

Clínica Quirúrgica

Tema 3.1. Diagnóstico del abdomen agudo



Fernando Luis Hernández de la Fuente
Jaime Jimeno Fraile

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



DIAGNÓSTICO DEL ABDOMEN AGUDO

- Definición.
- Síndromes abdominales agudos.
- El proceso diagnóstico:
 - El dolor.
 - Exploración física (vídeo).
 - Pruebas complementarias.
- Diagnóstico diferencial apendicitis vs dolor abdominal inespecífico.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Entender la anatomía y fisiología del dolor abdominal.
- Saber establecer una hipótesis diagnóstica basada en historia clínica y examen físico.
- Conocer las posibilidades diagnósticas de cada prueba complementaria.
- Saber cómo actuar inicialmente en el abdomen agudo.

La importancia del conocimiento del abdomen agudo para el médico en formación y novel es fundamental, tanto por su frecuencia y gravedad. El dolor abdominal supone aproximadamente entre un 5 y un 10% de los motivos de consulta en el área de Urgencias. Además, entre un 10% y un 15% de los pacientes con dolor abdominal agudo presentan un proceso que requiere tratamiento quirúrgico. De los pacientes que se operan de urgencias por abdomen agudo el 4-6% fallecen en el postoperatorio.

DEFINICIÓN DE ABDOMEN AGUDO

La primera dificultad con la que se encuentra el médico al enfrentarse al reto de abdomen agudo es poder definir, o más bien, delimitar el concepto de abdomen agudo. De hecho, existen varias definiciones interesantes, una de ellas, según el diccionario terminológico de Ciencias médicas, el abdomen agudo se trata de "Cualquier estado morboso agudo (que tiene un curso breve y relativamente grave) del abdomen que requiere intervención quirúrgica inmediata" (Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat Editores. Barcelona, 1974). Desde un punto de vista más pragmático, Francis Daniels Moore, definía "Acute abdomen is one that requires an acute decision". Para De domball (2º Edición Masson-Salvat, 1993): paciente con dolor agudo en el abdomen de causa hasta entonces no conocida, que data de una semana como máximo de evolución.

En resumen, cuando se dice de un paciente que es posible que sufra un *abdomen agudo*, se sugiere un modo evolutivo de un proceso patológico intraabdominal caracterizado por la **brevedad** -no más de una semana- tanto desde el punto de vista lesional como clínico, **abocado a graves complicaciones inmediatas con riesgo vital**. No incluye la exacerbación aguda de una afección crónica, por lo que es necesario que el paciente se encuentre previamente bien. Su etiología es múltiple y no siempre de origen abdominal.

Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia y, aunque muchos pacientes son portadores de una patología trivial, puede expresar una situación patológica grave que, con frecuencia, requiere tratamiento quirúrgico urgente y puede poner en peligro la vida del paciente de no establecerse un diagnóstico precoz. Éste puede ser muy difícil, incluso para clínicos muy experimentados, especialmente en ancianos, lactantes, mujeres en edad fértil, pacientes inmunodeprimidos, pacientes en el inmediato postoperatorio de cirugía abdominal y en el embarazo. De entrada, más que un diagnóstico preciso, interesa separar los pacientes en tres grupos: abdomen agudo de tipo médico que no necesita cirugía, abdomen agudo quirúrgico y abdomen agudo en observación que debe ser reevaluado unas horas después. Si persiste la duda, en general es mejor operar que esperar. (Versión Parrilla/Farreras).

Por lo tanto, el problema clínico consiste, una y otra vez, en aclarar si un dolor abdominal agudo corresponde en realidad a un abdomen agudo, definido éste por cuanto precisa o puede precisar de modo inmediato, diferido o condicional, a la vista de su evolución, una intervención quirúrgica. Las apendicitis, las colecistitis y las pancreatitis agudas son ejemplos de indicaciones quirúrgicas respectivamente inmediatas, a veces diferidas o condicionadas a dudas diagnósticas o a la aparición de complicaciones.

SÍNDROMES ABDOMINALES AGUDOS

Releyendo el excelente manual sobre abdomen agudo de De Domball (2º Edición Masson -Salvat, 1993), se desprende que, a pesar de los avances tecnológicos sobre todo en las pruebas de imagen, los problemas clínicos siguen siendo los mismos. De hecho, la mayoría de los pacientes con abdomen agudo inicialmente siguen siendo valorados inicialmente por médicos noveles con poca experiencia clínica. Clásicamente más de la mitad de los pacientes con abdomen agudo se orientaban inicialmente de forma errónea. Actualmente la tecnología ha permitido disminuir esta brecha a través del uso masivo y abusivo de pruebas complementarias diagnósticas complejas, y que expone, innecesariamente, a un gran número de pacientes a los efectos secundarios de los mismos (exposición a radiaciones ionizantes, administración de contrastes parenterales, retraso diagnóstico y terapéutico de otros procesos extraabdominales que simulan patología abdominal, como isquemia miocárdica, etc).

La mayoría de las enfermedades pueden asociar, en algún momento de su evolución, dolor abdominal, hecho que dificulta al médico novel poder determinar qué pacientes tienen un abdomen agudo. Por otro lado, la causa más frecuente de dolor abdominal que requiere valoración en un servicio de urgencias es el *dolor abdominal inespecífico*.

