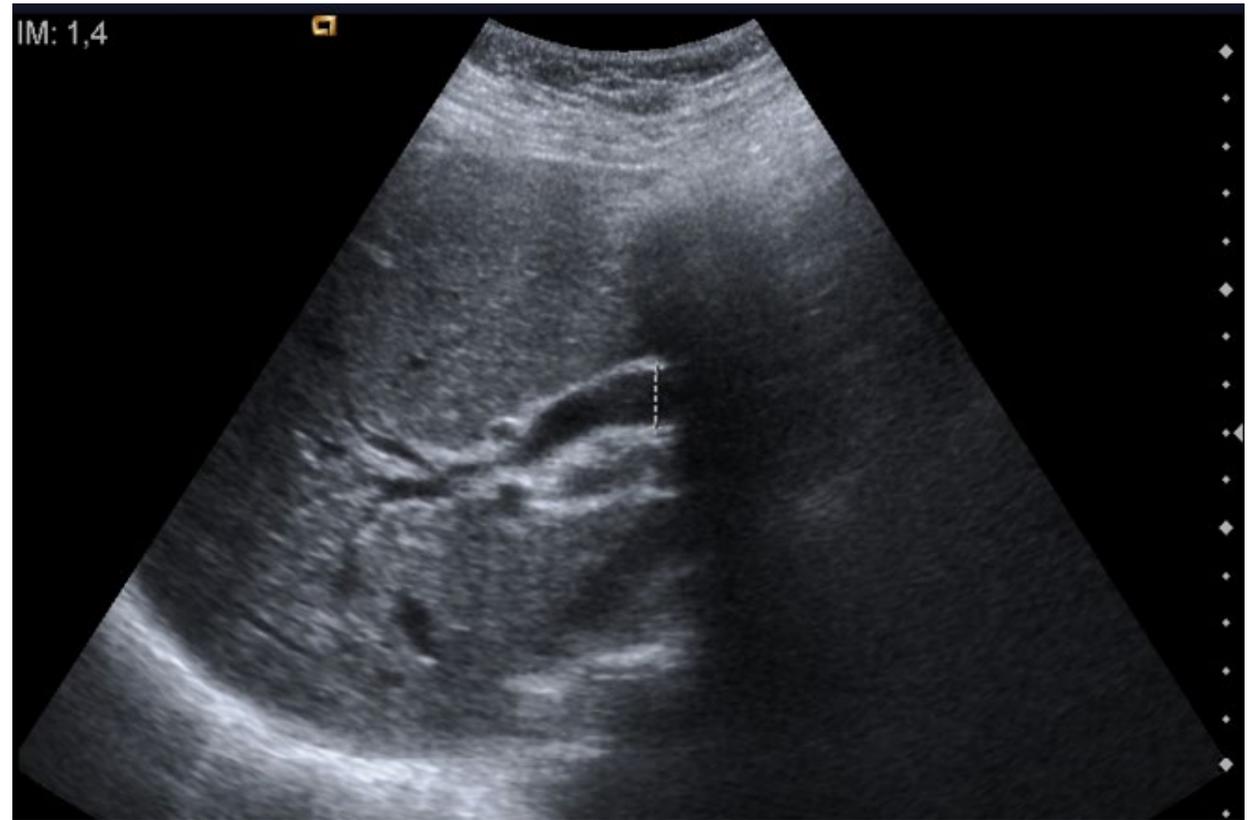
El ultrasonido realizado al lado de la cama del paciente e interpretado directamente por el médico tratante, con fines tanto diagnósticos o terapéuticos, no tiene como objetivo reemplazar el estudio ecográfico convencional, sino complementarlo. Este enfoque clínico ecográfico se conoce actualmente como *Point-of-Care Ultrasound* (POCUS), aunque la denominación puede variar ligeramente según la fuente bibliográfica.

La principal ventaja del POCUS radica en que proporciona una imagen inmediata y orientativa que, cuando se emplea de forma adecuada, contribuye significativamente a mejorar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

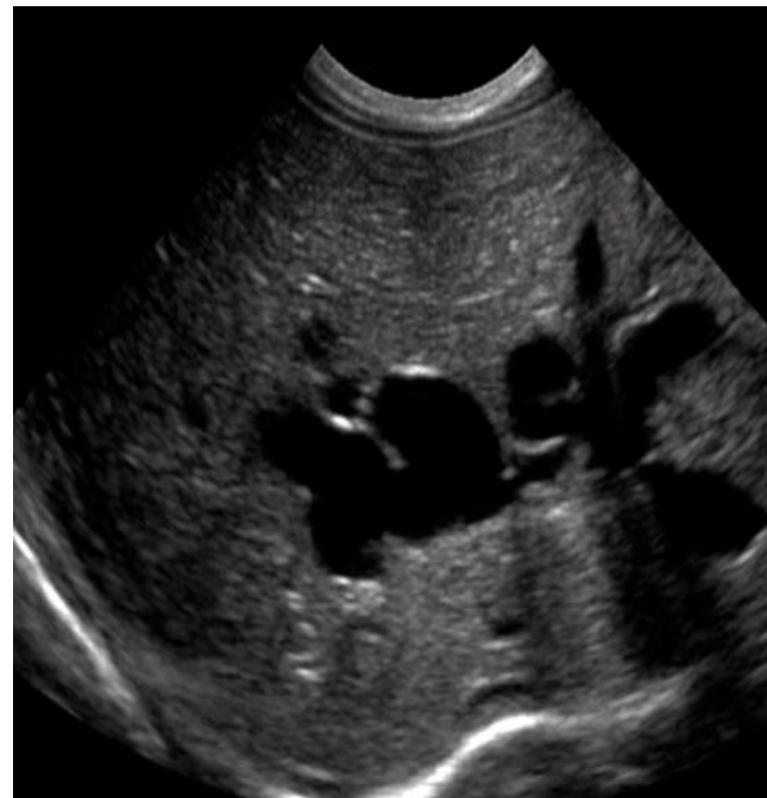
A diferencia del ultrasonido convencional, que suele abarcar regiones anatómicas amplias (como el abdomen superior, que incluye múltiples órganos), el POCUS se caracteriza por ser un examen enfocado, dirigido. El principal objetivo del POCUS es responder una pregunta clínica específica para un diagnóstico como: ¿el paciente tiene ascitis?, ¿existe engrosamiento en la región ileocecal por actividad del Crohn?, ¿en un paciente que usa semaglutida antes de una endoscopia, realmente tenemos el estómago vacío?, o bien puede emplearse para guiar procedimientos terapéuticos, como indicar la localización precisa del sitio para efectuar una paracentesis o biopsia dirigida.

