

## **Manejo conservador versus quirúrgico en el tratamiento de la apendicitis aguda**

Conservative management versus surgical in the treatment of acute  
appendicitis

**Byron Santiago López Amaluza**

santiagolopezceeb@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0006-9406-0689>  
MEDICONSA  
Quito – Ecuador

**Allyson Madeline Barrera Vásquez**

allysonmadelinebv@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0004-3801-4173>  
Investigador independiente  
Jipijapa – Ecuador

**Felix Modesto Campuzano Tubay**

felixcampuzano349@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0008-0477-1116>  
Investigador independiente  
Manta – Ecuador

**Olga Valeska Ronquillo Merino**

ronquilloolga01@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0004-6950-081X>  
Investigador independiente  
Jipijapa – Ecuador

**Dumar Esteban Mera Casquete**

dmeracasquete@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0009-0764-4355>  
Investigador independiente  
Guayaquil – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5628>

**Artículo recibido:** 28 de noviembre de 2025.  
**Aceptado para publicación:** 04 de abril de 2026.  
**Conflictos de Interés:** Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5628>

## Manejo conservador versus quirúrgico en el tratamiento de la apendicitis aguda

Conservative management versus surgical in the treatment of acute appendicitis

**Byron Santiago López Amaluisa**

santiagolopezceecb@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-9406-0689>

MEDICONSA

Quito – Ecuador

**Allyson Madeline Barrera Vásquez**

allysonmadelinebv@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3801-4173>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

**Felix Modesto Campuzano Tubay**

felixcampuzano349@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-0477-1116>

Investigador independiente

Manta – Ecuador

**Olga Valeska Ronquillo Merino**

ronquilloolga01@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6950-081X>

Investigador independiente

Jipijapa – Ecuador

**Dumar Esteban Mera Casquete**

dmeracasquete@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0764-4355>

Investigador independiente

Guayaquil – Ecuador

Artículo recibido: 28 de noviembre de 2025. Aceptado para publicación: 04 de abril de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente y se caracteriza por la inflamación del apéndice vermiforme secundaria a obstrucción luminal con proliferación bacteriana, necrosis y riesgo de perforación. Su tratamiento tradicional es la apendicectomía, sin embargo, se han desarrollado nuevas evidencias sobre el manejo conservador con antibióticos. Es así, que el objetivo de esta investigación fue evaluar la evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento conservador comparado con el quirúrgico en pacientes con apendicitis aguda. Se realizó una revisión bibliográfica con enfoque cualitativo mediante la búsqueda de artículos científicos en bases de datos de Scopus, Scielo y Google Académico, incluyendo a 13 estudios sometidos a criterios establecidos. Los resultados evidenciaron que las escalas de Alvarado, AIR y RIPASA son herramientas clínicas de estratificación de riesgo y apoyan al enfoque terapéutico. La apendicectomía continúa siendo el tratamiento más eficaz, especialmente con técnica laparoscópica, con resolución definitiva y bajo riesgo de recurrencia, en comparación con el manejo conservador, que presenta riesgo de recurrencia a largo plazo.

*Palabras clave:* apendicectomía, eficacia antibiótica en apendicitis aguda

## Abstract

Acute appendicitis is the most frequent abdominal surgical emergency and is characterized by inflammation of the vermiform appendix secondary to luminal obstruction, leading to bacterial proliferation, necrosis, and risk of perforation. Its traditional treatment is appendectomy; however, new evidence has emerged regarding conservative management with antibiotics. Therefore, the objective of this study was to evaluate the scientific evidence on the effectiveness of conservative treatment compared with surgical management in patients with acute appendicitis. A qualitative bibliographic review was conducted through the search of scientific articles in the Scopus, Scielo, and Google Scholar databases, including 13 studies selected according to established criteria. The results showed that the Alvarado, AIR, and RIPASA scales are clinical tools for risk stratification and support the therapeutic approach. Appendectomy remains the most effective treatment, especially using the laparoscopic technique, providing definitive resolution and a low risk of recurrence compared with conservative management, which presents a risk of long-term recurrence.