El dolor abdominal inespecífico (DANE o DAI) es una categoría (no es un diagnóstico, ya que tendría que ser un adiagnóstico o ausencia de diagnóstico) que incluye según De Domball dos aspectos importantes: la actitud honesta por parte del clínico que al catalogar al paciente de DANE infiere que no es capaz de establecer un diagnóstico y que en la mayoría de estos pacientes las manifestaciones clínicas desaparecen de forma breve y sin etiología definida. Y otro aspecto importante que para catalogar al paciente de DANE supone descartar que el paciente no tiene una complicación intrabdominal que requiera de un tratamiento médico o quirúrgico urgente y/o específico. Estos dos hechos, son de suma importancia para el manejo del paciente y que el médico novel debe plantearse como objetivo al enfrentarse a un paciente con abdomen agudo. El DANE es la causa de dolor abdominal más frecuente en un servicio de urgencias, siendo prácticamente un tercio de estos pacientes, seguidos de un 28% de pacientes con apendicitis aguda, y la ter-

cera causa de consulta por dolor abdominal es la colecistitis aguda. En nuestro medio, en el HUMV en el año 2019 la causa individual más frecuente de abdomen agudo que requirió cirugía urgente en el servicio de Cirugía General fue la apendicitis aguda (21,3%) seguida por colecistitis aguda (14,8%) y oclusión intestinal (intestino delgado y colon) 5,7%) En la (tabla) se exponen las principales causas de dolor abdominal que requirieron ingreso o tratamiento quirúrgico en un servicio de Cirugía General. Esto quiere decir que casi de la mitad de los pacientes que requirieron ingreso o cirugía por abdomen agudo se podría diagnosticar en alguno de estos grupos, por lo que se van a estudiar con especial atención.

EL PROCESO DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS

Para realizar el diagnóstico de los pacientes con dolor abdominal es fundamental realizar una buena historia clínica y exploración física. A pesar de la realización masiva de pruebas complementarias de alto coste económico y que suponen en muchos pacientes la realización de pruebas invasivas como una tomografía axial computarizada con contraste yodado endovenoso, la realización de la entrevista clínica, la anamnesis y la exploración física del paciente es fundamental para llegar a un diagnóstico etiológico. En este apartado sólo vamos a detenernos en los síntomas y signos clínicos relevantes para la valoración del paciente con abdomen agudo, aunque hay que remarcar que la entrevista y anamnesis debe ser completa como en el resto de las patologías.

El dolor

Uno de los datos más importantes que se tiene que valorar y que es el síntoma guía de cualquier paciente con dolor abdominal es el propio dolor, por lo que vamos a desgranar de forma pormenorizada este síntoma. Uno de los objetivos fundamentales de la anamnesis es intentar catalogar las características del dolor. Para ello, es importante recordar los conceptos básicos fisiopatológicos del dolor abdominal. Se puede diferenciar tres grandes tipos de dolor abdominal por sus características:

- El **dolor visceral** tiene su origen en la estimulación de las vísceras y/o del peritoneo visceral que las recubre por la distensión, la contracción espasmódica de su pared muscular, la inflamación y la isquemia. Las fibras que conducen los estímulos dolorosos pertenecen al sistema simpático y son del tipo C, o sea amielínicas, de conducción lenta, y suelen tener una inervación bilateral. Estas fibras tienen la característica de transmitir una sensación dolorosa *protopática*, sentida como vaga y poco precisa en su localización, muchas veces no es señalado por el paciente sobre las propias vísceras afectadas, sino que se refiere a la línea media abdominal referida en la línea media por la inervación bilateral. Esta proyección, a su vez, se hace en el epigastrio para los estímulos dolorosos procedentes de vísceras que se originan embriológicamente del intestino anterior, en la región periumbilical para las del intestino medio y en el hipogastrio para los originados en el primitivo intestino posterior. El dolor visceral es *protopático*, con una localización imprecisa.
- El **dolor parietal** o somático se inicia por estímulo de la inervación del peritoneo parietal inflamado, a partir de terminaciones nerviosas localizadas en el tejido conectivo submesotelial. Estas ramas nerviosas dependen de las últimas ramas anteriores raquídeas intercostales y los nervios lumbares de un lado. Estos nervios tienen una velocidad de transmisión del estímulo dolor más rápida, de mayor intensidad y de localización más precisa al ser unilateral (dolor epicrítico), que se acentúa con los movimientos del paciente y con la tos.

- El **dolor referido** es aquel que el paciente localiza como sensación en un área orgánica que proviene del mismo segmento embrionario o dermatoma que aquella en la que se origina el estímulo algico. Un ejemplo de dolor referido es el dolor de hombro cuando se irrita la cara peritoneal de un hemidiafragma. También, cuando el estímulo visceral es muy intenso, el dolor puede ser referido a distancia; así, por ejemplo, la distensión del intestino con un balón provoca, inicialmente, un dolor visceral localizado en la línea media, pero cuando esta distensión aumenta, la sensación dolorosa se refiere a la región dorsolumbar.

Características del dolor

El dolor puede calificarse como cólico, constante o intermitente. El dolor cólico varía de intensidad con un cierto ritmo ascendente y descendente. Otras descripciones clínicas hacen referencia al dolor que se experimenta como sensación transfixiante o punzante (dolor de «puñalada») en la mitad superior del abdomen.

El dolor cólico predomina en las oclusiones del intestino delgado, así como en las diverticulitis agudas con obstrucción, aunque también puede observarse en las colecistitis, apendicitis y pancreatitis agudas.

El dolor continuo o constante es habitual en la perforación ulcerosa gastroduodenal y también en los procesos inflamatorios como apendicitis, colecistitis y pancreatitis agudas. En la calificación del dolor, existe un elevado grado de subjetividad por parte del paciente y del médico, y debe ser considerada como una aproximación probabilística al diagnóstico.

Cualquier modificación en las características del dolor que sufre el paciente deberá ser anotada: el dolor cólico de una oclusión intestinal por estrangulación suele convertirse en dolor constante cuando progresan las lesiones filtranter en las paredes del asa intestinal afecta y se irrita el peritoneo por el líquido derramado.

