Descargado el: 1-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en el embarazo. Cienfuegos, 2019-2023

Non-obstetric surgical acute abdomen in pregnancy. Cienfuegos, 2019-2023

Yunisleidy Romero Lima[1] Alexander Marchena Rodríguez[1] Dianelys Molina Macías[1] Jorge Ernesto González García[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Romero-Lima Y, Marchena-Rodríguez A, Molina-Macías D, González-García J. Abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en el embarazo. Cienfuegos, 2019-2023. **Medisur** [revista en Internet]. 2025 [citado 2026 Nov 1]; 23(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45339

Resumen

Fundamento: la mujer embarazada está expuesta a todas las enfermedades quirúrgicas de las pacientes no embarazadas; sin embargo, usualmente requiere una resolución quirúrgica pronta, para dar una respuesta sin demora y disminuir la morbimortalidad materno-fetal asociada.
Objetivo: caracterizar la morbilidad asociada a abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en gestantes.
Métodos: estudio descriptivo, ambispectivo, de serie de casos, que incluyó a gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico atendidas en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en el período enero/2019 a diciembre/2023 (n=43). Las variables analizadas fueron: edad, edad gestacional, tipo de gestación, signos y síntomas, afecciones quirúrgicas y complicaciones obstétricas.
Resultados: el abdomen agudo quirúrgico no obstétrico se presentó más en mujeres jóvenes en la segunda década de la vida (51,2 %), causado principalmente por apendicitis aguda (93,0 %). Además, se observó con mayor frecuencia en el segundo trimestre de la gestación (60,5 %) y en las primíparas (65,1 %). El dolor abdominal, las náuseas, los vómitos y la inapetencia, resultaron los síntomas predominantes. Las pacientes sin complicaciones obstétricas fueron mayoría (81,4 %).
Conclusión: el abdomen agudo quirúrgico no obstétricorepresenta un desafío para el cirujano. Es de vital importancia alcanzar un diagnóstico certero y temprano. La apendicitis aguda representa la principal causa de ingreso.

Palabras clave: embarazo, abdomen agudo, complicaciones del embarazo, apendicitis, colecistitis, cirugía

Abstract

Foundation: Pregnant women are exposed to all surgical diseases of non-pregnant patients; however, they usually require prompt surgical resolution, to provide a prompt response and reduce associated maternal-fetal morbidity and mortality.
Objective: to characterize the morbidity associated with non-obstetric surgical acute abdomen in pregnant women.
Methods: descriptive, ambispective, case series study, which included pregnant women with non-obstetric surgical acute abdomen treated at the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital, Cienfuegos, from January/2019 to December/2023 (n=43). The analyzed variables were: age, gestational age, type of pregnancy, signs and symptoms, surgical conditions and obstetric complications.
Results: Non-obstetric surgical acute abdomen occurred frequently in young women in the second decade of life (51.2%), mainly caused by acute appendicitis (93.0%). In addition, it was observed commonly in the pregnancy second trimester (60.5%) and in primiparous women (65.1%). Abdominal pain, nausea, vomiting and loss of appetite were the predominant symptoms. Patients without obstetric complications were the majority (81.4%).
Conclusion: Non-obstetric surgical acute abdomen represents a challenge for the surgeon. It is important to achieve an accurate and early diagnosis. Acute appendicitis represents the main cause of admission.

Key words: pregnancy, acute abdomen, pregnancy complications, appendicitis, cholecystitis, surgery

Aprobado: 2025-01-21 08:50:50

Correspondencia: Yunisleidy Romero Lima. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos yunisleidyro@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Aunque los principios fundamentales del diagnóstico y el tratamiento de las urgencias quirúrgicas se mantienen globalmente sin cambios, existen algunas particularidades durante el embarazo.[1] En medio de la gran variedad de etiologías para abdomen agudo (mecánicas, infecciosas, inflamatorias, vasculares y traumáticas), la inflamatoria suele ser la de mayor frecuencia.[2]

El abdomen agudo quirúrgico es una entidad que, de no resolverse quirúrgicamente, causa la muerte en la mayoría de los casos y, en la mujer embarazada, resulta de especial interés, ya que los síntomas y signos no se presentan de forma típica.[3] La incidencia durante el embarazo es de una por cada 500 embarazadas; la apendicitis aguda y la enfermedad biliar complicada son las dos urgencias quirúrgicas más frecuentes, aunque existen otras causas menos comunes.[4]

