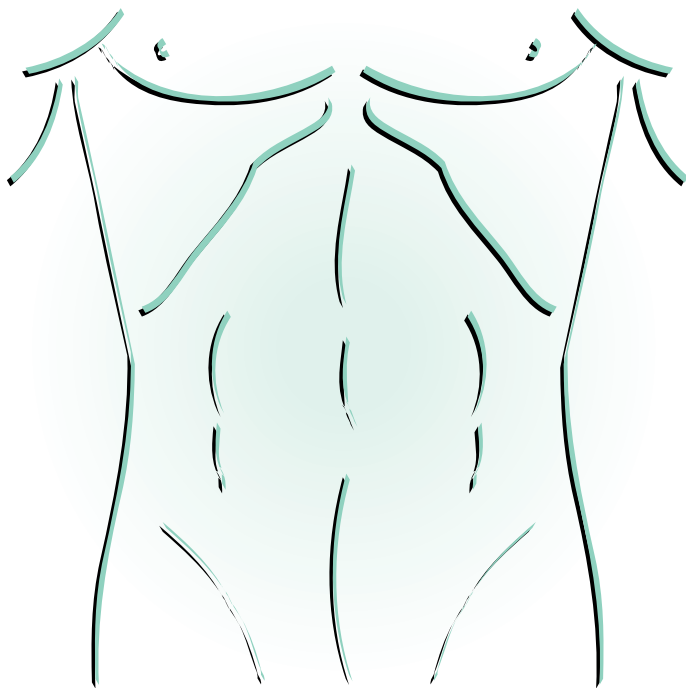


• PROYECTO ISS - ASCOFAME •

GUIAS DE PRACTICA CLINICA  
BASADAS EN LA EVIDENCIA



# ABDOMEN AGUDO

Dra. Myriam Serrano Arenas  
Dr. Hugo Cadena Angarita  
Dr. Luis Alberto Contreras Grimaldos  
Dr. Luis Angel Villar Centeno  
Dr. William Gabriel Reyes Serpa

## AUTORES DE LA GUIA

Dra. Myriam Serrano Arenas  
Médica especialista en Cirugía General  
Universidad Industrial de Santander  
**Coordinadora Guía de Práctica Clínica**

Dr. Hugo Cadena Angarita  
Médico especialista en Cirugía General  
Universidad Industrial de Santander

Dr. Luis Alberto Contreras Grimaldos  
Médico especialista en Cirugía General, y Cirugía Laparoscópica  
Universidad Industrial de Santander

Dr. Luis Angel Villar Centeno  
Médico especialista en Epidemiología Clínica  
Universidad Industrial de Santander

Dr. William Gabriel Reyes Serpa  
Médico especialista en Cirugía  
Instituto de Seguros Sociales, Bucaramanga

## COORDINACION Y ASESORIA

Dr. Gustavo Pradilla  
Decano Facultad de Medicina  
Universidad Industrial de Santander  
**Decano Coordinador**

Dr. Donald Fry, MD.  
Departamento de Cirugía  
Health Sciences Center, University of New Mexico  
New Mexico, Estados Unidos  
**Asesor Internacional**

# INDICE

FORMULARIO DE AUTOEVALUACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA - ISS ASCOFAME .....	16
1. GUIA SEMIOLOGICA .....	17
1.1. Edad y sexo .....	17
1.2. Antecedentes .....	17
1.3. Factores psicológicos .....	18
1.4. Síntomas y signos .....	18
1.4.1. Secuencia de presentación de los signos .....	18
1.4.2. Características del dolor .....	18
1.4.2.1. Evolución del dolor .....	18
1.4.2.2. Intensidad del dolor .....	18
1.4.2.3. Localización inicial del dolor .....	19
1.4.2.4. Migración de dolor .....	19
1.4.2.5. Forma de iniciación del dolor .....	19
1.4.2.6. Características del dolor .....	19
1.4.2.7. Relaciones del dolor .....	19
1.4.3. Anorexia .....	19
1.4.4. Fiebre .....	20
1.4.5. Vómitos .....	20
1.4.6. Diarrea .....	20
1.4.7. El tenesmo .....	20
1.4.8. Incontinencia rectal .....	20
1.4.9. Estreñimiento .....	21
1.4.10. Síntomas respiratorios .....	21
1.4.11. Síntomas urogenitales .....	21
1.4.12. Cefalea .....	21
1.5. Examen físico en el paciente con dolor abdominal. ....	21
1.5.1. Facies .....	21
1.5.2. Actitud .....	21
1.5.3. La posición .....	22
1.5.4. Maniobras que desencadenan el dolor abdominal .....	22
1.5.5. Manifestaciones generales .....	22

1.5.6. Pulso .....	22
1.5.7. Temperatura .....	22
1.5.8. Presión arterial .....	23
1.5.9. Lengua .....	23
1.5.10. Cuello .....	23
1.5.11. Signos respiratorios .....	23
1.5.12. Ruidos cardíacos .....	23
1.6. Examen abdominal de un paciente con dolor .....	23
1.6.1. Inspección .....	23
1.6.2. Auscultación .....	24
1.6.3. Percusión .....	25
1.6.4. Palpación.....	25
1.6.5. Tacto rectal .....	27
1.6.6. Tacto vaginal .....	27
2. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO TRAUMÁTICO SEGUN SEVERIDAD Y CONDUCTA INICIAL .....	28
3. NIVELES DE INTERVENCION INSTITUCIONAL .....	30
4. CLASIFICACION DEL ABDOMEN AGUDO SEGUN ETIOLOGIA Y MECANISMO DE PRODUCCION .....	31
4.1. Abdomen agudo de tipo inflamatorio .....	31
4.2. Abdomen agudo de tipo obstructivo .....	31
4.3. Abdomen agudo de tipo perforativo .....	31
4.4. Abdomen agudo de tipo vascular .....	31
4.5. Abdomen agudo traumático .....	32
4.6. Dolor abdominal no específico (NSAP) .....	32
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS GENERALES DEL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO DEL ADULTO	33
5. 1. Conclusiones.....	33
5.2. Recomendaciones .....	34
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE " GRUPOS ESPECIALES" DE ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO DEL ADULTO .....	36
6.1. Conclusiones sobre pacientes de edad 60 años o más .....	36

6.2. Conclusiones sobre la paciente embarazada .....	37
6.3. Conclusiones sobre el paciente inmunosuprimido .....	38
6.4. Conclusiones sobre pacientes con enfermedades sistémicas previas .....	38
6.4.1. Conclusiones sobre pacientes con IRC/CAPD .....	38
6.4.2. Conclusiones sobre pacientes cirróticos .....	39
6.4.3. Conclusiones sobre pacientes con enfermedades hematológicas y/o que reciben anticoagulantes .....	40
6.4.4. Conclusiones sobre pacientes diabéticos .....	40
6.4.5. Conclusiones sobre pacientes con neoplasias previas .....	40
6.4.6. Conclusiones sobre pacientes con compromisos sensoriales medulares .....	41
6.5. Recomendaciones para todos los pacientes incluidos en los grupos especiales .....	41
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LAS ENTIDADES QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA EN EL CUADRO DE ABDOMEN AGUDO .....	43
7.1. Apendicitis .....	43
7.1.1. Conclusiones sobre apendicitis .....	43
7.1.2. Recomendaciones sobre apendicitis .....	46
7.2. Pancreatitis aguda .....	47
7.2.1. Conclusiones sobre pancreatitis aguda .....	47
7.2.2. Recomendaciones sobre pancreatitis aguda .....	48
7.3. Diverticulitis aguda .....	48
7.3.1. Conclusiones sobre diverticulitis aguda .....	48
7.3.2. Recomendaciones en diverticulitis aguda .....	49
7.4. Colecistitis complicada .....	50
7.4.1. Conclusiones sobre colecistitis complicada .....	50
7.4.2. Recomendaciones sobre colecistitis complicada .....	51
7.5. Peritonitis .....	51
7.5.1. Conclusiones sobre peritonitis .....	51
7.5.2. Recomendaciones sobre peritonitis .....	53
7.6. Abdomen agudo obstructivo .....	55
7.6.1. Conclusiones sobre abdomen agudo obstructivo .....	55

7.6.2. Recomendaciones sobre abdomen agudo obstructivo ..... 56

7.7. Abdomen agudo perforativo ..... 57

7.7.1. Conclusiones sobre abdomen agudo perforativo ..... 57

7.7.2. Recomendaciones sobre abdomen agudo perforativo ..... 58

7.8. Abdomen agudo vascular ..... 58

7.8.1. Conclusiones sobre abdomen agudo vascular ..... 58

7.8.2. Recomendaciones sobre abdomen agudo vascular ..... 60

7.9. Dolor abdominal no específico (NSAP) ..... 61

7.9.1. Conclusiones dolor abdominal no específico (NSAP) ..... 61

7.9.2. Recomendaciones sobre pacientes con NSAP ..... 62

8. RESUMEN GLOBAL ..... 63

9. DEFINICION DE TERMINOS ..... 65

BIBLIOGRAFIA..... 67

FORMULARIO DE AUTOEVALUACION DE LA GUIA DE  
PRACTICA CLINICA - ISS ASCOFAME

# 1. GUIA SEMIOLOGICA

Esta Guía se estableció basada en opiniones de Expertos ante la evidencia de la necesidad de realizar una Historia Clínica y un Examen Físico completos en el paciente que consulta por dolor abdominal agudo, lo cual es el requisito fundamental para establecer el diagnóstico Etiológico en el paciente con Abdomen Agudo. Las orientaciones solo representan las más comúnmente observadas.

## 1.1. Edad y sexo

- Si el paciente es un adulto joven con dolor abdominal descartar: apendicitis aguda, intususcepciones, úlceras perforadas y causas de dolor abdominal médico (no quirúrgico).
- Si el paciente es un anciano con dolor abdominal agudo, descartar una condición quirúrgica, pensar en: Úlceras y/o neoplasias perforadas, colecistitis complicada, Ileo Biliar y/o colangitis, diverticulitis, neoplasias, Accidentes vasculares mesentéricos, aneurismas aórticos rotos, o en falso abdomen agudo por cuadros de pseudobstrucción como el síndrome de Ogilvie's
- Si el paciente es un hombre y el diagnóstico del dolor no es evidente pensar en patología ligada al sexo: epididimitis, orquitis y torsiones testiculares.
- Si el paciente es una mujer y el diagnóstico del dolor no es evidente, descartar patologías ligadas al sexo como causa frecuente de dolor abdominal: El Mittelschmerz (rotura folicular-ovulación), los embarazos ectópicos, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica y quistes de ovarios en la mujer.
- Si el paciente es una mujer con obstrucción intestinal, buscar hernias femorales
- Si el paciente es una mujer obesa de edad madura, descartar la pancreatitis por colelitiasis y las colecistitis en

## 1.2. Antecedentes

- Si el paciente presentó cuadro similar previo es importante descartar apendicitis, colecistitis y pancreatitis.
- Si presentó cuadro de colitis amebiana previa, descartar abscesos hepáticos amebianos
- Si el paciente presenta diabetes, descartar colecistitis con gangrena y colecistitis enfisematosas.
- Si presenta antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica, descartar úlcera péptica perforada.
- Si presenta antecedentes de colelitiasis o de ingesta alcohólica en los últimos 5 días, descartar pancreatitis
- Si las intolerancias alimenticias son importantes en los cuadros sugestivos de litiasis biliar y pancreatitis.
- Los antecedentes cardíacos son importantes en ancianos con sospecha de accidente vascular mesentérico



- La cirugía previa; descartar bridas postoperatorias como causa importante de dolor obstructivo intestinal.
- Los antecedentes ginecológicos: la amenorrea; puede ser útil en el diagnóstico de embarazo ectópico,
- La ingestión de drogas especialmente de analgésicos y/o Antibióticos para el actual dolor abdominal, pueden oscurecer el cuadro clínico.
- Pacientes con sospecha de úlcera perforada es necesario investigar antecedentes de ingestión de antiinflamatorios no esteroideos
- Antecedentes de trauma , el mecanismo del trauma, cuándo fue en trauma y cuál fue su magnitud.

### 1.3. Factores psicológicos

- En pacientes con dolor abdominal agudo no específico; investigar cuadros de stress y depresión, especialmente en mujeres jóvenes y en ancianos abandonados

## 1.4. Síntomas y signos

### 1.4.1. Secuencia de presentación de los signos

- Si el primer signo que el paciente presenta es el dolor se debe considerar hasta que se demuestre lo contrario que el cuadro corresponde a un "Abdomen Agudo Verdadero"
- Si el dolor es un signo tardío se debe enfatizar en las otras características del dolor antes de descartar el Abdomen Agudo Verdadero.

### 1.4.2. Características del dolor

- Si el dolor es de tipo visceral: Enfatizar en otras manifestaciones de obstrucción de vísceras huecas
- Si el dolor es de tipo víscero - parietal : Enfatizar en otras manifestaciones de patología apendicular, gástrica, vesicular, ureteral o que implique un compromiso diafragmático.
- Si el dolor es de tipo parietal: enfatizar en signos de irritación peritoneal y en entidades de tipo inflamatorio

#### 1.4.2.1. Evolución del dolor

- Si el dolor abdominal tiene menos de 6 horas: Enfatizar en patologías quirúrgicas severas
- Si tiene entre 6 y 48 horas pensar en patologías quirúrgicas comunes, apendicitis, colecistitis.
- Si tiene más de 48 horas pensar en patologías médicas

#### 1.4.2.2. Intensidad del dolor

- Si la intensidad del dolor es severa: Pensar en causas que producen obstrucción, perforación o isquemia
- Si es leve a Moderada: Pensar en causas de tipo inflamatorio

#### 1.4.2.3. Localización inicial del dolor

- Los posibles órganos involucrados que desencadenan el dolor son aquellos que se encuentran topográficamente en el sitio donde el dolor se localiza
- Si el dolor no es localizado pensar en compromiso peritoneal si además el dolor es de tipo parietal
- Si es de tipo visceral pensar en patología obstructiva o en otras causas de Abdomen Agudo Falso

#### 1.4.2.4. Migración de dolor

- Si el dolor ha cambiado de localización: descartar patología inflamatoria, localizada en el sitio de migración

#### 1.4.2.5. Forma de iniciación del dolor

- Si la iniciación es súbita: pensar en obstrucción, isquemia y/o perforación
- Si la iniciación es lenta: pensar en patología de tipo inflamatoria

#### 1.4.2.6. Características del dolor

- Si el dolor es de tipo quemadura: descartar enfermedad ulcerosa y/o peritonitis química si es generalizado.
- Si el dolor tipo cólico intermitente: pensar en causas de distensión, dilatación u obstrucción de vísceras huecas, pero si es cólico continuo, en inflamación o isquemia de vísceras huecas.
- Si el dolor es sordo y permanente pensar en patología de tipo inflamatoria, también se puede presentar adicionalmente fenómenos de exacerbación.
- Si el dolor lo define el paciente como desgarrador se puede originar en una perforación visceral
- Si el dolor es constante puede corresponder a inflamación o isquemia
- Si es intermitente usualmente corresponde a obstrucción

#### 1.4.2.7. Relaciones del dolor

- Usualmente las relaciones del dolor están de acuerdo con la patología que lo desencadenó y con su localización y en ocasiones el determinar las relaciones aclara el diagnóstico
- Si se relaciona con las comidas pensar en patología gastroduodenal o vesicular y/o pancreática.
- Si se relaciona con los movimientos respiratorios pensar en patología torácica o Diafragmática
- Si se relaciona con los movimientos pensar en patología inflamatoria
- Si se relaciona con la micción pensar en patología urológica
- Si se relaciona con los movimientos de la extremidad inferior pensar en patología que pueda hacer contacto lumbar y/o con el músculo Psoas

#### 1.4.3. Anorexia

- La anorexia acompaña generalmente a todas las patologías importantes del abdomen

- Si existe intolerancia alimenticia descartar patología gastroduodenal, pancreática o vesicular
- Si presenta "Hambre dolorosa" pensar en patología ácido - péptica
- Si es dolor abdominal es post-ingesta descartar coleditiasis o claudicación intestinal
- Si existe Dispepsia pensar en patología biliar
- Si la anorexia se asocia a halitosis y a eructos, descartar patología obstructiva

#### 1.4.4. Fiebre

- Siempre que hay fiebre pensar en un proceso inflamatorio y/o infeccioso
- La ausencia de fiebre en el paciente anciano no descarta proceso inflamatorio y/o infeccioso.
- Si la fiebre se asocia con escalofrío descartar patologías infecciosas como abscesos

#### 1.4.5. Vómitos

- Si es fecaloide, pensar en obstrucciones intestinales.
- Si es bilioso, pensar en patologías vesiculares y/o pancreáticas.
- Si es "seco" o alimenticio, pensar en obstrucciones intestinales altas.
- Si es precoz, pensar en Pancreatitis.
- Si es tardío, pensar en peritonitis y en obstrucciones de colon.
- Si es reflejo, pensar en patologías obstructivas no gastrointestinales.
- Si es explosivo, pensar en patologías obstructivas.
- Si es sanguinolento, descartar patologías hemorrágicas
- Si está presente, investigar si se asocia a nauseas, sialorrea, plenitud gástrica, Sed e Hipo.

#### 1.4.6. Diarrea

- Si está presente, investigar: cuál es la magnitud, qué factores lo desencadenaron, cuál es la frecuencia, consistencia y los fenómenos asociados como borborigmos y flatulencias
- Si solo se presentó al inicio del cuadro, pensar en obstrucción intestinal.
- Si es de tipo irritativo, descartar procesos inflamatorios como abscesos pélvicos.
- Si presenta sangre fresca, descartar patologías de colon, colitis, amebiasis, intususcepción
- Si se presenta con melenas, descartar patologías hemorrágicas localizadas por encima de la válvula ileo-cecal

#### 1.4.7. El tenesmo

- Si existe pensar en procesos inflamatorios intrínsecos o extrínsecos o por colecciones adyacentes como embarazo ectópico, o masas como neoplasias

#### 1.4.8. Incontinencia rectal

- Si existe pensar en Megacolon tóxico

### 1.4.9. Estreñimiento

- Si está presente, descartar uso previo de Laxantes y/o enemas.
- Descartar retención de gases, sensación de cuerpo extraño y manifestaciones dolorosas anorrectales
- En pacientes en quienes el estreñimiento es usual, descartar expulsión de flatos
- Si existe estreñimiento crónico especialmente en ancianos o en jóvenes anoréxicas descartar impactaciones fecales.
- Si es un paciente debilitado, descartar obstrucciones mecánicas y/o ileo adinámico.

### 1.4.10. Síntomas respiratorios

- Si son evidentes descartar Neumonía Lobar, y/o Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
- Si son evidentes, descartar que sean producidos por distensión abdominal marcada.
- Si son evidentes, descartar procesos abdominales que producen irritación diafragmática.

### 1.4.11. Síntomas urogenitales

- Si existe polaquiuria, nicturia, hematuria y urgencia urinaria, descartar infecciones urogenitales o patologías urinarias como litiasis renal y/o ureteral y descartarlos como consecuencia de procesos inflamatorios adyacentes.
- Si hay oliguria y/o anuria, descartar retención urinaria, deshidratación o compromiso sistémico
- Si hay coluria descartar enfermedades hepatobiliares o sepsis.
- Si hay leucorrea, descartar enfermedad inflamatoria pélvica.

### 1.4.12. Cefalea

- Si hay cefalea descartar: Intoxicación alimentaria, Fiebre tifoidea, Anexitis, Malaria o Enterocolitis amebiana.
- Si la cefalea se asocia a dolores osteomusculares, descartar Dengue Hemorrágico

## 1.5. Examen físico en el paciente con dolor abdominal.

### 1.5.1. Facies

- Si presenta facies hipocráticas, descartar peritonitis y/o sepsis
- Si presenta facies rubicundas con severo compromiso sistémico, descartar pancreatitis.

### 1.5.2. Actitud

- Si presenta somnolencia, descartar causas de origen médico (no quirúrgicas)

- Si se encuentra ansioso e inquieto o en ocasiones agresivo y exige que se le administre un medicamento para que se le calme el dolor, descartar cólico de origen litiásico
- Si se dobla sobre el área del dolor descartar episodio de cólico
- Si el paciente al caminar coloca su mano en el sitio de mayor dolor, descartar patología en esa localización.

### 1.5.3. La posición

- Si el paciente permanece inmóvil y en posición horizontal descartar peritonitis generalizada.
- Si el dolor abdominal se intensifica o atenúa con los movimientos, descartar patología inflamatoria peritoneal.
- Si adopta la posición mahometana, descartar pancreatitis aguda.
- Si adopta la posición de flexión del muslo sobre el abdomen, descartar apendicitis.

### 1.5.4. Maniobras que desencadenan el dolor abdominal

- La maniobra de atarse los cordones puede desencadenar dolor en el área comprometida
- El signo de la tos puede ayudar a localizar el punto de mayor dolor.
- Si el dolor se desencadena al iniciar la micción, descartar patologías vesicales o inflamatorias de la pelvis

### 1.5.5. Manifestaciones generales

- Palidez (Anémico) pensar en hemorragias y/o neoplasias.
- Ictérico pensar en cuadros hepáticos, de vías biliares y/o en sepsis.
- Enoftalmos en pacientes deshidratados
- Cianótico, descartar patología cardiorrespiratoria y/o en accidentes vasculares mesentéricos,
- Rubicundo descartar diabetes hipertensión y/o pancreatitis
- Presencia de petequias descartar Dengue hemorrágico, fragilidad capilar y/o coagulopatías.

### 1.5.6. Pulso

- Correlacionarlo con los otros signos sistémicos Ej. TA, temperatura
- Rápido y débil pensar en cuadros hemorrágicos y en peritonitis.
- Bradicárdico descartar en pacientes con sepsis en mal estado.
- Arritmico: descartar cuadro tromboembólico mesentérico.
- La taquicardia: descartar compromiso peritoneal y/o compromiso sistémico
- Taquicardia, descartar desequilibrio hidroelectrolítico

### 1.5.7. Temperatura

- Fiebre > 38 grados, descartar procesos inflamatorios, especialmente después de 24 horas de iniciado el dolor.
- Temperatura menor de 36 grados, pensar en sepsis o shock endotóxico.

- Disociación esfingotérmica (Hipertermia y bradicardia) descartar fiebre tifoidea.
- Disociación térmica recto- axilar (temperatura rectal mayor de 1 grado C, que la axilar), pensar en apendicitis.
- Normotermia con Bradicardia pensar en pacientes con Gangrena Intestinal o con Isquemia Mesentérica.
- En pacientes con SIDA la peritonitis puede presentarse sin fiebre y con síntomas mínimos.
- Hipertermia con dolor abdominal y signos respiratorios, pensar en origen pleuro-pulmonar.
- Dolor cólico, pueden presentar hipotermia, frialdad y sudoración.

### 1.5.8. Presión arterial

- Se puede encontrar disminuida en cuadros hemorrágicos, en shock séptico, cuando existen grandes pérdidas de líquido por tercer espacio, en episodios agudos de cólicos.

### 1.5.9. Lengua

- La lengua saburral pensar patología digestiva.
- En la lengua, valorar el grado de hidratación del paciente
- Halitosis pensar en obstrucción intestinal.
- Moniliasis y candidiasis en lengua y cavidad oral, pensar en pacientes inmunosuprimidos con CA o SIDA

### 1.5.10. Cuello

- Se debe valorar la ingurgitación yugular y la presencia o ausencia de adenopatías

### 1.5.11. Signos respiratorios

- Si presenta cianosis peribucal, aleteo nasal, retracciones intercostales descartar patología torácica
- Si el paciente está polipneico, descartar altas demandas de O<sub>2</sub>: (acidosis, alcalosis y/o patologías abdominales que comprometen los hemidiafragmas).
- Si el dolor se intensifica con la inspiración profunda, descartar patología inflamatoria.
- Si se encuentra áreas de hipoventilación, matidez o timpanismo, estertores, frotos pleurales y/o soplos tubáricos, descartar patologías de origen pulmonar.