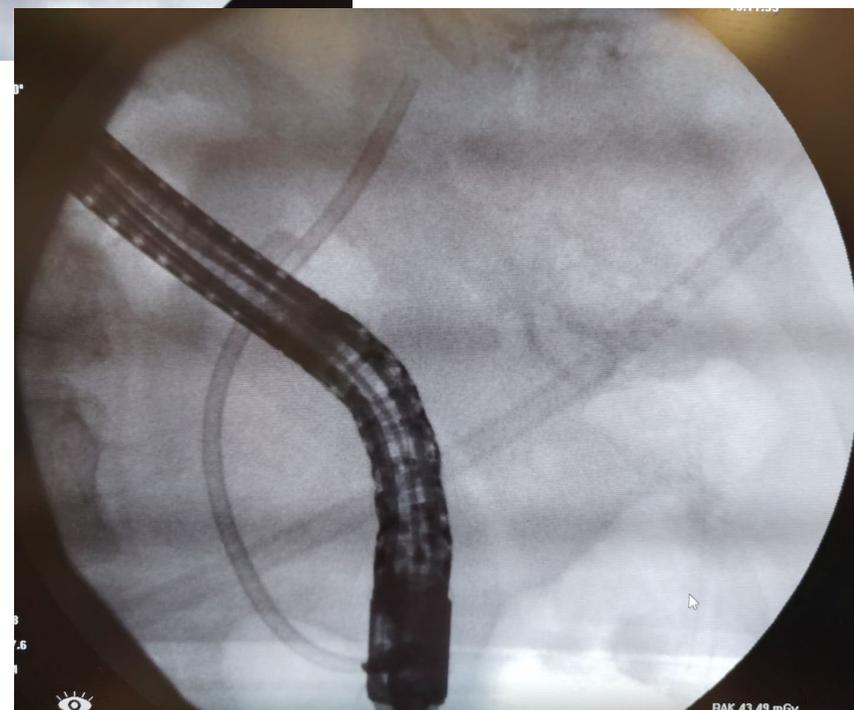
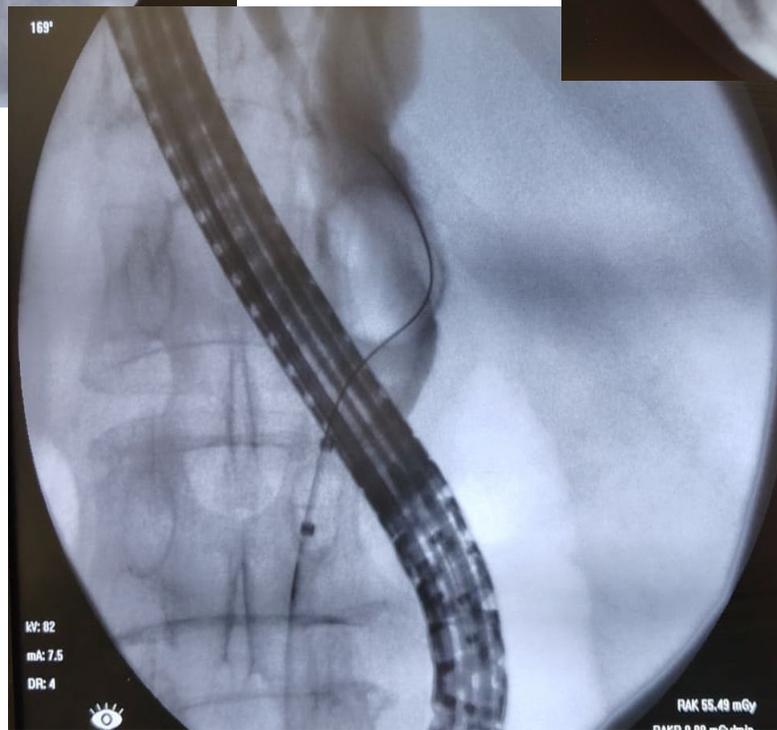
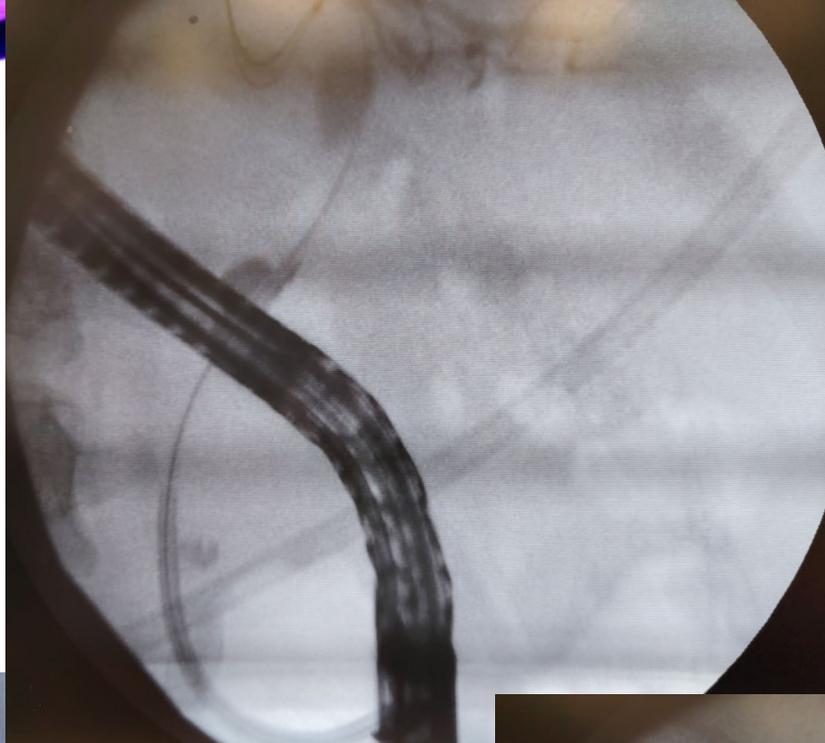
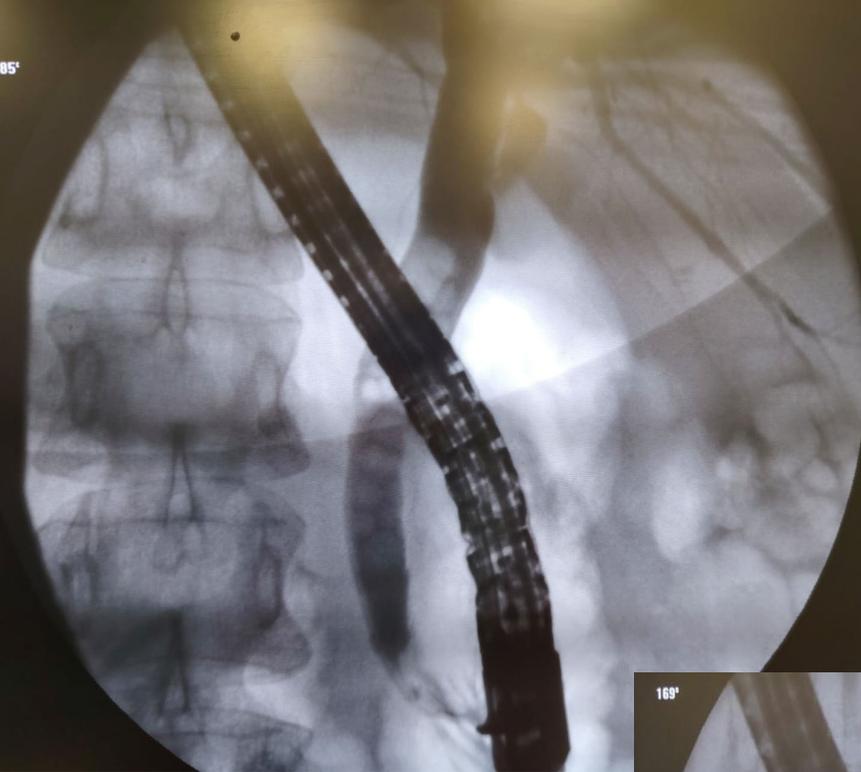
Correspondencia:
Hugo Guillermo Cedrón Cheng
Clínica Anglo Americana, C. Alameda
Suiza 350, San Isidro, Lima, Perú
E-mail: hcedron@gmail.com

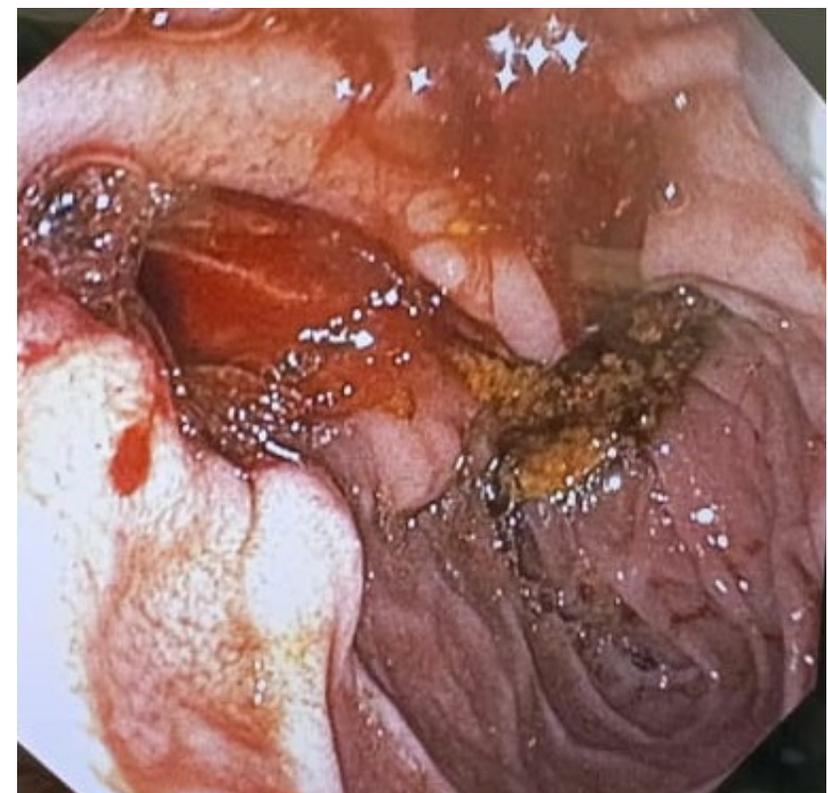
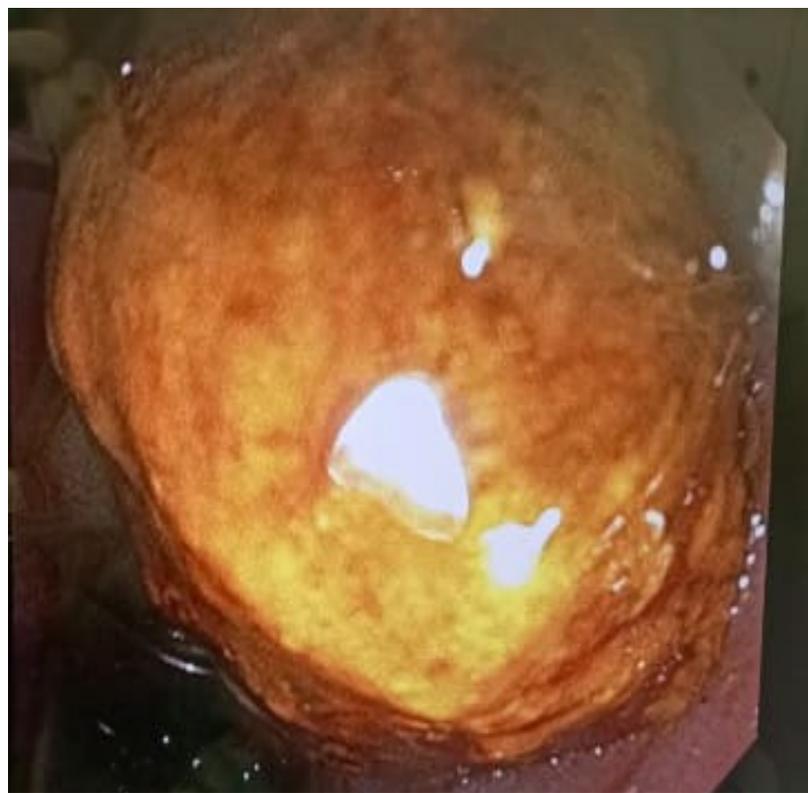
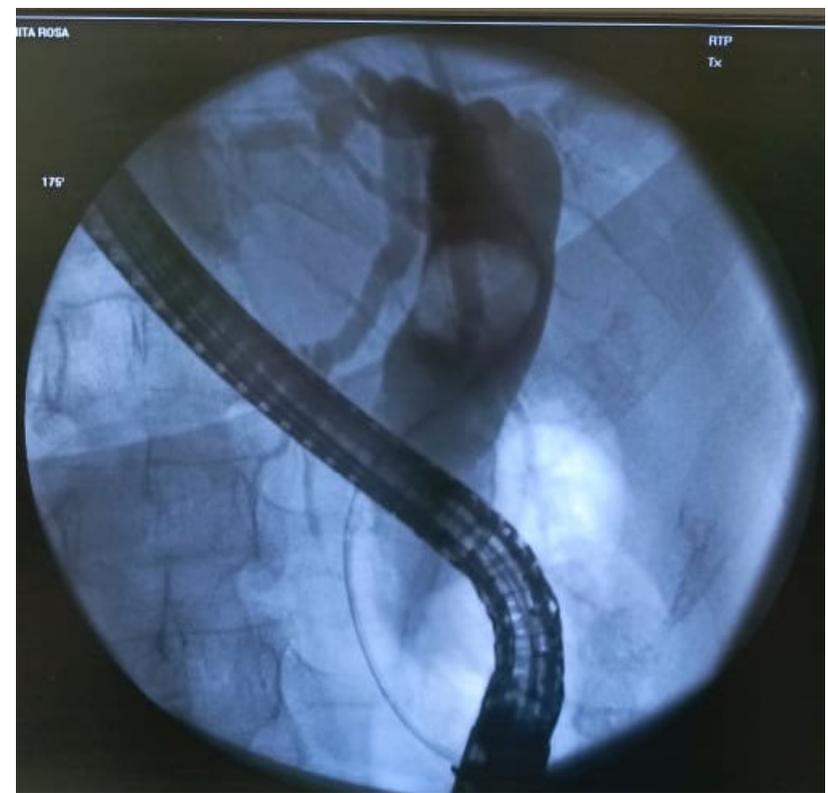
ECOGRAFÍA