En el año 1848, Hancock reportó por primera vez un caso de apendicitis aguda en embarazo.[5] Las estadísticas arrojan que la enfermedad apendicular inflamatoria es la causa más común de patología abdominal quirúrgica en las gestantes. El trabajo conjunto entre cirujanos y ginecólogos agiliza la formulación de una estrategia terapéutica necesaria y a tiempo; además, se recomienda un monitoreo postoperatorio adecuado de la mujer embarazada.[2]

En el estudio de Vujic y colaboradores, realizado en Austria con el objetivo de evaluar el resultado de pacientes embarazadas que se habían sometido a cirugía abdominal no obstétrica, se encontró que la edad media de los pacientes fue de 29 años. Las indicaciones para la cirugía fueron apendicitis aguda en 63 %, patología anexial en 11 %, colecistolitiasis en 5 % y otras indicaciones en 21 %.[6]

En 2017, Sarmiento y colaboradores realizaron en Colombia una descriptiva y ambiespectiva, con la finalidad de identificar las características sociodemográficas y clínico-quirúrgicas de mujeres embarazadas atendidas por abdomen agudo en el embarazo; en 43 de ellas encontraron que la edad media fue 27 años, los síntomas más frecuentes fueron: dolor de cavidad abdominal (100 %), vómito (46 %), dolor a predominio de fosa iliaca derecha (44 %), dolor localizado en hipocondrio derecho (25 %), y náuseas (23 %). La patología quirúrgica más frecuente fue la inflamatoria apendicular con un 46,5 %, sin distinción de frecuencia entre el primer y el segundo trimestre de gestación, seguida de colecistopatía aguda (39,5 %). Como complicaciones postquirúrgicas, observaron dos casos de parto pretérmino.[7]

En Cuba, el estudio de Laffita y colaboradores concluye que esta entidad se presentó con una incidencia de 1,9 por cada 1 000 embarazadas, con mayor incidencia en las edades entre 20-29 años. La apendicitis aguda, la colecistitis aguda y quiste de ovario complicado son las enfermedades más observadas en el abdomen agudo quirúrgico durante el segundo trimestre del embarazo. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal, contractura y reacción peritoneal. El mayor porcentaje de los casos resultó positivo en el diagnóstico clínico.[3]

La mujer embarazada está expuesta a todas las enfermedades quirúrgicas de las pacientes no embarazadas; sin embargo, usualmente requiere una resolución quirúrgica pronta, para dar una respuesta sin demora y disminuir la morbimortalidad materno-fetal asociada. En el planteamiento anterior estriba la importancia de investigaciones que aporten al conocimiento y mejor caracterización de esta problemática. Teniendo en cuenta que nunca se ha realizado un trabajo similar en Cienfuegos, es objetivo de este estudio caracterizar la morbilidad asociada a abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en gestantes atendidas en la provincia de Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, ambiespectiva, de serie de casos, de las gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico atendidas en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos (n=43), que comprendió un periodo de cinco años: desde el 1ro. de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2023.

Se analizaron las variables: edad (grupos de edades: 15-19 años, 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años); edad gestacional (primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre); tipo de gestación (primípara, multípara); signos y síntomas (dolor abdominal, nauseas, vómitos, inapetencia, fiebre, diarreas, timpanismo, distención, estreñimiento, ausencia de flatos); afecciones quirúrgicas (apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal,

rotura hepática espontanea); y complicaciones obstétricas (sin complicaciones, aborto, parto pretérmino, muerte fetal, muerte materna).

Fueron revisadas las historias clínicas y se confeccionó un modelo de recogida de datos. La información obtenida se procesó en el paquete estadístico SPSS 21.0. Los resultados fueron expuestos en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

La investigación fue aprobada por el Consejo científico de la institución. A todos los pacientes incluidos o sus familiares, se les solicitó consentimiento escrito, para la realización del estudio.

RESULTADOS

Durante el período de investigación fueron atendidas 16 269 gestantes, el abdomen agudo quirúrgico no obstétrico se presentó con una incidencia de 2,6 por cada 1000 gestantes.

El grupo de edad de prevalencia en las pacientes embarazadas con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico no obstétrico fue el de 20-24 años con un 51,2 %, seguido del de 25-29 años con un 30,2 %; y el de 30-34 años con un 14,0 %. (Tabla 1).