*Keywords:* appendectomy; antibiotic efficacy in acute appendicitis

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: López Amaluisa, B. S., Barrera Vásquez, A. M., Campuzano Tubay, F. M., Ronquillo Merino, O. V., & Mera Casquete, D. E. (2026). Manejo conservador versus quirúrgico en el tratamiento de la apendicitis aguda. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 256 – 266. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5628>

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda (AA) es la patología quirúrgica abdominal más frecuentemente diagnosticada en el área de emergencias, está definido como la inflamación del apéndice vermiforme provocado por la obstrucción luminal por diversas causas, lo que conlleva al aumento de la producción de moco, proliferación bacteriana, aumento de la tensión de la pared, necrosis y perforación (Alvarado-Enríquez et al., 2024).

Entre las principales etiologías de la AA está la obstrucción por fecalitos, linfoproliferación, cuerpos extraños, parásitos, tumores primarios o metastásicos. La obstrucción se clasifica en endoluminales, parietales y extraparietales; la causa endoluminal más frecuente es la obstrucción por coprolitos en el 35%, y de origen parietal la proliferación de folículos linfoides en el 60% de los casos (Alvarado-Enríquez et al., 2024).

La incidencia de AA a nivel mundial está estimada en 100 a 250 casos por cada 100.000 habitantes por año, con una tasa de mortalidad de 0.358 por cada 100.000 pacientes, aumentando en el contexto de diagnóstico tardío con perforación, peritonitis y sepsis (Pinto Gajardo et al., 2025).

El diagnóstico de la AA es generalmente clínico, aunque en algunas ocasiones se dificulta por el estadio inicial de la enfermedad, los extremos de la vida, consumo previo de esteroides, analgésicos y antibióticos. Tradicionalmente, el tratamiento consta en la resolución quirúrgica, sin embargo, el porcentaje de apendicectomías negativas es del 10 al 15%, sin modificación estadística con la introducción de estudios complementarios como la ecografía y la tomografía computarizada (TC), este error diagnóstico es mayor en procedimiento laparoscópico que en técnica abierta (Torres Yáñez et al., 2023).

Con base a lo mencionado, la AA es la principal causa de urgencia quirúrgica abdominal con riesgo de complicaciones en casos de diagnóstico tardío. A pesar de los métodos imagenológicos complementarios, existe una tasa importante de apendicectomías negativas, lo que resalta las limitaciones en su manejo. Actualmente, ha surgido evidencia científica sobre el manejo conservador para evitar cirugías innecesarias, sin embargo, esto puede provocar riesgo de recurrencia o complicaciones. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo evaluar la evidencia científica disponible sobre el manejo quirúrgico tradicional con el manejo conservador en los pacientes con AA mediante una metodología de revisión bibliográfica.

Se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Describir los criterios diagnósticos con enfoque en las escalas clínicas disponibles para la clasificación de la AA.
- Determinar la eficacia del manejo quirúrgico en pacientes con AA
- Examinar la eficacia, complicaciones y tasas de recurrencia asociadas al manejo conservador en AA.

## METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo y descriptivo que se orientó a la síntesis e interpretación de la evidencia científica actual sobre el manejo conservador y quirúrgico de la apendicitis aguda.