Localización del dolor

Uno de los primeros datos que recibimos espontáneamente del paciente es la localización del dolor. La localización nos da información importante de la causa del dolor o mejor dicho de la enfermedad que puede estar produciendo el dolor. En la tabla adjunta se distribuyen posibles causas del dolor según su localización (*Tabla 1*). Es muy importante para el diagnóstico, determinar cuál ha sido el itinerario del dolor es decir, el camino recorrido desde la localizador inicial a la existente en el momento del interrogatorio (localización actual).

En la apendicitis aguda, el dolor inicialmente se localiza en el epigastrio o la región periumbilical (irritación del tejido conectivo visceral por distensión) y progresivamente aumenta de intensidad (irritación del peritoneo visceral). Progresivamente el dolor desciende y se lateraliza, localizándose en la fosa iliaca derecha, debido a la irritación directa, por vecindad, del peritoneo parietal cercano al apéndice inflamado; es la fase del dolor parietal o somático.

Complementando la localización actual del dolor, deberá investigarse la posible existencia de dolores referidos, tal como el dolor de hombro en las perforaciones gastroduodenales, en las que el líquido derramado puede irritar el peritoneo subfrénico.

Localización Origen del dolor	Epigastrio	Hipocondrio derecho	Hipocondrio izquierdo	Mesogastrio Región periumbilical	Cuadrante inferior derecho	Cuadrante inferior izquierdo	hipogastrio
	Úlcera gástrica Úlcera duodenal Gastritis Cólico biliar Espasmo duodenal IAM cara inferior Pericarditis Pancreatitis aguda Derrame pleural Insuficiencia cardíaca Hernia hiatal Neoplasia gástrica Metástasis hepática	Cólico biliar Hepatitis Insuficiencia cardíaca Metástasis hepática Colecistitis Distensión flexura hepática	Esplenomegalia Distensión flexura esplénica Distensión gástrica Cáncer de colon Periesplenitis Infarto esplénico	Obstrucción intestinal Isquemia mesentérica Enteritis Colitis Diverticulitis Divertículo Meckel Quiste ovárico	Apendicitis Adenitis mesentérica Quiste ovárico Folículo hemorrágico Cáncer colon Cólico ureteral	Diverticulitis Quiste ovárico Folículo hemorrágico Cáncer colon Cólico ureteral	Salpingitis Rectal cancer Proctitis Cálculo vesical Cistitis Cáncer vesical Cáncer endometrial

Tabla 1. Causas del dolor según su localización.

Intensidad del dolor y sus modificaciones evolutivas

La intensidad del dolor puede ser calificada como leve, moderada o grande, y ha de ser valorada en su comienzo y a lo largo de su evolución, haciendo hincapié en la tendencia que muestra esta intensidad a disminuir o a aumentar, en un período de 2 a 3 horas. Frente al dolor, inicialmente muy intenso, de la perforación ulcerosa gastroduodenal, cabe poner, como ejemplo diferente, el dolor de intensidad leve a moderada, con incremento progresivo de la apendicitis aguda, eventualmente acentuado de modo brusco si se produce un episodio de perforación apendicular.

Circunstancias que incrementan o alivian el dolor

El dolor parietal o somático se incrementa con los movimientos del paciente, la respiración profunda y los golpes de tos, sobre todo cuando se localiza en la mitad superior del abdomen. El enfermo con apendicitis aguda, en fase de dolor parietal, camina con dificultad porque los movimientos le aumentan la sensación dolorosa, mientras que ésta se alivia cuando el paciente permanece acostado en decúbito supino. En los síndromes dolorosos vesiculares, el dolor puede aliviarse después de vomitar.

Duración del dolor

Como quiera que los procesos abdominales agudos evolucionan en un corto espacio de tiempo, es muy importante fijar con exactitud la fecha y la hora del comienzo del dolor. Precisamente, esta corta evolución sirve como hecho diferencial con los síndromes dolorosos abdominales que no encajan en el concepto de abdomen agudo y se consideran a posteriori-

ri como dolor abdominal inespecífico. Así, en una apendicitis aguda observada a las 40 ó 50 horas del inicio del dolor en el paciente, o ha remitido su semiología o se ha perforado en la cavidad peritoneal o ha dado lugar a la formación de un plastrón apendicular.

EXPLORACIÓN FÍSICA (VÍDEO)

- Examen General:
 - Estado de ánimo (No VIP).
 - Color (palidez, cianosis, ictericia, congestión).
 - Temperatura (axilar Y rectal).
 - Pulso (sereno).
 - Respiración (sereno).
 - Presión arterial (vs habitual).
- Examen del Abdomen:
 - Inspección:
 - Cicatrices.
 - Distensión (aérea/líquida).
 - Movimientos (respiratorios, hiperperistaltismo).
 - Auscultación (ruidos intestinales):
 - Ausentes.
 - Normales.
 - Exagerados.
 - Percusión:
 - Timpánica.
 - Líquido.
 - Palpación:
 - Sensibilidad dolorosa.
 - Dolor de rebote (ojo, el 20% NO tienen DR+).
 - Defensa voluntaria vs Contractura Muscular.
 - Signo de Murphy.
 - Tumoraciones / Megalias.
 - Orificios herniarios / Órganos genitales.
 - Puñopercusión.

Sensibilidad dolorosa

- **Dolor de rebote:** el dolor de rebote implica en la mayoría de los pacientes la inflamación del peritoneo y debe explorarse de forma adecuada. Algunos de estos dolores de rebote tienen nombre propio y se asocian a la existencia de apendicitis aguda (signo de Blumberg, signo de Rovsing, signo del Psoas).

Para explorar la existencia de dolor de rebote hay que presionar la zona a valorar con la mano extendida. El paciente debe experimentar dolor, si no, no es válida la maniobra. Debe mantener la presión 30-60 segundos, si el paciente lo tolera, y habitualmente se aprecia una disminución o incluso desaparición del dolor. Sin aviso previo al paciente, hay que levantar rápidamente la mano apoyada en el abdomen unos 4-5cm observando la facies del paciente. Si presenta mueca de dolor, aunque no lo verbalice, el paciente tiene dolor de rebote.