### 1.5.12. Ruidos cardíacos

- Si existe arritmias, descartar accidentes vasculares mesentéricos

## 1.6. Examen abdominal de un paciente con dolor

### 1.6.1. Inspección

- La forma del abdomen puede orientar la patología que desencadenó

- el dolor, el vólvulus del sigmoide se presenta con frecuencia asimetría
- El grado de distensión, generalmente refleja el compromiso intra-abdominal y el grado de íleo reflejo
- En abdómenes excavados descartar peritonitis severas.
- Si se observan ondas peristálticas descartar obstrucción intestinal
- Si presenta cicatrices, descartar las bridas como causa del dolor.
- Si presenta circulación colateral, descartar cirrosis
- Si presenta equimosis, hematomas y/o laceraciones, descartar trauma previo.
- Descartar la presencia de hernias y eventraciones, explorar todos los orificios naturales
- Si presenta hernias, descartar la encarcelación como causa del dolor
- Si presenta hernias y el dolor abdominal no se relaciona con ellas, descartar patologías asociadas que causan abdomen agudo como colelitiasis, divertículos, trastornos motores de colon y CA.
- Descartar hernia Hiatal y/o Diafragmática como causa de Abdomen agudo
- Si presenta hernias, descartar fenómenos inflamatorios locales como signos de estrangulación de estructuras como el epiplón o vísceras abdominales especialmente yeyuno e íleon.
- Si presenta hernias, descartar colecciones líquidas purulentas en casos de peritonitis, hematomas en trauma
- Si presenta hernias, diferenciarlas de masas como adenopatías, metástasis tumorales o hidroceles.
- Si presenta una hernia Encarcelada, descartar factores predisponentes adicionales como ascitis en cirróticos, o en enfermedades renales crónicas, parasitismo, EPOC, Masas intraabdominales, CA de colon.
- Se observan pulsaciones o se palpan masas pulsátiles, descartar aneurismas o fistulas arterio-venosas, y si son dolorosas pensar en inminencia de ruptura
- Si presenta masas dolorosas, descartar fenómenos compresivos.
- Si presenta equimosis periumbilical, descartar hemorragias intra-abdominales como pancreatitis hemorrágica o en Embarazo Ectópico roto.
- Si presenta el signo de Gray Turner (equimosis dorsolumbar), descartar hemorragias retroperitoneales especialmente, como pancreatitis y aneurismas de aorta rotos.
- Si el ombligo se observa invertido, descartar distensión reciente.
- Si el ombligo se observa evertido, descartar ascitis, distensión antigua o hernia umbilical.
- Si el ombligo se observa deformado, descartar contracción muscular segmentaria del abdomen por procesos inflamatorios localizados
- Si la piel del abdomen presenta edema, hipertermia y/o piel de naranja descartar abscesos en esa localización.

### 1.6.2. Auscultación

- Practicar la auscultación del abdomen antes de realizar cualquier maniobra, pues los ruidos pueden alterarse

- Si se sospecha embarazo mayor de 20 semanas, auscultar fetocardia.
- Si se auscultan signos de lucha peristáltica, descartar obstrucción intestinal
- Si los ruidos están alejados, descartar ileo adinámico
- Si se auscultan soplos, descartar aneurismas, fistulas arterio-venosas y/o tumores
- Si se auscultan ruidos de succión, descartar obstrucciones pilóricas y vólvulus.
- Si se auscultan ruidos intestinales no se puede excluir patologías como úlceras perforadas

### 1.6.3. Percusión

- Antes de percutir el abdomen, desocupar la vejiga porque la percusión con vejiga llena es dolorosa.
- Si la percusión permite detectar líquido, precisar la cantidad y la localización, recordar que la ascitis es fácilmente detectable cuando el volumen es mayor de 1000 cc
- Si se detecta líquido, determinar si está libre en la cavidad abdominal o está en un compartimiento como un asa cerrada
- Si se detecta líquido peritoneal, descartar ascitis por enfermedad renal, hepática, Dengue hemorrágico y/o peritonitis primaria.
- Relacionar el grado de colecciones abdominales con el estado de hidratación y con las manifestaciones sistémicas.
- Descartar la presencia o ausencia de tumores o megalias
- Si hay timpanismo al percutir el hipocondrio derecho, descartar la presencia de aire libre en la cavidad abdominal, descartar perforaciones de vísceras que contienen aire ( Estomago, colon)
- Si se palpan masas, descartar los plastrones o abscesos
- Si en el hipocondrio izquierdo, se encuentra matidez en lugar de timpanismo, descartar las esplenomegalias.
- Si el dolor abdominal se desencadena por la percusión abdominal descartar procesos inflamatorios.

### 1.6.4. Palpación

- Es necesario primero controlar la ansiedad que produce el examen
- Para palpar el abdomen se requiere relajar la pared abdominal distrayendo al paciente
- El paciente se coloca en decúbito horizontal, preferiblemente desnudo o por lo menos abdomen descubierto, con los brazos a lo largo del cuerpo, piernas ligeramente dobladas para que la musculatura abdominal esté relajada. También la palpación debe realizarse con el paciente acostado en decúbito lateral de ambos lados.
- Antes de la palpación es necesario descartar; embarazos, vejiga llena, hernias, fecalomas, riñones ptósicos, plastrones y testículos no descendidos.
- Durante la palpación del abdomen mire la cara del paciente no al abdomen, para identificar maniobras que desencadenan dolor



- Se debe determinar primero el sitio de máximo dolor, la palpación debe ser completa y ordenada dejando para el final el sitio de dolor máximo.
- La palpación inicial debe ser superficial, buscando básicamente las hiperestésias y el grado de sensibilidad y de defensa de la pared abdominal anterior
- Si palpa crepitación o enfisema subcutáneo, descartar gangrenas gaseosas, secundarias a perforaciones apendiculares o de colon y/o patología pleural.
- Si palpa una masa pulsátil, tener en cuenta que puede desencadenar complicaciones catastróficas, en el caso de aneurismas grandes que pueden romperse con una palpación profunda y agresiva.
- Si el dolor abdominal se desencadena por palpación o por maniobras, descartar patología de tipo inflamatorio.
- Si la paciente está en un postparto, o tiene paredes abdominales muy laxas, o está caquéctico, o presenta ascitis, o está en estado de shock, o está recibiendo analgésicos y/o esteroides, o el paciente presenta lesiones medulares, no esperar la presencia de signos peritoneales.
- Si presenta sensibilidad abdominal, buscar si esta es discriminativa de acuerdo a su localización, por ejemplo en la colecistitis esta básicamente localizada en el cuadrante superior derecho.
- Si existe compromiso peritoneal franco, recordar que se pueden alterar la sensibilidad de la pared abdominal en grados diversos, puede existir desde hiperestesia hasta hipoestesia.
- Si los reflejos de la pared del abdomen están alterados, descartar procesos secundarios a procesos que comprometen el peritoneo parietal
- El dolor desencadenado por la palpación es el signo de mayor significación en pacientes donde se sospecha compromiso peritoneal.
- Si el dolor desencadenado por la palpación es localizado, descartar patología inflamatoria en esa localización
- Si el dolor desencadenado por la palpación es generalizado, pensar en peritonitis generalizada.
- Si existe contractura abdominal, descartar compromiso parietal y peritonitis
- Recordar que la contractura abdominal verdadera es el "Super signo de la Catástrofe abdominal".
- Si existe contractura abdominal, recordar la ley de Stokes: "Todo músculo subyacente a una serosa inflamada se contrae". La contractura puede ser localizada o generalizada, cuando existe contractura desaparecen los reflejos músculo-cutáneos de la zona afectada.
- Si existe contractura abdominal, descartar si es verdadera contractura (no cede ni con la maniobra de Sanmartino), recordar que la contractura casi no se observa en el anciano.
- Si existe signo de rebote (signo de Blumberg, o el aumento de dolor a la descompresión en el mismo sitio), descartar compromiso peritoneal.

- Si el dolor de rebote se desencadena al lado contralateral (signo de Rovsing en el caso de dolor en la fosa iliaca derecha, por compresión y descompresión en la fosa iliaca izquierda), descartar apendicitis
- Si el dolor de rebote se desencadena al lado contralateral (el dolor se manifiesta en la fosa iliaca izquierda, por compresión y descompresión en la fosa iliaca derecha), descartar diverticulitis del colon izquierdo.
- Si el examen se realiza con brusquedad puede encontrarse un falso Blumberg. se puede encontrar en patologías abdominales no quirúrgicas las más importantes son las colitis.
- Si existen masas debe determinarse su localización, tamaño, consistencia, dolor y sensibilidad, bordes, movilidad, pulsos y relaciones anatómicas.
- Si existe masa de la pared abdominal, con la contractura de los músculos abdominales ésta, en vez de desaparecer se hace más prominente
- Si el paciente presenta signo del Psoas o signo del Obturador, descartar apendicitis retrocecal, abscesos del Psoas y/o patología retroperitoneal inflamatoria
- Si el paciente presenta Signo del Talón, (al caer el paciente bruscamente sobre los talones o saltar sobre ellos o también al golpear el talón con el miembro inferior derecho extendido; si se desencadena dolor, este se localiza en el área de la inflamación
- Si se desencadena dolor al realizar percusión lumbar suave, sospechar patología ureteral y/o renal.

### 1.6.5. Tacto rectal

- Al paciente con dolor abdominal mayor de 12 horas, de etiología no determinada, es necesario practicar tacto rectal, valorar la temperatura, la sensibilidad, la presencia o ausencia de heces y sus características y la presencia de sangre
- Se deben valorar también la presencia de masas intraluminales en el recto y extraluminales a nivel pélvico.
- Al terminar el examen rectal se debe practicar la maniobra anoparietal de Sanmartino, (dilatación anal) esta es una maniobra con la se inhiben reflejos metaméricos normales persistiendo la contractura cuando hay compromiso peritoneal, para diferenciar la verdadera contractura de la defensa muscular voluntaria en la pared abdominal en pacientes con sospecha de compromiso peritoneal

### 1.6.6. Tacto vaginal

- El examen ginecológico no se debe realizar a vírgenes; cada vez que se realiza, es conveniente la compañía de personal paramédico, para evitar problemas legales.
- Se debe determinar la temperatura, la presencia de leucorrea, sangre vaginal, descartar embarazos normales o extrauterinos, quistes de ovarios, abscesos, patologías de anexos, en ocasiones es de ayuda el examen bimanual La presencia de colecciones en los fondos de saco

especialmente, deben valorarse, especialmente el fondo de saco de Douglas por ser el sitio más declive de la cavidad abdominal y donde se localizan con más frecuencia las colecciones libres del abdomen.

## 2. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO TRAUMÁTICO SEGUN SEVERIDAD Y CONDUCTA INICIAL

Estado 0:

- A. Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo cuyo diagnóstico clínico corresponde a una patología leve de manejo Médico  
Ej. : Infección Urinaria, estos pacientes:
  - No requieren Hospitalización
  - No requieren "Observación"
  - No requieren evaluación por Especialista
- B. Paciente previamente sano con dolor abdominal agudo, que no presenta otra sintomatología significativa a la evaluación, ni hallazgos que sugieran un proceso patológico intraabdominal, estos pacientes:
  - No requieren Hospitalización
  - Sí requieren Observación

Estado I: Pacientes con dolor abdominal agudo, con hallazgos clínicos que sugieran un padecimiento intra-abdominal, pero el diagnóstico no está claro en ese momento, estos pacientes no tienen factores de riesgo y no pertenecen al grupo denominado "Especiales" Ej. : Paciente joven con dolor abdominal pero sin hallazgos significativos que sugieran apendicitis, es decir pacientes en estadios iniciales de cuadros de apendicitis aguda, en los cuales es difícil el diagnóstico de entrada. Las conductas para pacientes en estado I son:

- Requieren Hospitalización
- Suspender la Vía Oral
- Examen Clínico repetido
- Hemoleucograma
- Citoquímico de Orina
- NO DAR ANALGÉSICOS
- NO DAR ANTIBIÓTICOS

Estado II:

- A. Pacientes con hallazgos clínicos muy sugestivos de una patología intra-abdominal aguda que requiere procedimiento quirúrgico o médico para resolver su problema
- B. Pacientes con dolor abdominal agudo con factores de riesgo: ancianos, embarazadas, obesos, inmunosuprimidos, con enfermedades sistémicas o con trastornos sensoriales es decir los pacientes que se encuentran en la categoría de "Especiales"
- C. Pacientes con dolor abdominal agudo que requieran otros estudios diagnósticos para evaluar su dolor abdominal.

Las conductas para pacientes en estado II son:

- Suspender la vía oral y líquidos endovenosos
- Monitoreo Hemodinámico Cardiovascular: TA, Frecuencia Cardíaca
- Monitoreo Urinario
- Sonda Nasogástrica para disminuir la distensión y evitar la broncoaspiración
- Evaluación y manejo por el Cirujano General y si es el caso por otros especialistas

Las ayudas paraclínicas son determinadas por el Cirujano, de acuerdo al juicio médico y sospecha diagnóstica; En este Nivel las ayudas más usadas son:

- Hemoleucograma
- Amilasas Séricas y/o Enzimas Hepáticas (Dolor en Abdomen Superior)
- BUN y Creatinina a TODOS estos pacientes
- Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina si se sospechan que van a cirugía
- RX de Tórax Vertical, si se desea evaluar Neumoperitoneo
- Ecografía Abdominal, TAC o Angiografía Mesentérica: Exámenes solicitados según el diagnóstico presuntivo

Estado III:

- A. Pacientes con dolor abdominal agudo en los cuales no hay duda del diagnóstico que padecen y necesitan una hospitalización urgente para ser estabilizados y ser llevados a un procedimiento quirúrgico como en el caso de la apendicitis
- B. Pacientes con dolor abdominal agudo en los cuales no hay duda del diagnóstico que padecen y necesitan una hospitalización urgente para ser estabilizados y ser llevados a un manejo médico como en el caso de la Pancreatitis

Las conductas para pacientes en estado III son:

- Hospitalizar
- Manejo por el Cirujano de acuerdo al diagnóstico etiológico
- Prevenir complicaciones como broncoaspiración: colocar sonda nasogástrica a pacientes con:
  - hematemesis
  - Vómito intenso
  - Distensión Abdominal
  - Ileo paralítico
  - Con cuadros de " Confusión" , inconscientes o que tienen alteraciones mentales
  - Intoxicados
  - Gravemente enfermos
  - Pacientes ancianos
  - Con Trastornos Sensoriales
  - Discapacitados
- Restringir las Drogas a las esenciales: Los antibióticos y los analgésicos que aquí se utilicen son de "Uso exclusivo por el Cirujano responsable del paciente" y son de su responsabilidad

- Si se requieren analgésicos: aplicar analgésicos opioides (no aplicar otro tipo de analgésicos) pre-diagnóstico y/o preoperatorios solo en casos de dolor severo e intolerable a pacientes no alérgicos y sin compromiso hemodinámico
- Antibióticos solo cuando el diagnóstico esté definido, solo indicados por el cirujano responsable del caso y seleccionados según etiología y sospecha de flora comprometida
- Efectuar Reanimación Preoperatoria, la cual implica:
  - Establecer suficiencia de la Respiración/Ventilación
    - Optimo suministro de O2 preoperatorio
    - Oximetría de pulso y/o Monitoreo de Gases arteriales según el caso
    - Ventilación Mecánica en casos seleccionados
  - Establecer suficiencia Cardiocirculatoria: condición hemodinámica estable
    - Monitoreo de los Signos Vitales
    - Corregir Hipovolemia, hemoconcentración
    - Corregir desequilibrio Hidro - Electrolytico
  - Estabilizar Estado "Acido -Básico"
    - Establecer y corregir Acidosis
    - Establecer y corregir Hipotermia
    - Establecer y corregir Anemia y/o trastornos de la Coagulación
  - Establecer función Renal y corregir Oliguria
  - Controlar Estados de Desequilibrio Metabólicos previos como:
    - Diabéticos
    - Crisis Adrenal (pacientes que reciben esteroides)

### 3. NIVELES DE INTERVENCION INSTITUCIONAL

Los niveles de intervención se refieren a los niveles Institucionales, teniendo en cuenta las condiciones locativas y de personal:

NIVEL I: Centro de Salud, cuenta con Médico General, no cuenta con "Especialistas, tiene áreas para observación pero no para hospitalización.

En este nivel se pueden manejar pacientes con dolor abdominal agudo en Estado 0 o I

NIVEL II: Corresponde a una Institución que cuenta con servicios de hospitalización, Cirugía, Especialistas médicos de diferentes áreas, y recursos suficientes de laboratorios, RX, Ecógrafos, etc En este nivel se deben manejar los pacientes con dolor abdominal agudo en Estado II o III.

NIVEL III: Corresponde a un Nivel Universitario, en donde se desarrollan programas de alta complejidad como Trasplantes, Cirugia Cardiovascular, etc. En este nivel se pueden manejar pacientes con dolor abdominal agudo Definido por Especialista según su criterio.

# 4. CLASIFICACION DEL ABDOMEN AGUDO SEGUN ETIOLOGIA Y MECANISMO DE PRODUCCION

Al paciente con cuadro de Abdomen Agudo es importante incluirlo dentro de la categoría según etiología, estado de la enfermedad y mecanismo de producción. Las Categorías propuestas son:

- I. ABDOMEN AGUDO DE TIPO INFLAMATORIO
- II. ABDOMEN AGUDO DE TIPO OBSTRUCTIVO
- III. ABDOMEN AGUDO DE TIPO PERFORATIVO
- IV. ABDOMEN AGUDO DE TIPO VASCULAR
- V. ABDOMEN AGUDO TRAUMÁTICO
- VI. DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO ESPECÍFICO

## 4.1. Abdomen agudo de tipo inflamatorio

Corresponden a los pacientes con patologías Inflamatorias intra-abdominales como: Apendicitis, peritonitis, abscesos Intra - Abdominales, pancreatitis, Diverticulitis, otros que produzcan Inflamación o Infección Intra - Abdominal; generalmente son pacientes menores de 30 años y pueden o no requerir tratamiento quirúrgico

## 4.2. Abdomen agudo de tipo obstructivo

Corresponden a los pacientes con patologías Obstructivas intra-abdominales como: bridas, hernias, eventraciones, vólvulus, masas, Intususcepción, otras obstrucciones de vísceras huecas; generalmente son pacientes mayores de 30 años, generalmente tienen antecedentes de cirugías previas y en estos pacientes se requiere con mayor frecuencia el manejo quirúrgico

## 4.3. Abdomen agudo de tipo perforativo

Corresponden a los pacientes con patologías perforativas intra-abdominales como: Úlcera perforada, colecistitis perforada, neoplasias perforadas, otras perforaciones de órganos Intra - Abdominales; generalmente son pacientes mayores de 60 años, generalmente el diagnóstico tardío presenta alta morbilidad y mortalidad y siempre son quirúrgicos

## 4.4. Abdomen agudo de tipo vascular

Corresponde a los pacientes con patologías vasculares intraabdominales que producen hemorragia y/o isquemia como: embarazo ectópico roto (EER), accidentes vasculares mesentéricos arteriales o venosos, aneurisma de aorta abdominal infrarrenal rotos y otras causas de hemorragia Intra - Abdominal o Retro - Peritoneal; generalmente son pacientes mayores de 60 años (Excepción de EER), generalmente el dolor abdominal no corresponde con los hallazgos al examen físico y se requiere especialmente en estos pacientes un reconocimiento y un diagnóstico temprano

## 4.5. Abdomen agudo traumático

Corresponden a los pacientes con patologías dolorosas agudas intraabdominales, pero con trauma abdominal previo como: hematoma de la pared abdominal y todas las lesiones abdominales y retroperitoneales traumáticas

## 4.6. Dolor abdominal no específico (NSAP)

Corresponde a los pacientes con patologías dolorosas agudas intraabdominales no traumáticas cuya etiología no se ha logrado definir y en el cual se descartaron las causas más comunes de Abdomen Agudo; generalmente corresponde a pacientes de sexo femenino, generalmente a pacientes jóvenes previamente sanos, usualmente presentan depresión y/o trastornos psico-sociales, usualmente el dolor es menos intenso y mayor de 24 horas y las manifestaciones clínicas adicionales están ausentes o son atípicas

# 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS GENERALES DEL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO DEL ADULTO

## 5. 1. Conclusiones

1. El uso de la Historia Clínica y el Examen Físico estandarizados pueden ayudar al médico a incrementar la certeza diagnóstica pero la sistematización del diagnóstico y del manejo en esta entidad, no reemplaza el criterio de un médico competente con amplia experiencia clínica. Evidencia tipo II
2. La mayoría de los pacientes cuando consultan el dolor, este lleva de 12 a 24 horas de iniciado Evidencia tipo III
3. El antecedente de cirugía previa es el que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes con dolor abdominal no traumático del adulto que presentan patologías quirúrgicas Evidencia tipo III
4. El signo de Rebote es el signo clave para definir si la patología es quirúrgica o no, sin embargo, no supera un valor predictivo positivo del 50% Evidencia tipo III
5. El signo de rebote se presenta en uno de cada 5 pacientes con dolor abdominal no específico (NSAP) Evidencia tipo III
6. Las ayudas diagnósticas disponibles en la mayoría de los servicios de urgencia son de poca utilidad en las etapas tempranas del diagnóstico del paciente con dolor abdominal. Evidencia tipo III
7. Estudios paraclínicos y de laboratorio como por ejemplo las Amilasas, no tienen especificidad y su mayor utilidad está en establecer la gravedad de los pacientes. Evidencia tipo III
8. Los RX de tórax son útiles solo para descartar patología torácica y para observar neumoperitoneo Evidencia tipo III
9. Los RX de abdomen No son útiles en Abdomen Agudo, solo tienen alguna utilidad 1 de cada 10 radiografías. Evidencia tipo III
10. El Hemoleucograma es el examen que más rápido se realiza y con mayor frecuencia, y el recuento de leucocitos no es específico de Abdomen Agudo, aunque si ayuda a definir el compromiso en gran número de los casos Evidencia tipo III
11. Los Procedimientos tecnológicos no invasivos como el Ultrasonido que son reportados en la literatura con una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica, son "operador dependiente" y requieren experiencia en su uso en los casos de "Abdomen Agudo" y de disponibilidad inmediata, solo son útiles en casos específicos como la colecistitis. Evidencia tipo II
12. El TAC ha creado una expectativa mayor que la certeza diagnóstica real en los pacientes con "Abdomen Agudo" y su utilidad actual está



- referida posteriormente en patologías específicas y en condiciones especiales como la Pancreatitis severa Evidencia tipo III
13. La segunda respuesta que de manera urgente debe resolver el médico es quién requiere manejo quirúrgico inmediato y esto es necesario en 1 de cada 10 pacientes que consultan por dolor abdominal agudo Evidencia tipo III
  14. El diagnóstico más frecuente en los pacientes que consultan por dolor abdominal no traumático en un servicio de urgencias de adultos, en una tercera parte es el "Dolor Abdominal No Específico: (NSAP). Evidencia tipo III
  15. Los diagnósticos de dolor abdominal más frecuentes que no requieren intervención quirúrgica son: 1- Gastroenteritis, 2- Enfermedad Inflamatoria Pélvica, 3- Infecciones del Tracto Urinario Evidencia tipo III
  16. La Apendicitis aguda es la causa que con más frecuencia requiere cirugía inmediata, le sigue la patología biliar y la obstrucción intestinal Evidencia tipo II
  17. La gran mayoría de los pacientes con "Abdomen Agudo" el dolor es tolerable, y no justifica la iniciación de un manejo sintomático, sin embargo existe un pequeño número de pacientes en quienes el dolor es muy intenso, en estos pacientes si no existe compromiso sistémico, hipotensión ni alergia, el uso de los "Opioides" pueden mejorar el dolor sin retrasar el diagnóstico, siempre el uso de analgésicos debe estar bajo la responsabilidad del cirujano. Evidencia tipo I
  18. Básicamente las soluciones cristaloides isotónicas de cloruro de sodio, son más efectivas para reemplazar las pérdidas intraabdominales y las soluciones medio isotónicas para recuperar la falta de ayuno y para el mantenimiento diario Evidencia tipo II
  19. El retardo en el diagnóstico es uno de los factores más importantes como predictor de mortalidad. Evidencia tipo III
  20. La tasa de mortalidad es menor en aquellos a quienes se les hizo diagnóstico correcto al ingreso. Evidencia tipo III