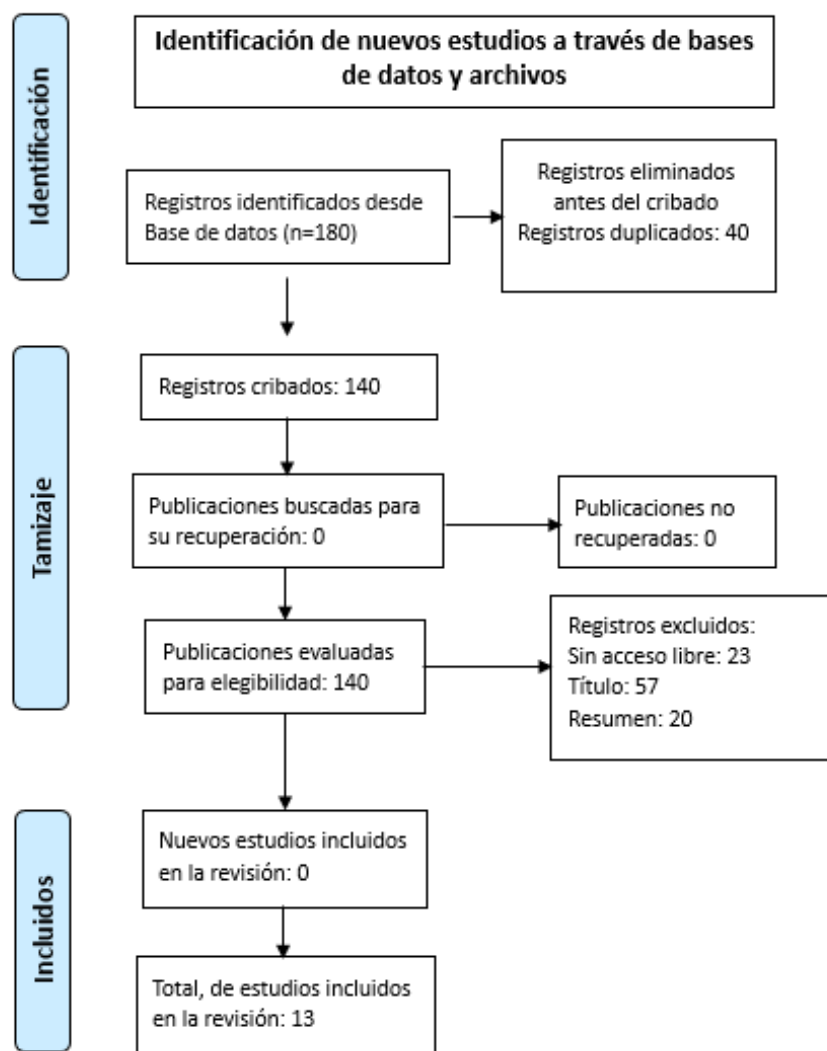
Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Scopus, Scielo y Google Académico, considerando publicaciones entre 2021 a 2025. Se utilizaron las palabras clave de "tratamiento conservador en apendicitis aguda", "apendicectomía", "eficacia antibiótica en apendicitis aguda".

Se plantearon los siguientes criterios de inclusión: artículos en inglés o español; artículos publicados en los últimos 5 años; reportes de casos clínicos; revisión sistemática o metaanálisis. Criterios de exclusión: artículos sin acceso libre, estudios duplicados.

La búsqueda en su etapa inicial identificó a 180 artículos científicos que fueron sometidos a los criterios expuestos, obteniendo los siguientes resultados de descarte: 27 en otro idioma, 23 no tuvieron acceso libre, 40 duplicados, 57 por título, 20 por abstract. Se incluyeron 13 artículos a esta investigación.

**Figura 1**

Diagrama de flujo tipo PRISMA



**Fuente:** elaboración propia.

## RESULTADOS

### Escalas diagnósticas de la AA

La escala de Alvarado (tabla 1) tiene sensibilidad del 68-82% y especificidad de 75-87.9%, permite catalogar al paciente en categorías según su posibilidad de tener AA. De este modo, el riesgo bajo es

de 0-4 puntos, con una probabilidad baja, manteniendo bajo observación y revaloración; riesgo intermedio es de 5-6 puntos, con probable AA, se solicitan evaluaciones subsecuentes con estudios complementarios de imagen; riesgo alto es con más de 7 puntos, el paciente debe ser sometido a una intervención quirúrgica por AA (Torres Yáñez et al., 2023).

**Tabla 1**

*Escala de Alvarado*

Síntomas	Valor
Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náuseas o vomito	1
<b>Signos</b>	
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg (rebote)	1
Fiebre	1
<b>Estudios de laboratorio</b>	
Leucocitos >10,000/mm <sup>3</sup>	2
Neutrofilia >70%	1
<b>Total de puntuación</b>	10

**Fuente:** obtenido de (Alvarado-Enríquez et al., 2024).

La escala AIR (Figura 3) incluye 8 variables con valor diagnóstico independiente, se ha descrito que el uso de algoritmos diagnósticos basados en la escala AIR tuvo menor solicitud de imágenes (19%), menos ingresos hospitalarios (29.5%) y menos apendicectomías negativas (1.6%) (Torres Yáñez et al., 2023).