- **Defensa voluntaria vs. Contractura Muscular:** la defensa voluntaria implica una contracción voluntaria de los músculos de abdomen por parte del paciente, habitualmente por miedo a que el clínico produzca dolor con su exploración física. Habitualmente hablamos de defensa voluntaria cuando la exploración física se ha llevado a cabo correctamente por el clínico pero el paciente mantiene una contractura muscular voluntaria. En cambio, la contractura muscular es un espasmo reflejo involuntario de los músculos de la pared abdominal, y que es invencible a pesar de las maniobras del explorador. Habitualmente se relaciona con la existencia de irritación peritoneal.
- **Signo de Murphy:** se coloca la mano debajo del borde costal. Cuando el paciente hace una inspiración profunda, la vesícula biliar choca con los dedos y el dolor se agudiza bruscamente y el paciente presenta un cese inmediato e involuntario del movimiento inspiratorio. Habitualmente, se acompaña de la queda del paciente por dolor.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Métodos de laboratorio

El recuento y la fórmula leucocitaria pueden mostrar signos de respuesta sistémica a la inflamación. Estos datos tienen un valor limitado y han de ser considerados también desde una perspectiva probabilística. En este sentido, y como orientación general para su interpretación, se pueden seguir las siguientes interpretaciones:

- a) Leucocitosis moderada (12.000-20.000) con desviación a la izquierda. Este es el hallazgo más frecuente, que es compatible con todos los procesos inflamatorios agudos intraabdominales (apendicitis, colecistitis, diverticulitis, salpingitis agudas). Se estima como un signo favorable, en cuanto que el paciente es capaz de responder a la agresión contra su homeostasis.
- b) Cifra normal de leucocitos con desviación a la izquierda. Respuesta menos favorable, que suele encontrarse en los ancianos, ante procesos inflamatorios agudos intraabdominales, indicando la gravedad del proceso patológico.
- c) Leucocitosis intensa (> 20.000) con desviación a la izquierda. Esta respuesta se produce cuando se trata de una infección grave, como ocurre en las peritonitis agudas generalizadas y en los infartos intestinales.
- d) Leucopenia (< 5.000) con desviación a la izquierda. Es un signo ominoso, en cuanto que indica una respuesta totalmente insuficiente frente a una grave infección. Se observa en los pacientes ancianos y en los inmunodeprimidos.

Globalmente el recuento leucocitario de forma aislada ayuda poco a establecer un diagnóstico diferencial. Ante una historia compatible con apendicitis aguda y una exploración física que parece confirmar este diagnóstico, cuanto más elevada es la cifra de leucocitos mayor es la probabilidad de que el apéndice esté perforado o gangrenoso.

La determinación del número de hematíes, la del valor hematocrito y la de la hemoglobina son datos de interés cuando se sospechan pérdidas hemáticas. No obstante, el valor hematocrito no es un buen índice en una hemorragia aguda, y sí lo es en un estado de anemia crónica, junto con los valores de hemoglobina. Un estado de anemia crónica ferropénica, asociado a una obstrucción intestinal, orienta el diagnóstico hacia una neoplasia de colon izquierdo como causa del síndrome obstructivo.

En el contexto de una historia clínica de presunta pancreatitis aguda, niveles de amilasas en sangre inferiores a 500 UI/l hacen este diagnóstico poco probables, aunque no imposible, mientras que hiperamilasemia de 2000 UI/l deben ser consideradas como correspondientes a una bastante segura pancreatitis aguda. Entre estos valores extremos, las conclusiones derivadas de la determinación de la amilasemia han de ser aún más prudentes.

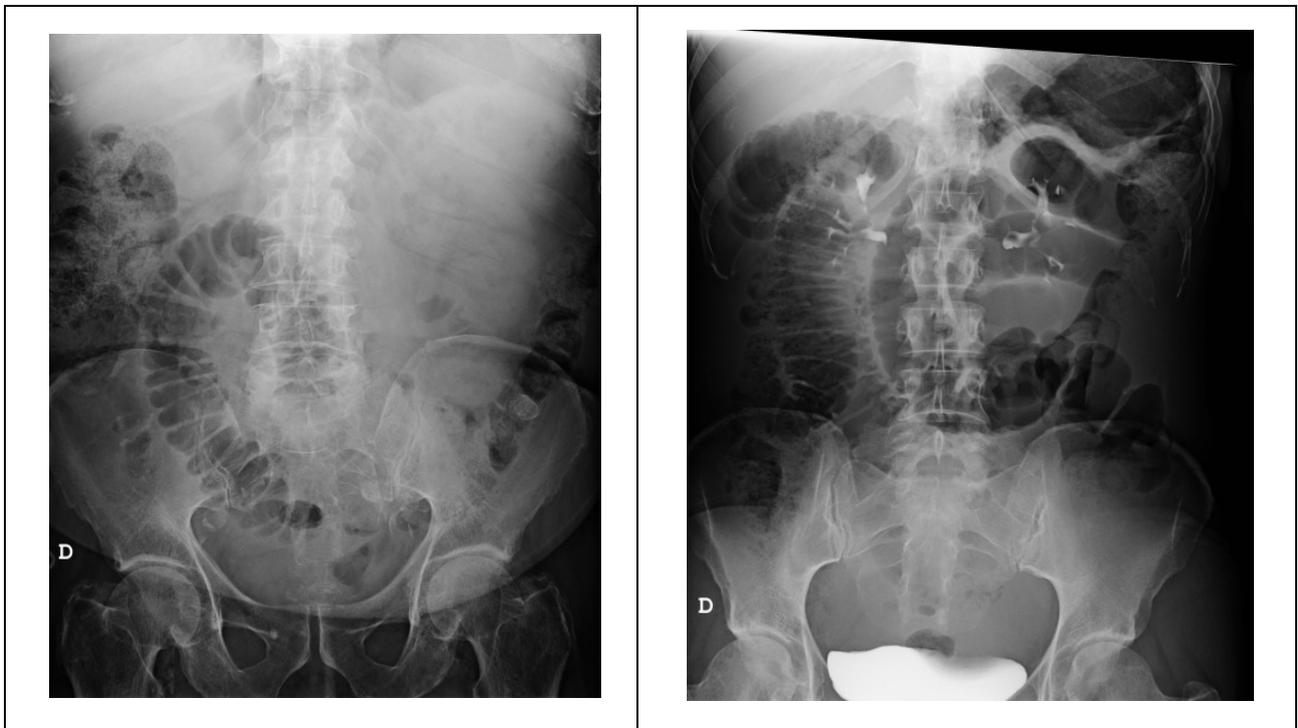
El análisis de orina, cuyos datos que deben ser investigados quedan recogidos en la tabla 1-6, es valioso para establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo, entre la apendicitis aguda y los trastornos urológicos (cólico ureteral, pielonefritis aguda, cistitis aguda). El hallazgo de bacteriuria y piuria apoya el diagnóstico de infección urinaria, aunque no descarta la existencia de cálculos. Alrededor de un 6 % de pacientes con cálculos ureterales presentan hematuria, pero también en algunos casos de apendicitis aguda, sobre todo retrocecal, puede demostrarse hematuria.

