



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



Nombre del Alumno: Sergio Rodrigo Flores Diaz

Nombre de la Materia: Medicina del trabajo

Docente: DR. Molina Roman Romeo Antonio

Semestre: 5

Grupo: D

**Comitan De Domínguez, Chiapas a 07 de
Noviembre del 202**

MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

VÍA AÉREA

- **Definición:** Conjunto de estructuras que permiten el paso de aire hacia los pulmones.
- **Clasificación:**
 - Superior (boca, nariz, faringe, laringe)
 - Inferior (tráquea, bronquios)

DISPOSITIVOS PARA MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- **Máscara Laríngea (LMA):**
- Colocación rápida para asegurar la vía aérea.
- **Intubación Endotraqueal:**
- Tubo endotraqueal para control avanzado.
- **Cannulación de tráquea:**
- Para asegurar la vía aérea en casos complejos.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

- **Vigilancia continua:**
- Monitoreo de parámetros respiratorios (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno).
- Manejo en equipos:
- Trabajar con un equipo multidisciplinario, como anestesiólogos y técnicos de respiración.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

- Causas comunes:**
- Obstrucción por lengua (principal causa en inconscientes)
- Cuerpos extraños**
- Traumatismos (fracturas faciales, cervicales)
 - Edema o inflamación (alergias, infecciones)
- Síntomas:**
- Dificultad para respirar
 - Ronquera o respiración ruidosa
 - Cianosis

VENTILACIÓN

- **Tipos de Ventilación:**
- Ventilación manual:
- Mediante bolsa y mascarilla o ventilador manual.
- Ventilación mecánica:
- Uso de ventiladores automáticos, indicados en pacientes críticos.
- **Indicaciones para ventilación:**
- Hipoventilación (paCO₂ elevado)
- Hipoxia (SpO₂ bajo)
- Insuficiencia respiratoria

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.

EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA

- Inspección:**
- Evaluación visual de boca y faringe.
- Palpación:**
- Asegurar que no haya deformidades o fracturas.
- Auscultación:**
- Verificar ruidos respiratorios.

TÉCNICAS DE VENTILACIÓN

- Ventilación con bolsa (Ambu):
- Proporcionar ventilación en caso de apnea o hipoventilación.
- Ventilación asistida:
- Uso de ventilación mecánica en intubados.
- Ventilación a presión positiva:
- Dispositivo CPAP o BiPAP.

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.

MANEJO INICIAL DE LA VÍA AÉREA

- **Posición de la cabeza:**
- Manobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón (para abrir la vía aérea).
- **Manejo de la lengua:**
- Extensión de la lengua o usar dispositivos (desviadores de la lengua).
- Aspiración de secreciones:
- Uso de succión para eliminar fluidos.

COMPLICACIONES

- **Trauma a la vía aérea:**
- Causado por técnicas inadecuadas de intubación.
- **Aspiración:**
- Inhalación de contenido gástrico hacia los pulmones.
- **Neumotórax:**
- Por exceso de presión en la ventilación.

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.

SHOCK

DEFINICIÓN

Shock: Estado clínico caracterizado por una perfusión tisular inadecuada, que lleva a una disfunción celular y daño orgánico.

FASES DEL SHOCK

- Fase compensatoria:
 - Mecanismos compensatorios activados: aumento de frecuencia cardíaca, vasoconstricción, liberación de hormonas (catecolaminas, cortisol).
- Fase progresiva:
 - Los mecanismos compensatorios no son suficientes, lo que lleva a la insuficiencia orgánica.
- Fase irreversible:
 - Daño celular masivo y fallo multiorgánico irreversible.

TRATAMIENTO

- Shock Distributivo:
 - Antibióticos (en sepsis), vasopresores (noradrenalina), soporte respiratorio.
- Manejo de la causa subyacente: tratamiento de la alergia en anafilaxia.
- Shock Obstructivo:
 - Descompresión de la obstrucción: drenaje en neumotórax, trombólisis o cirugía en embolia pulmonar.