## 5.2. Recomendaciones

1. El primer examinador puede orientar o desorientar el diagnóstico. Se deben realizar diagnósticos diferenciales al ingreso, con el fin de que los médicos no se aferren al primer diagnóstico que puede ser apresurado y obsesivo y llevar a decisiones incorrectas. Recomendación C
2. El Cirujano es el médico que posee el mejor enfoque diagnóstico del paciente con Abdomen Agudo y quién será el responsable de la mayoría de los casos de su manejo, por esta razón su evaluación no debe solicitarse tardíamente. Recomendación C
3. El diagnóstico clínico es suficiente en la mayoría de los casos de abdomen agudo para decidir la conducta quirúrgica. Recomendación C

4. Si la Etiología no se puede determinar ágilmente y/o el paciente no requiere manejo quirúrgico inmediato, se justifica la observación clínica cuidadosa. Recomendación C
5. En los Grupos denominados "Especiales", el "Abdomen Agudo" se comporta como una Entidad más compleja y la morbilidad y la mortalidad son mayores, desde el ingreso estos pacientes requieren manejo especializado. Recomendación C
6. Los laboratorios especiales, tienen un valor limitado en la definición de conductas y son aplicables solamente en una mínima proporción de pacientes con Abdomen Agudo, no deben retrasar un diagnóstico Recomendación C
7. Los estudios ordenados con "Objetivo Diagnóstico" solo deben ser racionalmente solicitados si pueden modificar el diagnóstico sin retrasarlo y/o modificar el manejo sin aumentar morbilidad, mortalidad ni otros costos. Recomendación C
8. La Ecografía en "Abdomen Agudo, debe tener un uso selectivo: Para confirmar un diagnóstico dudoso, para definir una conducta alternativa y/o para añadir información a un diagnóstico que lo requiera Ej. cálculos en la pancreatitis. Recomendación B
9. Otros Estudios de alta tecnología como el TAC exigen además de disponibilidad inmediata, pacientes hemodinámicamente estables, y raciocinio en su uso, la indicación más precisa es en el paciente que presenta deterioro rápidamente y el diagnóstico no se podido definir por otros medios Recomendación C
10. Si el paciente se encuentra en estado de shock no hemorrágico y la reanimación con líquidos permite recuperar sus funciones vitales, la utilización de medios diagnósticos como el TAC, para el estudio urgente del paciente puede estar indicada ante las dificultades para definir su manejo Recomendación B
11. La disminución de la tasa de errores diagnósticos debe ser un objetivo muy importante porque un error diagnóstico en el abdomen agudo se traduce en una tasa de cirugías innecesarias, o un inaceptable número de casos donde se retrasa el manejo quirúrgico con aumento de la frecuencia de complicaciones serias que pueden disminuir la calidad de vida de muchos pacientes y aumento de costos innecesarios. Recomendación C
12. El abdomen agudo el antibiótico lo debe instituir solo el médico responsable del manejo posterior, una vez haya realizado el diagnóstico y decidido la conducta. Recomendación C
13. El manejo sintomático del paciente con dolor abdominal es inadecuado, antes de realizar un diagnóstico clínico confiable, dado que puede oscurecer los signos clínicos posteriores, Solo debe indicarse el uso de "Opioides" si el dolor es "Intolerable" mientras se realizan otras ayudas diagnósticas. Recomendación A

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE “GRUPOS ESPECIALES” DE ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO DEL ADULTO

Los pacientes denominados “Grupos Especiales”, son pacientes que requieren observación especial y manejo diferencial del Abdomen Agudo, dado que el cuadro de abdomen agudo se comporta de manera diferente al de la población general, las principales diferencias se encuentran en una o más de las siguientes características:

- a) Factores etiológicos diferentes
- b) Manifestaciones clínicas atípicas
- c) Mayor incidencia de complicaciones
- d) Mayores índices de mortalidad

Los grupos denominados como “Especiales” son:

1. Pacientes de Edad (mayores de 60 años)
2. Pacientes muy Obesos
3. Pacientes Embarazadas
4. Pacientes Inmunosuprimidos: Esteroides, SIDA, (Los pacientes con VIH positivo sin SIDA, para efectos prácticos no son considerados como y por lo tanto no se incluyen en esta categoría)
5. Pacientes con enfermedades sistémicas previas como:
  - Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica
  - Pacientes Cirróticos
  - Pacientes con enfermedades hematológicas y/o reciben anti-coagulantes
  - Pacientes diabéticos
  - Pacientes con neoplasias previas
  - Pacientes con compromisos sensoriales medulares
6. Pacientes intoxicados
7. Pacientes gravemente enfermos con sepsis, o con insuficiencia múltiple de órganos

### 6.1. Conclusiones sobre pacientes de edad 60 años o más

1. La población que sobrepasa los 60 años está aumentando y representa cada vez más un mayor porcentaje de los pacientes que consultan por Abdomen Agudo Evidencia tipo III
2. El paciente anciano es un paciente frágil, dado que los procesos de envejecimiento, reducen la capacidad de respuesta de los sistemas y órganos vitales Evidencia tipo III
3. El paciente anciano con dolor abdominal tiene mayor posibilidad de ser quirúrgico Evidencia tipo III

4. El paciente anciano presenta con mayor frecuencia patologías previas como: Enfermedad vascular periférica, Hipertensión, Diabetes y Enfermedad cerebro-vascular, o ingestión previa de medicamentos como Analgésicos y otros Evidencia tipo III
5. El estado nutricional generalmente está alterado, y la anorexia se asocia a fenómenos depresivos Evidencia tipo III
6. Obtener una historia clínica en estos pacientes puede ser difícil, por alteraciones mentales Evidencia tipo III
7. Los síntomas y signos del paciente anciano con abdomen agudo tienden a ser más vagos y las manifestaciones más atípicas Evidencia tipo III
8. Enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento son factor etiológico en el desarrollo del Abdomen agudo del anciano como los divertículos de colon, las enfermedades vasculares mesentéricas, los aneurismas de aorta y las neoplasias gastrointestinales. Evidencia tipo III
9. En patologías comunes que originan el abdomen agudo, en el paciente anciano, usualmente son de mayor severidad porque se suman los efectos de la isquemia Evidencia tipo III
10. La morbilidad en el paciente anciano con abdomen agudo es mayor que en el adulto Evidencia tipo III
11. La mortalidad es mayor en este grupo de pacientes en gran número de patologías que desencadenan abdomen agudo. Evidencia tipo III

## 6.2. Conclusiones sobre la paciente embarazada

1. Son mujeres en edad gestacional sin patología crónica subyacente y la incidencia de abdomen agudo es menor en este grupo de pacientes Evidencia tipo III
2. En la paciente embarazada ocurren cambios fisiológicos como el aumento del volumen plasmático, y la anemia fisiológica que pueden alterar las respuestas en los cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Evidencia tipo III
3. Los cambios hormonales y fisiológicos del embarazo, pueden alterar las respuestas motoras gástricas y vesiculares, con mayor riesgo de complicaciones como broncoaspiración Evidencia tipo III
4. En la paciente embarazada con abdomen agudo, parámetros de laboratorio como leucocitosis, Fosfatasa Alcalinas pueden tener alteraciones inherentes a la gestación Evidencia tipo III
5. En pacientes embarazadas que sobrepasan el segundo trimestre, se pueden modificar las posiciones anatómicas de estructuras abdomino-pélvicas, y las manifestaciones clínicas secundarias a patologías en estas estructuras, pueden tener proyección anatómica diferente. Evidencia tipo III

6. Un retraso en el diagnóstico y en el manejo del abdomen agudo quirúrgico, incrementa de manera significativa los índices de mortalidad fetal y materna Evidencia tipo III
7. Una Laparotomía en blanco por error diagnóstico tiene consecuencias inaceptables en mortalidad fetal y parto prematuro Evidencia tipo III
8. La Hipotensión la hipoxia y la hipotermia son los factores más relacionados con mortalidad fetal Evidencia tipo III

## 6. 3. Conclusiones sobre el paciente inmunosuprimido

1. Las manifestaciones clínicas del abdomen agudo en pacientes inmunosuprimidos son atípicas. Evidencia tipo III
2. Los pacientes inmunosuprimidos presentan abdomen agudo por las etiologías comunes y derivadas de su factor inmunosupresor. Evidencia tipo III
3. Los pacientes inmunosuprimidos por recibir altas dosis de esteroides por lo menos 30 días antes de la presentación del cuadro de abdomen agudo, presentan inhibición de las respuestas inflamatorias, incluyendo las respuestas al dolor y las respuestas inflamatorias del peritoneo. Evidencia tipo III
4. Los pacientes con SIDA presentan con frecuencia dolor abdominal derivado de infecciones gastrointestinales por gérmenes oportunistas, que no son de manejo quirúrgico, pero que pueden dificultar el diagnóstico de abdomen agudo. Los pacientes con SIDA consultan más tardíamente y el retraso en el diagnóstico y manejo del abdomen agudo es factor de riesgo importante para morbilidad. Evidencia tipo III
5. En los pacientes con SIDA, la fiebre no es un signo útil como manifestación de abdomen agudo. Evidencia tipo III
6. El TAC es útil para evaluar el paciente con SIDA y dolor abdominal agudo cuya etiología no es fácilmente identificable. Evidencia tipo III
7. En pacientes con SIDA que presentan abdomen agudo, la morbilidad y la mortalidad es significativamente más altas Evidencia tipo III

## 6.4. Conclusiones sobre pacientes con enfermedades sistémicas previas

### 6.4.1. Conclusiones sobre pacientes con IRC/CAPD

1. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica IRC presentan con mayor frecuencia Enfermedades cardiovasculares concomitantes Evidencia tipo III
2. El diagnóstico de abdomen agudo en pacientes con IRC y diálisis crónica es incierto y complejo. Evidencia tipo III
3. En pacientes con IRC y diálisis crónica el dolor suele no ser el primer síntoma del abdomen agudo Evidencia tipo III
4. En pacientes con IRC crónica y diálisis crónica es significativo el antecedente de hipotensión en los 3 días previos al cuadro de abdomen

agudo Evidencia tipo III

5. Las etiologías más importantes en el cuadro de abdomen agudo en pacientes con IRC y diálisis crónica son las enfermedades vasculares mesentéricas, la úlcera péptica perforada, la pancreatitis severa y la diverticulitis perforada Evidencia tipo III
6. Pacientes con IRC y diálisis crónicas que presentan abdomen agudo, presentan altos índices de morbilidad y de mortalidad Evidencia tipo III
7. Pacientes con IRC y CAPD (Diálisis peritoneal continua) presentan peritonitis relacionadas con la diálisis con sintomatología vaga, sin manifestaciones muy evidentes. Evidencia tipo III
8. En pacientes con CAPD, se presentan 1, 3 episodios de peritonitis por CAPD/año, las bacteria más frecuente es el estafilococo coagulasa (-) pero se encuentran gram (-) hasta en un tercio de los pacientes. Evidencia tipo II
9. Pacientes con peritonitis por CAPD, una manifestación temprana es observar la coagulación de este líquido de diálisis, dado el incremento de las proteínas Evidencia tipo III
10. En pacientes con IRC/CAPD, la peritonitis también se puede desarrollar por otras causas no dependientes de su IRC/CAPD, la mayoría pueden presentar cuadros derivados de diverticulitis perforada o isquemia mesentérica, especialmente los ancianos, presentan cuadros cuya sintomatología es básicamente igual a la dependiente de la peritonitis por CAPD, el hallazgo más frecuente es la distensión abdominal Evidencia tipo III
11. En pacientes con CAPD, la presencia de anaerobios o de infección polimicrobiana en el líquido de diálisis siempre se debe sospechar perforación intestinal, y no peritonitis primaria, el retraso en el diagnóstico y en el manejo alcanza mortalidades operatorias hasta de 50% Evidencia tipo II

#### 6.4.2. Conclusiones sobre pacientes cirróticos

1. En los pacientes cirróticos la paracentesis terapéutica disminuye los niveles de complemento y reduce la actividad opsonica del líquido con riesgo de desarrollar peritonitis primaria Evidencia tipo II
2. En pacientes cirróticos que reciben diuréticos, la infección bacteriana se favorece por aumento de las proteínas del líquido ascítico. Evidencia tipo II
3. El estudio citoquímico y bacteriológico del líquido obtenido por la paracentesis, establece el diagnóstico de peritonitis en pacientes con cirrosis o IRC. Evidencia tipo II
4. La determinación del contenido de ácido láctico en el líquido peritoneal es una ayuda, en pacientes con sospecha de abdomen agudo, cuyos datos clínicos, radiológicos y de laboratorio no son concluyentes, particularmente cuando se encuentre más elevado que en el plasma Evidencia tipo III

5. El más importante factor predictor de sobrevida en los pacientes con peritonitis y cirrosis es la severidad del grado de disfunción hepática y la disfunción renal secundaria que se presenta Evidencia tipo I

#### 6.4.3. Conclusiones sobre pacientes con enfermedades hematológicas y/o que reciben anticoagulantes

1. Pacientes con Enfermedades hematológicas y/o reciben anticoagulantes pueden presentar hemorragias intra-abdominales, y presentar signos de Abdomen Agudo, con Distensión Abdominal, Signos de irritación peritoneal, hipovolemia y shock, el diagnóstico diferencial es más común con Apendicitis y con Diverticulitis Evidencia tipo III
2. Pacientes con Enfermedades Hematológicas o Anticoagulados, pueden presentar Abdomen Agudo por Causas Hemorrágicas derivadas de otras patologías no directamente relacionadas con estos factores como la Endometriosis Evidencia tipo III
3. El riesgo quirúrgico en pacientes con enfermedades hematológicas y/o que reciben anticoagulantes es muy alto. Evidencia tipo III

#### 6.4.4. Conclusiones sobre pacientes diabéticos

1. Los pacientes diabéticos con Abdomen agudo presentan menos resistencia a las infecciones y mayor mortalidad Evidencia tipo III
2. Los pacientes diabéticos con Abdomen agudo requieren un diagnóstico precoz y un manejo temprano para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad Evidencia tipo III
3. En los diabéticos con abdomen agudo, cuando el foco de infección es el colon o el páncreas la presentación de sepsis es la regla y la mortalidad es muy elevada Evidencia tipo III

#### 6.4.5. Conclusiones sobre pacientes con neoplasias previas

1. Pacientes con Neoplasias previas presentan con frecuencia cuadros de abdomen agudo correspondientes a "Enteropatías Neutropénicas" que corresponden a procesos inflamatorios segmentarios intestinales que no siempre son de manejo quirúrgico y presentan alta mortalidad Evidencia tipo III
2. Pacientes de edad con Abdomen Agudo que presentan enfermedades malignas tienen índices mayores de mortalidad, especialmente si presenta carcinomatosis Evidencia tipo III
3. En los pacientes con abdomen agudo y antecedentes de irradiación por neoplasias, las complicaciones quirúrgicas son más frecuentes como las dehiscencias y las fístulas la mortalidad alcanza el 50% Evidencia tipo III

#### 6.4.6. Conclusiones sobre pacientes con compromisos sensoriales medulares

1. En pacientes con lesiones medulares, que presentan abdomen agudo, consultan tardíamente. El Cuadro clínico está alterado, los signos abdominales pueden estar ausentes, el síntoma más temprano es la anorexia. El vómito y la fiebre, la hipotensión la taquicardia son frecuentes. Su diagnóstico diferencial es con Infección Urinaria Evidencia tipo III
2. En pacientes con lesiones medulares, los diagnósticos más frecuentes de abdomen agudo son la Úlcera péptica perforada, los vólvulus y en tercer lugar la apendicitis Evidencia tipo III
3. En pacientes con lesiones medulares que presentan abdomen agudo una manifestación clínica observada es el incremento de la espasticidad Evidencia tipo III
4. En pacientes con lesiones medulares que presentan abdomen agudo la ecografía y el TAC son buenos recursos diagnósticos Evidencia tipo III
5. En pacientes con lesiones medulares, que presentan abdomen agudo la mortalidad alcanza hasta un 15% Evidencia tipo III

#### 6.5. Recomendaciones para todos los pacientes incluidos en los grupos especiales

1. No tratar en Nivel I, una vez ingresen remitir a un nivel superior. Recomendación C
2. Desde su ingreso se recomienda la evaluación por el Cirujano. Recomendación C
3. Se recomienda manejo multidisciplinario en estos grupos de pacientes: Gineco-Obstetra y Cirujano en embarazadas, Cirujano e Internista en el paciente de edad y con enfermedades crónicas, Cirujano e Infectólogo en paciente Inmunosuprimido y otras asociaciones convenientes. Recomendación C
4. Importante recordar que las manifestaciones clínicas son atípicas y no confiables Recomendación C
5. Importante realizar diagnóstico temprano, si las manifestaciones clínicas no son concluyentes, se deben realizar tempranamente los exámenes paraclínicos más indicados en cada patología específica, sin que esto implique una demora en su manejo. Recomendación C
6. En estos grupos especiales se recomienda el uso de la tecnología disponible, siempre que no implique aumento del riesgo en morbilidad ni mortalidad. Recomendación C
7. En estos pacientes el monitoreo debe ser más eficiente desde su ingreso Recomendación C
8. Monitoreo de sus funciones cardiovasculares y respiratorias : FC, FR. , Oximetría de pulso, TA Recomendación C
9. Monitoreo de la función Renal: eliminación horaria Recomendación C
10. Monitoreo de líquidos y electrolitos Recomendación B



11. En embarazadas realizar monitoreo fetal continuo Recomendación C
12. Si existe distensión abdominal y/o otras indicaciones ya referidas, colocar sonda nasogástrica y prevenir broncoaspiración Recomendación C
13. Iniciar desde el ingreso una estabilización del paciente desde el punto de vista hemodinámico y ácido básico, mantener oxigenación, de tal manera que una vez se establezca el diagnóstico no se requiera tiempo adicional para su estabilización y la conducta sea aplicable también de manera temprana Recomendación C
14. En embarazadas especialmente evitar hipotensión, hipoxia e hipotermia para disminuir muerte fetal. Recomendación C
15. En pacientes neutropénicos y/o de difícil diagnóstico, utilizar el lavado peritoneal diagnóstico (LPD), con la técnica tradicional, midiendo número de células blancas, Glóbulos rojos, amilasas, estudio bacteriológico y estudio del sedimento Recomendación C
16. Efectuar Procedimientos menos invasivos si se presenta la oportunidad: Ej. : drenaje percutáneo de abscesos, ERCP, laparoscopias en casos seleccionados. Recomendación B
17. Tener presente la posibilidad de que el paciente requiera manejo en Unidades de Cuidado Intensivo, según la evolución y el deterioro de sus funciones vitales. Recomendación C
18. Exigir y guardar siempre las Normas Universales de Protección para todo el Personal de Salud Recomendación C

# 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LAS ENTIDADES QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA EN EL CUADRO DE ABDOMEN AGUDO

## 7.1. Apendicitis

### 7.1.1. Conclusiones sobre apendicitis

1. Es la causa más frecuente de abdomen agudo, pero su incidencia está disminuyendo. Evidencia tipo III
2. El diagnóstico de apendicitis es más difícil en la mujer que en el hombre y en el anciano que en el joven. Evidencia tipo III
3. La historia clínica y el examen físico son la modalidad más efectiva de diagnóstico en la apendicitis aguda. Evidencia tipo I
4. El número de apendicectomías en blanco se puede reducir, sin aumentar el número de perforaciones, solamente mejorando la historia clínica y el examen físico. Evidencia tipo III
5. El dolor es el primer síntoma que se presenta, es el más importante, es el que tiene más sensibilidad y mejor especificidad. Evidencia tipo III
6. La migración del dolor en apendicitis aguda desde el epigastrio, hasta la Fosa Iliaca Derecha, tiene menos sensibilidad pero más especificidad que el solo dolor. Evidencia tipo III
7. La anorexia, las náuseas, el vómito, la contractura abdominal tienen menor sensibilidad y especificidad que el dolor. Evidencia tipo III
8. De los signos encontrados en el cuadro de apendicitis aguda, el que tiene mayor especificidad es el signo de rebote Evidencia tipo III
9. La presencia de masa en apendicitis aguda es infrecuente, pero su presentación implica enfermedad avanzada Flegmón o absceso Evidencia tipo III
10. En apendicitis aguda los signos rectales y vaginales, son tardíos y la manifestación que en estos exámenes presenta mayor especificidad es el dolor localizado. Evidencia tipo III
11. La valoración de la diferencia de temperatura axilo-rectal > de 1 grado centígrado, varía en los trabajos entre rangos muy amplios y no es un dato útil Evidencia tipo III
12. El diagnóstico diferencial más frecuente en la mujer es con las patologías ginecológicas como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, la Endometriosis (donde generalmente se presenta dismenorrea y antecedentes de dolor abdominal con el ciclo menstrual), la rotura folicular ovárica, (el signo más importante que los diferencia es la presencia de hemorragia intraabdominal). Evidencia tipo III

13. En el paciente anciano la apendicitis no es la causa más frecuente de abdomen agudo, pero su incidencia está aumentando. Evidencia tipo III
14. En el anciano la apendicitis aguda se comporta como una entidad más compleja que en el paciente joven, los síntomas que manifiestan son mas leves, los signos son menos frecuentes, presentan menos leucocitosis, la progresión de la enfermedad es más rápida y consultan más tardíamente Evidencia tipo III
15. El índice de perforaciones en apendicitis aguda en el paciente anciano es mayor y la mortalidad y la morbilidad es más alta que en el paciente joven. Evidencia tipo III
16. En la paciente embarazada la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo, pero su incidencia es menor que en la paciente no embarazada, ocurre con mayor frecuencia en el segundo trimestre, cuando el embarazo está avanzado el cuadro clínico es bizarro, los síntomas, signos, TR y TV tienen menor sensibilidad, la leucocitosis no es evaluable, el índice de perforación es estadísticamente significativo más alto en el segundo trimestre, existe correlación estadísticamente significativa entre consulta tardía y mortalidad fetal, el diagnóstico diferencial más frecuente es con pielonefritis. Evidencia tipo III
17. En los pacientes con SIDA, la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y plantea dificultades en el diagnóstico clínico que hacen que consulten más tardíamente, los signos clínicos y de laboratorio tienen menor sensibilidad, se puede desencadenar apendicitis por Citomegalovirus, la morbilidad y la mortalidad es más alta que en el paciente sin SIDA. Evidencia tipo III
18. En los pacientes con compromiso neurológico y sensorial del abdomen, los signos abdominales pueden estar ausentes, son más confiables los signos de compromiso inflamatorio, fiebre, taquicardia y leucocitosis, el diagnóstico diferencial más frecuente es con la infección urinaria. Evidencia tipo III
19. La Leucocitosis y la fórmula blanca es el examen de laboratorio con mejor sensibilidad, pero es menor que los criterios clínicos Evidencia tipo II
20. La velocidad de sedimentación globular, tienen muy baja sensibilidad y especificidad en apendicitis aguda Evidencia tipo II
21. La Proteína C reactiva se encuentra elevada en apendicitis aguda, pero evalúa procesos de inflamación inespecífica. Evidencia tipo II
22. Los RX de abdomen simple tienen muy baja sensibilidad tanto para el diagnóstico de apendicitis como para sus diagnósticos diferenciales Evidencia tipo III
23. En apendicitis aguda el enema con bario es de muy pobre sensibilidad y especificidad Evidencia tipo III
24. En apendicitis aguda, la Resonancia Magnética ha sido pobremente evaluada Evidencia tipo III
25. Los estudios con Tc-99 pueden tener alta sensibilidad y especificidad en casos de difícil diagnóstico, con signos atípicos, pero requieren tecnología y han mostrado pobre adherencia. Evidencia tipo II