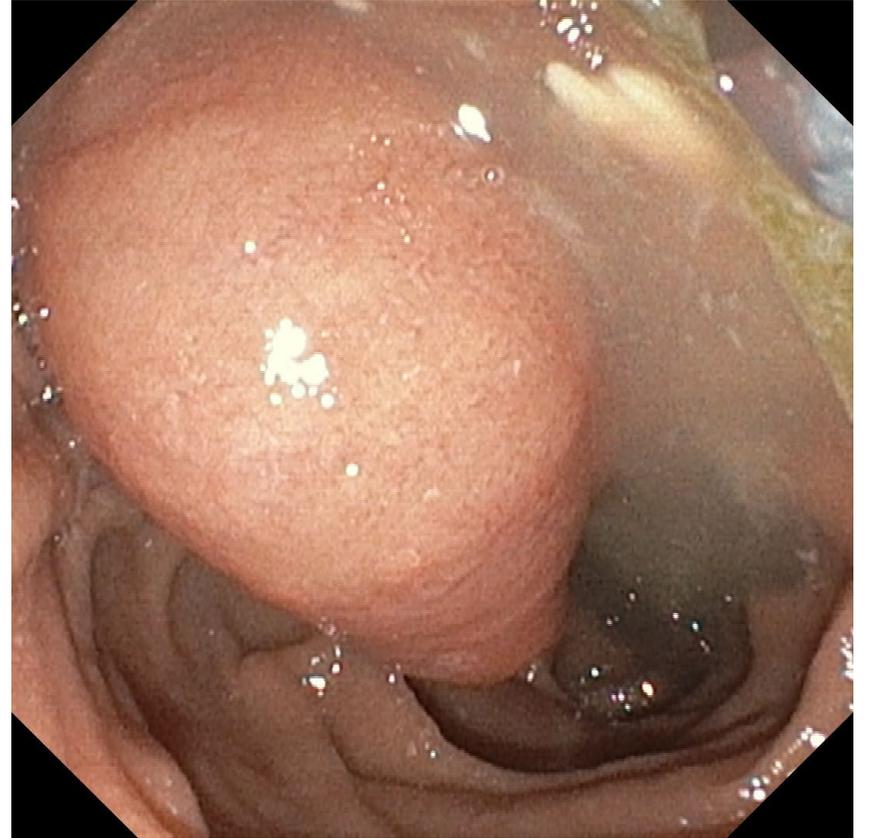
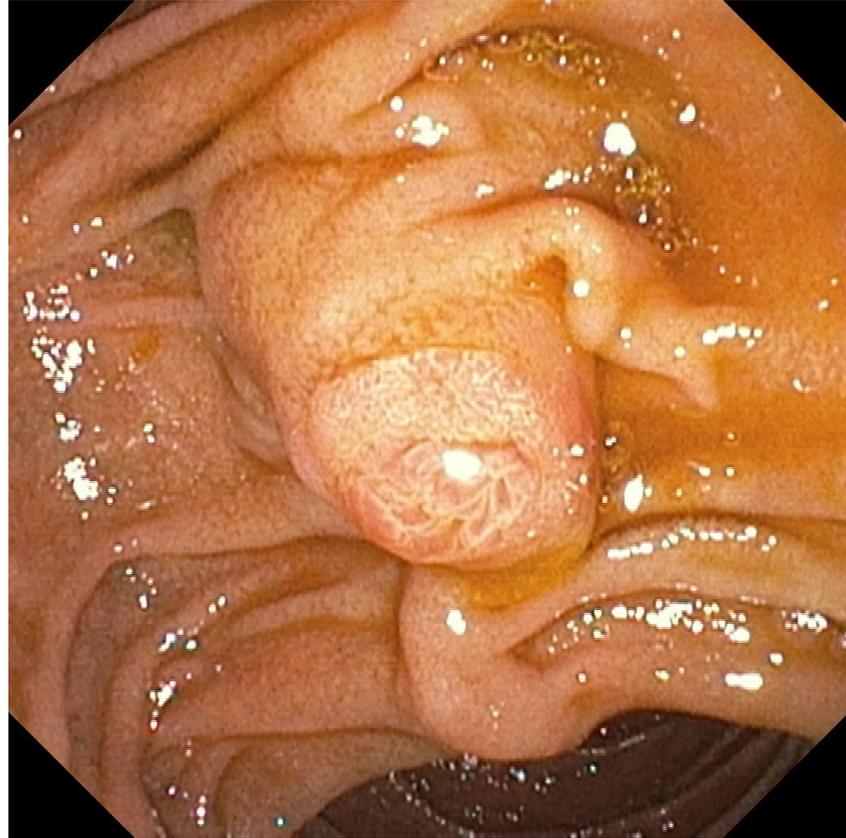
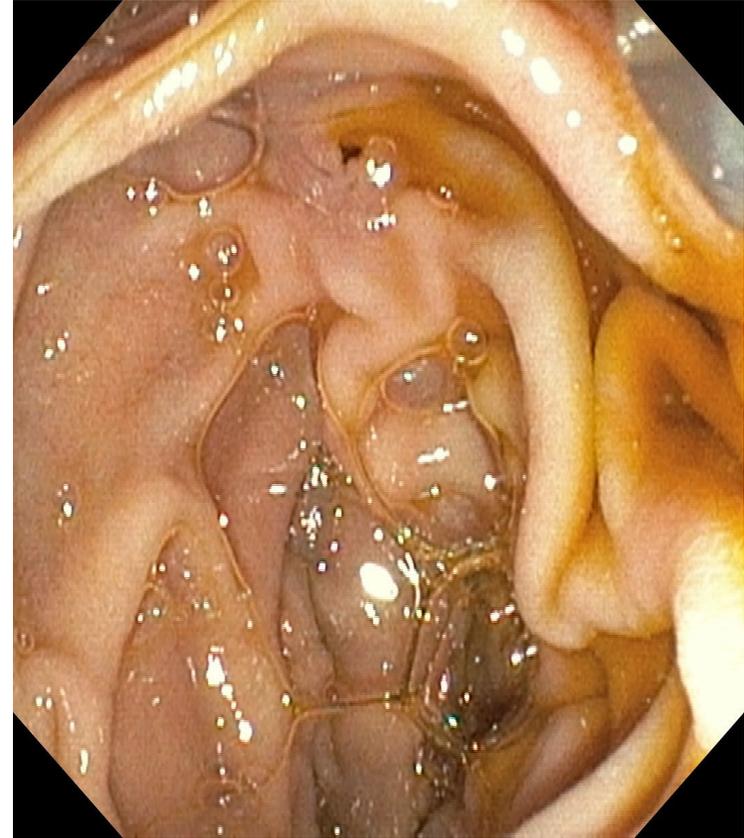