**Tabla 2**

*Score de respuesta inflamatoria apendicular (AIR)*

Artículo	Punto de puntuación
Vómitos	1
Dolor en la fosa derecha	1
<b>Sensibilidad de rebote o defensa muscular</b>	
Luz	1
Medio	2
Fuerte	3
Temperatura corporal $\geq 38,5$ °C	1
<b>Recuento de glóbulos blancos</b>	
10,0 – 14,9 * 10 <sup>9</sup> /L	1
$\geq 15,0 * 10^9$ /L	2
<b>Proporción de leucocitos polimorfonucleares</b>	
70-84%	1
$\geq 85\%$	2
<b>Concentración de proteína C reactiva</b>	
10 – 49 mg/L	1
$\geq 50$ mg/L	2

**Fuente:** obtenido de (Andersson et al., 2021)

La escala RIPASA (Figura 4) tiene una sensibilidad de 98% y especificidad de 83%. Con base al puntaje obtenido, <5 puntos representa improbabilidad de AA, se debe observar y reevaluar cada 2 horas al paciente, si su puntaje disminuye se descarta la patología; con 5-7 puntos existe una baja probabilidad de AA, por lo que se sugiere la observación en el área de urgencias con revaloración posterior a 2 horas o realizar una ecografía abdominal; 7.5 a 11.5 puntos existe alta probabilidad a AA, lo que indica valoración por el cirujano y preparación para cirugía; >12 puntos es un diagnóstico de AA con necesidad de resolución quirúrgica (Torres Yáñez et al., 2023). Pese a ser una escala de diagnóstico útil, está sujeta a modificaciones por la premedicación de analgésicos no esteroideos, como menciona Araujo Ramírez et al. (2023) en su estudio observacional, donde identificó sobreestimación del diagnóstico por incremento del porcentaje de otros parámetros clínicos en esta población automedicada.

**Tabla 3**

*Escala RIPASA*

Hombre	1	Signos	
Mujer	0,5	Hipersensibilidad en FID	1
Edad <39.9 años	1	Resistencia muscular voluntaria	2
Edad >40 años	0,5	Rebote positivo	1
Síntomas		Rovsing positivo	1
Dolor en fosa iliaca derecha (FID)	0,5	Fiebre >37 <39 °C	1
Dolor migratorio	0,5	Laboratorio	
Anorexia	1	Leucocitosis	
Náusea/vómito	1	Parcial de orina negativo	1
Síntomas <48h	1		
Síntomas >48h	0,5	Puntaje máximo posible	15

**Fuente:** obtenido de (Martínez et al., 2020)

El uso de las escalas diagnósticas permite disminuir la morbilidad de fases avanzadas de la enfermedad, evitando prolongación de observación y realizando interconsultas especializadas oportunas (Jiménez García et al., 2023).

### **Manejo conservador y quirúrgico de la AA**

El manejo no quirúrgico consiste en la administración de antibióticos en pacientes con AA no complicada con el objetivo de evitar la cirugía. A pesar de las ventajas como la recuperación más rápida, se asume la incertidumbre de la progresión de la enfermedad con posibilidad de recurrencia. La administración de antibióticos intravenosos se da durante 1-3 días, siguiendo con antibióticos orales por 7-10 días. Se ha demostrado que el tratamiento intravenoso con ceftriaxona y metronidazol permiten el alta temprana, continuando con dosis orales de amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacina o levofloxacino combinado con metronidazol, otras alternativas incluyen a la cefuroxima o cotrimoxazol más metronidazol (Vega Tenesaca et al., 2024).

Se ha reportado que los síntomas y la fiebre mejoran en el transcurso de 24 horas en el 50% de los pacientes y en 48 horas la mayoría, requiriendo observación e intervención quirúrgica de rescate en caso de empeoramiento. Cerca del 90% de los pacientes con manejo conservador, no ameritan cirugía, mientras que el otro 10% requiere de una cirugía urgente (Vega Tenesaca et al., 2024).

En una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Mendoza-Ortiz et al. (2022) compararon la eficacia y seguridad del uso de antibióticos en la AA no complicada versus la apendicectomía, con una población de 3186 participantes de los cuales 1512 fueron tratados con antibiototerapia y 1674 fueron sometidos a cirugía, se identificó que existe una estancia hospitalaria más corta en aquellos

sometidos a la apendicectomía. Aun así, los pacientes que recibieron antibióticos intravenosos evidenciaron puntajes menores en las escalas de diagnóstico en la revaloración, reducción del riesgo de complicaciones en el 63% pero con un menor éxito terapéutico en el 16%. Si bien se identificaron sesgos durante la investigación, aquellos que consideran el manejo conservador deben asesorar al paciente y monitorizarlos de forma continua para la oportuna identificación de complicaciones.