Tabla 1- Distribución de las gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico según grupo de edades.

Grupos de edades	Gestantes	
	No.	%
15-19 años	1	2,3
20-24 años	22	51,2
25-29 años	13	30,2
30-34 años	6	14,0
35-39 años	1	2,3
Total	**43**	**100**

La apendicitis aguda fue la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico no obstétrico, con 40 casos (93,0 %), siendo las otras entidades de poca incidencia. (Tabla 2).

Tabla 2- Distribución de las gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico según afecciones quirúrgicas.

Afecciones quirúrgicas	No	%
Apendicitis aguda	40	93,0
Colecistitis aguda	1	2,3
Obstrucción intestinal	1	2,3
Rotura hepática espontánea	1	2,3
Total	**43**	**100**

El abdomen agudo quirúrgico no obstétrico se observó con mayor frecuencia durante el segundo trimestre, con un total de 26 casos (60,5 %), seguido del primer trimestre (10 casos para un 23,3 %). Se presentaron 7 pacientes en el tercer trimestre para un 16,3 %. La apendicitis aguda, entidad más observada, se comportó de igual manera. (Tabla 3).

Tabla 3- Distribución de las gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico según edad gestacional y afecciones quirúrgicas.

Afecciones quirúrgicas	Total		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Apendicitis aguda	40	93,0	10	23,3	26	60,5	4	9,3
Colecistitis aguda	1	2,3	-	-	-	-	1	2,3
Obstrucción intestinal	1	2,3	-	-	-	-	1	2,3
Rotura hepática espontánea	1	2,3	-	-	-	-	1	2,3
Total	43	100	10	23,3	26	60,5	7	16,3

En relación con los antecedentes obstétricos, se observó abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en 28 gestantes primíparas (65,1 %), frente a 15 multíparas (34,9 %).

Los síntomas que predominaron fueron dolor abdominal (100 %) y náuseas (88,4 %). Le siguieron en orden de frecuencia los vómitos (58,1 %), la inapetencia (34,9 %) y la fiebre (18,6 %). (Tabla 4).

Tabla 4- Distribución de las gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico según síntomas y signos.

Síntomas y signos	No	%
Dolor abdominal	43	100
Náuseas	38	88,4
Vómitos	25	58,1
Inapetencia	15	34,9
Fiebre	8	18,6
Diarreas	3	6,9
Timpanismo	1	2,3
Distención	1	2,3
Estreñimiento	1	2,3
Ausencia de flatos	1	2,3

Las complicaciones obstétricas que más afectaron a las pacientes de la serie en estudio, fueron el aborto (5 casos para un 11,6 %) y el parto pretérmino (3 casos, 6,9 %). No hubo muertes fetales ni maternas. Un total de 35 pacientes no presentó complicaciones, lo cual representó el 81,4 %. (Tabla 5).

Tabla 5- Distribución de las gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico según complicaciones obstétricas.

Complicaciones obstétricas	No	%
Sin complicaciones	35	81,4
Aborto	5	11,6
Parto pretérmino	3	6,9
Muerte fetal	-	-
Muerte materna	-	-

DISCUSIÓN

La frecuencia con que se diagnostica el abdomen agudo en la embarazada es aproximadamente de 3 por cada 1000.[3] En dos de cada 1000 gestantes se requiere la terapéutica quirúrgica para la solución del problema.[3, 8] Es variada la frecuencia con que se presenta, depende quizás de factores geográficos y dietéticos, pero lo cierto es que no resulta raro el abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. Esta serie coincide con la analizada por Laffita y colaboradores, quienes observaron una incidencia de 1,9 por 1000 gestantes.[3]

Con respecto a la edad, Martínez describe que el 39 % de sus pacientes tenía entre 25 a 39 años.[9] Paredes Escobar, en Perú, refiere un resultado parecido,[2] a los cuales se suma el presente estudio.