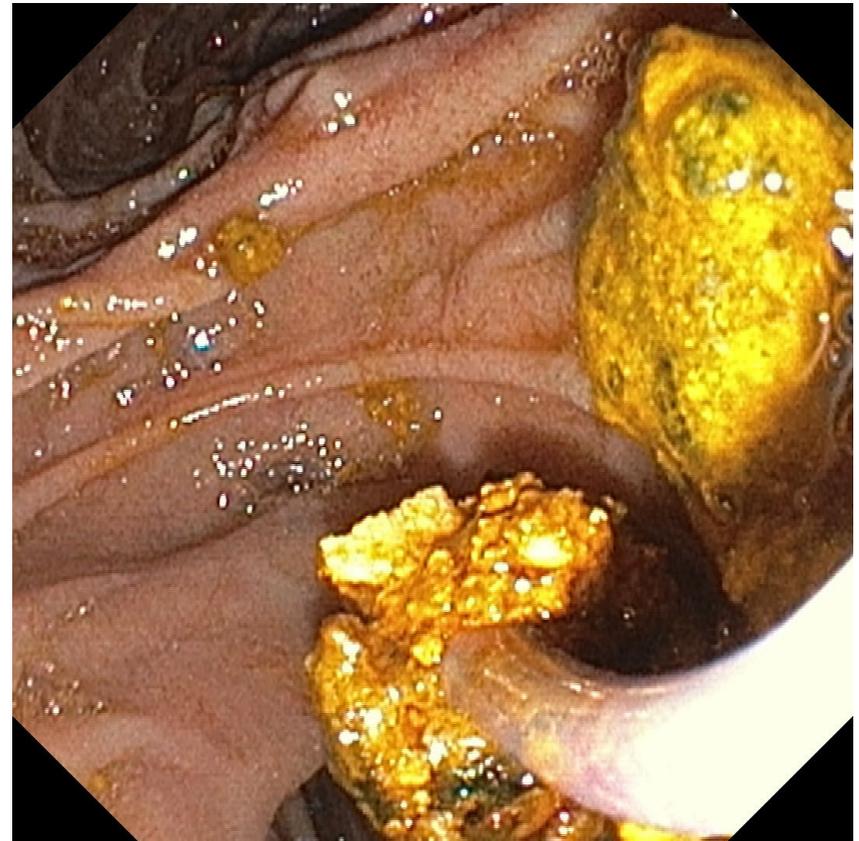
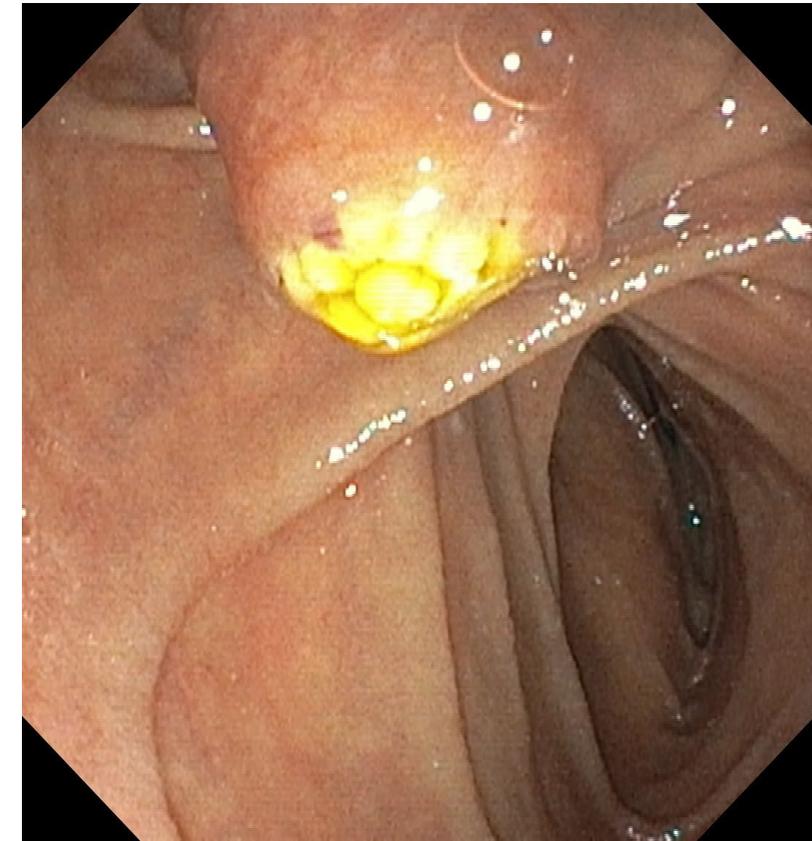
ECOGRAFÍA

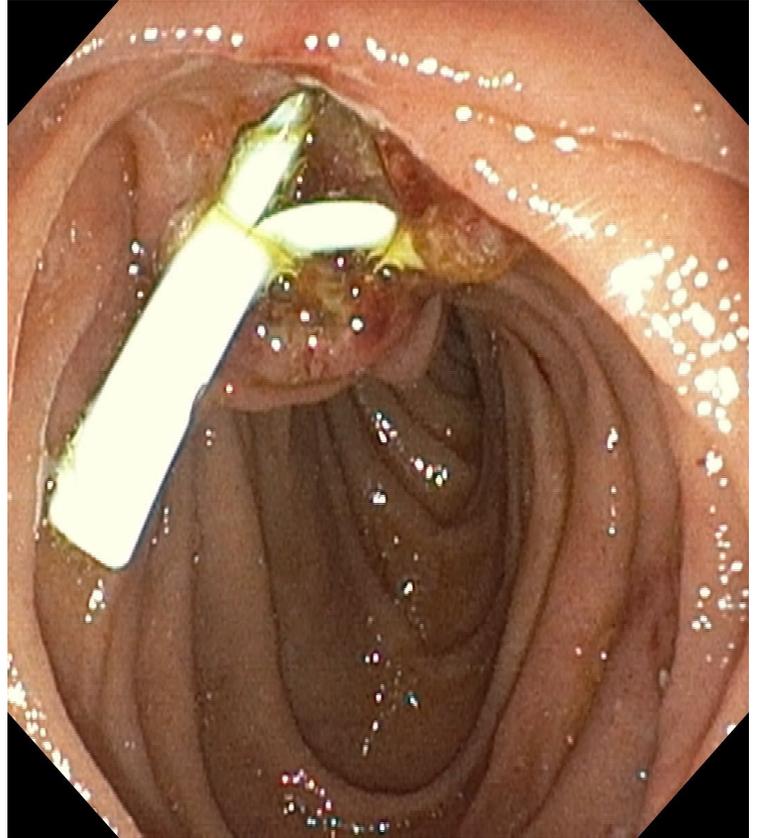
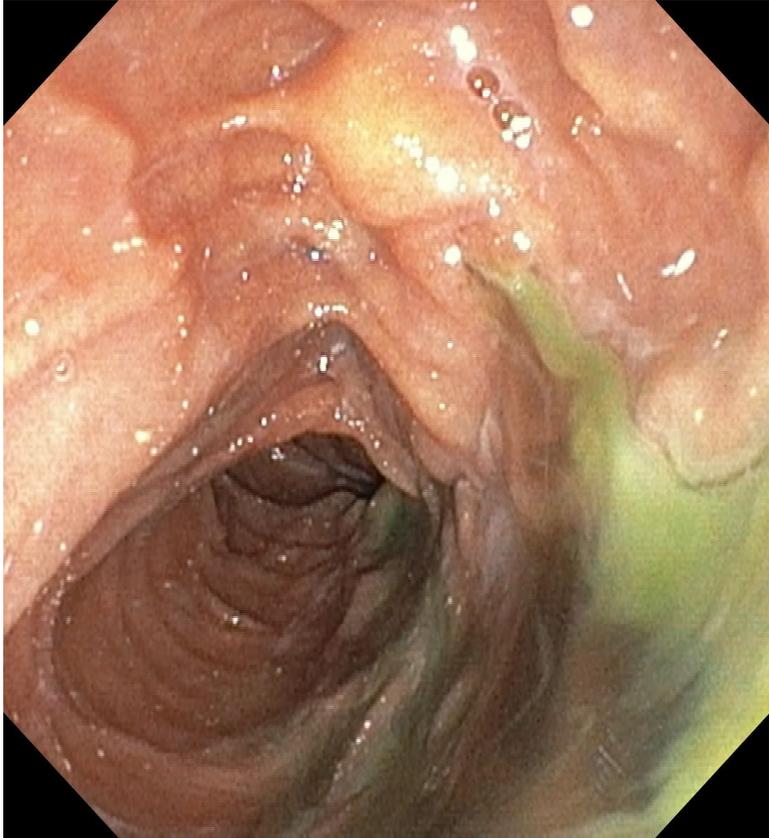
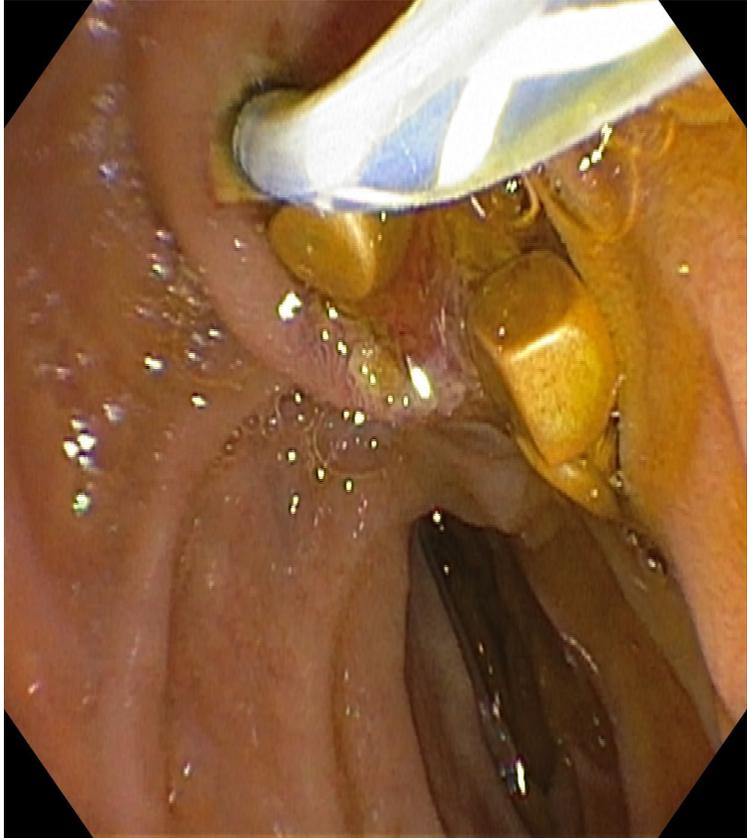