CLASIFICACIÓN DEL SHOCK

- Shock Hipovolémico:
 - Causado por la pérdida de volumen sanguíneo (hemorragia, deshidratación).
- Shock Cardiogénico:
 - Fallo del corazón para bombear sangre adecuadamente (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca).
- Shock Distributivo:
 - Vasodilatación excesiva que disminuye la perfusión (sepsis, anafilaxia, daño medular).
- Shock Obstructivo:
 - Obstrucción del flujo sanguíneo (taponamiento cardíaco, embolia pulmonar).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Shock Hipovolémico:
 - Hipotensión, taquicardia, piel fría y sudorosa, disminución de la diuresis.
- Shock Cardiogénico:
 - Pulso débil, edema pulmonar, disnea, cianosis, hipotensión.
- Shock Distributivo:
 - Piel cálida y enrojecida (en sepsis), hipotensión, taquicardia, alteraciones en la conciencia.
- Shock Obstructivo:
 - Disminución del gasto cardíaco, signos de insuficiencia respiratoria, cianosis.

PRONÓSTICO

- Dependiente del tipo y la severidad:
- Mejor pronóstico con diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.
- Mortalidad elevada en fase irreversible.

ETIOLOGÍA

- Shock Hipovolémico:
 - Hemorragias, diarrea severa, quemaduras extensas, vómitos.
- Shock Cardiogénico:
 - Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca aguda, arritmias.
- Shock Distributivo:
 - Sepsis, anafilaxia, neurogénico.
- Shock Obstructivo:
 - Neumotórax a tensión, embolia pulmonar, taponamiento cardíaco.

DIAGNÓSTICO

- Evaluación clínica:
 - Historia clínica, signos vitales, examen físico.
- Pruebas complementarias:
 - Gasometría arterial, lactato, ecocardiograma, análisis de laboratorio (hemoglobina, plaquetas, leucocitos).
- Monitoreo hemodinámico:
 - Presión arterial invasiva, monitoreo de la saturación de oxígeno.

PREVENCIÓN

- Vigilancia temprana:
- Identificación precoz de los factores de riesgo (hemorragias, infecciones).
- Manejo adecuado de los pacientes quirúrgicos:
- Estrategias de control hemodinámico preoperatorio y postoperatorio.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

- Disminución del gasto cardíaco:
 - Reducción del volumen circulante, alteración del bombeo del corazón, obstrucción del flujo.
- Vasodilatación:
 - Disminuye la resistencia vascular periférica, afectando la distribución de sangre.
- Hipoxia tisular:
 - La falta de oxígeno a los órganos vitales causa disfunción celular.

TRATAMIENTO

- Shock Hipovolémico:
 - Reposición de líquidos: soluciones isotónicas, sangre (si hay hemorragia).
- Control de la causa subyacente: cirugía en casos de hemorragia, reposición de líquidos en diarrea y vómitos.
- Shock Cardiogénico:
 - Medicamentos inotrópicos (dobutamina), manejo de arritmias.
- Soporte mecánico: balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA).

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO (SGTDA)

DEFINICIÓN

Sangrado de tubo digestivo alto (SGTDA): Pérdida de sangre procedente del tracto gastrointestinal por encima de la válvula de Treitz (esófago, estómago, duodeno).

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

- Historia Clínica: Factores de riesgo: uso de AINEs, antecedentes de cirrosis, consumo de alcohol.
- Examen Físico: Signos de sangrado activo: taquicardia, hipotensión, distensión abdominal.
- Endoscopia Digestiva Alta: Gold standard para diagnóstico y tratamiento, permite visualización directa de la fuente de sangrado (úlcera, varices, etc.).
- Pruebas de Laboratorio: Hemograma (anemia), pruebas de función hepática, pruebas de H. pylori (si se sospecha).
- Radiología: En casos de sangrado masivo o hemorragias de difícil localización.

TRATAMIENTO ESPECÍFICA

- Cirugía: En casos de sangrados no controlables con endoscopia (resección de úlceras, derivaciones portosistémicas en varices).