El tratamiento conservador con antibióticos puede fallar durante la hospitalización en el 8% de los casos y un 20% requerir segunda hospitalización por AA. Por lo tanto, resulta importante considerar predictores del éxito de la terapia antimicrobiana, como lo son: proteína C reactiva (PCR) <60 g/L, leucocitosis <12.000 y edad <60 años; se ha reportado que pacientes que cumplen dichos criterios demostraron una tasa de recuperación del 89%. Otros predictores de éxito son la ausencia de fiebre, el diagnóstico imagenológico de una AA no complicada con diámetro apendicular <13 mm y puntaje <4 en la escala de Alvarado (Leyva Vázquez & López-Almeid, 2022).

Por otro lado, el tratamiento quirúrgico se considera como el tratamiento más aceptado a nivel mundial, sea por vía abierta o laparoscópica. En diversas revisiones sistemáticas sobre estudios clínicos randomizados compararon ambas técnicas e identificaron que el abordaje laparoscópico está asociado a mayor tiempo quirúrgico, mayor costo económico, pero con menos dolor postoperatorio, menor estadía hospitalaria y reducción de complicaciones como la infección del sitio quirúrgico. Estos beneficios se reportaron también en revisiones sistemáticas cuando compararon ambas técnicas en pacientes con AA no complicada y complicada con abscesos intrabdominales. Actualmente, la técnica abierta convencional está reservada para pacientes con AA complicada con mayores categorías de riesgo, ya que, en pacientes ancianos y obesos la técnica laparoscópica sigue demostrando ser un método efectivo y seguro (Leyva Vázquez & López-Almeid, 2022).

La apendicectomía laparoscópica en comparación con la abierta, cuenta con beneficios importantes descritos, sin embargo, en la actualidad se continúa utilizando la técnica abierta debido a factores involucrados como las complicaciones durante el procedimiento y el coste económico sanitario. Independientemente de la técnica, la apendicectomía engloba complicaciones quirúrgicas y anestésicas, como la infección del sitio quirúrgico, obstrucción intestinal y afectación en el sistema genitourinario. No obstante, la apendicectomía laparoscópica es el tratamiento de primera línea en la AA complicada (Alvarado Rodríguez & Quichimbo Sangurima, 2023).

López-Rodríguez et al. (2022) en su investigación incluyeron 4 estudios que comparan el manejo conservador y quirúrgico en casos de AA no complicada, evidenciaron que la falla del tratamiento conservador con requerimiento de cirugía durante la hospitalización, el primer mes y durante el primer año de vigilancia se estima hasta en el 42% de los casos. Además, se identificó que el costo del tratamiento conservador asociado a consultas de seguimiento, hospitalización repetitiva, tomografías computarizadas de control, es mayor al 5.5% en comparación al tratamiento quirúrgico con técnica abierta, recalcando la comparativa con la tasa de apendicectomías negativas o no curativas que está entre el 3-6%.

Bolaños et al. (2025) en su estudio afirman que, aunque el manejo conservador es considerado seguro en casos de AA no complicada, la apendicectomía mantiene una eficacia significativamente mayor en la resolución definitiva, ya que su principal limitación es la alta tasa de recurrencia que puede llegar hasta el 39.1% a los cinco años, y cuyo predictor de fracaso más determinante es la presencia de apendicolitos con una prevalencia subestimada ante los métodos diagnósticos convencionales.

Silva & Ruiz (2022) identificaron que, en pacientes sometidos a tratamiento conservador en AA no complicada, 100 de 256 pacientes del grupo de antibióticos, requirieron de una apendicectomía después de cinco años de seguimiento clínico. De forma que, el seguimiento a largo plazo respalda la viabilidad del manejo conservador como una alternativa al manejo quirúrgico de la AA no complicada.

## **DISCUSIÓN**

La AA continúa siendo una de las principales causas de urgencia quirúrgica abdominal a nivel mundial, por lo que el diagnóstico y elección de tratamiento debe ser oportuna para reducir sus complicaciones.