26. La Ecografía muestra alta sensibilidad puede incrementar junto con la clínica la certeza diagnóstica en los cuadros de apendicitis aguda, pero realizada de manera temprana pueden encontrarse altos falsos positivos y realizada en pacientes con cuadro clínico definido, los falsos negativos pueden retrasar el diagnóstico Evidencia tipo I
27. El TAC en apendicitis aguda, muestra sensibilidad similar a la Ecografía, se ha sobrestimado su valor diagnóstico y su indicación se justifica para grupos de pacientes ancianos, cuyo diagnóstico diferencial con apendicitis en ocasiones es difícil Evidencia tipo II
28. La Resonancia Magnética ha sido poco evaluada en apendicitis Evidencia tipo III
29. La laparoscopia es un método seguro que no deja de tener sus riesgos, requiere experiencia y tecnología, pero su uso selectivo para cuando no se ha podido establecer el diagnóstico clínico y por medios menos invasivos, es una buena herramienta diagnóstica y de manejo, ha probado aumentar la exactitud global en la evaluación diagnóstica de la apendicitis aguda, previene el retraso en el diagnóstico, hace el diagnóstico diferencial con patología ginecológica, disminuye la tasa de laparotomías innecesarias, disminuye los riesgos de la infección de la herida quirúrgica, permite hacer una revisión completa de la cavidad y lavar la cavidad abdominal, no deja cuerpos extraños, disminuye la formación de adherencias, disminuye la necesidad del uso de analgésicos, disminuye el período de convalecencia y agiliza el regreso a las labores diarias. Evidencia tipo II
30. Si el diagnóstico clínico es sospechado no debe existir retardo en el manejo quirúrgico, porque este predispone a la perforación Evidencia tipo III
31. En la apendicitis no perforada el manejo antibiótico de carácter "profiláctico" es suficiente, teniendo en cuenta esquemas que incluyan flora aeróbica y anaeróbica Evidencia tipo I
32. En la apendicitis gangrenada o perforada, el manejo debe ser de carácter "Terapéutico" y esquema antibiótico debe cubrir gram (-) y anaerobios Evidencia tipo III
33. La asociación de Clindamicina - Gentamicina ha sido usada con éxito en pacientes sin contraindicaciones para su uso (Hepatotoxicidad y Nefrotoxicidad), un factor a tener en cuenta con su uso es la medición sucesiva de sus concentraciones para advertir su hipo o hiperdosificación y controlar los efectos tóxicos. Evidencia tipo I
34. En los pacientes de alto riesgo de toxicidad, el uso de Cefalosporinas de tercera generación es una adecuada alternativa Evidencia tipo II
35. El abordaje quirúrgico depende de lo avanzado de la enfermedad y la presencia o no de peritonitis
36. En las embarazadas, cuando la apendicitis no está complicada, el sitio de la incisión debe localizarse en el punto de mayor sensibilidad Evidencia tipo III
37. En las Embarazadas con apendicitis aguda se requiere manejo obstétrico para evitar muerte fetal. Evidencia tipo III

### 7.1.2. Recomendaciones sobre apendicitis

1. Realizar una Historia clínica y un examen físico completo  
Recomendación C
2. Con el criterio clínico es suficiente para decidir manejo quirúrgico temprano Recomendación C
3. Tener en cuenta los diagnósticos diferenciales más comunes en todos los grupos Recomendación C
4. Realizar Hemoclasificación, Hemoleucograma y Citoquímico de orina como exámenes prequirúrgicos Recomendación B
5. No realizar RX de abdomen, rutinariamente, solo en casos muy seleccionados en donde pueda modificar el diagnóstico y/o la conducta Recomendación C
6. En pacientes ancianos, embarazadas, pacientes con SIDA, pacientes con manifestaciones sistémicas, mujeres jóvenes con posibilidad patología ginecológica realizar ecografía, si el diagnóstico clínico es incierto Recomendación B
7. No realizar ecografía, en pacientes con cuadro clínico definido de Apendicitis Aguda porque los falsos negativos pueden retrasar el manejo y favorecer las complicaciones Recomendación A
8. El TAC se justifica en el paciente anciano que se están deteriorando y cuyo diagnóstico de apendicitis es difícil por otros medios Recomendación C
9. Los estudio contrastados de colon, la Colonoscopia y la Resonancia Nuclear Magnética, no tienen justificación en casi ningún caso. Recomendación C
10. Solo el Cirujano quién tiene el paciente a su cargo debe decidir el manejo quirúrgico Recomendación C
11. Con la laparoscopia su uso debe ser selectivo de acuerdo a la experiencia del cirujano y a la tecnología, se recomienda para cuando no se ha podido establecer el diagnóstico clínico por medios menos invasivos, para hacer el diagnóstico diferencial con patología ginecológica Recomendación B
12. En la apendicitis no perforada el manejo antibiótico de carácter "profiláctico" (No más de 24 horas) es suficiente, teniendo en cuenta esquemas que incluyan flora aeróbica y anaeróbica Recomendación A
13. En la apendicitis gangrenada o perforada, el esquema antibiótico debe cubrir gram (-) y anaerobios y de carácter "Terapéutico" Recomendación A
14. La asociación de Clindamicina - Gentamicina puede ser usada solo en pacientes sin factores de riesgo ni contraindicaciones para su uso por Hepatotoxicidad Nefrototoxicidad , en lo posible evitar el uso de Aminoglucósidos, en todos los pacientes, si no es factible la medición de niveles séricos. Recomendación A
15. En los pacientes de alto riesgo de toxicidad de antibióticos, el uso de Cefalosporinas de Tercera Generación es una adecuada alternativa Recomendación C

16. El abordaje quirúrgico lo determina el cirujano teniendo en cuenta la presencia o no de peritonitis generalizada Recomendación C
17. La paciente embarazada con apendicitis requiere siempre manejo obstétrico por especialista Recomendación C

## 7.2. Pancreatitis aguda

### 7.2.1. Conclusiones sobre pancreatitis aguda

1. La Pancreatitis Aguda (PA) es infrecuente en menores de 30 años, la frecuencia aumenta con la edad Evidencia tipo III
2. Como causa de Abdomen Agudo ocupa del 7 al 10 lugar, su importancia está dada por la morbilidad, la mortalidad y la dificultad diagnóstica Evidencia tipo III
3. Las Etiologías más frecuentes son alcohol y cálculos biliares. Evidencia tipo III
4. La importancia de la clasificación está dada si es "Edematosa" o si es "Necrotizante", si presenta insuficiencia múltiples de órganos o no y si presenta complicaciones sépticas locales o generalizadas
5. La principal manifestación clínica es el dolor Evidencia tipo III
6. El diagnóstico clínico tiene baja sensibilidad y especificidad, se requiere estudios bioquímicos y de imágenes para confirmar el diagnóstico Evidencia tipo III
7. El Diagnóstico de pancreatitis aguda es un diagnóstico de exclusión Evidencia tipo III
8. Los signos patognomónicos de Cullen y Gray Turner solo se presentan tardíamente y en el 10% de los pacientes Evidencia tipo III
9. De la pancreatitis aguda solo un 25% son severas Evidencia tipo III
10. Los criterios diagnósticos más útiles en las primeras 48 horas son los Criterios de Ranson Evidencia tipo II
11. Los criterios de Severidad más útiles en la evolución de la Enfermedad es el APACHE II y la determinación de el grado de "Insuficiencia de órganos". Evidencia tipo II
12. La determinación del grado de necrosis se relaciona con la presencia de infección Evidencia tipo III
13. El signo que más se relaciona con mortalidad es la presencia de shock Evidencia tipo II
14. La Ecografía debe realizarse en las primeras 48 horas para determinar o descartar su origen biliar Evidencia tipo II
15. La Tomografía es útil en los casos "Severos" de PA, para determinar grado de Necrosis y/o presencia de infección Evidencia tipo III
16. Con el uso de Antibióticos profilácticos en pancreatitis no se observan mejores resultados Evidencia tipo II
17. La Punción con Aguja fina o con catéter fino, es un método útil para determinar infección es una citología aspirativa que implica recolectar la muestra y realizar estudio citológico, determinar número de neutrófilos y o presencia de microorganismos, este toma de muestras incluso aún el lavado pueden realizarse bajo laparoscopia Evidencia tipo II

18. La descontaminación selectiva del Tracto Gastrointestinal en pacientes con Pancreatitis Aguda Severa reduce los índices de mortalidad Evidencia tipo I.
19. El uso de la Somatostatina no modifica el curso clínico de la pancreatitis aguda Evidencia tipo II
20. La Laparotomía Exploratoria "Temprana" en pancreatitis Aguda Necrotizante solo tiene indicación cuándo el diagnóstico no está muy bien definido Evidencia tipo I
21. La Necrosectomía "Temprana" (Antes de las primeras 72 horas) en Pancreatitis Necrotizante Severa, No ofrece ninguna ventaja con relación a la Necrosectomía posterior Evidencia tipo I

### 7.2.2. Recomendaciones sobre pancreatitis aguda

1. En pacientes con sospecha de "Pancreatitis Aguda", descartar patologías quirúrgicas urgentes como Úlcera Perforada, Enfermedad Vascular Mesentérica, Aneurisma de Aorta roto, Colecistitis y Obstrucción Intestinal. Recomendación C
2. Realizar Monitoreo Fisiológico temprano: FC, TA, FR, eliminación urinaria horaria, grado de hidratación Recomendación C
3. Hacer clasificación temprana (Primeras 24 horas) con los criterios de Ranson Recomendación B
4. Realizar Ecografía en las primeras 48 horas para descartar litiasis como causa Recomendación B
5. Si la PA se clasifica como "Severa" hacer seguimiento con Criterios de APACHE II y seguimiento clínico para detectar "insuficiencia de órganos" Recomendación B
6. RX de tórax solo si existe sospecha de Derrame pleural Recomendación C
7. Realizar TAC en Pancreatitis "Severas" con signos sistémicos y de "Insuficiencia de órganos", o ante la sospecha de complicaciones "Locales" Recomendación C
8. En Pancreatitis Aguda leve el manejo médico es suficiente Recomendación C
9. No iniciar Antibióticos en Pancreatitis Aguda no complicada Recomendación B
10. No se recomienda el uso de la Somatostatina en el tratamiento de la pancreatitis Aguda no complicada Recomendación B
11. En Pancreatitis Aguda Severa se justifica la Nutrición Parenteral Temprana Recomendación C
12. Si la pancreatitis Aguda Necrotizante presenta complicaciones sépticas localizadas o generalizadas, se justifica la laparotomía con Necrosectomía y aún la Laparostomía Recomendación A

## 7.3. Diverticulitis aguda

### 7.3.1. Conclusiones sobre diverticulitis aguda

1. El divertículo de Meckel's no es una causa frecuente de abdomen agudo, de los divertículos resecados solo el 10% presentan perforación,

- son generalmente hallazgos incidentales intraoperatorios Evidencia III
2. La diverticulitis del ciego, es infrecuente, su cuadro clínico es indistinguible de la apendicitis, se requiere un alto índice de sospecha, El TAC puede ser una ayuda diagnóstica para una sospecha razonable, generalmente su manejo es médico. Evidencia III
  3. La Diverticulitis de ciego, en ocasiones es indistinguible de CA de Colon Derecho Evidencia III
  4. La Diverticulitis de Colon izquierdo es más frecuente en ancianos y en pacientes inmunocomprometidos. Evidencia II
  5. El cuadro clínico es sospechado clínicamente en 60%, es similar a Apendicitis del lado izquierdo Evidencia III
  6. En 17% de la Diverticulitis del Colon izquierdo existe perforación libre a la cavidad abdominal Evidencia III
  7. La flora en la diverticulitis perforada es aeróbica y anaeróbica Evidencia II
  8. Una opción de manejo si existe absceso es el drenaje percutáneo guiado por TAC Evidencia II
  9. En los pacientes inmunocomprometidos con diverticulitis es más alta la incidencia de shock, de sepsis y la mortalidad. Evidencia III

### 7.3.2. Recomendaciones en diverticulitis aguda

1. En paciente con cuadro de apendicitis atípica tener en mente el diagnóstico de diverticulitis de Ciego y/o Diverticulitis de Meckel's Recomendación C
2. En Paciente de edad y en el paciente inmunocomprometido con cuadro similar a apendicitis del lado izquierdo, tener en mente la Diverticulitis del colon izquierdo Recomendación C
3. El Manejo de la Diverticulitis no complicada de Colon Izquierdo es médico Recomendación C
4. La Colonoscopia y el estudio contrastado de Colon por Enema pueden agravar un cuadro de Diverticulitis, al aumentar la presión intracolónica se puede favorecer la perforación de un divertículo inflamado, su uso solo se recomienda para diagnóstico en pacientes con cuadros de posible diverticulitis no complicada para descartar obstrucción por neoplasias, sin efectuar preparación previa del colon, realizar el procedimiento por un experto y sin utilizar maniobras que aumenten la presión intracolónica Ej. introducción del medio de contraste por gravedad. Recomendación C
5. El Manejo Antibiótico de Diverticulitis debe cubrir Gérmenes gram (-) como E Coli y Anaerobios como B fragilis Recomendación A
6. El Manejo de Diverticulitis con abscesos es susceptible de drenaje percutáneo guiado por TAC Recomendación B
7. El manejo quirúrgico de todas las Diverticulitis está indicado cuando existe perforación a la cavidad abdominal. Recomendación B
8. El manejo quirúrgico de la Diverticulitis debe incluir la resección del segmento comprometido si es posible y/o la derivación con Colostomía Recomendación C



9. No se recomienda la resección y anastomosis primaria como manejo quirúrgico de la Diverticulitis Recomendación C

## 7.4. Colecistitis complicada

### 7.4.1. Conclusiones sobre colecistitis complicada

El cuadro de colecistitis está contemplado en el desarrollo de una Guía clínica de "Colelitiasis" y por esta razón solo enfatizamos en la Colecistitis complicada

1. Las Colecistitis como cuadro de Abdomen Agudo implican un desarrollo de procesos inflamatorios irreversibles como cuadros derivados en Gangrenas, empiemas, perforación, abscesos o colangitis supurativas. Evidencia III
2. La Colecistitis complicada es cada vez más frecuente en los Ancianos, en los Diabéticos, en los hombres y en los pacientes inmunosuprimidos. Evidencia III
3. La Colecistitis complicada con frecuencia se asocia con Enfermedad cardíaca Aterosclerótica, I Renal Crónica, Diverticulosis de Colon y uso de esteroides. Evidencia III
4. En las embarazadas un 40% de las Colecistitis requieren tratamiento quirúrgico Evidencia III
5. En el Paciente con SIDA la Colecistitis complicada es con mayor frecuencia de tipo acalculosa. Evidencia III
6. El cuadro clínico de la colecistitis complicada es con frecuencia indiferenciable de la colecistitis no complicada, pero se presenta con mayor frecuencia la presencia de masa y de signos de compromiso sistémico, fiebre, taquicardia, shock. Evidencia III
7. Los hallazgos paraclínicos como leucocitosis, aumento de las fosfatasas alcalinas, aumento del BUN y alteraciones en las pruebas de función hepática, son más frecuentes en las colecistitis complicadas que en las no complicadas. Evidencia III
8. Los Estudios de imágenes como ECO, TAC, HIDA son útiles para el diagnóstico de colecistitis complicada, pero el más utilizado es la ECO. Evidencia II
9. En las Embarazadas con colecistitis complicada el riesgo de pérdida fetal es mayor en el primer trimestre Evidencia III
10. En pacientes con colecistitis complicada y enfermedades graves concomitantes con alto riesgo quirúrgico, una opción de manejo es la colecistostomía percutánea guiada por ECO o TAC. Evidencia III
11. La colecistectomía laparoscópica es una opción aceptable para el manejo de la colecistitis complicada. Evidencia III
12. En pacientes con colecistitis complicada existe un riesgo de morbilidad por sepsis entre 28 y 66% Evidencia III
13. El riesgo de muerte en el anciano con colecistitis complicada es alrededor de 18%. Evidencia III

## 7.4.2. Recomendaciones sobre colecistitis complicada

1. Sospechar la presencia de colecistitis complicada en pacientes que consultan por Colecistitis y presentan una o más de las siguientes características: Recomendación C
  - Ancianos
  - Diabéticos
  - Con IRC Insuficiencia Renal Crónica
  - Embarazadas
  - Paciente que recibe esteroides
  - Paciente con SIDA
  - Paciente con Diverticulitis asociada
  - Paciente con Enfermedad Cardiovascular Arterioesclerótica
  - Pacientes con masa palpable y/o signos de compromiso sistémico
  - Pacientes con Alteraciones de las pruebas de función hepática
2. En paciente con sospecha de colecistitis complicada practicar ECO en las primeras horas Recomendación C
3. En pacientes con diagnóstico de colecistitis complicada realizar manejo quirúrgico temprano Recomendación C
4. Pacientes embarazadas con Colecistitis Aguda y Pancreatitis, si están en el segundo semestre son susceptibles de manejo con Laparoscopia Recomendación B
5. La Colecistectomía Laparoscópica está contraindicada en pacientes con: Peritonitis generalizada, Shock séptico por colangitis, Pancreatitis Aguda Severa, Cirrosis con hipertensión Portal, Coagulopatía severa y fístula colecisto-entérica Recomendación B
6. En pacientes con colecistitis complicada y alto riesgo anestésico contemplar la posibilidad de realizar colecistostomía percutánea guiada por ECO o TAC Recomendación C
7. En pacientes con colecistitis complicada, prevenir e insistir en la búsqueda de sepsis como complicación Recomendación C

## 7.5. Peritonitis

### 7.5.1. Conclusiones sobre peritonitis

1. La Peritonitis Primaria se produce en pacientes con patologías sistémicas previas, especialmente cuando se acompañan de aumento anormal del líquido intraperitoneal por ejemplo en los cirróticos. Evidencia tipo II
2. La Peritonitis Primaria es monomicrobiana Evidencia II
3. La Peritonitis en pacientes con CAPD se presenta hasta en 1, 3 episodios por año, y es causada por gérmenes que invaden a través del catéter como son el Staphylococcus sp. También son frecuentes Hongos como la Cándida sp. Evidencia III
4. Los signos abdominales en peritonitis primaria no son muy evidentes, generalmente el diagnóstico se hace por análisis del líquido de diálisis

que se torna turbio y presenta conteo de polimorfonucleares > de 250/mm Evidencia III

5. El manejo de la peritonitis primaria es médico en primera instancia. Evidencia I
6. Una vez iniciado el manejo antibiótico en los pacientes con peritonitis por CAPD, a las 48 horas ya se observan signos de mejoría clínica y algunos síntomas pueden persistir hasta las 96 horas Evidencia tipo II
7. No existe consenso sobre la duración de la antibioticoterapia en pacientes con peritonitis por CAPD, pero lo más aceptado está entre 10 y 14 días Evidencia II
8. En peritonitis primaria en cirróticos sin encefalopatía, la Ofloxacina oral es tan efectiva como la Cefotaxima EV Evidencia tipo I
9. Cualquier proceso que conduzca a perforación visceral y/o infección de la cavidad abdominal puede desencadenar una peritonitis secundaria Evidencia II
10. El Lavado peritoneal diagnóstico (LPD) es un recurso en pacientes con sospecha de peritonitis de difícil diagnóstico Evidencia III
11. En peritonitis en general, la medición del ácido láctico en el líquido peritoneal, encontrando cifras muy superiores a la del plasma, puede ayudar a definir el diagnóstico en casos en donde existe dificultad Evidencia III
12. El APACHE II es un sistema validado para predecir la severidad del compromiso sistémico y la mortalidad en el paciente con peritonitis, pero en el paciente con peritonitis puede no existir una correlación de la patología con la severidad. Evidencia tipo II
13. El retardo en el tratamiento de las peritonitis, hace que haya una sobreinfección por gérmenes sinérgicos y se presente la sepsis Evidencia II
14. Los gérmenes más detectados durante la peritonitis bacteriana secundaria son en su orden la E Coli, Anaerobios, Enterococos y Pseudomona Aeruginosa Evidencia tipo I
15. Con alguna frecuencia se aíslan Cándidas sp de la cavidad peritoneal como parte de la flora polimicrobiana en la peritonitis secundaria. Evidencia III
16. Los estudios sobre eficacia de diversos esquemas antibióticos para el tratamiento de peritonitis secundaria no han demostrado que algunos de ellos sean notablemente superior a los demás Evidencia tipo I
17. La Clindamicina puede facilitar la colonización por Clostridium Difficile y producir diarrea Evidencia tipo II
18. El lavado peritoneal postoperatorio con soluciones antibióticas, no ha mostrado ser efectivo para evitar las complicaciones sépticas posteriores y en cambio puede aumentar la formación de adherencias Evidencia tipo II
19. El debridamiento radical, que implica el retiro de todos los depósitos de fibrina del peritoneo parietal y visceral, produce hemorragia excesiva, aumentando la morbilidad, sin ofrecer ventajas en la prevención de las complicaciones sépticas ni en los índices de

mortalidad y está contraindicado en los pacientes de edad. Evidencia tipo II

20. No existen pruebas suficientes, para recomendar la Relaparotomía temprana planeada, en pacientes con peritonitis postoperatoria Evidencia III
21. No se ha demostrado la efectividad del uso de heparina y otras sustancias para disminuir la formación de adherencias en la cavidad peritoneal Evidencia III
22. La mortalidad en pacientes con peritonitis en pacientes mayores de 60 años, es más alta y especialmente si presentan enfermedades crónicas subyacentes Evidencia II
23. La sepsis es la primera causa de mortalidad, en gran parte de estos pacientes debida a la consulta tardía Evidencia III
24. Entre un 5 y un 30% de las peritonitis secundarias persisten acumulaciones de pus o recidivas de la colección Evidencia III
25. No existen en la literatura estudios que confirmen un beneficio real de las nuevas terapias (Ac anti-endotoxina y supresores de la respuesta inmune-inflamatoria), se requiere mayor investigación y no se recomienda su uso. Evidencia III
26. En el abdomen agudo no traumático del adulto, la apendicitis es la primera causa de abscesos residuales Evidencia III
27. Los abscesos residuales pueden ser múltiples en una tercera parte de los casos Evidencia III
28. En los abscesos localizados en órganos sólidos la Ecografía y el TAC son ayudas diagnósticas eficaces Evidencia II
29. En los abscesos residuales interasas, la sensibilidad, la especificidad y la precisión del Tc-99 en el diagnóstico es más alta que la ECO y que el TAC Evidencia tipo II
30. El drenaje percutáneo estándar de abscesos en abdomen y pelvis, tiene una resolución en la mayoría de los casos y es superior en todos los aspectos al drenaje quirúrgico Evidencia tipo II
31. En el paciente con una Laparotomía que presenta en el postoperatorio oliguria y signos de Insuficiencia Renal, es necesario descartar el Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) por hiperpresión Evidencia III
32. En las peritonitis donde no se garantice la eliminación del foco séptico la laparostomía con malla, permite el control de la infección, el manejo secuencial de las lesiones y el acceso rápido a la cavidad abdominal Evidencia III
33. Durante el curso de la peritonitis la mortalidad por sepsis es dependiente del número de órganos que fallen Evidencia III