CAUSAS PRINCIPALES

- Úlceras Pépticas: Causa más común, generalmente por infección de Helicobacter pylori o uso excesivo de AINEs.
- Varices Esofágicas: Secuela de hipertensión portal, común en cirrosis hepática.
- Gastritis y Esofagitis: Inflamación de la mucosa gástrica o esofágica, asociada a alcohol, AINEs o infecciones.

TRATAMIENTO INICIAL

- Reposición de Líquidos: Volúmenes adecuados con soluciones cristaloides, y sangre si hay sangrado masivo.
- Control Hemodinámico: Monitorización continua de signos vitales, medir la respuesta a la reposición.
- Ácido Tranexámico: En casos de sangrados graves, como tratamiento coadyuvante.

COMPLICACIONES

- Dependiente del tipo y la severidad: Mejor pronóstico con diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.
- Mortalidad elevada en fase irreversible.

CAUSAS PRINCIPALES

- Tumores Gastrointestinales: Carcinoma gástrico o esofágico.
- Malformaciones Arteriovenosas: Fístulas arteriovenosas en el tracto gastrointestinal.
- Lesiones Traumáticas o Quirúrgicas: Resultados de procedimientos previos o trauma directo.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- Endoscopia Terapéutica: Escleroterapia o ligadura de varices (en casos de varices esofágicas).
- Coagulación endoscópica (en casos de úlceras sangrantes).
- Clips hemostáticos (en lesiones ulcerosas).

PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

- Prevención de úlceras pépticas: Uso prudente de AINEs, tratamiento de H. pylori.
- Control de la hipertensión portal: Con medicamentos (beta-bloqueantes) y/o procedimientos como la ligadura de varices.
- Control post-endoscopia: Monitoreo para evitar re-sangrados, especialmente en casos graves de úlceras o varices.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Hematemesis: Vómitos con sangre, puede ser roja o de aspecto en posos de café (indica sangre digerida).
- Melenas: Heces oscuras, alquitranadas, por sangre digerida.
- Hematoquezia: Sangre roja en las heces, aunque menos frecuente en sangrado alto (puede ocurrir en sangrados masivos).
- Hipotensión y Taquicardia: Signos de shock hipovolémico debido a la pérdida significativa de sangre.
- Síntomas asociados: Dolor epigástrico, náuseas, palidez.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- Medicamentos: Inhibidores de la bomba de protones (IBP): Omeprazol, pantoprazol, para reducir la acidez gástrica y facilitar la curación de úlceras.
- Antibióticos: En casos de gastritis o úlceras por H. pylori.
- Vasopresores: En sangrados severos por varices esofágicas (terlipresina, octreótido).

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO (SGTOL)

DEFINICIÓN

SGTDL: Sangrado proveniente del tracto gastrointestinal inferior, por debajo del ángulo de Treitz (colon, recto, ano).

CAUSAS PRINCIPALES

- Diverticulosis y Diverticulitis:
- Formación de pequeños sacos en las paredes del colon, que pueden sangrar.
- Hemorroides:
- Venas dilatadas en el recto o ano, que causan sangrado rectal.
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII):
- Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, que provocan úlceras y sangrado crónico.
- Cáncer Colorrectal:
- Tumores malignos en el colon o recto que causan sangrado oculto o visible.
- Angiodisplasias:
- Malformaciones vasculares en el tracto gastrointestinal.
- Isquemia Mesentérica:
- Disminución del flujo sanguíneo al colon, produciendo necrosis y sangrado.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Hematochezia:
- Sangrado rojo brillante en las heces, indicando sangrado bajo (en colon o recto).
- Cambio en las deposiciones:
- Puede haber diarrea o estreñimiento junto con sangre.
- Dolor Abdominal:
- Generalmente en el cuadrante inferior izquierdo, especialmente en diverticulitis.
- Anemia:
- Por pérdida crónica de sangre, con fatiga, palidez y debilidad.
- Síntomas de Shock:
- Hipotensión, taquicardia, y mareos, en sangrados masivos.