La evidencia científica recalca que las escalas de estratificación del riesgo de AA constituyen herramientas clínicas útiles para el diagnóstico. La escala de Alvarado es tradicionalmente la más utilizada en la práctica clínica debido a su síntesis y aplicabilidad en situaciones emergentes, Torres Yáñez et al. (2023) afirma que su sensibilidad y especificidad es alta, permitiendo clasificar oportunamente la posibilidad diagnóstica de la AA. Asimismo, Jiménez García et al. (2023) mencionaron que el uso de las escalas clínicas permiten disminuir la morbilidad de las complicaciones producidas por diagnósticos tardíos, optimizando la resolución quirúrgica.

Si bien existen diferencias entre las diferentes escalas analizadas en esta investigación, Torres Yáñez et al. (2023) afirmó que la escala RIPASA ha demostrado una sensibilidad del 98% y especificidad de 83% en comparación a la de Alvarado y AIR. Sin embargo, Araujo Ramírez et al. (2023) advierte sobre la automedicación como factor de alteración para ciertos parámetros clínicos, generando sobreestimación diagnóstica de esta escala. Es así, que Andersson et al. (2021) reporta que los algoritmos de diagnóstico basados en AIR están asociados a menor utilización de imágenes complementarias, menor hospitalización y reducción de apendicectomías negativas.

Con respecto al manejo conservador y quirúrgico de la AA, diversos estudios coinciden en que la apendicectomía sigue siendo un procedimiento que proporciona la resolución definitiva sin riesgo de recurrencia. Vázquez y López (2022) mencionan que la técnica laparoscópica tiene ventajas importantes frente a la técnica abierta, con resultados de menor dolor postoperatorio, reducción de estancia hospitalaria y bajo riesgo de infección del sitio quirúrgico. Con estos datos, coinciden con Alvarado y Sangurima (2023) quienes afirman que la apendicectomía laparoscópica es el tratamiento de primera línea, incluso en casos de AA complicada.

La evidencia demuestra que el manejo conservador puede ser una alternativa en casos de AA no complicada. Vega Tenesaca et al. (2024) reportó que el 90% de los pacientes tratados con antibióticos no requirió de cirugía inmediata, de hecho, se evidenció mejoría clínica durante las primeras 48 horas, en esto coincide Mendoza Ortiz et al. (2022) quien afirma que el manejo conservador disminuye el riesgo de complicaciones. Sin embargo, Bolaños et al. (2025) reportaron recurrencia de hasta el 39.1% en el seguimiento de cinco años, esto coincide con Silva y Ruiz (2022) quienes evidenciaron que el 39% de los pacientes tratados con antibiototerapia sí requirieron finalmente de apendicectomía.

Si bien el manejo conservador ha demostrado eficacia, se contrasta su percepción sobre el costo beneficio a largo plazo, controles imagenológicos y nueva hospitalización, ya que López Rodríguez et al. (2022) identificaron que hasta el 42% de los casos puede existir necesidad de apendicectomía durante el primer año.

## **CONCLUSIÓN**

La apendicitis aguda continúa siendo una de las principales causas de urgencia quirúrgica abdominal, su diagnóstico oportuno y la elección adecuada del tratamiento resulta fundamental para reducir las complicaciones.

Las escalas clínicas como Alvarado, AIR y RIPASA son herramientas clínicas útiles para la correcta estratificación en el diagnóstico de la apendicitis aguda.

El manejo conservador es una alternativa en pacientes seleccionados con apendicitis aguda no complicada cuando existen contraindicaciones quirúrgicas, sin embargo, el manejo quirúrgico continúa siendo el tratamiento más eficaz con alta tasa de éxito y bajo riesgo de recurrencia.

Se recomienda realizar futuras investigaciones clínicas con seguimiento a largo plazo en poblaciones más amplias, especialmente en el Ecuador, que permita comparar con mayor precisión la eficacia, seguridad y costos entre el manejo conservador y el quirúrgico en casos de apendicitis aguda no complicada.