Como se trata generalmente de una situación de urgencia, se recurrirá inicialmente a pruebas muy elementales de realización rápida en todos los centros: *hemograma, bioquímica, coagulación, orina, amilasa, lipasa, proteína C reactiva y enzimas cardiacas. También prueba de embarazo.*

Pruebas radiológicas

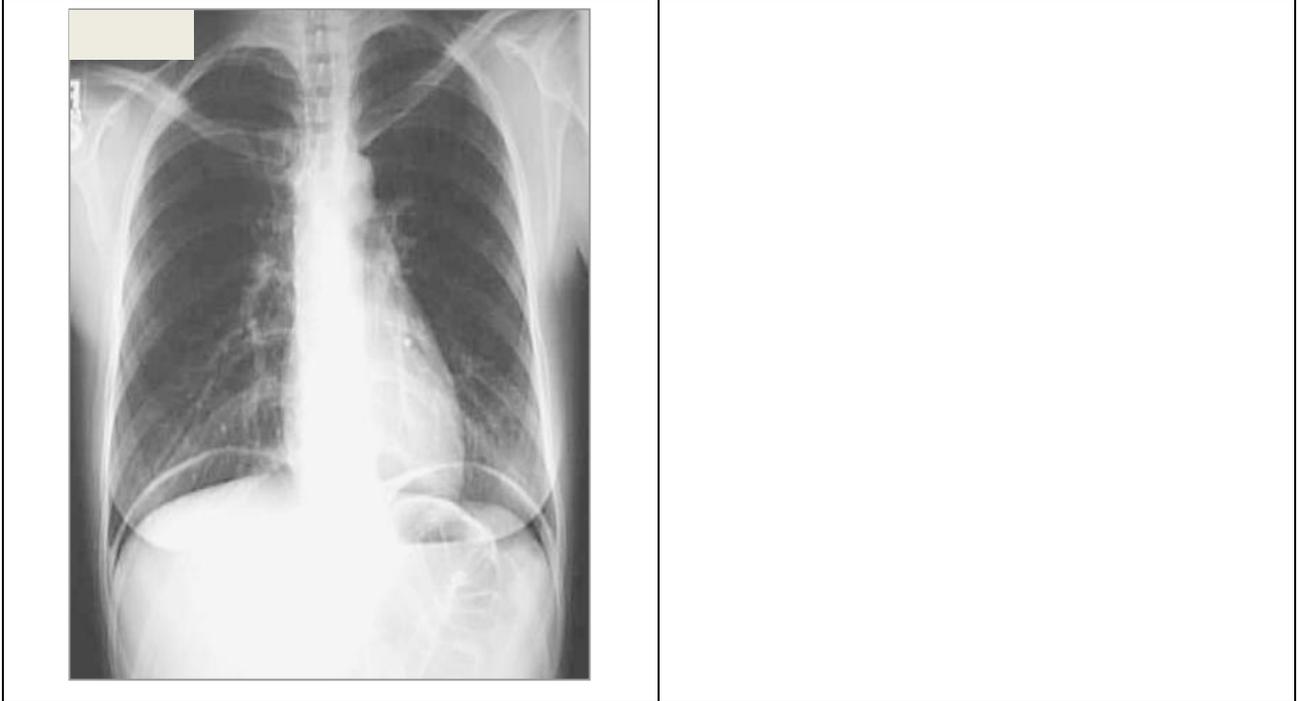
- **Radiografía simple de abdomen.** La radiografía de abdomen simple es la prueba de imagen que más frecuentemente se solicita en la “batería” de pruebas que se realiza a un paciente con dolor abdominal que acude a urgencias de un hospital. Es llamativo cuando la realización rutinaria de Rx de abdomen simple, no aumenta la confianza del médico en la sospecha diagnóstica clínica inicial ni aporta información relevante en el dolor abdominal inespecífico. Por otra parte, la radiografía simple de abdomen aporta mucha información y ayuda en el diagnóstico diferencial (cuando se sospecha clínicamente) de las siguientes patologías: oclusión intestinal (tanto de colon como de intestino delgado), perforación de víscera hueca, cólico nefrítico (observación de nefrolitiasis) y cuerpos extraños intrabdominales.