DIAGNOSTICO

- Historia Clínica y Examen Físico:
- Identificar antecedentes de enfermedad diverticular, cáncer, EII, uso de medicamentos (AINEs).
- Examen Rectal:
- Para evaluar hemorroides y masas anales.
- Análisis de Laboratorio:
- Hemograma (para evaluar anemia), pruebas de función hepática y renal, hemocultivo si se sospecha infección.
- Colonoscopia:

DIAGNOSTICO

- Gold standard para diagnóstico y tratamiento, permite identificar la fuente de sangrado y realizar procedimientos terapéuticos (como ligadura de divertículos o eliminación de pólipos).
- Sigmoidoscopia:
- Para visualizar el recto y la parte inferior del colon.
- Angiografía:
- En casos de sangrado masivo o cuando la fuente no es clara mediante endoscopia.
- TC Abdominal:
- Para evaluar sangrados por diverticulitis, cáncer, y angiodisplasias.

TRATAMIENTO INICIAL

- Reposición de Líquidos y Electrolitos:
- Soluciones intravenosas y transfusiones sanguíneas en caso de sangrado significativo.
- Monitoreo Hemodinámico:
- Control de signos vitales, como frecuencia cardíaca, presión arterial, y niveles de hemoglobina.
- Sonda Nasogástrica:
- Para aspirar contenido gástrico y evaluar la cantidad de sangre ingerida, útil en diagnóstico diferencial.
- Tratamiento del Shock:
- Vasopresores si es necesario, junto con líquidos IV.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- Endoscopia Terapéutica:
- Coagulación, ligadura de divertículos, o drenaje de abscesos.
- Electrocoagulación para controlar sangrados de angiopatías.

TRATAMIENTO ESPECIFICO

- Terapia Médica:
- Antibióticos en caso de infecciones asociadas (como en diverticulitis).
- Medicamentos para EII (corticoides, inmunosupresores).
- Medicamentos para hemorroides (cremas, supositorios).

TRATAMIENTO ESPECIFICA

- Cirugía:
- En caso de sangrados masivos no controlables, resección de parte del colon (en diverticulitis complicada o cáncer).
- Embolización Arterial:
- Para tratar sangrados persistentes de angiodisplasias o hemorragias no localizadas.

COMPLICACIONES

- Shock Hipovolémico:
- En caso de sangrado masivo, con riesgo de fallo multiorgánico.
- Recurrencia de Sangrado:
- Posibilidad de sangrado recurrente en diverticulosis o en pacientes con EII.
- Anemia Crónica:
- Por pérdida continua de sangre, que requiere tratamiento a largo plazo.
- Perforación:
- Riesgo de perforación en casos de diverticulitis complicada o isquemia.

PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

- Control de Factores de Riesgo:
- Dieta rica en fibra, evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco, control de enfermedades subyacentes (EII, hipertensión).
- Screening para Cáncer Colorrectal:
- En pacientes con antecedentes familiares o mayores de 50 años, realizar colonoscopia periódica.
- Tratamiento de Enfermedad Subyacente:
- Manejo adecuado de EII, diverticulosis, y hemorroides para prevenir recurrencias.

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.

COLECISTITIS

DEFINICIÓN

Colecistitis: Inflamación de la vesícula biliar, generalmente asociada con obstrucción del conducto cístico por cálculos biliares (colecistiasis).

CLASIFICACIÓN

- Colecistitis Aguda:
- Inflamación súbita de la vesícula biliar, frecuentemente debido a obstrucción por cálculos.
- Colecistitis Crónica:
- Inflamación persistente, generalmente por episodios recurrentes de colecistitis aguda.

ETIOLOGIA

- Colecistiasis:
- Presencia de cálculos en la vesícula biliar, principales causantes de la colecistitis aguda.
- Infección Biliar:
- Infección bacteriana, principalmente por *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus*.
- Factores de Riesgo:
- Edad avanzada, obesidad, embarazo, enfermedades hepáticas, diabetes, ayuno prolongado, uso de anticonceptivos orales.