## REFERENCIAS

Alvarado-Enríquez, M. M., Montes de Oca Rodríguez, A. A., & I. Ortiz, M. (2024). Apendicitis Aguda: Información para el médico de primer contacto. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 13(25), 29–36. <https://doi.org/10.29057/icsa.v13i25.13005>

Araujo Ramírez, P. J., Sanabria Trujillo, R., Hernández Aguilar, S., & Hernández Hernández, F. J. (2023). Modificación de la efectividad diagnóstica de la escala RIPASA en pacientes con apendicitis aguda y consumo de analgésicos no esteroideos. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 21(2), 123–127. <https://doi.org/10.35366/110257>

Alvarado Rodríguez, S. C., & Quichimbo Sangurima, F. M. (2023). Apendicitis aguda: manejo quirúrgico vs antibiótico como opción de tratamiento. *Revista Vive*, 6(16), 45–54. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.205>

Andersson, M., Kolodziej, B., & Andersson, R. E. (2021). Validation of the Appendicitis Inflammatory Response (AIR) Score. *World journal of surgery*, 45(7), 2081–2091. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06042-2>

Bolaños Carranza, C. S., Pacheco Hurtado, S. P., Cuji Gutiérrez, G. M., & Leguizamo Silva, K. R. (2025). Factores predictivos de fracaso del manejo no operatorio en apendicitis aguda no complicada en adultos. *Ciencia Y Educación*, 6(12.1), 637 - 651. Recuperado a partir de <https://www.cienciayeducacion.com/index.php/journal/article/view/2102>

Jiménez García, Y., Rojas Hernández, S., Jiménez Rodríguez, Y., Prieto González, Y., Rodríguez Quesada, N., & Sánchez Pérez, Y. (2023). Caracterización epidemiológica, clínica y anatomopatológica de los pacientes geriátricos operados de apendicitis aguda. *Acta Médica del Centro*, 7(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2709-79272023000400717&amp;script=sci\\_arttext&amp;tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2709-79272023000400717&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=en)

Leyva Vázquez, F., & López-Almeid, S. (2022). Tendencias actuales en el tratamiento de la apendicitis aguda en adultos. *Archivos Médicos Camagüey*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2022/amc221ag.pdf>

Mendoza-Ortiz, B., Herrera-Tarapues, J. C., Mendoza-Ortiz, A., & Quemba-Mesa, M.-P. (2022). Comparación de la seguridad y la eficacia del uso de antibióticos frente a la apendicectomía en el tratamiento de la apendicitis no complicada en adultos. Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Colombiana de Cirugía*. <https://doi.org/10.30944/20117582.2188>

Martínez Rodríguez, José Alberto, Ramírez Guirado, Alejandro, Albertini López, Giselle, Gómez Arocha, Katy, & Rubio González, Daniel. (2020). Escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital "General Freyre de Andrade". *Revista Cubana de Cirugía*, 59(1), Epub 15 de julio de 2020. Recuperado en 16 de marzo de 2026, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932020000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000100005&lng=es&tlng=es)

Silva Bemos, W. A., & Ruiz Vinuesa, V. I. (2022). Tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico para apendicitis aguda no complicada en adultos: revisión bibliográfica. *RECIMUNDO*, 6(2), 34–46. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.34-46](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.34-46)

Pinto Gajardo, I., Palma Barrera, S., Rubilar Devia, J. S., Ponce Henríquez, J. C., Aguilar Rojas, P. A., & Riquelme Rivera, A. (2025). TASA DE MORTALIDAD POR APENDICITIS AGUDA ENTRE LOS AÑOS 2017-2023 EN CHILE. *Revista ANACEM*, 19(2). <https://doi.org/10.70536/revanacem/v19n2-202544>

Torres Yáñez, J. A., López Cumbajin, H. E., & Tingo Poveda, E. D. (2023, 30 de octubre). Escalas diagnósticas en apendicitis aguda en adultos | Revista Información Científica. Revista Información Científica. <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4414>

Vega Tenesaca, Y. M., Yacelga Araguillín, K. A., Celi Yanangómez, V. N., Morales Tashintuña, C. J., Acosta Salazar, K. V., Tipán Iza, A. A., Chicaiza Alomoto, R. A., & Mafla Maza, K. D. (2024). Diagnóstico y manejo de la apendicitis no perforada: revisión de la literatura. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, 4(s), 161–169. <https://doi.org/10.56183/iberojhr.v4is.669>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons !\[\]\(7f8d804c6d199749d3dd53592a5ca12b\_img.jpg\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).