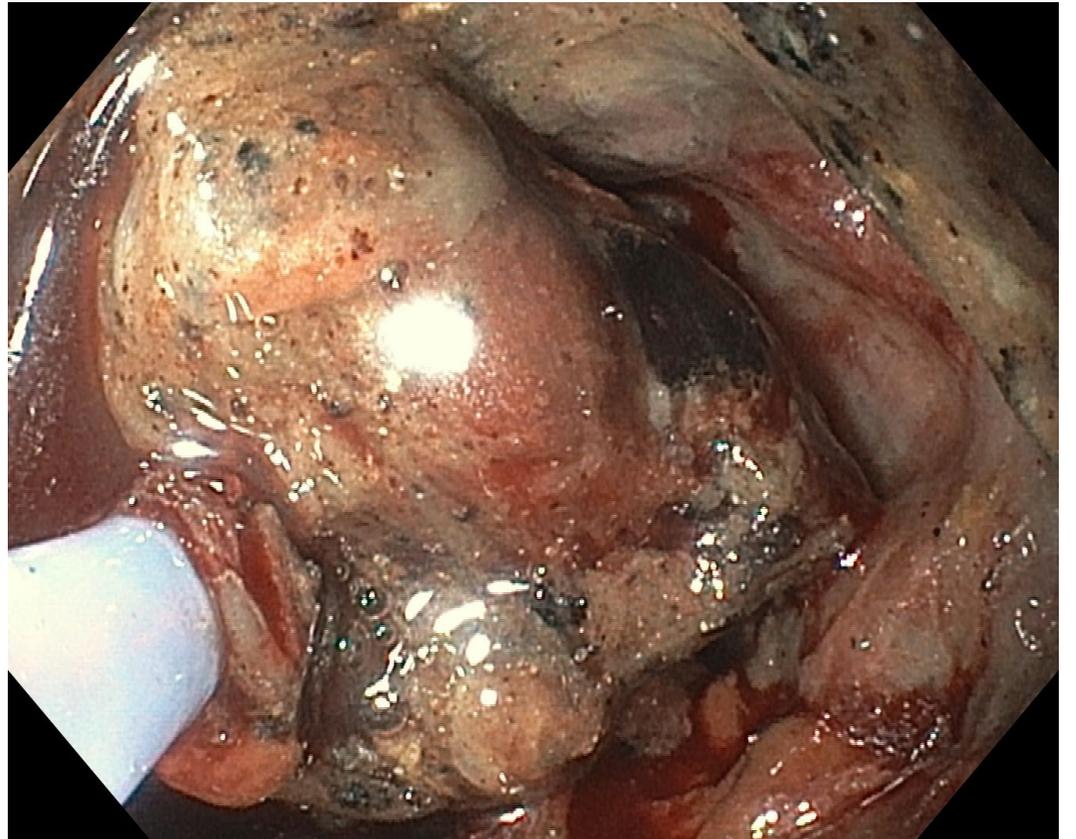
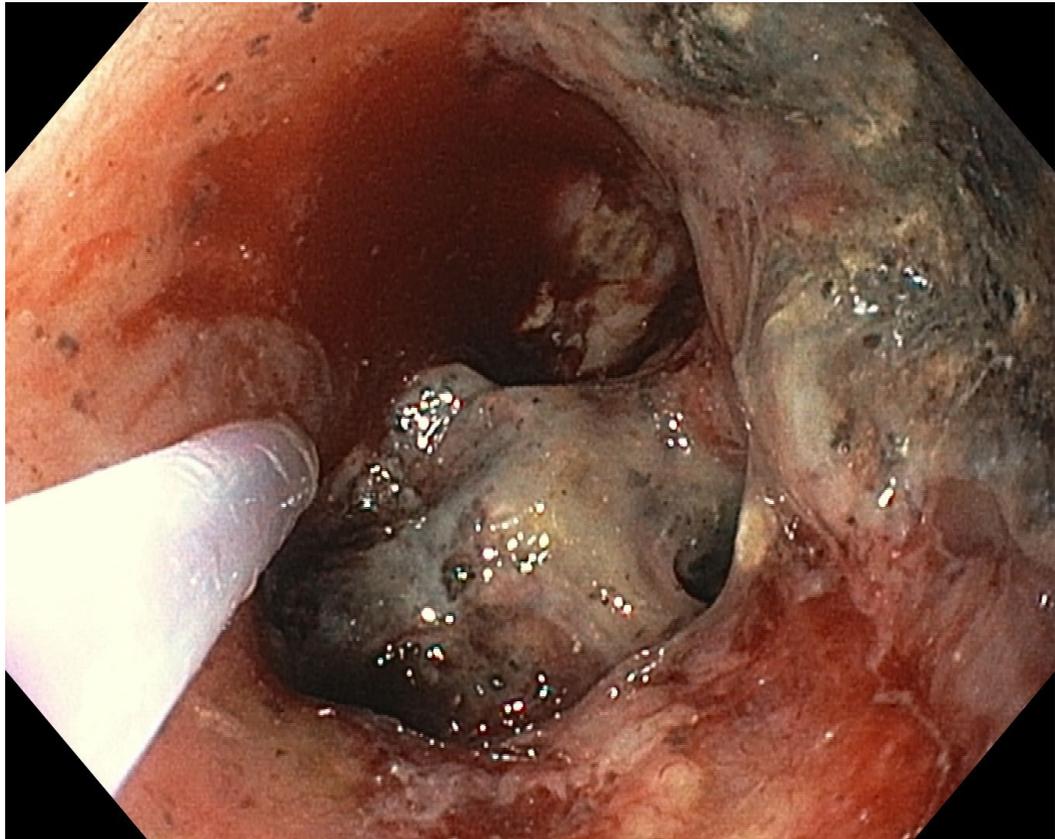