FISIOPATOLOGÍA

- Obstrucción del Conducto Cístico:
- Cálculos biliares o lodo biliar impiden el drenaje adecuado de la vesícula biliar, lo que provoca una distensión y inflamación.
- Inflamación y Edema:
- La obstrucción aumenta la presión dentro de la vesícula biliar, favoreciendo la transudación de líquidos y la proliferación bacteriana.
- Isquemia Local:
- Compromiso del flujo sanguíneo que puede llevar a necrosis de la mucosa biliar.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor Abdominal:
- Dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho, que puede irradiar a la espalda o al hombro derecho.
- Fiebre:
- A menudo acompañada de escalofríos, indicativa de infección.
- Náuseas y Vómitos:
- Relacionados con la irritación de la vesícula biliar y el tracto gastrointestinal.
- Signo de Murphy Positivo:
- Dolor a la palpación del cuadrante superior derecho durante la inspiración profunda.
- Ictericia:
- En algunos casos, debido a la obstrucción del conducto biliar común.

DIAGNÓSTICO

- Historia Clínica:
- Síntomas de dolor abdominal, fiebre y antecedentes de cálculos biliares.
- Examen Físico:
- Palpación del abdomen (signo de Murphy), sensibilidad en el cuadrante superior derecho.
- Pruebas de Laboratorio:
- Leucocitosis (elevación de glóbulos blancos), transaminasas hepáticas elevadas, bilirrubinas elevadas.

DIAGNOSTICO

- Ecografía Abdominal:
- Gold standard para diagnóstico de colecistitis, muestra cálculos, engrosamiento de la pared vesicular, o líquido pericolecístico.
- Tomografía Computarizada (TC):
- Útil en casos complicados o cuando la ecografía no es concluyente.
- Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE):
- Indicado si se sospecha obstrucción del conducto biliar común (coledocolitiasis).

TRATAMIENTO

- Manejo Conservador (Colecistitis No Complicada):
- Antibióticos: Empíricos con cobertura para enterobacterias (p. ej., cefalosporinas de 2ª generación).
- Analgesia: Antiinflamatorios y opiáceos para el manejo del dolor.
- Ayuno: Para desinflamar la vesícula biliar y evitar la estimulación.
- Hidratación intravenosa: Para corregir deshidratación y mantener el equilibrio electrolítico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Colecistectomía Laparoscópica:
- El tratamiento definitivo para la colecistitis aguda no complicada.
- Colecistectomía Abierta:
- En casos complicados o cuando no es posible la laparoscopia.
- Drenaje Quirúrgico:
- En casos de abscesos pericolecísticos o colecciones de pus.
- Manejo de Complicaciones:
- En colecistitis complicada (perforación, gangrena, abscesos), se requiere manejo quirúrgico urgente.

COMPLICACIONES

- Perforación de la Vesícula Biliar:
- Puede llevar a peritonitis difusa y sepsis.
- Absceso Pericolecístico:
- Infección localizada en el área alrededor de la vesícula biliar.
- Gangrena de la Vesícula Biliar:
- Necrosis de la pared vesicular debido a isquemia.
- Coledocolitiasis:
- Migración de cálculos al conducto biliar común, causando obstrucción y posible colangitis.
- Sepsis:
- Infección sistémica derivada de la inflamación y bacterias dentro de la vesícula biliar.

PREVENCIÓN

- Modificación de Factores de Riesgo:
- Control de peso, tratamiento de la dislipidemia, evitar ayunos prolongados.
- Tratamiento de Colecistiasis Asintomática:
- En pacientes con factores de riesgo de colecistitis, se puede considerar la colecistectomía electiva para prevenir complicaciones.

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.

COLECISTITIS

DEFINICIÓN

- **Colecistitis:** Inflamación de la vesícula biliar, generalmente asociada con obstrucción del conducto cístico por cálculos biliares (colecistiasis).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **Dolor Abdominal:**
 - Dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho, que puede irradiar a la espalda o al hombro derecho.
- **Fiebre:**
 - A menudo acompañada de escalofríos, indicativa de infección.
- **Náuseas y Vómitos:**
 - Relacionados con la irritación de la vesícula biliar y el tracto gastrointestinal.
- **Signo de Murphy Positivo:**
 - Dolor a la palpación del cuadrante superior derecho durante la inspiración profunda.
- **Ictericia:**
 - En algunos casos, debido a la obstrucción del conducto biliar común.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- **Colecistectomía Laparoscópica:** El tratamiento definitivo para la colecistitis aguda no complicada.
- **Colecistectomía Abierta:** En casos complicados o cuando no es posible la laparoscopia.
- **Drenaje Quirúrgico:** En casos de abscesos pericolecísticos o colecciones de pus.
- **Manejo de Complicaciones:** En colecistitis complicada (perforación, gangrena, abscesos), se requiere manejo quirúrgico urgente.