## 7.5.2. Recomendaciones sobre peritonitis

1. En la Peritonitis Generalizada la Laparotomía mediana, es la mejor vía de acceso. Recomendación C
2. El tratamiento quirúrgico de la peritonitis secundaria implica: eliminar el origen de la contaminación, dejar la cavidad limpia y prevenir la recurrencia de la infección Recomendación B

3. El aspirado de pus y líquido libre en la cavidad abdominal debe hacerse en forma metódica, separando asas, llegando hasta los espacios subfrénicos, goteras, sacos, colecciones inter-asas y el retroperitoneo si es necesario Recomendación B
4. Cuando la contaminación de la cavidad ha sido importante, se requiere antes de cerrar el abdomen, lavar la cavidad con por lo menos 10 litros de solución salina tibia Recomendación C
5. En el paciente con peritonitis, que al cerrar la cavidad abdominal presente dificultades al cierre es necesario tener presente la posibilidad del desarrollo en el postoperatorio del Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) por hiperpresión Recomendación C
6. En peritonitis donde no se garantiza la eliminación del foco séptico la laparostomía con malla es un buen recurso Recomendación C
7. Con solo las bases clínicas, el tratamiento antibiótico debe dirigirse a cubrir el inoculo bacteriano más complejo que es el que se produce cuando hay una perforación de colon, en peritonitis bacteriana secundaria debe incluir agentes activos contra gram (-) como E Coli y bacterias anaerobias como B fragilis Recomendación B
8. Para drogas que cubren el mismo espectro primero se deben considerar los aspectos tóxicos y las complicaciones de las drogas y después los costos. Recomendación C
9. En pacientes ancianos, con disfunción renal o pacientes en estado de shock así mismo a pacientes con grandes pérdidas de líquidos al tercer espacio evitar las combinaciones que incluyen un aminoglucósido Recomendación C
10. En Peritonitis generalizada las combinaciones de Metronidazol + Gentamicina o Clindamicina + Gentamicina tienen igual efectividad Recomendación B
11. No existen diferencias entre los esquemas de Ampicilina-Sulbactam o la Cefoxitina en peritonitis secundaria Recomendación B
12. La duración de la Antibioticoterapia se basa en la consideración del proceso patológico subyacente. Recomendación B
13. Cuando la infección intraperitoneal es generalizada, el tratamiento antibiótico se puede interrumpir cuando el paciente se encuentre afebril, no presente leucocitosis, el recuento de formas en banda sea menor de 3% y el paciente se encuentre bien desde el punto de vista subjetivo. Recomendación C
14. En peritonitis por CAPD, si la respuesta al tratamiento antibiótico no es adecuada, se debe retirar el catéter de diálisis Recomendación B
15. La Relaparotomía programada: está justificada cuando: Recomendación C
  - El cierre de la pared abdominal es difícil y predispone a un Síndrome Compartimental Abdominal
  - La contaminación es masiva, ha permanecido en la cavidad abdominal por tiempo prolongado, o es una peritonitis fecal severa
  - El foco de origen no se puede controlar con un solo lavado: Ej peritonitis purulenta secundaria a cuadros de pancreatitis necrotizante aguda

16. Los pacientes con fiebre persistente y leucocitosis después de 10 días del postoperatorio, debe descartarse la infección intraperitoneal residual Recomendación C
17. La TAC, La Ecografía y aún las técnicas de Medicina Nuclear están justificadas en el diagnóstico de los abscesos, residuales cuando estos no pueden ser identificados por otros medios Recomendación B
18. La TAC y la Ecografía son medios útiles para efectuar drenaje percutáneo guiado de los abscesos intraabdominales simples y únicos. Recomendación B
19. En abscesos únicos y simples el drenaje percutáneo guiado, es la mejor alternativa. Recomendación B
20. Si después de intervenido el paciente por una peritonitis, presenta disfunción orgánica múltiple, es indispensable descartar la sepsis persistente y aún en casos de difícil diagnóstico es justificable la Relaparotomía Recomendación C

## 7.6. Abdomen agudo obstructivo

### 7.6.1. Conclusiones sobre abdomen agudo obstructivo

1. El abdomen agudo de tipo obstructivo es la tercera causa más frecuente de Abdomen Agudo Nivel II
2. El abdomen agudo de tipo obstructivo es más frecuente en el paciente anciano que en el joven Nivel II
3. Las hernias de la pared abdominal y las bridas post-laparotomías son las causas más frecuentes de abdomen agudo obstructivo y su incidencia es similar en la mayoría de las regiones. Nivel III
4. La incidencia global del Vólvulus como causa de abdomen agudo obstructivo, varía por regiones entre rangos muy amplios Nivel III
5. En gran parte de los pacientes con abdomen agudo obstructivo por Vólvulus existen antecedentes de episodios previos de volvulación Nivel III
6. El dolor abdominal en el abdomen agudo obstructivo es de tipo cólico en la mayoría de los casos Nivel III
7. Lo más importante en el diagnóstico del Abdomen Agudo obstructivo es identificar los signos de isquemia y/o necrosis intestinal (estrangulación) Nivel II
8. El mecanismo que más se relaciona con isquemia intestinal es el Vólvulus, le siguen las hernias y posteriormente las adherencias Nivel III
9. La sensibilidad clínica para reconocer la estrangulación es baja Nivel III
10. Los datos de laboratorio no presentan una significancia estadística para establecer si la obstrucción está dada por asas viables o no viables Nivel III
11. Los factores que mas se correlacionan con la estrangulación son: tiempo mayor de 3 días, taquicardia, sensibilidad abdominal, signo de rebote,

- leucocitosis > 12.000/mm<sup>3</sup>, vómito fecaloide y obstipación, RX con múltiples niveles hidroaéreos Nivel III
12. En el paciente anciano son menos frecuentes los signos clínicos de estrangulación Nivel III
  13. El retardo en el diagnóstico en los Vólvulus de colon es el principal factor de riesgo de la isquemia intestinal Nivel III
  14. En cuadros de obstrucción intestinal, cuando existe isquemia, las amilasas pueden estar elevadas Nivel III
  15. El diagnóstico del RX simple de abdomen en la obstrucción intestinal sigue siendo útil, los principales hallazgos son las asas dilatadas y los niveles hidroaéreos. Nivel III
  16. Cuando la obstrucción del colon por Vólvulus no es irreversible, ni presenta signos de isquemia, existe la posibilidad de manejo endoscópico por descompresión Nivel III
  17. En las obstrucciones por hernias el tratamiento quirúrgico no debe retrasarse por la gran incidencia de estrangulación Nivel III
  18. La mortalidad de los pacientes con abdomen agudo obstructivo es mayor si están viejos o debilitados Nivel III
  19. En pacientes con radioterapia previa, la mortalidad por resección intestinal es alta Nivel III

### 7.6.2. Recomendaciones sobre abdomen agudo obstructivo

1. las Nauseas, el Vómito, y la Anorexia no son patognomónicos de la obstrucción Intestinal porque se presentan en todos los cuadros de Abdomen Agudo, pero si están ausentes es importante descartar otra causa de abdomen agudo, diferente de la Obstrucción Intestinal. Recomendación C
2. Los RX de Abdomen están justificados en los cuadros de Abdomen Agudo Obstructivo cuyo origen no son las hernias, tomados en posición vertical o lateral con rayo horizontal Recomendación C
3. Si el paciente con cuadro de Obstrucción Intestinal presenta vómito fecaloide es necesario descartar estrangulación, si no cuenta con medios diagnósticos, se justifica la Laparotomía temprana Recomendación C
4. El cuadro de Obstrucción Intestinal por Hernias, Justifica la Cirugía temprana Recomendación C
5. El diagnóstico clínico y Radiológico de Vólvulus justifica la Laparotomía temprana Recomendación C
6. El manejo de los pacientes con Obstrucción Intestinal por bridas no complicados es de tipo médico con Sonda Naso- Gástrica, succión, y reemplazo de líquidos y electrolitos. Recomendación B
7. Los pacientes con cuadros de obstrucción intestinal por bridas con duración del cuadro mayor de 48 a 72 horas y sin mejoría, presentan un alto riesgo de isquemia intestinal, se recomienda el manejo quirúrgico Recomendación C
8. En pacientes con múltiples laparotomías previas, con falla cardíaca o

con Infartos de miocardio previos el manejo del cuadro de obstrucción intestinal debe ser preferiblemente conservador. Recomendación C

9. En la obstrucción Intestinal por adherencias el manejo es quirúrgico solo cuando no responde al manejo conservador o cuando existen signos presuntivos de isquemia, sensibilidad abdominal, dolor de rebote, fiebre, leucocitosis Recomendación C

## 7.7. Abdomen agudo perforativo

### 7.7.1. Conclusiones sobre abdomen agudo perforativo

1. El Modelo de Abdomen Agudo perforativo es la perforación por Úlcera Péptica, pero todas las vísceras del abdomen son susceptibles de perforación, especialmente las vísceras huecas Evidencia tipo III
2. Las vísceras más susceptibles de presentar perforación no traumática a excepción del apéndice cecal son el estómago y el duodeno, se excluye de esta categoría el apéndice, dado que ya fue referido en el abdomen agudo inflamatorio Evidencia tipo III
3. En el intestino delgado generalmente las perforaciones son infrecuentes, distales, y las causas más comunes son neoplasias, adherencias y cuerpos extraños Evidencia tipo III
4. La úlcera perforada es más frecuente en hombres que en mujeres Evidencia tipo III
5. La úlcera perforada está disminuyendo su incidencia como cuadro de abdomen agudo en la población joven, pero está aumentando en el paciente anciano Evidencia tipo III
6. La úlcera gástrica es más frecuente en pacientes mayores de 60 años, así mismo son los que presentan más "Úlceras gigantes" cuya perforación supera los 2 cm Evidencia tipo III
7. Los mayores de 60 años con úlcera péptica usualmente presentan retardo en su diagnóstico clínico Evidencia tipo III
8. El dolor más frecuente de la úlcera perforada es continuo y agravado por la inspiración Evidencia tipo III
9. En la úlcera perforada la mayoría de los pacientes presentan dolor generalizado a la palpación abdominal Evidencia tipo III
10. Los pacientes que reciben esteroides y tienen úlcera péptica perforada, usualmente no presentan signos peritoneales Evidencia tipo III
11. En pacientes con Úlcera péptica perforada y amilasas elevadas, generalmente están más enfermos, presentan más shock, la perforación es más grande y tienen más de 12 horas de perforadas Evidencia tipo III
12. La presencia de shock al ingreso en el paciente con Úlcera péptica perforada es signo de mal pronóstico Evidencia tipo II
13. En los pacientes con úlcera perforada e hiperamilasemia la mortalidad se relaciona con el nivel sérico de amilasas Evidencia tipo III
14. El aire libre intraperitoneal está en los RX simples en más de la mitad de los pacientes Evidencia tipo III



15. En el paciente con sospecha de perforación por úlcera péptica perforada, si no se observa aire libre a los RX se justifica buscar la perforación por otros medios como RX contrastados y endoscopias Evidencia tipo III
16. El tratamiento de la úlcera perforada por laparoscopia, está mostrando buenos resultados, es posible un adecuado lavado de la cavidad y la reparación de la perforación, pero requiere experiencia y su uso debe ser selectivo Evidencia tipo II
17. Las complicaciones respiratorias son muy frecuentes en pacientes con Úlcera péptica perforada, siempre deben prevenirse y buscarse en el postoperatorio Evidencia tipo III
18. La muerte postoperatoria es igual en los grupos a quienes se les realiza tratamiento definitivo o cierre simple Evidencia tipo I
19. La mortalidad es 3, 6 veces más alta en la úlcera gástrica que en la úlcera duodenal Evidencia tipo III

### 7.7.2. Recomendaciones sobre abdomen agudo perforativo

1. En el cuadro de Abdomen Agudo perforativo se justifican los RX de Tórax en posición vertical para descartar la presencia de Neumoperitoneo Recomendación C
2. En pacientes con úlcera gástrica y prepilórica perforada debe siempre tomarse biopsia para descartar origen neoplásico Recomendación C
3. En pacientes con úlcera gástrica y prepilórica perforada debe siempre tomarse biopsia para descartar la presencia del *Helicobacter Pylori* y establecer su tratamiento Recomendación C
4. El cierre simple en las úlceras pépticas perforadas debe evitarse siempre que el tratamiento definitivo sea posible, porque tiene un gran índice de recurrencia Recomendación B
5. Excluyendo los siguientes factores de riesgo, (choque preoperatorio, Enfermedad concurrente, Duración de la perforación > de 24 horas, Peritonitis purulenta, Úlcera aguda (Síntomas < de 3 meses), y Cirugía para Enfermedad ulcerosa previa) se recomienda el manejo definitivo de la Úlcera Péptica Perforada Recomendación A
6. En los pacientes con úlcera perforada > de 2 cm perforados Se recomienda el tratamiento definitivo de la úlcera Recomendación B
7. En el paciente con Ca Gástrico perforado la recomendación es el cierre primario con epiploplastia Recomendación C
8. La Vagotomía proximal sin procedimiento de drenaje es solo una opción quirúrgica Recomendación C

## 7.8. Abdomen agudo vascular

### 7.8.1. Conclusiones sobre abdomen agudo vascular

1. Cualquier órgano o estructura que se rompa a la cavidad abdominal, o que desencadene isquemia de órganos ya sea por bajo flujo y/o

- obstrucción vascular, puede producir un abdomen agudo de tipo vascular Evidencia tipo III
2. Las causas más graves de abdomen agudo vascular son el aneurisma de aorta roto y la Enfermedad Vasculad Mesentérica (Isquemia, Trombosis arterial y/o trombosis venosa) Evidencia tipo III
  3. Las causas más frecuentes de abdomen agudo con hemorragia intraabdominal son el Embarazo ectópico y la ruptura de quistes de ovarios Evidencia tipo III
  4. Existen múltiples causas de hemoperitoneo, y reportes de casos inusuales de hemoperitoneo espontáneo sin causa aparente (Apoplejia Abdominal) Evidencia tipo III
  5. El aneurisma de aorta roto es uno de las catástrofes más graves como causa de abdomen agudo
  6. El aneurisma de aorta roto, es más frecuente en hombres que en mujeres Evidencia tipo III
  7. El aneurisma de aorta roto es más frecuente en pacientes mayores de 60 años Evidencia tipo III
  8. En el aneurisma de aorta roto la edad es una variable considerada como factor de riesgo de mortalidad Evidencia tipo III
  9. En pacientes con aneurisma de aorta roto un porcentaje importante tenían diagnóstico previo del aneurisma Evidencia tipo III
  10. Los pacientes con aneurisma diagnosticado previamente, generalmente se les ha contraindicado la cirugía electiva por enfermedades asociadas Evidencia tipo III
  11. Estos pacientes presentan antecedentes importantes como: Enfermedad arterioesclerótica del corazón, Hipertensión, Enfermedad periférica oclusiva, Enfermedad cerebro-vascular, Enfermedad renal previa, Diabetes, o son fumadores Evidencia tipo III
  12. En los pacientes con aneurisma de aorta roto, la dorsalgia es el primer síntoma en ocasiones con imposibilidad para la marcha Evidencia tipo III
  13. El signo más común en los pacientes con aneurisma de aorta roto es la masa palpable, pero en pacientes obesos esta palpación es difícil. Evidencia tipo III
  14. En los pacientes con aneurisma de aorta roto, la equimosis en el flanco no es frecuente Evidencia tipo III
  15. La duración de los síntomas es un factor muy importante y se relacionan con mortalidad. Evidencia tipo III
  16. La mortalidad en Aneurisma roto es alta Evidencia tipo III
  17. En los pacientes con aneurisma de aorta roto, la ausencia de shock preoperatorio es el factor predictivo de sobrevida más importante Evidencia tipo III
  18. La duración de la isquemia visceral es el factor más importante en el desarrollo de insuficiencia de órganos, las complicaciones están directamente relacionadas con la duración del clampeo, especialmente si son aneurismas localizados por encima de las arterias renales Evidencia tipo III

19. Las Enfermedades Vasculares Mesentéricas agudas: Trombosis, Embolias, Isquemia no oclusiva, son causas poco frecuentes de abdomen agudo, pero su frecuencia está aumentando Evidencia tipo III
20. Las Enfermedades Vasculares Mesentéricas agudas son más frecuente en mayores de 50 años, con arritmias, en pacientes que usan diuréticos o vasoconstrictores Evidencia tipo III
21. Las Enfermedades Vasculares Mesentéricas Agudas como causa de abdomen agudo, se requiere un alto índice de sospecha por su alta mortalidad Evidencia tipo III
22. En la isquemia mesentérica no oclusiva el síntoma más común es el dolor abdominal intenso y súbito (desproporcionado en relación con los hallazgos al examen físico) Evidencia tipo III
23. En las Enfermedades Vasculares Mesentéricas agudas los signos abdominales son mínimos Evidencia tipo III
24. En cuadros de Isquemia Mesentérica, los niveles de Amilasa se elevan Evidencia tipo III
25. En la Enfermedad vascular mesentérica, si la sospecha es de enfermedad No oclusiva, se puede intentar la angiografía, y se puede intentar el manejo con Papaverina Evidencia tipo II
26. En las Enfermedades vasculares mesentéricas el aumento de la mortalidad está dado por: la dificultad en realizar diagnóstico antes que se desarrolle la gangrena intestinal, el curso progresivo y rápido del infarto intestinal, de compromiso local a compromiso sistémico, la edad avanzada y por las enfermedades asociadas y multisistémicas Evidencia tipo III

### 7.8.2. Recomendaciones sobre abdomen agudo vascular

1. Paciente femenina en edad Gestacional con dolor abdominal y anemia descartar Embarazo Ectópico roto. Recomendación C
2. En pacientes con sospecha de Embarazo Ectópico roto en quienes la Ecografía no es concluyente, un recurso útil es la culdocentesis Recomendación C
3. En pacientes con sospecha de Embarazo Ectópico roto en quienes el diagnóstico no es concluyente, un recurso útil es la laparoscopia, así mismo es una posibilidad terapéutica Recomendación B
4. En pacientes con Abdomen agudo vascular con sospecha de hemorragia intraperitoneal, la paracentesis es un procedimiento de mayor riesgo que la culdocentesis Recomendación C
5. Paciente anciano con dolor abdominal severo y shock, sospechar Aneurisma de aorta roto Recomendación C
6. Paciente Anciano con dolor Abdominal y arritmias sospechar Enfermedad Vascular Mesentérica Recomendación C
7. En los pacientes ancianos con Abdomen Agudo Vascular se requiere EKG para determinar Infarto de Miocardio previo, grado de disfunción miocárdica y/o grado de isquemia miocárdica Recomendación C

8. En los pacientes ancianos con Abdomen Agudo Vascular se requiere descartar enfermedad vascular de otro origen (Cardiovascular, Cerebral, periférico) Recomendación C
9. En la Enfermedad mesentérica no oclusiva, el manejo debe dirigirse a corregir las causas como ICC, arritmias, Etc. Recomendación B

## 7. 9. Dolor abdominal no específico (NSAP)

### 7.9.1. Conclusiones dolor abdominal no específico (NSAP)

1. El porcentaje de pacientes con diagnóstico de NSAP, se reduce en los diagnósticos realizados por los médicos con mayor experiencia Evidencia III
2. El porcentaje de pacientes con diagnóstico de NSAP, se reduce en los diagnósticos de los médicos que realizan una adecuada historia clínica y un completo examen físico Evidencia II
3. El (NSAP) debe considerarse un diagnóstico de exclusión Evidencia III
4. El dolor abdominal en pacientes considerados como "Grupos Especiales", presenta consideraciones adicionales que es necesario tener en cuenta, la mayoría de estos pacientes consultan por patologías específicas, pero a su ingreso, las manifestaciones suelen ser oscuras Evidencia III
5. En los pacientes con diagnóstico de NSAP se presentan con mayor frecuencia factores con Ansiedad y Depresión que en los pacientes con Dolor abdominal específico Evidencia III
6. Los pacientes jóvenes son en su mayoría los que más consultas realizan por NSAP y el grupo de edad más frecuente es el de 18 años Evidencia III
7. El sexo que más consultas realiza por NSAP es el sexo femenino Evidencia III
8. La localización inicial del dolor en hipogastrio es la que con mayor frecuencia termina en diagnóstico de NSAP Evidencia III
9. La mayoría de pacientes con NSAP presentan duración del dolor > de 24 horas. Evidencia III
10. En la mayoría de los pacientes con NSAP el dolor es de tipo "Visceral". Evidencia III
11. En la mayoría de los pacientes con NSAP el dolor no es severo, generalmente es continuo, o cólico y sin factores agravantes frecuentes Evidencia III
12. Los síntomas que acompañan a los pacientes con dolor NSAP, generalmente no son bien definidos, son vagos e inespecíficos. Evidencia III
13. La anorexia en pacientes con diagnóstico de NSAP es menos frecuente que en pacientes con diagnóstico de dolor abdominal específico Evidencia III

14. Los signos de irritación peritoneal pueden estar presentes en los pacientes con NSAP, pero su frecuencia es menor que en los pacientes con dolor abdominal de causa específica Evidencia III
15. Los diagnósticos específicos más comunes que se llegan a hacer en pacientes con diagnóstico de NSAP al ingreso son: las enfermedades ginecológicas, las infecciones urinarias, las Gastritis/ Úlcera péptica, y el colon irritable Evidencia III
16. El diagnóstico que más se hace equivocado en estos pacientes con NSAP es Apendicitis Aguda Evidencia II

### 7.9.2. Recomendaciones sobre pacientes con NSAP

1. La clasificación del paciente como NSAP debe realizarse después de descartar las causas más comunes del Abdomen Agudo. Recomendación C
2. Los factores asociados más importantes a considerar, porque ayudan a identificar gran parte de los cuadros de dolor abdominal específico de conducta quirúrgica son: Recomendación C
  - Antecedentes quirúrgicos previos
  - Pacientes de "Grupos Especiales"
  - Dolor menor de 48 horas
  - Dolor seguido de vómito y signos y síntomas bien definidos
  - Defensa abdominal y signo de rebote al examen físico de ingreso
3. En los pacientes denominados "Grupos Especiales" se deben agotar los recursos diagnósticos de manera temprana para descartar patologías graves cuyas manifestaciones clínicas no son muy evidentes Recomendación B
4. El paciente con dolor abdominal no específico, que presente signos adicionales debe insistirse en la búsqueda de una patología quirúrgica especialmente cuando presenta taquicardia, leucocitosis y/o otros signos de compromiso sistémico Recomendación B
5. En los pacientes con dolor abdominal no específico es importante identificar enfermedades previas causantes del dolor, ingesta previa de medicamentos, dado que las causas pueden ser secundarias, especialmente las enfermedades de origen gastrointestinal como Gastritis, Úlcera péptica, parasitarias y vírales, también deben considerarse las causas extra-abdominales Recomendación C
6. Identificar factores psicosociales es importante en pacientes jóvenes en quienes el diagnóstico inicial no es claramente identificable y se han descartado las causas más comunes de dolor abdominal. Recomendación C
7. Las patologías que con mayor frecuencia son responsables de las dificultades diagnósticas en el dolor abdominal y por lo tanto deben ser descartadas son las ginecológicas, urinarias, gastritis, enteritis y colon irritable Recomendación C
8. Al paciente con NSAP no se debe instaurar tratamiento sintomático, dado que el dolor es tolerable en la mayoría de los casos Recomendación C

## 8. RESUMEN GLOBAL

El Dolor abdominal agudo es una de las más frecuentes consultas quirúrgicas de Urgencias de los Hospitales generales y el estudio del Dolor abdominal Agudo es la base del diagnóstico del "Abdomen Agudo".

La certeza diagnóstica al ingreso por manifestaciones clínicas solo se alcanza en la mitad de los pacientes porque los síntomas y los signos son compartidos por todas las patologías comprometidas en el Síndrome llamado "Abdomen Agudo".