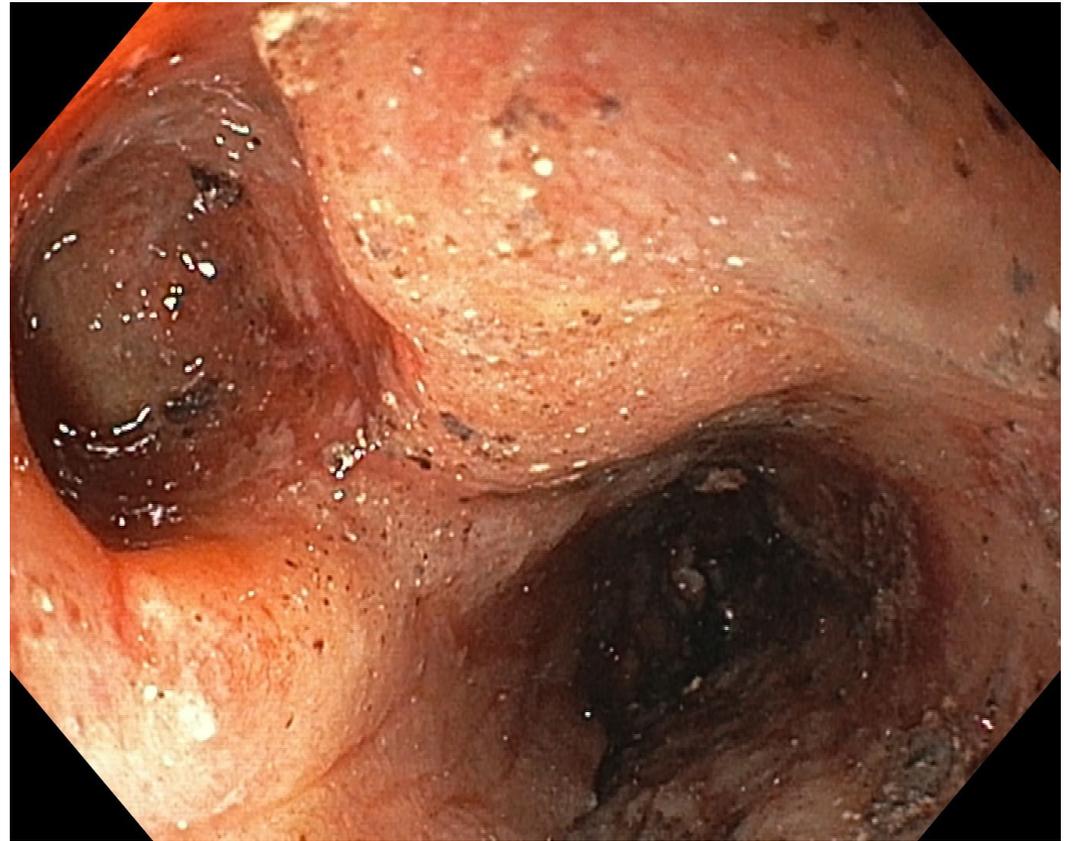






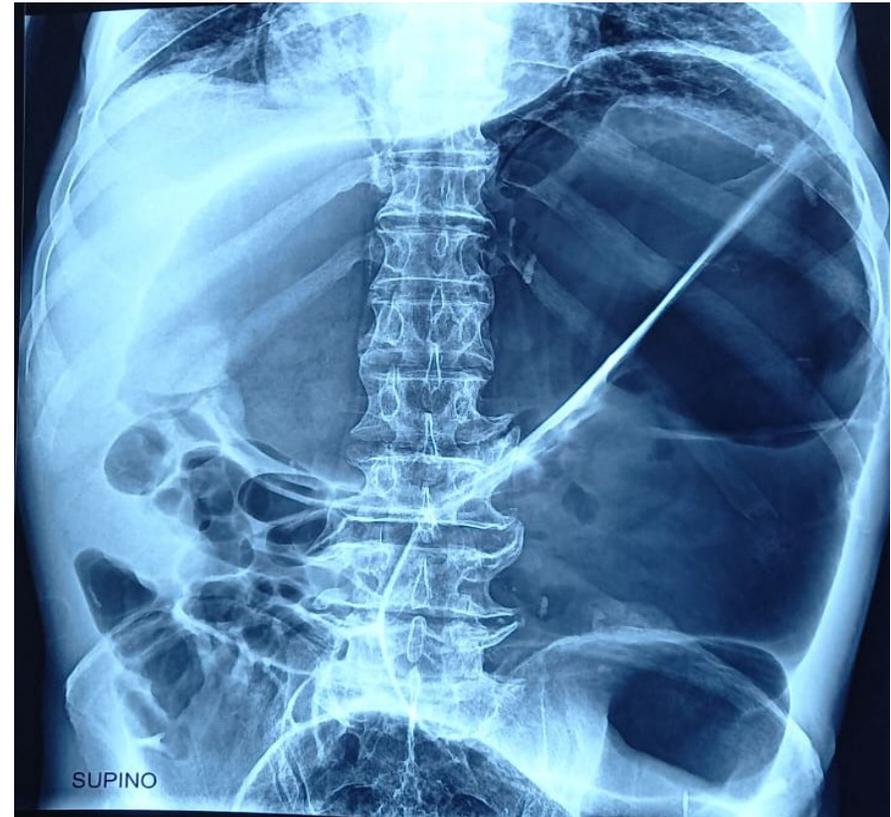




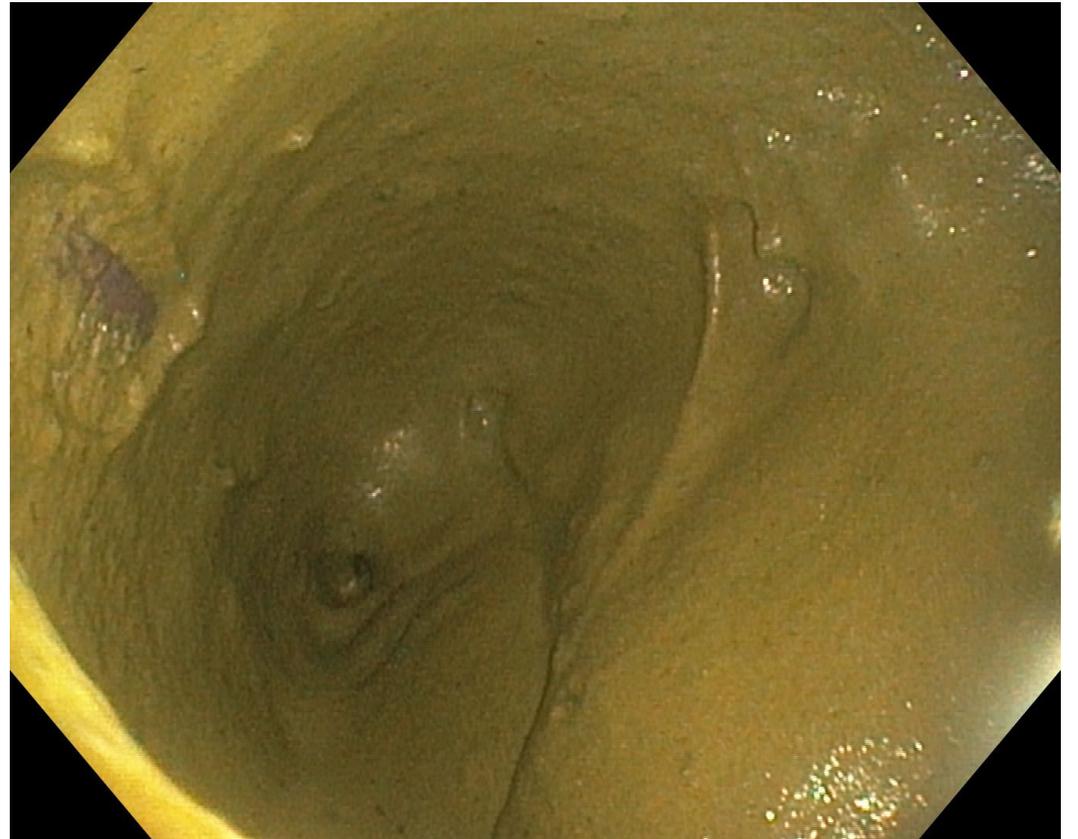


OBSTRUCCION INTESTINAL

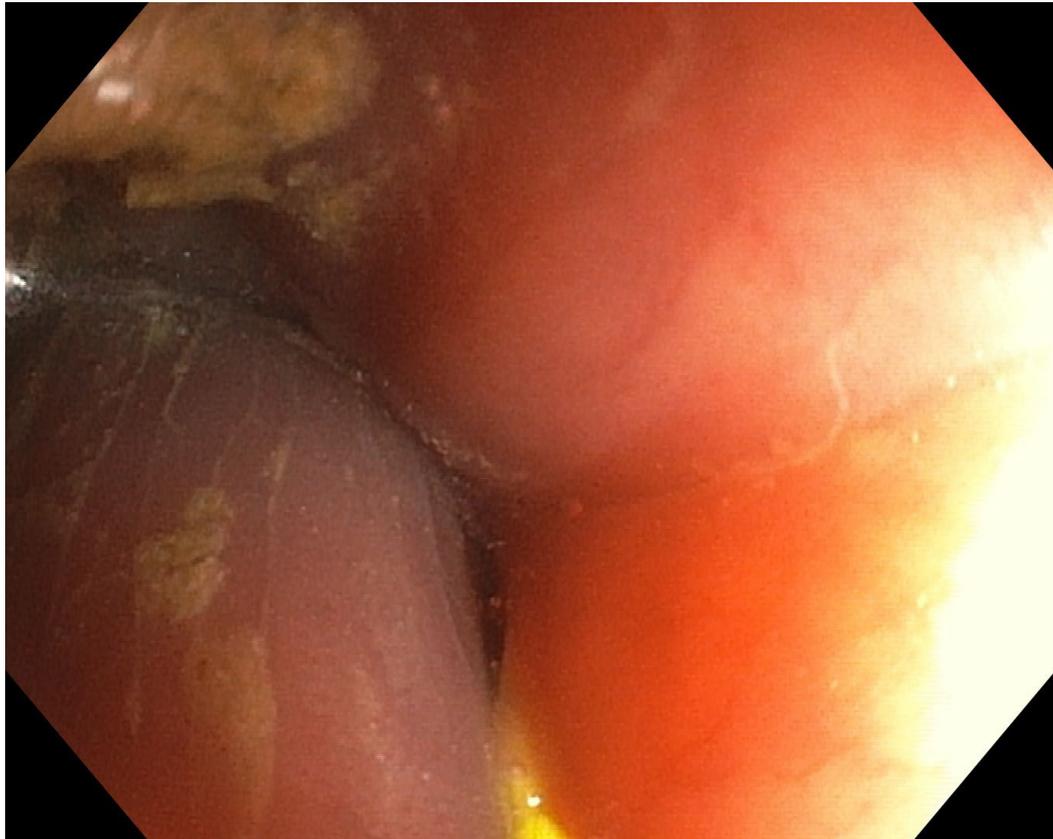
- La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso.