CLASIFICACIÓN

- **Colecistitis Aguda:** Inflamación súbita de la vesícula biliar, frecuentemente debido a obstrucción por cálculos.
- **Colecistitis Crónica:** Inflamación persistente, generalmente por episodios recurrentes de colecistitis aguda.

DIAGNÓSTICO

- **Historia Clínica:**
 - Síntomas de dolor abdominal, fiebre y antecedentes de cálculos biliares.
- **Examen Físico:**
 - Palpación del abdomen (signo de Murphy), sensibilidad en el cuadrante superior derecho.
- **Pruebas de Laboratorio:**
 - Leucocitosis (elevación de glóbulos blancos), transaminasas hepáticas elevadas, bilirrubinas elevadas.
- **Ecografía Abdominal:**
 - Gold standard para diagnóstico de colecistitis, muestra cálculos, engrosamiento de la pared vesicular, o líquido pericolecístico.

COMPLICACIONES

- **Perforación de la Vesícula Biliar:** Puede llevar a peritonitis difusa y sepsis.
- **Absceso Pericolecístico:** Infección localizada en el área alrededor de la vesícula biliar.
- **Gangrena de la Vesícula Biliar:** Necrosis de la pared vesicular debido a isquemia.
- **Coledocolitis:** Migración de cálculos al conducto biliar común, causando obstrucción y posible colangitis.
- **Sepsis:** Infección sistémica derivada de la inflamación y bacterias dentro de la vesícula biliar.

ETIOLOGÍA

- **Colecistiasis:** Presencia de cálculos en la vesícula biliar, principales causantes de la colecistitis aguda.
- **Infección Biliar:** Infección bacteriana, principalmente por *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus*.
- **Factores de Riesgo:**
 - Edad avanzada, obesidad, embarazo, enfermedades hepáticas, diabetes, ayuno prolongado, uso de anticonceptivos orales.

DIAGNOSTICO

- **Tomografía Computarizada (TC):** Útil en casos complicados o cuando la ecografía no es concluyente.
- **Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE):** Indicado si se sospecha obstrucción del conducto biliar común (coledocolitis).

PREVENCIÓN

- **Modificación de Factores de Riesgo:**
 - Control de peso, tratamiento de la dislipidemia, evitar ayunos prolongados.
- **Tratamiento de Colecistitis Asintomática:**
 - En pacientes con factores de riesgo de colecistitis, se puede considerar la colecistectomía electiva para prevenir complicaciones.

FISIOPATOLOGÍA

- **Obstrucción del Conducto Cístico:** Cálculos biliares o lodo biliar impiden el drenaje adecuado de la vesícula biliar, lo que provoca una distensión y inflamación.
- **Inflamación y Edema:** La obstrucción aumenta la presión dentro de la vesícula biliar, favoreciendo la transudación de líquidos y la proliferación bacteriana.
- **Isquemia Local:** Compromiso del flujo sanguíneo que puede llevar a necrosis de la mucosa biliar.

TRATAMIENTO

- **Manejo Conservador (Colecistitis No Complicada):**
 - **Antibióticos:** Empíricos con cobertura para enterobacterias (p. ej., cefalosporinas de 2ª generación).
 - **Analgesia:** Antiinflamatorios y opiáceos para el manejo del dolor.
 - **Ayuno:** Para desinflamar la vesícula biliar y evitar la estimulación.
 - **Hidratación intravenosa:** Para corregir deshidratación y mantener el equilibrio electrolítico.

EXAMPLE

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur adipiscing elit, dignissim taciti semper consequat pharetra himenaeos nam, hac ante ultrices aliquam praesent feugiat.