La radiografía de abdomen expone al paciente entre 35-50 veces más de radiación que la radiografía de tórax, por lo que se recomienda su realización de forma selectiva cuando se quiere descartar/confirmar las patologías anteriormente comentadas.



Según la Sociedad española de radiología de urgencias...

- **Rx de tórax.** Indicada en pacientes con dolor abdominal para descartar causas extraabdominales del dolor o neumoperitoneo.



- **Ecografía abdominal.** Para detectar líquido libre, signos de obstrucción intestinal o abscesos. En casos de dolor localizado, especialmente en hipocondrio derecho para excluir patología biliar, en flancos para excluir cólico nefrítico, y en fosas iliacas para la apendicitis o patología gineco-obstétrica aguda. Se podría utilizar de forma excepcional en algunos pacientes para valorar la presencia de neumoperitoneo.

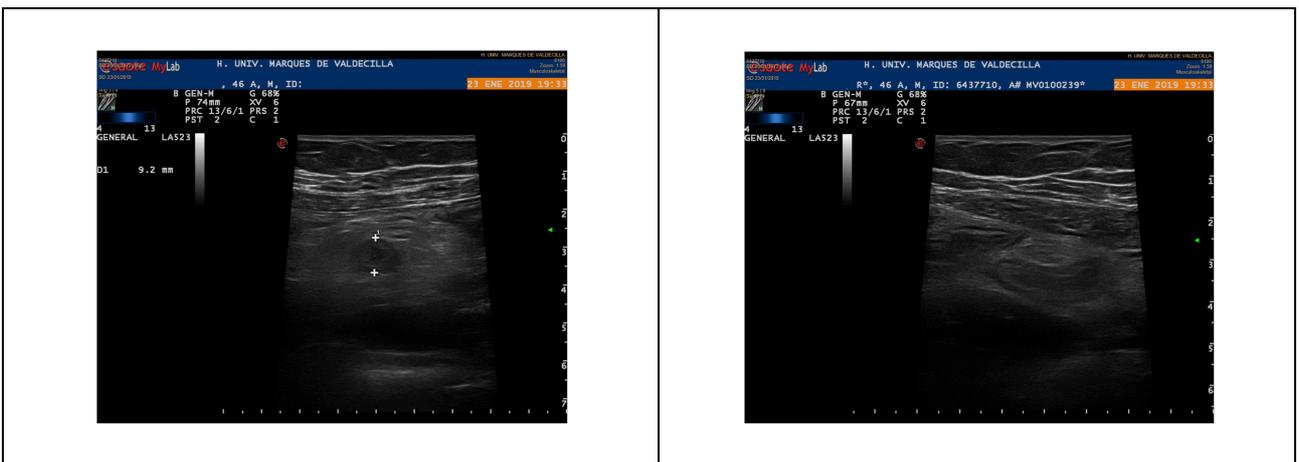


Ilustración 1. Apendicitis aguda. NHC 845553.

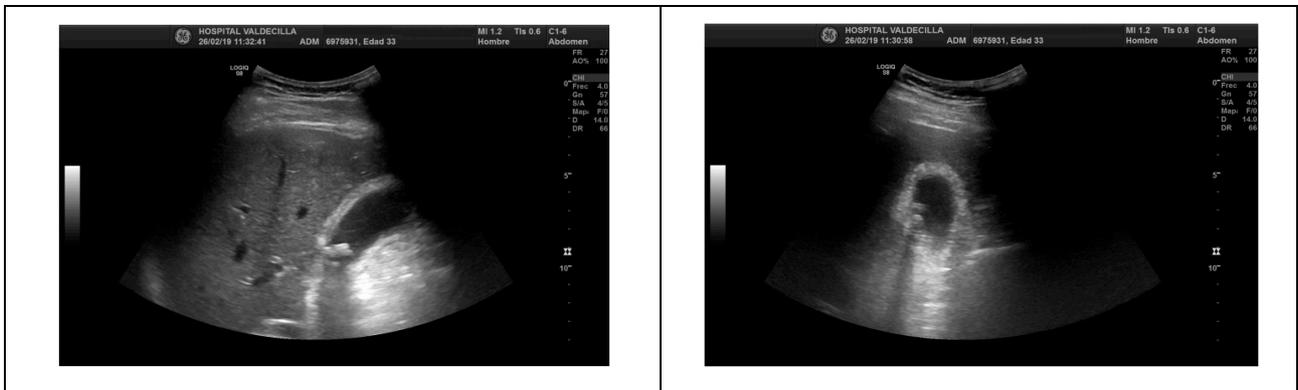
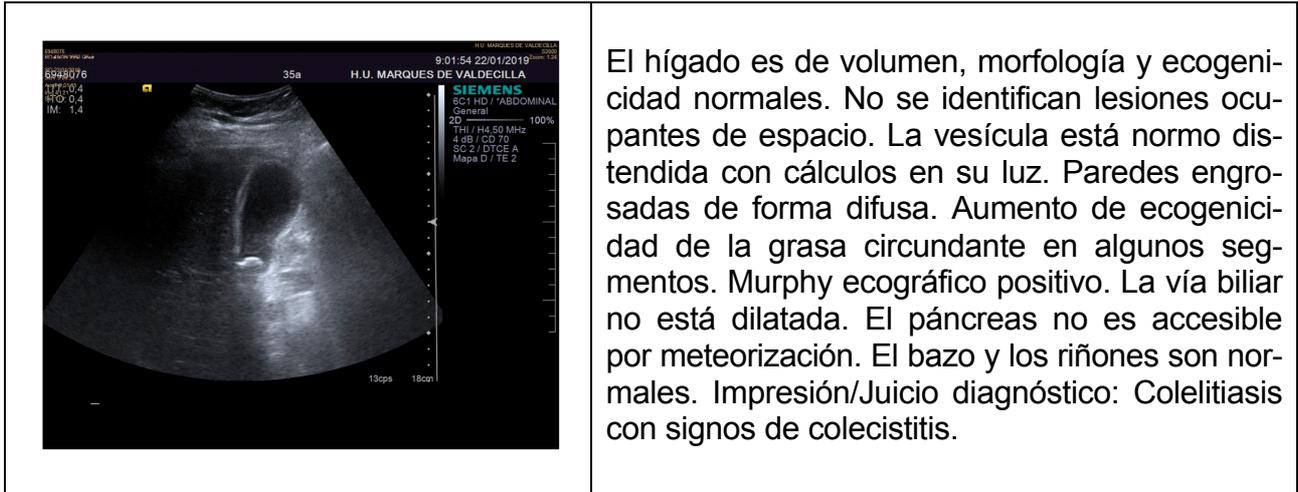


