

Signos duros y blandos de trauma en el cuello

Sistema	Signos duros o de certeza	Signos blandos o de sospecha
Vascular	Hemorragia activa	Historia de sangrado
	Hematoma pulsátil o expansivo	Hematoma estable
	Soplo o thrill	Alteración neurológica
	Ausencia de pulsos temporales	Disminución de pulsos temporales
	Choque refractario	
Vía aérea	Salida de aire por la herida	Hemoptisis
	Disnea severa	Enfisema subcutáneo
		Estridor
		Disfonía
Vía digestiva	Salida de saliva por herida	Disfagia
	Sangrado rutilante por cavidad oral	Hematemesis

Neumotórax VS Hemotórax

Neumotórax a tensión	Criterios comparativos	Hemotórax masivo
Disminuido	Auscultación	Ausente
Hiperresonancia	Percusión	Matidez
Disminuidos	Mov. del tórax	Disminuidos
Desviada	Posición traqueal	Línea media
Distendida	Distensión yugular	Colapsada
Disminuida	Presión arterial	Indetectable
Hipovolemia	Volemia	Shock hipovolémico
Descompresión con aguja gruesa	Tratamiento	Descompresión con tubo a torax

Manejo del traumatismo penetrante de cuello

	Asintomático	Sintomático	Inestable
Zona I	<ul style="list-style-type: none"> • Angiografía. • Esófagograma. • Cirugía si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angiografía. • Exploración quirúrgica. 	<p>Cirugía inmediata si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choque refractario. • Dificultad respiratoria. • Accidente cerebrovascular en evolución.
Zona II	<ul style="list-style-type: none"> • Observación. • Considere la angiografía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración quirúrgica. 	
Zona III	<ul style="list-style-type: none"> • Angiografía. • Cirugía si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angiografía. • Exploración quirúrgica. 	

**Derrame
exudado**



**Trasudado
(criterios de light)**

	Trasudado	Exudado
Relación LDH pleural/suero	<0.6	>0.6
Relación proteínas pleura/suero	<0.5	>0.5
LDH en líquido pleural	≤ a 2/3 del límite superior normal de LDH sérica	> de 2/3 del límite superior del valor normal sérico

Clasificación radiológica (ecografía - TC) de Bosniak de las masas quísticas

Tipo	Sin contraste	Con contraste	Recomendación
I	Contenido densidad agua homogéneo, bien delimitado, pared fina y lisa	No capta	No más exploraciones
II	Algunos septos finos, mínimas calcificaciones	No capta	No más exploraciones
IIF	Moderadas calcificaciones, quistes hipertensos	No capta	Seguimiento radiológico (TC)
III	Paredes, calcificaciones y septos irregulares y gruesos, contenido heterogéneo	No capta	Si persisten dudas exploración quirúrgica
IV	Paredes muy gruesas y no uniformes, nodular	Capta	Tratamiento quirúrgico

Claves clínicas en la colangitis aguda

Tríada de Charcot

Ictericia

Dolor abdominal

Fiebre

Hipotensión/
Shock

Alteración
mental

Pentada de Reynolds



Patologías de la vía biliar

	Colelitiasis	Colecistitis	Coledocolitiasis	Colangitis
DEF	Litos en vesícula biliar	Inflamación de la vesícula biliar	Litos en el conducto colédoco	Inflamación de los conductos biliares
CC	Dolor en CSD, náusea y vómito	Dolor en CSD >6 h, fiebre y Murphy +	Dolor en CSD e ictericia intermitente	Dolor en CSD, ictericia persistente y fiebre
DX	US: litos: en vesícula biliar LAB: normales	US: pared >6 mm y signo de doble riel LAB: leucocitosis	US: colédoco >6 mm LAB: patrón colestásico AST/ALT	US: colédoco >6 mm LAB: P. Colestásico y leucocitosis
TX	Colecistectomía laparoscópica	Antibióticos y colecistectomía	Colecistectomía y CPRE	Antibióticos, CPRE y colecistectomía



de Alvarado

Factor	Puntuación
Síntomas	
Dolor migratorio	1
Anorexia	1
Náuseas/Vómito	1
Signos	
McBurney	2
Blumberg	1
Fiebre	1
Laboratorio	
Leucocitosis	2
Neutrofilia	1

Resultados

Puntuación

Interpretación

0 - 3
4 - 6
7 - 10

Riesgo bajo
Ingresar para revalorar, 12 h cirugía
Apendicectomía