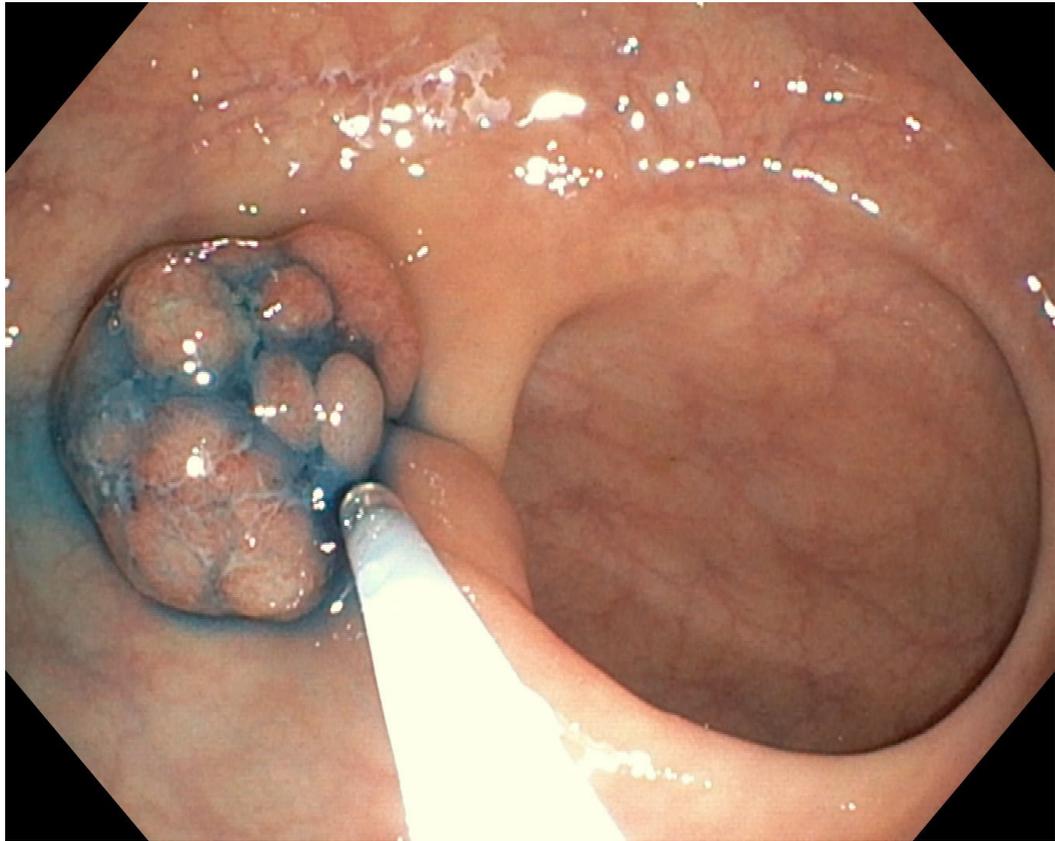


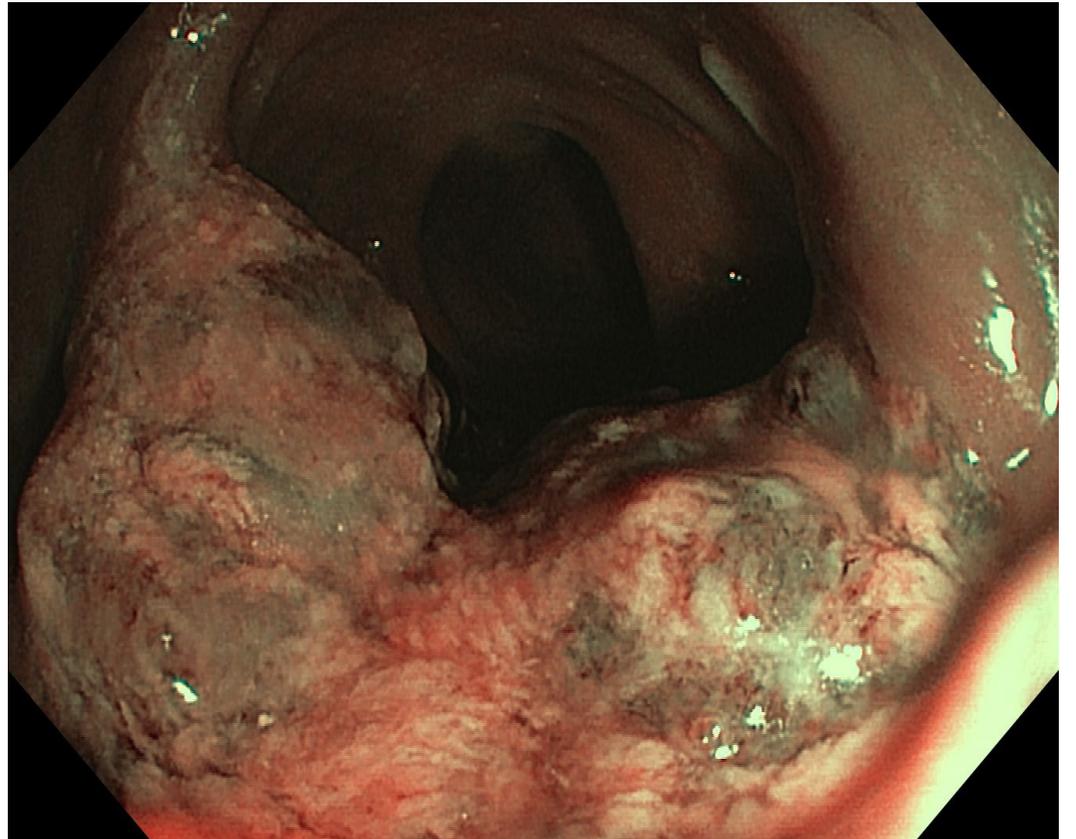
OBSTRUCCION INTESTINAL



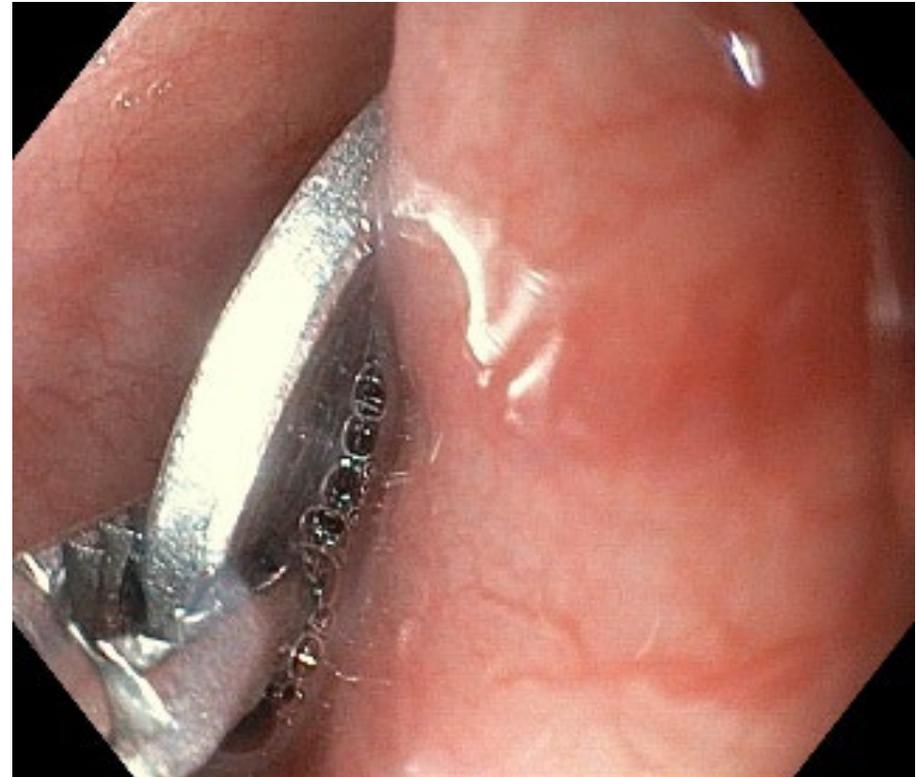
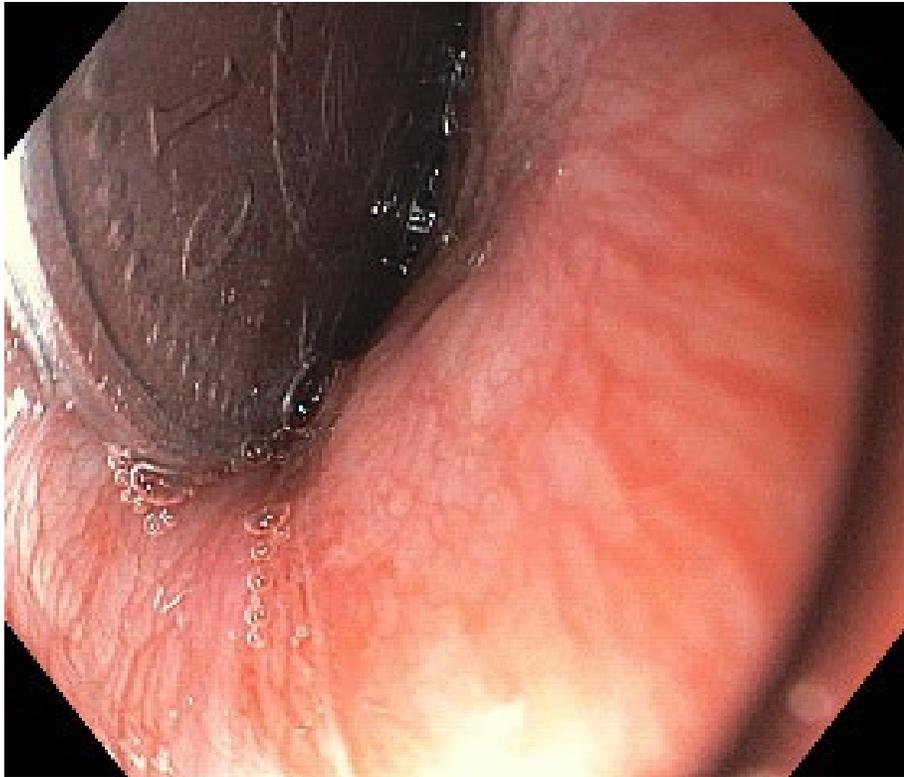
OBSTRUCCION INTESTINAL