Ilustración 2. Colecistitis aguda 3385936.

- **Tomografía computarizada (TC).** Técnica rápida, disponible y no invasiva con los mejores valores de sensibilidad y especificidad en la detección de pneumoperitoneo y en la valoración del abdomen agudo en general. Ayuda a detectar el sitio de perforación y sus causas. También sería la exploración idónea en muchas de las patologías mencionadas que causan un abdomen agudo, además de la perforación, como la obstrucción, patología vascular, pancreatitis...

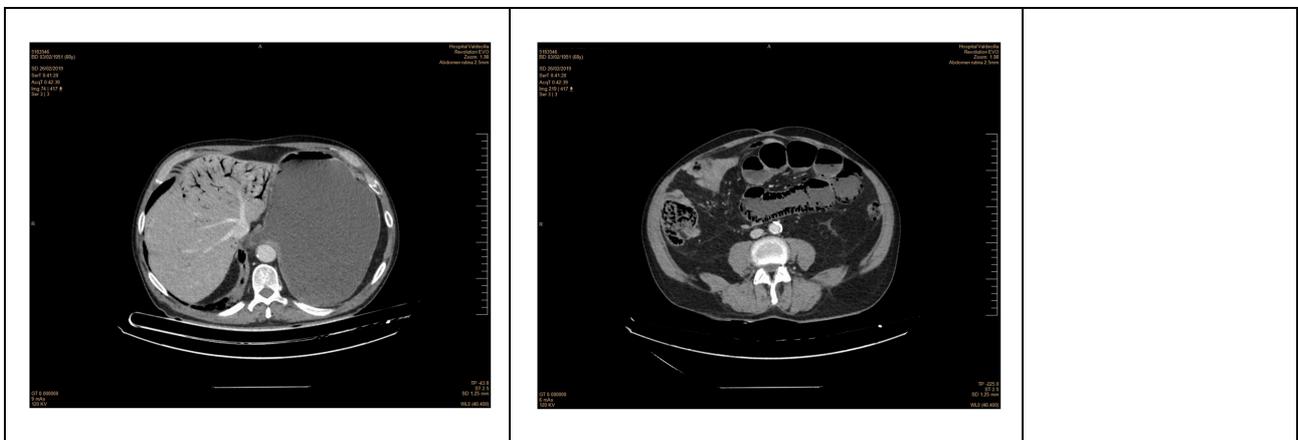


Ilustración 3. Neumatosis intestinal por oclusión por bridas. 792177.

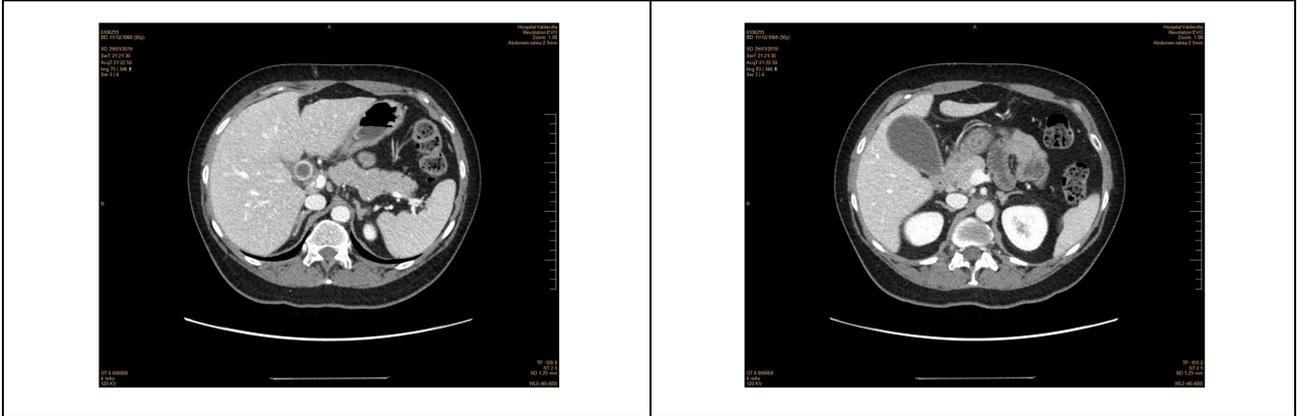


Ilustración 4. Colecistitis aguda. 745542.