Existen de acuerdo a las etiologías posibles diversos grados de dificultad diagnóstica que van de lo muy fácil a lo muy difícil, en una tercera parte de los pacientes con dolor abdominal agudo no se logra comprobar diagnóstico

El Síndrome del "Abdomen Agudo", posee un amplio espectro como "Enfermedad" porque abarca múltiples etiologías y esto plantea grandes dificultades para orientar diagnóstico e identificar rápidamente la causa del dolor.

La convergencia de estas múltiples patologías hace que se comprometan múltiples especialidades médicas como el Médico General, el Cirujano, el Gineco-Obstetra, el Urólogo, el Geriatra, el Intensivista, el Cardiólogo, el Internista y otros. Esta parcelación del conocimiento médico hace aún más complejo el enfoque del paciente con Abdomen Agudo.

Las respuestas más urgentes que debe resolver el médico ante un paciente con dolor abdominal son:

1. Requiere el paciente hospitalización?: Solo de 3 de cada 10 pacientes que consultan por dolor abdominal agudo requieren hospitalización
2. Requiere el paciente tratamiento quirúrgico inmediato?
3. Cuál es el Diagnóstico y Cuál es el tratamiento más conveniente?.

La Guía clínica sobre "Abdomen Agudo" solo pretende servir de orientación en el enfoque Diagnóstico y Terapéutico del paciente con "Abdomen Agudo" sin pretender limitar la capacidad del médico para actuar.

Dada la importancia del establecimiento del diagnóstico etiológico en el Abdomen Agudo, basado en la elaboración de una Historia Clínica completa, incluimos la "Guía Semiológica", obtenida de la exploración de conceptos de Expertos, recopilados de la literatura explorada.

Las Clasificaciones de Abdomen Agudo aceptadas en la Guía, son las más sencillas y corresponden a los objetivos propuestos, están básicamente orientadas a establecer "Grupos de pacientes" por "Estado del compromiso y por prioridades" y a establecer "Etiologías" por "Mecanismos de producción".

Las "Patologías" tenidas en cuenta en la presente guía, no corresponden al total de las etiologías de complejo sindromático que conforma el cuadro de "Abdomen Agudo", solo representan "Modelos", por tal motivo solo se incluyen las patologías que se observan con mayor frecuencia y en ningún se pretende desarrollar una guía completa de todas y cada una de las patologías revisadas.

Algunas etiologías comunes en el cuadro de "Abdomen Agudo", por ejemplo la enfermedad inflamatoria pélvica y otras, no se incluyen por considerar que deben ser objeto de nuevas guías.

Las Orientaciones adicionales de la presente Guía, están referidas como "Conclusiones" y "Recomendaciones" en cada uno de los tópicos explorados y se derivan de una búsqueda de los hechos que sobre el tema están sustentados con evidencia y en donde existe consenso de los expertos que elaboraron la presente guía.

## 9. DEFINICION DE TERMINOS

- ABDOMEN AGUDO: Cuadro abdominal agudo caracterizado por dolor abdominal, que exige identificación temprana de su etiología para la definición temprana de su manejo
- ABDOMEN AGUDO FALSO: Cuando se determina su origen extra-abdominal, o su evolución no es necesariamente irreversible y es a su vez "Médico"; es decir es susceptible de manejo no Quirúrgico.
- ABDOMEN AGUDO VERDADERO: Cuando se determina su origen en estructuras intra-abdominales y es a su vez "Quirúrgico", es decir la causa desencadenante es progresiva e irreversible y sin el manejo quirúrgico el paciente fallece.
- ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO: Se produce cuando ocurren fenómenos inflamatorios y/o infecciosos localizados en un área o generalizados a toda la cavidad abdominal y que producen inflamación e irritación del peritoneo. Pueden ser secundarios a abdomen agudo de origen vascular, obstructivo o perforativo.
- ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO: Se produce cuando ocurren fenómenos obstructivos mecánicos o no, comprometen estructuras huecas localizados en la cavidad abdominal y producen fenómenos que impiden el paso de contenidos.
- ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO: Corresponde a estados de perforaciones viscerales usualmente de vísceras huecas, usualmente con patologías previas, y que pueden convertirse en abdomen agudo de tipo inflamatorio o hemorrágico (Vascular)
- ABDOMEN AGUDO VASCULAR: Corresponde al abdomen agudo derivado de cuadros que producen isquemia y/o hemorragia intra-abdominal o retroperitoneal, puede ser secundario al abdomen agudo obstructivo o al perforativo
- CITOLOGÍA ASPIRATIVA CON CATÉTER FINO: es equivalente a la Citología con aguja fina para tumores sólidos, con cánula No 14 se pasa un catéter a la cavidad peritoneal, se localiza en el sitio de mayor dolor, se aplica presión negativa con jeringa de 5 cc y la muestra obtenida se le realiza estudio citológico, número de células blancas y estudio bacteriológico
- DOLOR VISCERAL: Dolor en las vísceras, desencadenado por tracción, distensión o dilatación y por la contracción fuerte, especialmente en las vísceras huecas, es profundo, difuso, no se acompaña de defensa abdominal ni contractura y no se acompaña de signo de rebote
- DOLOR VISCERO-PARIETAL O "REFERIDO": Es el mismo dolor visceral pero sus impulsos se transmiten por las fibras viscerales a los dermatomas somáticos y su localización es periférica
- DOLOR PARIETAL: Se produce por: estímulo en el peritoneo parietal que cubre toda la cavidad abdominal y el mesenterio, pero la sensibilidad es mayor en la pared anterior del abdomen, es intenso, localizado, produce defensa, contractura muscular y dolor de rebote
- DOLOR ABDOMINAL NO ESPECÍFICO (NSAP): Dolor abdominal cuya etiología no se ha podido esclarecer



- PERITONITIS PRIMARIA: Infecciones peritoneales establecidas por procesos no derivados de órganos intraabdominales y no susceptibles de excisión
- PERITONITIS SECUNDARIA: Presencia de exudado purulento en la cavidad abdominal, provenientes de una fuente orgánica intraabdominal
- PERITONITIS TERCIAria: Es la peritonitis que se produce en paciente previamente enfermo con peritonitis secundaria donde los mecanismos de defensa se han agotado y la cavidad abdominal es invadida usualmente por gérmenes que son normalmente saprófitos, pero que aquí se convierten en patógenos como las Pseudomonas, Enterobacterias y otro
- SEPSIS: Respuesta sistémica a la infección, caracterizada por dos o más de las siguientes condiciones: Fiebre  $> 38$  o  $< 36$  Grados C, FC  $> 90$ /min, FR  $> 20$ /min, PaCO<sub>2</sub>  $< 32$  mmHg, Leucocitos  $> 12.000$  /mm o  $< 4.000$ /mm con  $> 10\%$  de formas inmaduras
- GRUPOS "ESPECIALES": Grupos de pacientes que presentan características diferenciales del abdomen agudo ya sea en la etiología, en las manifestaciones clínicas o en la Morbi-Mortalidad.
- SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL (SCA): Aumento anormal de la presión intraabdominal con consecuencias fisiológicas como disminución del Gasto Cardíaco, aumento de la Resistencia Vascular periférica, y disminución del Retorno Venoso.
- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MÚLTIPLE DE ÓRGANOS: Presencia de funciones orgánicas alteradas, en pacientes que no pueden mantener la homeostasis sin intervención médica

## BIBLIOGRAFIA

1. Acea Nebriil B.. et al: Acute abdomen in anticoaguled patients. Its assessment and the surgical indications: Rev Clin Esp, 1995; 195:7, 463-7
2. Ackerman N B, Sillin L F, Suresh K: Consequences of Intraoperative Bile: Bile Ascites Versus Bile Peritonitis: Am J Surg:149; 244-46
3. Adams ID; Chan M; Clifford PC; Cooke WM; Dallos V; de Dombal FT; Edwards MH; Hancock DM; Hewett DJ; McIntyre N: Computer aided diagnosis of acute abdominal pain: a multicentre study: Br Med J (Clin Res Ed), 1986 Sep 27, 293:6550, 800-4
4. Agarwal N, Pitchumoni: Assessment of Severity in Acute Pancreatitis: Am J Gastroenterol 1991; 86; 10; 1385- 91
5. Alexander P, Schuman E, Vetto R M: Perforation of the Colon in Immunocompromised Patient: Am J Surg; 1986; 152:557-61
6. Alexander-Williams; De Adhesiones cause pain?: BMJ;1987; 294; 659-60
7. Alvarado A: A practical score the early diagnosis of acute appendicitis: Ann Emerg Med. 1986;15; 557-564
8. Allen J R, Helling T S, Langenfeld: Intraabdominal Surgery During Pregnancy; The Am J of Surg 158; 1989; 567-569
9. al-Saigh AH C-reactive protein in the differential diagnosis of the acute abdomen, especially acute appendicitis: J R Coll Surg Edinb, 1992; 37:4, 238-40
10. Anjum WM, et al; Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertility and Sterility, 1996;65;6; 1093-9
11. Anónimo: Abdomen Agudo ; ISS; Guías de Manrjo Clínico: Tribuna Medica; 1991; 83; 3; 111-4
12. Anónimo: Dolor Abdominal ; ISS; Guías de Manrjo Clínico: Tribuna Medica; 1993; 88; 6 ;436-40
13. Anonymous: Clinical policy for the initial approach to patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. American College of Emergency Physicians: Ann Emerg Med, 1994; 23:4, 906-22
14. Anonymous: Acute Pain Management ( Clinical Guide ) : NIH; [http:// Text. nlm. nih. gov/ftps/tocviews](http://Text.nlm.nih.gov/ftps/tocviews)
15. Anonymous: Acute pain management: operative or medical procedures and trauma, Part 2. Agency for Health Care Policy and Research: Clin Pharm, 1992; 11:5, 391-414
16. Anonymous:Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) peritonitis treatment recommendations: 1989 update. The Ad Hoc Advisory Committee on Peritonitis Management: Perit Dial Int, 1989, 9:4, 247-56
17. Anonymous: Decisiones diagnósticas y terapéuticas: impacto en los costos y en la calidad de vida del paciente: Iladiba; 1996; 8; 32-34
18. Arias E J, Serrano M. : Apendicitis: Experiencia en el Hospital Ramón Gonzalez Valencia: Cirugía; 9;4; 1994; 201-206
19. Babaknia A, Parsa H, Woodruff J D: Appendicitis During Pregnancy: Obstetrics and Gynecol 1977; 50:1; 40-4
20. Baigrie RJ; Saidan Z; Scott-Coombes D; Hamilton JB; Katesmark M; Vipond MN; Paterson-Brown S; Thompson JN: Role of fine catheter peritoneal cytology and laparoscopy in the management of acute abdominal pain: Br J Surg, 1991; 78:2, 167-70

21. Baigrie RJ; Scott-Coombes D; Saidan Z; Vipond MN; Paterson-Brown S; Thompson J: The selective use of fine catheter peritoneal cytology and laparoscopy reduces the unnecessary appendectomy rate. : *Br J Clin Pract*, 1992 Autumn, 46:3, 173-6
22. Ballantyne G H, Brandner M D, Beart R W, Ilstrup D M: Volvulus of the Colon: Incidence and Mortality: *Ann Surg*; 1985; 202; 83-92
23. Banks P A: Practice Guidelines in Acute Pancreatitis: *The Am J of Gastroenterol*; 1997; 92:3; 377-386
24. Barker A; Mayou R: Psychological factors in patients with non-specific abdominal pain acutely admitted to a general surgical ward. : *J Psychosom Res*, 1992; 36:8, 715-22.
25. Bar-On Z; Ohry A: The acute abdomen in spinal cord injury individuals: *Paraplegia*, 1995; 33:12, 704-6
26. Barone J E, Gingold B S, Arvanitis M L, Nealon T F: Abdominal pain in patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome: *Ann Surg*, 1986; 204; 6; 619-23
27. Barr LL: Sonography in the infant with acute abdominal symptoms: *Semin Ultrasound CT MR*, 1994; 15:4, 275-89
28. Bass E B, Pitt H A, Lillemo D: Cost-Effectiveness of Laparoscopic: Cholecystectomy Versus Open Cholecystectomy: *Am J Surg*; 1993; 165; 466-71
29. Bates D W, Cook E F, Goldman L, Lee T H: Predicting Bacteremia in Hospitalized Patients: A prospectively Validated Model: *Am Coll Phy; Ann Inter Med*; 1990; 113; 495-500
30. Beger HG: Surgical management of necrotizing pancreatitis: *Surg Clin North Am*, 1989; 69:3, 529-49
31. Bendsen AK; Bjørnskov I:[Strangulation ileus of the small intestine—the significance of CT in the diagnostic procedure]: *Ugeskr Laeger*, 1997; 27, 159:5, 605-6
32. Bennet DH, Tarnbeur LM, Campbell WbB Use of coughing test to diagnose peritonitis: *BMJ*. 1994; 308:1336
33. Berne T V, Yellin A W, Appleman M D, Heseltine P N: Antibiotic Management of Surgically Treated Gangrenous of Perforated Appendicitis: *Am J of Surg*; 1982; 144; 8-13
34. Birkmeyer J D, Birkmeyer O N: Decision analysis in surgery: *Surgery*; 1996; 120; 1; 7-12
35. Bizer LS, Liebling RW, Delaney HM, et al: Small Bowel obstruction. *Surgery* 89:407-16, 1981
36. Bode W E, Beart R W, Spencer R J, Culp C E, Wolf B G, Taylor B M: Colonoscopic Decompression for Acute Pseudoobstruction of the Colon (Ogilvie's Syndrome); *Am J Surg*; 1984; 147; 243-9
37. Boey J, Choi S K, Alagatnam T T, Poon A : Risk Stratification in Perforated Duodenal Ulcers: A Prospective Validation of Predictive Factors: *Ann Surg*; 1987; 22-6
38. Boey J, Lee N W, Koo J, Wong J, Ong G B: Immediate Definitive Surgery for Perforated Duodenal Ulcers: A Prospective Controlled Trial. *Ann Surg* ;1982; 196: 338-344
39. Bohnen JM; Mustard RA; Schouten BD : Steroids, APACHE II score, and the outcome of abdominal infection. *Arch Surg*, 1994; 129:1, 33-8
40. Bohnen J M; Solomkin J S; Dellinger E P; Bjornson H S; Page C P: Guidelines for clinical care: anti-infective agents for intra-abdominal infection. A Surgical Infection Society policy statement: *Arch Surg*, 1992; 127:1; 83-9
41. Boley S J, Sprayegan S, Siegelman S S, Veith F J: Initial results from an aggressive roentgenological and surgical approach to acute mesenteric ischemia: *Surgery*; 1977; 82; 6; 848-55
42. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaub WA, Schein RM, Sibbald WJ: accp/sccm Consensus Conference: Definitions For Sepsis and Organ Failure and Guidelines For the Use of Innovative Therapies in Sepsis CONSENSUS; *Chest*; 1992; 101:6; 1644-55

43. Bongard F, Landers D, Lewis F: Differential Diagnosis of Appendicitis and Pelvic Inflammatory Disease: A prospective Analysis: *The Am J Surg* 1985; 150; 90-6
44. Bradley E: a Fifteen Years Experience With Open Drainage for Infected Pancreatic Necrosis: *Surg Gynecol Obst*; 1993; 177; 3; 215-22
45. Bradley E L III: A Clinically based classification system for acute Pancreatitis: Summary of the Atlanta International Symposium: *Arch Surg* 1993; 128: 586-590
46. Bradley E L, Allen K: A prospective longitudinal study of Observation Versus Surgical Intervention in the Management of Necrotizing Pancreatitis: *Am J Surg*; 1991; 16;1; 19-24
47. Brendan H, Smithers B M, Schache D, Wall D, Miller B J, Menzies B L: Laparoscopic versus Open Appendectomy Prospective Randomized Trial: *World J Surg*; 1996; 20; 17-21
48. Brewer R J, Golden G T, Hitch D C, Rudoff L E, Wangenstein S L; Abdominal Pain: An Analysis of 1.000 Consecutive Cases in a University Hospital Emergency Toom: *Am J Surg*; 1976; 131; 219-23
49. Brooke A, Glass N R, Sollinger H: Neutropenic Enterocolitis in Adults: Review of the Literature and Assessment of Surgical Intervention: *Am J Surg*; 1985; 149; 405-408.
50. Bruppacher R; Gyr N; Fisch T; Abdominal pain, indigestion, anorexia, nausea and vomiting. *Baillieres Clin Gastroenterol*, 1988; 2:2, 275-92
51. Buchler M W, Binder M, Friess H; Role of somatostatin and its analogues in the treatment of acute and chronic pancreatitis: *Gut* 1994; supplement 3: S15 - S19.
52. Buchman T G, Zudeima G D: Reasons for Delay of the Diagnosis of Acute Appendicitis: *Surg Gynecol Obstet*; 158; 260-266; 1984
53. Burkhart C : Guidelines for rapid assessment of abdominal pain indicative of acute surgical abdomen: *Nurse Pract*, 1992; 17:6, 39, 43-6, 49
54. Burns G P, Stein T A, Kabnick L S: Bloos-Pancreatic Juice Barrier to Antibiotic Excretion: *Am J Surg*; 1986; 151; 205-8
55. Busuttill R W, Davidson R K, Fine M, Tompkins R K: Effect of Prophylactic Antibiotics in Acute Nonperforated Appendicitis: *Ann Surg*; 1981; 194; 4; 502-9
56. Cadena M, Andrade E, Supelano G: Laparostomia; *Rev Col Cirugía*: 1990; 5; 3; 147-153
57. Camacho J; Nieto J A: Abdomen Abierto vs Laparostomías y Cierre del Abdomen: *Rev Col Cirugía*: 1993; 8; 4; 239-47
58. Canadian Metronidazole-Clindamycin Study Group: Prospective, randomized comparison of metronidazole and clindamycin, each with gentamicin, for the treatment of serious intra-abdominal infection: *Surgery*; 1983; 1; part 2; 221-9
59. Carr-Locke D L: Role of Endoscopy in Gallstone Pancreatitis; *Am J of Surg*; 1993; 165; 519-21
60. Cassina P; RÅothlin M; LargiadÄer F: [Efficacy of basic surgical diagnosis in acute abdominal pain]: *Chirurg*, 1996; 67:3, 254-60
61. Chappuis Ch W: Diverticulitis Cólica perforada: *Clin Quir North Am*: 1988;2; 329- 42
62. Chatila W, Manthous C A: Clostridium Difficile causing sepsis and acute abdomen in critically ill patients: *Crit Care Med* 1995;23:6: Williams & Wilkins1146-50
63. Chen SC; Chang KJ; Wei TC; Yu SC; Wang SM: Can cecal diverticulitis be differentiated from acute appendicitis?: *J Formos Med Assoc*, 1994; 93:3; 263-5
64. Choi F T, Lai E: Prognosis in acute pancreatitis: an alternative to Ranson's criteria: *The Am J Gastroenterol* 1990; 85;10; 1425-6
65. Chridtiansen J, Andersen O B, Bonnesen T, Baekgaard N: Perforated duodenal ulcer managed by simple closure versus closure and proximal gastric vagotomy: *Br J Surg* 1987; 74; 286-7

66. Christou N V; Barie P S; Dellinger E P; Waymack J P; Stone H H: Surgical Infection Society intra-abdominal infection study. Prospective evaluation of management techniques and outcome: Arch Surg, 1993; 128:2, 193-9
67. Christou NV; Turgeon P; Wassef R; Rotstein O; Bohnen J; Potvin M: Management of intra-abdominal infections. The case for intraoperative cultures and comprehensive broad-spectrum antibiotic coverage. The Canadian Intra-abdominal Infection Study Group: Arch Surg, 1996; 131:11, 1193-201
68. Clarke J SA, Condon R E, Bartlett J G, Gorbach S L, Nichols R L, Ochi S, et al: Preoperative Oral Antibiotics Reduce Septic Complications of Colon Operations: Results of Prospective, Randomized, Double-blind Clinical Study: Ann Surg; 1977; 186; 3; 251-8
69. Consten E CJ Van Lansschot JJ B, Henny Ch P, Slors J F M, Danner S A, Brummelkamp: General Operative aspects of Human Immunodeficiency Syndrome and acquired Immunodeficiency Syndrome: J Am Coll Surg, 1995; 180; 366-80
70. Cook D J, Mulrow C D, Haynes B: Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions: American College of Physician: Ann of Intern Med; 1997; 126; 5 376-80
71. Corman M L, Veidenheimer M C, Collier J A: Controlled Clinical Trial of Three Suture Materials for Abdominal Wall Closure After Bowel Operations; The Am J Surg: - 1981; 141; 510-513
72. Costa OL; Colombo CA; Faintuch J:[Postoperative complications in acute abdomen: prospective study of 586 patients]: Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo, 1990; 45:2, 61-6
73. Cox MR, McCall J L Toulis J, Padbury R T, Wilson T G, Wattochowt D, Langcake M: Prospective Randomized Comparison of Open versus Laparoscopic Appendectomy in Men: World J Surg: 1996; 20; 263-66
74. Crist D W, Fishman E K, Scatarige J C, Cameron J: Acute Diverticulitis of the Cecum and Ascending colon Diagnosed by Computed Tomography: Surg Gynecol Obstet: 1988; 166; 2; 99-102
75. Crofts T J, Park K , Steelt R, Chung S , Arthur K C: A Randomized trial of Nonoperative Treatment for Perforated Peptic Ulcer: The New Engl J of Med; 1989; 320;15; 970-3
76. Cruse P, Foord R: Epidemiología de las infecciones de heridas: Clin Quir North Am: 1980; 1; 25-38
77. Curran J W: Vertical Transmission of HIV: Lancet 1988; 2 ;1057-8
78. Davidson T, Allen-Mersh, Miles A J G, Gazzard B, Wastell C, Vipond M, Stotter A, Miller R F, Fieldman N R, Slack W W: Emergency Laparotomy in patients with AIDS: Br J Surg, 1991; 78; 924-6
79. Dayton M, Kleckner S C, , Brown D K: Peptic Ulcer Perforation Associated With Steroid Use: Arch Surg; 1987; 122; 376-380
80. de Dombal FT:Acute abdominal pain in the elderly: J Clin Gastroenterol, 1994; 19:4, 331-5
81. de Dombal F T: The OMGE acute abdominal pain survey. Progress report, 1986: Scand J Gastroenterol Suppl, 1988, 144:, 35-42
82. De Dombal F T; Leaper D J; Horrocks J C; Staniland J R; McCann A P: Human and computer-aided diagnosis of abdominal pain: further report with emphasis on performance of clinicians: Br Med J, 1974; 2, 1:904, 376-80
83. Dean L, Antonson: Abdominal Pain: Gastrointestinal Endoscopic Clinic North Am: 1994; 4; 1; 2-21
84. DeBakey ME, Crawford E S, Cooley D A, Morris G C, Royster T S, Abbot W R: Aneurysm of the Abdominal Aorta: Analysis of Results of Grafts Replacement Therapy One to Eleven Years After Operation: Ann Surg; 1964; 160; 622-639.
85. Delaurrier G A, Ivey R K, Johnson R H: Peritoneal Fluid Lactic Acid and Diagnostic Dilemmas in Acute Abdominal Disease: Am J of Surg; 1994; 167; 302-4
86. Dellinger E P: Sistemas de puntuación para valorar a pacientes con sépsis quirúrgica: Surg Clin North Am, 1988; 1;133-58