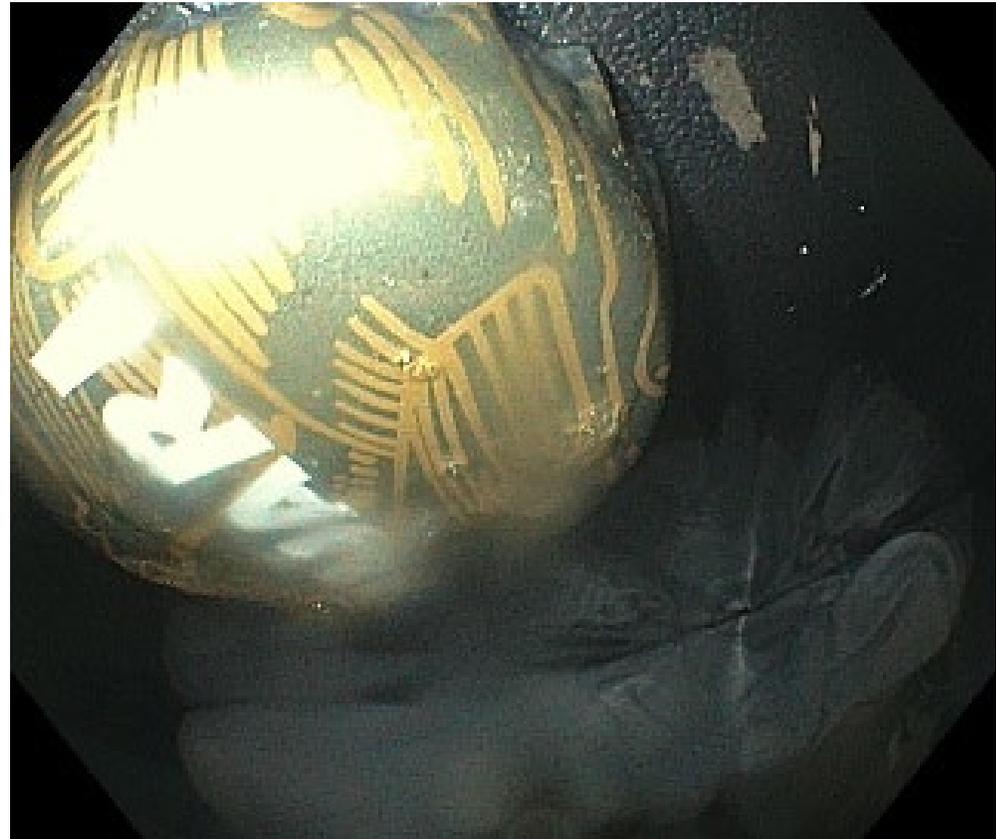




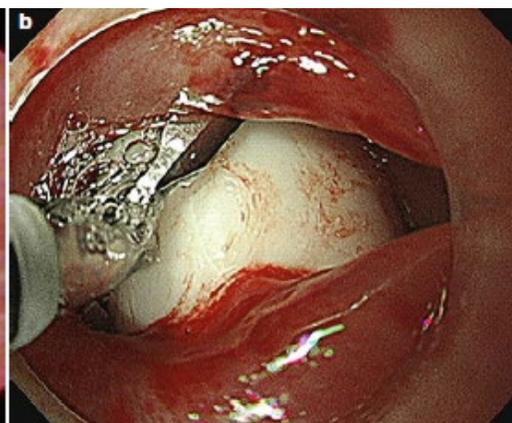
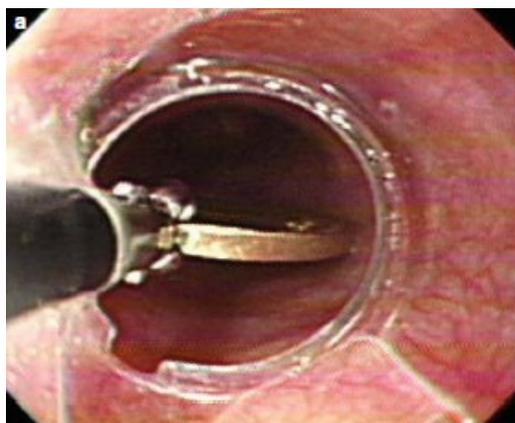
CUERPO EXTRAÑO EN VIA DIGESTIVA



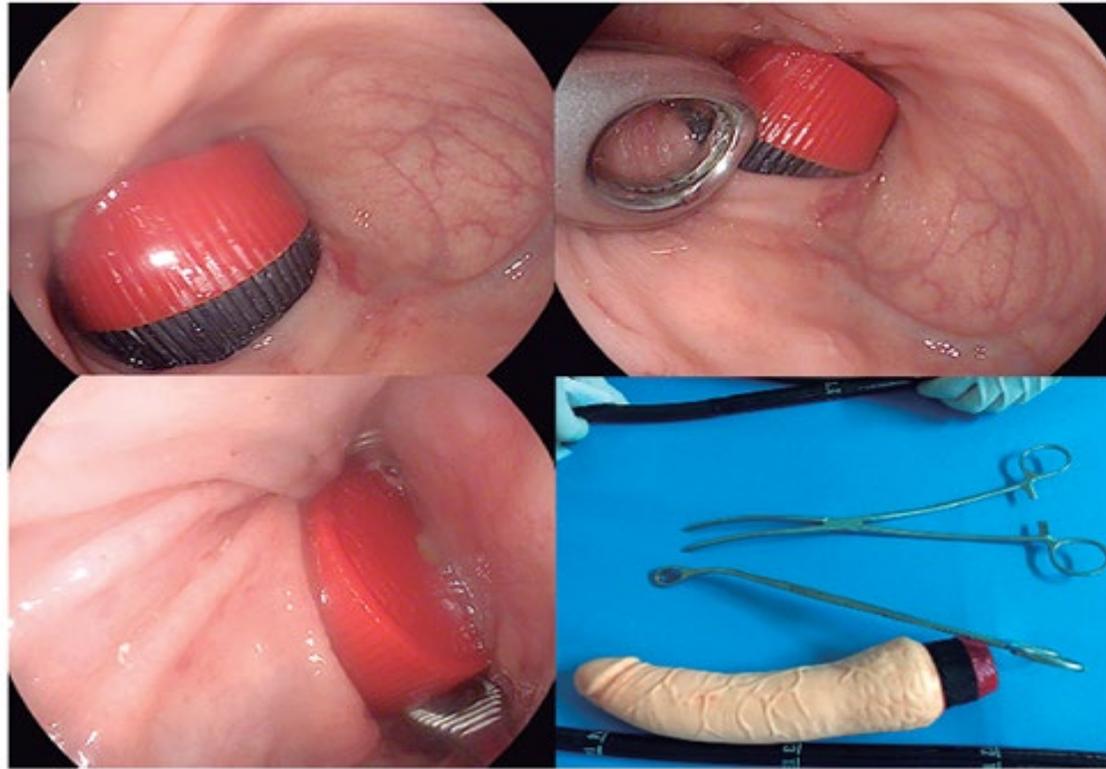
CUERPO EXTRAÑO EN VIA DIGESTIVA



CUERPO EXTRAÑO EN VIA DIGESTIVA



CUERPO EXTRAÑO EN VIA DIGESTIVA



*Lo que los ojos no
ven y la mente no
conoce, no existe*

D. H. Lawrence

literato