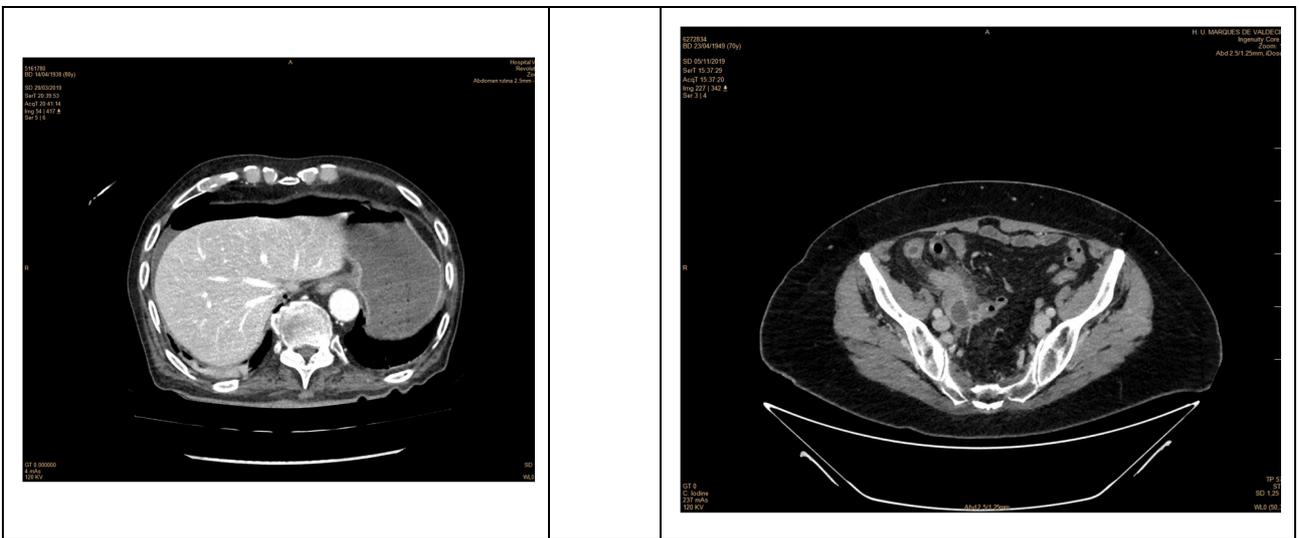


Ilustración 5. Pneumoperitoneo origen desconocido 265223.

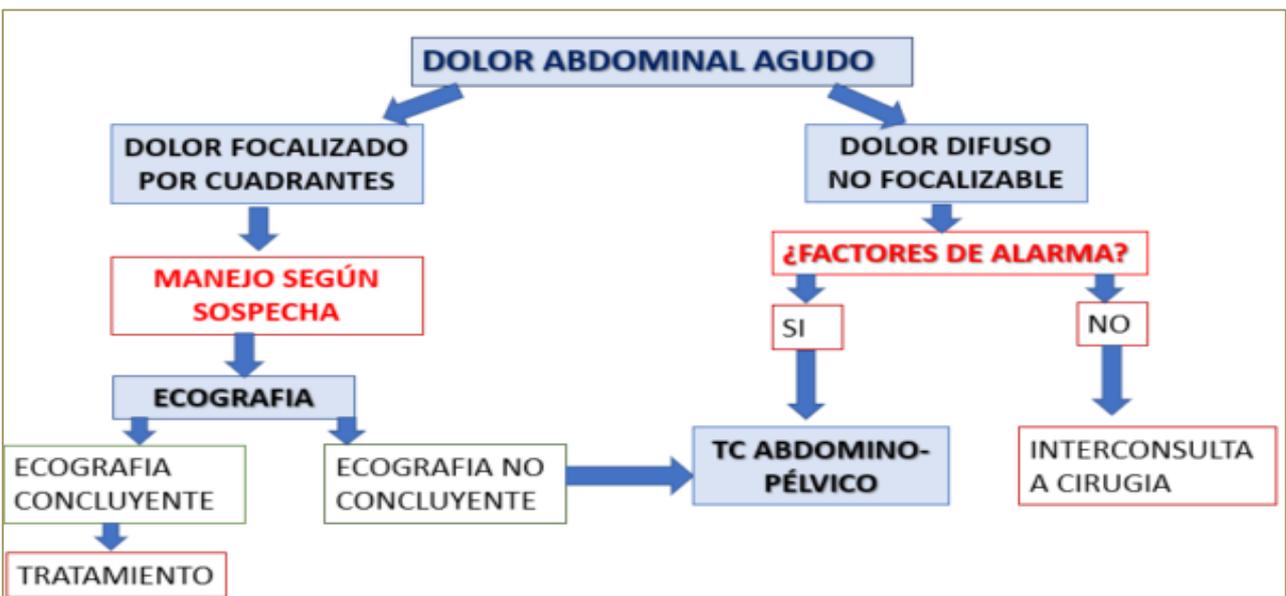


Ilustración 6. Propuesta de algoritmo para la realización de pruebas de imagen en el paciente con abdomen agudo según la Sociedad Española de Radiología de Urgencias.

FACTORES DE ALARMA ABDOMEN AGUDO

Los signos de alarma en un dolor abdominal inespecífico son:

- 1. Edad > 65.**
- 2. Inmunocomprometidos** (VIH, corticoides...).
- 3. Alcoholismo** (hepatitis, cirrosis, pancreatitis).
- 4. Enf. cardiovascular** (hipertensión, fibrilación auricular, vasculopatía coronaria o periférica...).
- 5. Comorbilidades graves** (cáncer, diverticulosis, colelitiasis, fracaso renal...).
- 6. Cirugía o instrumentación recientes.**
- 7. Dolor de comienzo súbito, máximo al inicio, acompañado de vómitos, constante, de menos de 2 días de evolución.**
- 8. A la exploración abdomen tenso o rígido o con defensa involuntaria.**
- 9. Signos de hock.**

Motivos que podrían justificar la valoración por un cirujano de guardia:

- Consulta a Cirugía.
- Dolor progresivo.
- Dolor que no cede con AINES.
- Vómito "intestinal".
- Defensa.
- Sensibilidad de rebote.
- Distensión abdominal.
- Traumatismo abdominal.
- Líquido libre.
- No diagnosticados.