87. Demartines N; Herzog U; Tondelli P; Harder F: [Meckel's diverticulum: surgical complications]: *Helv Chir Acta*, 1992; 59:2, 325-9
88. Diamont S M, Emmett M, Henrich W L: Bowel Infarction as a Cause of Death in Dialysis Patients: *JAMA*: 1986; 18; 2545-7
89. Dickinson JC: From process to policy: a generic prescription for test over-utilization in the emergency department: *Fam Pract Res J*, 1987 Fall, 7:1, 12-21
90. Dietrich J: Bedside Ultrasonographic Evaluation of Hemoperitoneum: The Time Has Come: *Acad Emerg Med*; 1995; 2;7; 575-6
91. Dixon J. M; Elton R. A; Rainey J. B; Macleod D. A: Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen; *BMJ*, 1991; 302:6773, 386-8
92. Dixon N P, Faddis D M, Silberman H: Aggressive Management of Cholecystitis During Pregnancy: *Am J Surg*:1987; 154; 292-4
93. Dunlop MG; King PM; Gunn AA: Acute abdominal pain: the value of liver function tests in suspected cholelithiasis: *J R Coll Surg Edinb*, 1989; 34:3, 124-7
94. Ermolov AS; Zharakhovich IA; Norman IM; Khubua NN: [Emergency laparoscopy in the examination of middle-aged and elderly patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity]: *Vestn Khir*, 1988; 140:2, 124-8
95. Escallon J , Higuera J A: Enfermedad diverticular: experiencia en la FSFB, 1983-1990: Revisión de la literatura: *Rev Col Cirugía*; 1992; 7; 1; 9-16
96. Eschenbach DA; WÅolner-Hanssen P; Hawes SE; Pavletic A; Paavonen J; Holmes KK: Acute pelvic inflammatory disease: associations of clinical and laboratory findings with laparoscopic findings: *Obstet Gynecol*, 1997; 89:2, 184-92
97. Eskelinen M; Ikonen J; Lipponen P: Contributions of history-taking, physical examination, and computer assistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction. A prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain: *Scand J Gastroenterol*, 1994; 29:8, 715-21
98. Esselstyn CB Jr, Humphries AW, Young JR, Beven E G, Wolfe V G: Aneurysmectomy in the aged? *Surgery* 1970; 67: 1; 34-9
99. Fabri P J, Rosemurgy A: Reoperación para obstrucción del intestino delgado: *Surg Clin North Am*, 1991;1; 131-45
100. Fan S, Lai E, Mok F P, Lo Ch, Zheng S, Wong J: Prediction of the Severity of Acute Pancreatitis: *Am J Surg* 1993; 166; 262-9
101. Faught W E, Jeffery J. G, Nelson E. W. : Splenic Abscess: Presentation, Treatment Options, and Results: *The Am J of Surg*; 158; 1989 ; 612-614
102. Felice P R, Trowbridge P E, Ferrara J J: Evolving Changes in the Pathogenesis and Treatment of the Perforated Gallbladder: *Am J Surg*: 1985; 149; 466-73
103. Feliciano D, Bitondo C G, Burch J M, Mattox K L, deBaKey M E: Emergency Management of Perforated Peptic Ulcers in the Elderly Patient: *Am J Surg*: 1984; 148;764-67
104. Fenyo G: Acute Abdominal Disease in the elderly: *The Am J Surg*; 143; 1982; 751-754.
105. Fernandez-Cruz et al: *Necrotizing Pancreatitis in Spain: Acute Pancreatitis : Diagnosis and Therapy: Bradley III*: Raven Press Ltd: New York; 1994; 145- 9
106. Ferrada R: *Abdomen Agudo: Urgencias Quirúrgicas; Fisiopatología y Semiología: Capitulo 4*; Pg 49-61
107. Ferrada R: *Abdomen Agudo: Urgencias Quirúrgicas: Diagnóstico y Manejo: Capitulo 17*; Pg 165-172
108. Ferraris V A: Laparotomy for Potential Abdominal Sepsis in Patients With Multiple-Organ Failure: *Arch Surg*; 1983; 118: 1130-1133

109. Fiedler H; Thiele G: [The value of clinical and paraclinical parameters in the diagnosis of acute abdominal diseases as based on the patient material of a medical clinic]: *Z Gesamte Inn Med*, 1978; 33:7, 215-7
110. Finch WT: A prospective study to determine the efficacy of antibiotics in acute pancreatitis: *Ann Surg*; 1976; 183; 667-671.
111. Flamant Y; Zantain OL; Barge J:[Questionable appendectomies] : *Rev Prat*, 1992; 42:6, 697-700
112. Fraser SC; Smith K; Agarwal M; Bates T: Psychological screening for non-specific abdominal pain: *Br J Surg*, 1992; 79:12, 1369-71
113. Frazee R C, Roberts J W, Symmonds R E, Snyder S, Hendricks J C, Smith R W, Custer M D, Harrison B: A Prospective Randomized Trial Comparing Open Versus Laparoscopic Appendectomy: *Ann Surg*; 1994; 219; 6; 725-31
114. Frazee R C; Bohannon W T: Laparoscopic Appendectomy for Complicated Appendicitis: *Arch surg* 1996, 131: 509-512
115. Fry D E, Osler T: Consideraciones sobre la pared abdominal y complicaciones en la cirugía de repetición: *Surg Clin North Am*, 1991;1;1-11
116. Fry D E, Clevenger F W: Cirugía de repetición para abscesos intraabdominales: *Surg Clin North Am*, 1991;1; 159-75
117. Fry D E, Garrison R N, Heitch R C, et al: Determinants of death in patients with intraabdominal abscess; *Surgery*;1980; 88; 517
118. Fry D E: Insuficiencia de Múltiples órganos y Sistemas: *Surg Clin North Am*, 1988;1;115-32
119. Fry DE ; Noninvasive imaging tests in the diagnosis and treatment of intra-abdominal abscesses in the postoperative patient; *Surg Clin North Am* 1994; 74;3: 693-709
120. Fry DE ; The importance of antibiotic pharmacokinetics in critical illness; *Am J Surg* 1996;172;6A: 20S-25S
121. Fry DE; Antibiotics in surgery. An overview; *Am J Surg* 1988; 155;5A; 11-15
122. Gagliardi, PD Haffer et al; Correlative imaging in abdominal infection: an algorithmic: *Semin Nucl Med*. 1988;18; 320-34
123. Geis WP; Kim HC: Use of laparoscopy in the diagnosis and treatment of patients with surgical abdominal sepsis: *Surg Endosc* 1995; 9:2, 178-82
124. Gerding D N, Olson M M, Johnson S, Peterson L, Lee J T: Clostridium difficile Diarrhea and Colonization after Treatment with Abdominal Infection Regimens Containing Clindamycin or Metronidazole: *Am J Surg*; 1990; 159; 212- 7
125. Gerzof S G, Johnson W C, Robbins A H, Nabeth D C: Intrahepatic Pyogenic Abscesses: Treatment by Percutaneous Drainage: *Am J Surg*; 1985; 149; 487-94
126. Gill B D, Jenkins J R: Eficacia en proporción al costo en la evaluación inicial del tratamiento de cuadros abdominales agudos: *Clin Q North Am*; 1996; 1; 71-81
127. Gill M A, Chenella F C, Heseltine PN, Appleman M D, Yellin A E, Berne T V, Feldman M J, Sharon D: Cost Analysis of Antibiotics in the Management of Perforated or Gangrenous Appendicitis: *Am J Surg*; 1986; 151; 200-4
128. Gjorup Y, Roikjaer O et al: A Double-Blind Multicenter Trial of Somatostatin in the Treatment of Acute Pancreatitis: *Surg Gynecol Obst*: 1992; 175;397-400
129. Gomez A, Wood M: Acute Appendicitis during Pregnancy: *Am J Surg*: 1979; 137; 180-3
130. González A, Minó M, Fontes J, Suárez J F, Pinel L M, Espinosa M D, Miranda J A, Vivaldi M: Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Maternofetal implications: *Rev Esp Enferm Dig*; 1996; 88; 11; 780-4

131. Gray DW; Dixon JM; Seabrook G; Collin J: Is abdominal wall tenderness a useful sign in the diagnosis of non-specific abdominal pain?: *Ann R Coll Surg Engl*, 1988; 70:4, 233-4
132. Greenburg A, Saik R, Farris J, et al: Operative mortality in general surgery. *Am J Surg* 1982; 144:22-28
133. Greenfield S, Komaroff A L, Pass T M, Anderson H, Nessim: Efficiency and Cost of Primary Care by Nurses and Physician Assistants: *The New Engl J of Med*; 1978; 298; 6; 305-9
134. Halassz N A: Subphrenic Abscess: *JAMA*; 1970; 214; 4; 724-6
135. Hale D A , Jaques D P, Molloy M, Pearl R H, Schutt D C, Davis J C: Appendectomy: Improving Care Through Quality Improvement: *Arch Surg*, 1997; 132: 153 - 7
136. Hall J C, Mills B, Nguyen H, Hall J L: Methodologic standars in surgical trials: *Surgery*; 1996; 119 ;4; 466-72
137. Hallerback B, Anderson C, Englund N, Nihlberg A, Wahlstrom: A Prospective Randomized Study of Continuous peritoneal lavage postoperatively in the treatment of Purulent Peritonitis: *Surg Gynecol & Obstet*; 1986; 163;433-6
138. Hamid SK, Soctt NB: Continous coeliac plexus blockade plus intermittent wound infiltration with bupivacaine following upper abdominal surgery: a double-blind randomised study *Acta Anaesthesiol Scans*. 1992; 36:6, 534-9
139. Harada R, Whelan T: Surgical Management of Cecal Diverticulitis: *Am J Surg*; 1993; 166; 666- 71
140. Harward TR; Welborn MB 3rd; Martin TD; Flynn TC; Huber TS; Moldawer LL; Seeger JM : Visceral ischemia and organ dysfunction after thoracoabdominal aortic aneurysm repair. A clinical and cost analysis. : *Ann Surg*, 1996; 223:6, 729-36
141. Hau T; Ohmann C; WolmershÅauser A; Wacha H; Yang Q Sande : Planned Relaparotomy vs relaparotomy on demand in the treatment of intra-abdominal infections. The Peritonitis Study Group of the Surgical Infection Society-Europe. *Arch Surg*, 1995; 130:11, 1193-7
142. Hawthorn IE: Abdominal pain as a cause of acute admission to hospital [see comments]: *J R Coll Surg Edinb*, 1992; 37:6, 389-93
143. Hay J\_M Lacaine F, Kohlmann G, Fingerhut A: association for Surgical Research: Immediate Definitive Surgery for Perforated Duodenal Ulcer Does Not Increase Operative Mortality: A prospective Controlled Trial: *World J Surg*; 1988; 12; 705-9
144. Hedderich G, Wexler M J, McLean A, Meakins J L: The septic abdomen: Open management with Marlex mesh with a zipper: *Surgery*; 1986; 399-408
145. Heij H A, Veen H F, Eggink W F, Obertop H: Timing of Surgery for Acute Biliary Pancreatitis: *Am J surg*; 1985; 149; 371-4
146. Herron PW; Jesseph J E, Harkins H N: Analysis of 600 Major Operations in Patients Over 70 Years of Age: *Ann Surg* 1960; 152; 686-98
147. Hiatt J R, Hiatt J G, Williams R A, Klein S R: Biliary Disease in Pregnancy: Strategy for Surgical Management: *Am J Surg*; 1986; 151; 263-5
148. Hiatt J R: Management of the acute abdomen. A test of judgement: *Postgrad Med*; 1990; 87:5, 38-42
149. Hickey M. S; Kiernan G. J; Weaver K. E ; Evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*, 1989; 7:3, 437-52
150. Hill L M, Symmonds R E: Small Bowel Obstruction in Pregnancy: A Review and Report of Four Cases: *Obst Gynecol*: 1976; 49; 2; 170-3
151. Hoffmann J; Kurgan A; Abramowitz HB:Rectal temperature in the diagnosis of acute lower abdominal pain: *Isr J Med Sci*, 1983; 19:6, 505-7
152. Hoffmann J, Lindhard A, Jensen H-E: Appendix Mass: Conservative Management Without Interval Appendectomy: *The Am J of Surg*; 148; 1984; 379-382.



153. Hoffmann J; Rasmussen OO:[Diagnostic aids in acute appendicitis]: *Ugeskr Laeger*, 1989; 151:32, 2012-6
154. Honein K; Yaghi C: [Multiple amebic liver abscess]: *J Med Liban*, 1996, 44:1, 44-7
155. Horattas MC, Gyton DP, Wu D: A Reappraisal of appendicitis in the elderly. *Am J Surg*; 1990; 160:291-293.
156. Houghton PWJ, Jenkinson LR, Donaldson LA: Cholecystectomy in the elderly: A prospective study. *Br J Surg*; 1985; 72: 220-222.
157. Howard T J, Plaskon LA, Wiebke, Wilcox M G, Madura J A: Nonocclusive Mesenteric Ischemia Remains a Diagnostic Dilemma: *Am J Surg*: 1996; 171; 405-8
158. Howard T J, Wiebke E A, Mogavero G, Kopecky K, Baer J C, Sherman S, Hawes R H, Lehman G A, Goulet R J, Madura J A: Classification and Treatment of Local Septic Complications in Acute Pancreatitis: *Am J Surg*; 1995; 170; 44-50
159. Howie CR; Gunn AA:Temperature: a poor diagnostic indicator in abdominal pain: *J R Coll Surg Edinb*, 1984; 29:4, 249-51
160. Howe H J, Casali R E, Westbrool K C, Thompson B W, Read R C: Acute Perforations of the Sigmoid Colon Secondary to Diverticulitis: *Am J Surg*; 1979; 137; 184-7
161. Hu Xiaohan, Wright J G, McLeod R S, Lossing A: Observational studies as alternatives to randomized clinical trials in surgical clinical research: *Surgery*; 1996; 119; 4; 473-5
162. Hunt J L: Generalized Peritonitis: *Arch Surg*; 1982;117; 209-12
163. Irvin TT Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions: *Br J Surg*, 1989; 76:11, 1121-5
164. Jansen R P: Failure of Peritoneal Irrigation with Heparin during Pelvic Operations upon Young Women to Reduce Adhesions: *Surg Gynecol Obstet*; 1988; 166; 154-60
165. Jefferey B S: Approach to the Acute Abdomen: *Medical Clinics of North Am*; 1989; 73; 6
166. Jeffrey S, Ratner LE, Magnuson TH, Zenilmon ME: Acute Abdomen in the Hemodialysis Patient population: *Surgery*: 1995; 117;5; 494-497.
167. Jenkins PL: Psychogenic abdominal pain: *Gen Hosp Psychiatry*, 1991; 13:1, 27-30
168. Johnson GL; Fishman EK: Using CT to evaluate the acute abdomen: spectrum of urinary pathology: *AJR Am J Roentgenol*, 1997; 168:1, 273-6
169. Joyce PR; Bushnell JA; Walshe JW; Morton JB: Abnormal illness behaviour and anxiety in acute non-organic abdominal pain: *Br J Psychiatry*, 1986; 149:, 57-62
170. Jordan H J: Ulcera péptica perforada: *Clin Quir North Am*: 1988;2; 343-60
171. Jordan S J. Kovalcik P J Schwab CW: Appendicitis with a palpable Mass; *Ann Surg* 1981; 193; 227-9
172. Kallinowski F: Diagnosescore fur akute Bauchschmerzen: *Chirurg*; 1995; 66;4; 460.
173. Kao CH; Lin HT; Wang YL; Wang SJ; Liu TJ : Tc-99m HMPAO-labeled WBC scans to detect appendicitis in women. : *Clin Nucl Med*, 1996; 21:10, 768-71
174. Karimagni I, Porter K, Langevin E, Banks P A: Prognostic Factor in Sterile Pancreatic Necrosis: *Gastroenterology* 1992; 103; 1636- 40
175. Karthaus M; Prahst A; Geissler RG; Hertenstein B; Degenhardt F; Ganser A: Acute abdomen due to endometriosis as a diagnostic and therapeutic challenge in the treatment of acute myelocytic leukemia: *Ann Hematol*, 1997; 74:1, 29-31
176. Keane WF; Everett ED; Golper TA; Gokal R; Halstenson C; Kawaguchi Y; Riella M; Vas S; Verbrugh HA: Peritoneal dialysis-related peritonitis treatment recommendations. The Ad Hoc Advisory Committee

- on Peritonitis Management. International Society for Peritoneal Dialysis: *Perit Dial Int*, 1993, 13:1, 14-28
177. Kettunen: Emergency abdominal surgery: *Hepatogastroenterology*;1995; 42;2; 106-8.
  178. Knaus W A, Draper E A, Wagner D P, Zimmerman J E: APACHE II: A severity of disease classification system: *Crit Care Med*; 1985; 13; 818-829
  179. Koepsell T D, Inui T S, Farewell V T: Factors affecting perforation in acute appendicitis: *Surg Gynecol Obstet*; 1981; 153; 508-10
  180. Kollef MH; Allen BT: Determinants of outcome for patients in the medical intensive care unit requiring abdominal surgery: a prospective, single-center study: *Chest*, 1994; 106:6, 1822-8
  181. Koperna T; Schulz F : Prognosis and treatment of peritonitis. Do we need new scoring systems?: *Arch Surg*, 1996; 131: 2, 180-6
  182. Korzets Z; Korzets A; Golan E; Zevin D; Bernheim J: CAPD peritonitis-initial presentation as an acute abdomen with a clear peritoneal effluent: *Clin Nephrol*, 1992; 37:3, 155-7
  183. Koudelka J; Preis J; Králová E a M: [Diagnostic value of the rectal examination and the difference in axillo-rectal temperatures in acute appendicitis in childhood]: *Rozhl Chir*, 1991; 70:1-2, 36-41
  184. Kronborg O: treatment of perforated sigmoid diverticulitis: a prospective randomized trial: *Br J Surg*; 1993; 80; 505-7
  185. Kum C K, Isaac J R, Tekant Y, Ngoi S S, Goh P M Y: Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: *Br J Surg* 1993; 80;4;: 535
  186. Light RW; Exudative pleural effusions secondary to gastrointestinal diseases: *Clin Chest Med*;1985;6:1;103-11
  187. Laine S, Rantala A, Gullichsen R, Ovaska J: Laparoscopic appendectomy-is it worthwhile?: A Prospective, randomized study in young women: *Surgical Endoscopy*; 1997; 11;2; 95-97
  188. Lantto EH: Leucocytes labelled with 99mTc-HMPAO in the detection of abdominal abscesses: *Eur J Surg*, 1991; 157:8, 469-72
  189. Lanzafame R: Laparoscopic Cholecystectomy during Pregnancy: *Surgery*;1995;118 ;4; 627-33
  190. Larvin M, McMahon M J: APACHE II Score for Assessment and Monitoring of Acute Pancreatitis: *Lancet*; 1989; 201-204
  191. Lau W Y, Fan S T, Yiu T F, Chu K W: Acute appendicitis in the elderly. *Surg Gynecol Obstet*; 161:157-160, 1985.
  192. Lau W-Y, Leung K-L, Kwong K\_H, Davey Y C, Robertson Ch, Dawson J, Chung S C, Li A K: A Randomized Study Comparing Laparoscopic Versus Open Repair of Perforated Peptic Ulcer Using Suture or Sutureless Technique: *Ann Surg*; 1996; 234; 131-8
  193. Leape L , Ramenofsky ML: Laparoscopy for Questionable Appendicitis: *Ann Surg*; 1980; 191; 410-3
  194. Lehmann K; Villiger P; Jenny M: [Negative appendectomies can be decreased by improved clinical assessment alone]: *Helv Chir Acta*, 1992; 58:6, 837-40
  195. Lennard E S, Dellinger E P, Wertz M J, Minshew B H: Implications of Leukocytosis and Fever at Conclusion of Antibiotic Therapy for Intra-abdominal Sepsis: *Ann Surg*; 1982; 195; 1; 19-24
  196. Lester W: Isquemia Mesentérica: *Clin Quir North Am*: 1988; 2; 361-86
  197. Liddington MI; Thomson WH : Rebound tenderness test [see comments] :*Br J Surg*, 1991; 78:7, 795-6
  198. Lossing A, Hatswell E M, Wright J G, Hu Z, McLeod R S: Diagnostic test studies: *Biotechnology assessment: Surgery*; 1996; 120; 1; 1-6
  199. Lucha PA Jr: Spontaneous hemoperitoneum: *J Am Osteopath Assoc, JAOA*, 1996; 96:6, 364-5

200. Luiten E J, Hop W C, Lange J F, Bruining H A: Controlled Clinical Trial of Selective Decontamination for the Treatment of Severe Acute Pancreatitis: *Ann Surg*; 1995; 222;1; 57-65
201. Mannick J A, Whittermore D: Tratamiento de los aneurismas rotos o sintomáticos de la aorta abdominal: *Clin Quir North Am*: 1988; 2; 411-20
202. Mart/Éin-Vivaldi R; Nogueras F; Garc/Éia Montero M; Quintero D; De Teresa FJ: [Emergency laparoscopy. A 20-year experience]: *Rev Esp Enferm Dig*, 1995; 87:4, 305-8
203. Martin L C, Puente Y, Sosa J, Bassin A, Breslaw R, McKenney M G, Ginzburg E: Open Versus Laparoscopic Appendectomy: A Prospective Randomized Comparison: *ANN Surg*: 1995; 222; 3; 256-62
204. Masters K, Levine B A, Gaskill H V, Sirinek K R: Diagnosing Appendicitis During Pregnancy: *The Am J of Surg*; 1984; 148; 768-771
205. Maul K Y, Reath D B: Pneumogastrograph in the Diagnosis of Perforated Peptic Ulcer: *Am J Surg*: 1984; 148; 340-5
206. McClean K L, Sheehan G J, and Harding G K M: Intraabdominal Infection: A Review: *Clinical Infectious Diseases*; 19; 1994; 100-16
207. McLeod R S, Wright J G, Solomon M J, Hu Xiaohan, Walters B C: Randomized controlled trials in surgery: Issues and problems: *Surgery*; 1996; 119; 4; 473-5
208. McLoughlin-RF; Mathieson-JR: Imaging and intervention in abdominal emergencies: *Baillieres-Clin-Gastroenterol*. 1995; 9;1: 1-19
209. McNeill KM; Capp MP; Dallas WJ; Martinez R: Standardization of network addressing in picture archiving and communications systems utilizing the ISO OSI protocols: *Comput Methods Programs Biomed*, 1992; 37:4, 311-8.
210. Meakins J L, Solomkim J S, Allo M D, Dellinger P; Howard R J, Simmons R L: A Proposed Classification on intra-abdominal Infections: *Arch Surg*; 1984; 119; 1372-1378
211. Meckel's diverticulum : surgical guidelines at last?: *Lancet*; 1983; 2; 8347; 438- 439
212. Mendelsohn HS; Turner C; Ouslander JG; Rubenstein LZ; Martin S: Assessment protocols for acute medical conditions: *J Gerontol Nurs*, 1986; 12:7, 17-21
213. Mendes da Costa PR, Lurquin PH: Gastrointestinal surgery in the aged. *Br J surg*; 1993; 80: 329.
214. Merine D S, Fishman E K, Jones B, Nussbaum A R, Simmons Th: Right Lower Quadrant Pain in the Immunocompromised Patient: CT Findings in 10 Cases: *AJR*; 1987; 149; 1177-9
215. Merrell R C: The Abdomen as Source of Sepsis in Critically Ill Patients: *Gastrointestinal Emergences; Critical Care clinics*; 1995; 11; 2; 255-71
216. Meyers M A, Feldberg M A, Oliphant M: Grey Turner, s sign and Cullen, s sign in acute pancreatitis: *Gastrointest Radiol*; 1989; 14;1; 31-7
217. Mier J, Luque-de León E, Castillo A, Robledo F, Blanco R: Early Versus Late Necrosectomy in Severe Necrotizing Pancreatitis: *The Am J Surg* 1997; 173; 71-5
218. Miettinen P; Pasanen P; Salonen A; Lahtinen J; Alhava E : The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen: *Ann Chir Gynaecol*, 1996, 85:1, 11-5
219. Moore J; Bartholomeusz D; Wycherley A; Devitt P; Toulli J; Drew P: 99m Technetium labelled leucocyte scanning in acute lower abdominal pain: can it reduce the negative appendectomy rate?:*Aust N Z J Surg*, 1995; 65:6, 403-5
220. Muehlhausen VL; Blount BW: Clostridium difficile colitis presenting as an acute abdomen: case report and review of the literature: *J Fam Pract*, 1997; 44:1, 97-100
221. Mueller PD; Benowitz NL: Toxicologic causes of acute abdominal disorders: *Emerg Med Clin North Am*, 1989; 7:3, 667-82

222. Munson J L: Tratamiento de la sepsis intraabdominal: Surg Clin North Am, 1991;6; 1229-39
223. Mutgi A; Williams JW; Nettleman M : Renal Colic. Utility of the Plain Abdominal Roentgenogram: Arch Intern Med, 1991; 151:8, 1589-92
224. Naik KS; Ness LM; Bowker AM; Robinson PJ: Is computed tomography of the body overused? An audit of 2068 attendances in a large acute hospital:Br J Radiol, 1996; 69:818, 126-31
225. Narayanan M, Styeinheber FU: The changing face of peptic ulcer in the elderly. Med Clin North Am 60:1159, 1976.
226. Nathens A B, Rotstein O D: Opciones terapéuticas en caso de peritonitis: Surg Clin North Am 1994; 3; 719-36
227. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement on Gallstone and Laparoscopic Cholecystectomy; Am J of Surg ;1993; 165; 390-8
228. Navasa M; Follo A; Llovet JM; Clemente G; Vargas V; Rimola A; Marco F; Guarner C; FornÆe M; Planas R;
229. BaÑares R; Castells; L; Jimenez De Anta MT; Arroyo V; RodÆes J: Randomized, comparative study of oral ofloxacin versus intravenous cefotaxime in spontaneous bacterial peritonitis: Gastroenterology, 1996 ; 111:4, 1011-7
230. Neoptolemos JP, Carr-Locke D L, London N J: Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones: Lancet 1988; 2; 979-83
231. Nivatvongs S: Low Pelvic Abscesses: A Technique of Drainage Using a Small Trocar Catheter: Am J Surg; 1986; 151;
232. Nordback I; Harju E : Inflammation parameters in the diagnosis of acute appendicitis: :Acta Chir Scand, 1988; 154:1, 43-8
233. Nussbaum MS, Schusterman MA: Management of giant duodenal ulcer: Am J Surg; 1985; 149: 357.
234. Nyhus LL M, Vitelo J M, Condon R E: Dolor Abdominal: Guía para el diagnóstico rápido; Panamericana
235. Nylander W A: Cuadro Abdominal agudo en el huesped inmunosuprimido: Clin Quir North Am: 1988; 2; 501-516
236. O'Byrne JM; Dempsey CB; O'Malley MK; O'Connell FX: Non-specific abdominal pain in pre-menopausal women [see comments]: Ir J Med Sci, 1991; 160:11, 344-6
237. Ohmann C, Wittman D H, Wacha H: Prospective evaluation of prognostic scoring system in peritonitis: Eur J Surg; 1993; 159; 2; 267; 74
238. Ohmann C; Kraemer M; JÅager S; Sitter H; Pohl C; Stadelmayer B; Vietmeier P; Wickers J; Latzke L; Koch B; et al: [Acute abdominal pain—standardized findings as diagnostic support. Results of a prospective multicenter intervention study and testing of a computer-assisted diagnosis system];Chirurg, 1992; 63:2, 113-23.
239. Orient JM: Evaluation of abdominal pain: clinicians' performance compared with three protocols: South Med J, 1986; 79:7, 793-9
240. Orr RK , et al; Ultrasonography to evaluate adults for appendicitis: decision making based on meta-analysis and probabilistic reasoning: Acad Emerg Med, 1995; 2, 7; 644-50
241. Ospina J A: Abdomen Agudo: Rev Col Cirugía; 1996; 11; 156-67
242. Pace S; Burke TF: Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain [see comments]: Acad Emerg Med, 1996; 3:12, 1086-92
243. Pacelli F; Doglietto GB; Alfieri S; Piccioni E; Sgadari A; Gui D; Crucitti F: Prognosis in intra-abdominal infections. Multivariate analysis on 604 patients. Arch Surg, 1996; 131:6, 641-5

244. Paolucci V; Gutt CN; Schaeff B; Encke A: Gasless laparoscopy in abdominal surgery: *Surg Endosc*, 1995; 9:5, 497-500
245. Paterson B: *Emergency Laparoscopy Surgery: Br J surg* 1993; 80; 279-283
246. Pedersen H, Finster M: Anesthetic Risk in the Pregnant Surgical Patient: *Anesthesiology*; 1979; 51; 439-51
247. Pederzoli P, Bassi C, Vesentini S, Campedelli A: A Randomized Multicenter Clinical Trial of Antibiotic Prophylaxis of Septic Complications in Acute Necrotizing Pancreatitis with Imipenem: *Surg Gynecol Obst*; 1993; 176; 480-3
248. Pellegrini C A: Surgery for Gallstone Pancreatitis; *Am J of Surg* ; 1993; 165; 515-8
249. Peltokallio P, Tykka H: Evolution of the age distribution and mortality of acute appendicitis. *Arch Surg* 116:153-156, 1981.
250. Perkins J D, Shield Ch F, Chang F C, Farha G J: Acute Diverticulitis: Comparison of Treatment in Immunocompromised and Nonimmunocompromised Patients: *Am J Surg*: 1984; 148;745- 8
251. Polk H C, Fry D E: Radical Peritoneal Debridement for Established Peritonitis; *Ann Surg*; 1980; 192; 3; 350-5
252. Porcel-A; Arrive-L; Mehdi-M; Monnier-Cholley-L; Ayadi-K; Tubiana-JM: [Abdominal emergencies of infectious origin] : *Ann-Radiol-Paris*. 1996; 39;1: 15-36
253. Potter D A, Danforth D N, Macher A M, Longo D L, Stewart L, Masur H: Evaluation of abdominal Pain in the AIDS Patients: *Ann Surg* ; 1984 332-339.
254. Potts J R: Pancreatitis Aguda: *Clin Quir North Am*: 1988; 2; 307-28
255. Purcell T B : Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain: *Emerg Med Clin North Am*: 1989; 7:3, 721-40
256. Putzki H P, Ledwoch J, Dueben W, Mlasowsky B, Heymann H: Nontraumatic Perforations of the Small Intestine: *Am J Surg*; 1985; 149-375-7
257. Puylaert JB; van der Zant FM; Rijke AM: Sonography and the acute abdomen: practical considerations. *AJR Am J Roentgenol*, 1997; 168:1, 179-86
258. Racette D L, Chang F C, Trekell M E, Farha G J: Is Nasogastric Intubation Necessary in Colon Operations?: *Am J Surg*;1987; 154; 640-2
259. Raheja SK; McDonald PJ; Taylor I Non-specific abdominal pain—an expensive mystery [see comments]: *J R Soc Med*, 1990; 83:1, 10-1
260. Ramachandran P, sivit C J, Newman K D, Schwartz M Z: Ultrasonography as an adjunct in the diagnosis of acute appendicitis: a 4-year experience: *J Pediatr Surg*, 1996. 31. 1 ; 164-9
261. Randall HT: Fluid, electrolyte, and fluid base balance. *Surg Clin North Am*; 1976; 56:1019-1058.
262. Ranson J H: Stratification of severity for Acute Pancreatitis: *Acute Pancreatitis: Diagnosis and Therapy: Bradley III*; Raven Press Ltd; New York; 1994
263. Rappaport W D, Holcomb M, Valente J, Chvapil M: Antibiotic Irrigation and the Formation of Intraabdominal Adhesions: *Am J Surg*: 1989; 158; 435-7
264. Ratner L E, Smith G W: Tratamiento transoperatorio con líquidos *Surg Clin North Am*, 1993; 2; 257-269
265. Ravinathan T: Emergency laparoscopic procedures. :*Ann Acad Med Singapore*, 1996; 25:5, 687-93
266. Reiss R, Nudelman Y, Gutman CH, Deutsch M B: Changing trends in Surgery for Acute Cholecystitis: *World J Surg*; 1990; 14; 567-71.
267. Richards W; Watson D; Lynch G; Reed GW; Olsen D; Spaw A; Holcomb W; Frexes-Steed M; Goldstein R; Sharp K:

268. A review of the Results of Laparoscopic Versus Ppen Appendectomy. :Surg Gynecol Obstet, 1993; 177:5, 473-80
269. Richards W O, Wliams L : Obstrucción de intestinos grueso y delgado: Clin Quir North Am: 1988; 2; 387-410
270. Rogers FA: Elevated Serum Amylase: A Review and an Analysis of Findings in 1. 000 Cases of Perforated Peptic Ulcer: Ann Surg; 1961;153: 228-240
271. Rotenberg-L; Tubiana-JM; Porcel-A; Bouras-T; Monnier-Cholley-L; Arrive-L: [Interventional radiology and abdominal emergencies]. Radiologie interventionnelle et urgences abdominales. Ann-Radiol-Paris. 1996; 39;2: 89-103
272. Rothrock SG; Green SM; Hummel CB : Plain abdominal radiography in the detection of major disease in children: a prospective analysis: Ann Emerg Med, 1992; 21:12, 1423-9
273. Rubelowsky J, Machiedo G W: Cirugía de repetición en comparación con el tratamiento conservador de fistulas gastrointestinales: Surg Clin North Am, 1991; 1; 147-57
274. Runyon B. A, Antillon M R, Montano AA: Effect of diuretic Versus Therapeutic Paracentesis on Ascitic Fluid Oposonic Activity and Serum Complement: Gastroenterology; 1989; 97;1; 158-162
275. Russell L, Gold M R, Siegel J E, Daniels N, Weinstein M C: The role of Cost-effectiveness Analysis in Health and Medicine: JAMA 1996; 276: 1172-1177
276. Sabiston; Tratado de patología quirúrgica; 1994; 829-50
277. Said M; Ledochowski M; Dietze O; Simader H: Colonoscopic diagnosis and treatment of acute appendicitis:Eur J Gastroenterol Hepatol, 1995; 7:6, 569-71
278. Saini S, Meller P R, Wittenberg J, Butch R J, Rodkey G V, Welch C E: Percutaneous Drainage of Diverticular Abscess: Arch Surg; 1986; 121; 475-8
279. Sainio V, Kempainen P, Poulakkainen P, Taavitsainen M, Kivisaari L, Haapiainen R, Schroder T, Kivilaakso: Early antibiotic treatment in acute necrotising pancreatitis: The Lancet; 1995; 346; 663-7
280. Saitoh Y, Yamamoto M: Severe Acute Pancreatitis in Japan: Acute Pancreatitis: Diagnosis and Therapy: Bradley III; Raven Press Ltd; New York; 1994: 139-44
281. Salky Barry, Bauer J, Gerlent Y, Kreeel: Laparoscopy for Gastrointestinal Diseases: The Mount Sinai Journal of Medicine: 1985; 52; 3; 228-32
282. Sandhu GS; Redmond AD; Prescott MV: Non-specific abdominal pain: a safe diagnosis?: J R Coll Surg Edinb, 1995; 40:2, 109-11
283. Sarfati MR; Hunter GC; Witzke DB; Bebb GG; Smythe SH; Boyan S; Rappaport WD: Impact of adjunctive testing on the diagnosis and clinical course of patients with acute appendicitis: Am J Surg, 1993; 166:6, 660-5
284. Sarr M G, Bulkley G B, Zuidema G D: Preoperative Recognition of intestinal Strangulation Obstruction: Am J Surg 145; 176-182; 1983
285. Saxe J, Ledgerwood A M, Lucas Ch: Tratamiento del cierre abdominal difícil: Surg Clin North Am, 1993; 2; 271-9
286. Schein M, Saadia R, Decker G: Intraoperative Peritoneal Lavage: Surg Gynecol Obstet; 1988; 166; 187-95
287. Schein M, Wittman DH, Aprahamians Ch C, Condon RE: The Abdominal Compartment Syndrome: The Physiological And Clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure: J of Am College of Surgeons; 1995; 180; 745-753.
288. Schrenk P; WoisetschlAager R; Wayand WU; Rieger R; Sulzbacher H: Diagnostic laparoscopy: a survey of 92 patients:: Am J Surg, 1994; 168: 4, 348-51

289. Schuster HP:[Abdominal pain in metabolic disorders. Guidelines for patient management for the general surgeon]; Zentralbl Chir, 1988, 113:15, 945-51
290. Shalita AH, Chamberlain BE, Webb HR: Current status of diagnosis and management of strangulation of the small bowel. Am J Surg ; 1976; 134:299
291. Shands J W: Antibioticoterapia empírica para sépsis abdominal y para infecciones perioperatorias graves: Surg Clin North Am, 1993; 2; 319-34
292. Sharp K W: Colectitis Aguda: Clin Quir North Am: 1988; 2; 293-306
293. Sheridan WG; White AT; Havard T; Crosby DL: Non-specific abdominal pain: the resource implications [see comments]: Ann R Coll Surg Engl, 1992; 74:3, 181-5
294. Siewert B; Raptopoulos V: CT of the acute abdomen: findings and impact on diagnosis and treatment. : AJR Am J Roentgenol, 1994; 163:6, 1317-24
295. Silen W: Abdomen agudo de Cope: II De; 1991; Manual Moderno
296. Skau T, Nystrom P-O, Carlsson: Severity of Illness in Intra-abdominal Infection: A Comparison of Two Indexes: Arch Surg; 1986; 120: 152-158;
297. Smith C R, Moore R D, Lietman P: Studies of Risk Factors for Aminoglycose Nephrotoxicity: Am J Kidney Dis: 1986; 8; 308
298. SoliÁa R; Andreu M; Coll S; Vila MC; Oliver MI; Arroyo V: Spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients treated using paracentesis or diuretics: results of a randomized study: Hepatology, 1995; 21:2, 340-4
299. Solomkin J S, Flohr A B, Quie P G, Simmons R L: The role of candida in intraperitoneal infections: Surgery; 88; 4; 525-30
300. Solomkin J S, Meakins J L, Allo M, Dellinger E P, Simmons RL: Antibiotic trials in Intra-abdominal infections: Ann Surg 1984; 201; 29-39
301. Spirtos N M, Eissenkop S M, Spirtos T, Poliakin R, Hibbard L T: Laparoscopy-A Diagnostic aid in cases of suspected
302. appendicitis: Its use in women of reproductive age: Am J Obstet Gynecol; 1987; 156; 1; 90-4
303. Standeven A : The acute abdomen in the elderly. : Practitioner, 1979; 222:1330, 465-70
304. Staniland J R, Ditchburn J, de Dombal F T: Clinical Presentation of Acute Abdomen: Study of 600 Patients; Br Med J; 1972; 12; 393-8
305. Starling S, Wei J P. Acute Abdominal Pain in the presence of Hemi-Corporeal Neurosensory Deficit: The J. Emerg Med; 1994; 12;1; 19-22.
306. Starnes H F, Moore F D, Mentzer S, Osteen R T, Steele G D, Wilson R E: Abdominal Pain in Neutropenic Cancer Patients: Cancer; 1986; 57; 616-21
307. Stewart R J, Gupta R K, Purdie G L, Isbister: Fine-Cateter Aspiration cytology of peritoneal cavity improves Decision-Making about Difficult Cases of Acute Abdominal Pain: The Lancet; 1986; 20;27; 1414-5
308. Stewart R M, Page C P, Brender J, Schwesinger , Eisenhut D: The Incidence and Risk of Early Postoperative Small Bowel Obstruction : A Cohort Study: Am J Surg: 1987; 154; 643-7
309. Stewart RJ; Gupta RK; Purdie GL; Holloway LJ; Isbister WH: Fine catheter peritoneal cytology for the acute abdomen: a randomized, controlled trial: Aust N Z J Surg, 1988; 58:12; 965-70
310. Steyerberg EW , et al; Perioperative mortality of elective abdominal aortic aneurysm surgery. A clinical prediction rule based on literature and individual patient data. : Arch Intern Med, 1995; 9; 1988-2004
311. Stone H H, Bourneuf A A , Stinson L D: Reliability of Criteia for Predicting Persistent or Recurrent Sepsis: Arch Surg; 1985; 120; 17-20

312. Stone H H, Mullins R J, Dunlop W E, Strom P R: Extraperitoneal Versus Transperitoneal Drainage of the Intra-abdominal Abscess: *Surg Gynecol Obstet* 1984; 159: 549-52
313. Sturman M F; Perez M: Computer-assisted diagnosis of acute abdominal pain: *Compr Ther*; 1989; 15:2, 26-35
314. Sturman M F: Medical imaging in acute abdominal pain: *Compr Ther*, 1991; 17:4, 15-21
315. Suarez H C: Abdomen Agudo en el Paciente Adulto: Seminario Taller LatinoAmericano de urgencias en Salud; 225-233.
316. Sugrue M; Buist MD; Hourihan F; Deane S; Bauman A; Hillman K: Prospective study of intra-abdominal hypertension and renal function after laparotomy. : *Br J Surg*, 1995; 82:2, 235-8
317. Sutherland F R, Temple W J, Snodgrass T, Huchcroft: Predicting the Outcome of Exploratory Laparotomy in ICU Patients with Sepsis or Organ Failure: *The J of Trauma*; 1989; 29;2; 152-7
318. Sutton G C: How Accurate is computer-aided diagnosis?: *The Lancet*; 14; 1989; 905-908
319. Svanes C, Salvesen H, Espehang B, Søreide O, Svanes K: A Multifactorial Analysis of Factors Related to Lethality After Treatment of Perforated Gastroduodenal Ulcer: *Ann Surg*; 1989; 209; 418-423
320. Swan RW, Fowler WC Jr, Boronow RC: Surgical management of radiation injury of the small intestine. *Surg Gynecol Obstet*; 1976; 142:325.
321. Tanphiphat C, Tanprayoon T, Thalang A: Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: a prospective trial between simple closure and definitive surgery: *Br J Surg*; 1985; 72: 370-2
322. Tanphiphat Ch, Chittmitrapap S, Prasosunti K: Adhesive Small Bowel Obstruction: A Review of 321 Cases in a Thai Hospital: *Am J Surg*; 1987; 154; 283-7
323. Taorel-P; Pradel-J; Fabre-JM; Cover-S; Seneterre-E; Bruel-JM : Role of CT in the acute nontraumatic abdomen: *Semin-Ultrasound-CT-MR*. 1995; 16;2: 151-64
324. Taylor-EW; Kennedy-CA; Dunham-RH; Bloch-JH: Diagnostic laparoscopy in women with acute abdominal pain: *Surg-Laparosc-Endosc*. 1995; 5;2: 125-8
325. Telfer S; FenyÃo G; Holt PR; de Dombal FT: Acute abdominal pain in patients over 50 years of age: *Scand J Gastroenterol Suppl*, 1988, 144.; 47-50
326. The EAES Consensus Development Conference on Laparoscopic cholecystectomy, appendectomy, and hernia repair: *Surg Endosc*: 1995; 9: 550-563
327. Thomason J L, Sampson M B, Farb H F, Spellacy W: Pregnancy Complicated by Concurrent Primary Hyperparathyroidism and Pancreatitis: *Obstet Gynecols*;1981; 57;6; supplement 34s-36s
328. Tran D D, Cuesta M: Evaluation of Severity in Patients with Acute Pancreatitis; *Am J Gastroenterol* 1992; 87; 5; 604-8
329. Valla J S, Limonne B, Valla V, Montupet P, Daoud N, Grinda A, Chavrie: Laparoscopic Appendectomy in Children: Report of 465 Cases: *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*: 1991; 1; 3; 166-72
330. Velanovich V: Crystalloid versus colloid resuscitation: A meta-analysis of mortality: *Surgery*; 1989; 105:1; 65-70
331. Velpen W G C, Shimi S M, Cuschieri A: Diagnostic yield and Management benefit of laparoscopy: a prospective audit: *Gut* 1994; 35; 1617-1621
332. Wade DS; Marrow SE; Balsara ZN; Burkhard TK; Goff WB. Accuracy of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis compared with the surgeon's clinical impression: *Arch Surg*; 1993; 128:9, 1039-46
333. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL; Does this patient have appendicitis?; *JAMA*. 1996; 276; 1589-1594



334. Wakefield T W, Whitehouse W A, Wu S-Ch, Zelenock G B, Cronenwett J L, Erlandson E E, Kraft R O, Lindenauer S M, Stanley J C: Abdominal aortic aneurism rupture: statistical analysis of factors affecting outcome of surgical treatment; *Surgery*; 1982; 291: 586-596,
335. Walker AP; Nichols RL; Wilson RF; Bivens BA; Trunkey DD; Edmiston CE Jr; Smith JW; Condon RE: Efficacy of a beta-lactamase inhibitor combination for serious intraabdominal infections: *Ann Surg*; 1993; 217:2, 115-21
336. Walsh PF, Crawford D; Crossling FT; Sutherland GR; Negrette JJ; Shand J: The value of immediate ultrasound in acute abdominal conditions: a critical appraisal: *Clin Radiol*: 1990; 42:1, 47-9
337. Walt R, Katschinski B, Logan R, Ashley J< Langman M: Rising frequency of ulcer perforation in elderly people in United Kingdom: *Lancet*; 1986; 1:489-492.
338. Watters JM; Clancey SM; Moulton SB; Briere KM; Zhu JM: Impaired recovery of strength in older patients after major abdominal surgery. :*Ann Surg*, 1993; 218:3, 380-93
339. Wellington JL; Rody K: Acute abdominal emergencies in patients on long-term ambulatory peritoneal dialysis: *Can J Surg*, 1993; 36:6, 522-4
340. Wellwood JM; Spiegelhalter DJ: Computers and the diagnosis of acute abdominal pain: *Br J Hosp Med*, 1989; 41:6, 564-7
341. Whitney T M, Brund W, Russell T R, Bossart J, Schechter W P: Emergent Abdominal Surgery in AIDS: Experience in San Francisco: *Am J Surg*; 1994; 168; 239-43
342. Williamson W A. Bush R D, William Lester. Retrocecal Appendicitis; *The Am J Surg*: 1981; 141; 507-9
343. Wilson S E, Robinson G, Williams R A, Stabile B E, Cone L, Sarfeh J, Miller D R, Passaro E: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): *Ann Surg* 1989; 210: 4; 428-34
344. Wilson PD; Horrocks JC; Lyndon PJ; Yeung CK; Page RE; De Dombal FT :Simplified computer-aided diagnosis of acute abdominal pain: *Br Med J*, 1975; 12, 2: 5962, 73-5
345. Witmann D H, Walker A P, Condon R E: Principios de Cirugía: Schwartz: VolIII; 6a De; Interamericana; Cap 32; peritonitis e infección intraabdominal: 1493- 1528
346. Wittman D H, Schen M, Condon R E: Management of Secondary Peritonitis: *Ann Surg* 1996; 224; 10-8
347. Wright J G, McLeod R S, Mahoney J, Lossing A, Hu Xiaohan: Practice Guidelines in surgery: *Surgery*; 1996; 119; 6; 706-9Wyatt S H; Fishman E K: The acute abdomen in individuals with AIDS: *Radiol Clin North Am*; 1994; 32:5, 1023-43
348. Yealy D M; O'Toole K S: Challenging dogma-analgesia in abdominal pain; *Acad Emerg Med*, 1996; 3:12, 1081-2
349. Zucker K A, Flowers J L, Bailey R W, Graham J B, Imbembo L: Laparoscopic Management of Acute Cholecystitis: *Am J Surg*; 1993; 165; 508-14
350. Zundel N, Cadena M, Rodríguez J, Andrade E, Caro A, Supelano G, Holguin F: Manejo con Laparostomía en Abdomen Séptico: *Panam J Trauma*; 1992; 3; 32-6