En una revisión de la literatura sobre diagnóstico de abdomen agudo en mujeres embarazadas, nueve estudios indicaron la apendicitis como la

etiología más común. De los artículos seleccionados, seis investigaciones incluyeron a embarazadas con sospecha o diagnóstico de apendicitis; cinco a embarazadas con abdomen agudo de cualquier etiología; cuatro, a embarazadas con abdomen agudo de causa no obstétrica; dos, a embarazadas después de ovario estimulación; otros dos, a embarazadas después de cirugía bariátrica; y tres, a embarazadas con pancreatitis aguda.[10]

En el estudio de Laffita y colaboradores, la apendicitis aguda fue la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico (10 casos/40 %), seguida de colecistitis aguda y quiste de ovario complicado,[3] comportamiento similar al de la presente serie. También Martínez reporta como diagnóstico más frecuente la apendicitis, la cual representó en su estudio un 66 % del, seguida por colecistitis (19 %) y pancreatitis (5 %).[10]

Las gestantes con apendicitis aguda tienen un riesgo de 2,68 veces más de parto pre término y riesgo de desprendimiento de placenta, unido al riesgo de 1,3 veces más de producirse una peritonitis. Esto manifiesta que la demora en un diagnóstico certero de apendicitis aguda en gestantes pone en riesgo la vida de la madre y por consecuencia la del feto.[11]

La obstrucción intestinal durante el embarazo es muy rara, así como una complicación grave en este estado. Es el resultado de la presión del útero aumentado de tamaño sobre las adherencias intestinales resultantes de operaciones anteriores. Se registra con una frecuencia de 1 cada 2000 embarazadas.[3] En el único caso de la presente serie, la obstrucción fue causada por bridas, resultado de una cirugía de apendicitis.

Una enfermedad poco frecuente que también se presentó fue la rotura hepática espontánea, en una paciente con enfermedad hipertensiva del embarazo. Laffita y colaboradores reportan también un caso en su estudio.[3] Estos mismos autores reportan que el abdomen agudo quirúrgico fue más frecuente durante el segundo trimestre de embarazo (68 %), seguido por las gestantes del tercer trimestre (28 %).[3] En la revisión de García y Aranda, las pacientes se vieron más afectadas durante el segundo trimestre del embarazo por dicha enfermedad, sin embargo, al analizar todas las principales etiologías encontradas, la diferencias entre ambos trimestres fue mínima.[10] No obstante, es el segundo trimestre el más señalado por diferentes autores,[7, 8, 11, 12, 13, 14] en correspondencia con el presente estudio (60,5 %).

En relación con los antecedentes obstétricos, Cazorla y colaboradores plantean que la mayoría de sus pacientes fueron nulíparas (59,78 %), frente a multíparas (40,22 %),[14] de manera similar a los resultados obtenidos; sin embargo, Paredes reporta que las pacientes multigestas representaron 69,7 % de la muestra.[2]

García y Aranda, en revisión bibliográfica sobre el diagnóstico, refieren el dolor abdominal como el cuadro clínico más usual. Según la etiología más común, la apendicitis, cuatro artículos informaron descompresión súbita y dolorosa en la fosa ilíaca derecha o punto de McBurney.[10]

En el caso de la paciente embarazada, los vómitos son referidos por el 70 % de ellas y las náuseas por hasta el 85 %, pero estos problemas son comunes para todas las mujeres en estado de gestación sin sospecha de apendicitis aguda, especialmente aquellas que se encuentran en el primer trimestre, por lo que estos síntomas se tornan inespecíficos para un diagnóstico certero de apendicitis en el embarazo. La fiebre puede estar presente en el 50 % de los casos.[5] Yavuz y colaboradores informan que todas las pacientes tenían dolor abdominal.[15]

Sarmiento y colaboradores hallaron, en cuanto a los síntomas más frecuentes, dolor abdominal en todas las pacientes; seguido por vómitos, náuseas, diarreas y fiebre, en este mismo orden. El dolor fue más frecuente en el cuadrante inferior derecho del abdomen en 17 pacientes, sin diferencia según la edad de gestación; en los tres casos restantes, en el segundo y el tercer trimestre de gestación, el dolor se localizó en el cuadrante inferior izquierdo, en el superior derecho y, en el otro, fue difuso, respectivamente.[7] De esta misma forma se comportó dicha variable en el estudio realizado, con dolor abdominal presente en la totalidad de los casos y las náuseas en el 88,4 %.

Las complicaciones obstétricas observadas en la serie de Cazorla y colaboradores fueron amenaza de aborto en 34 casos (37 %), aborto con 6 casos (6,5 %), amenaza de parto prematuro con 26 casos (28,3 %), parto prematuro con 14 casos (15,2 %), muerte fetal con 4 casos (4,3 %) y un total de 8 casos que equivalen al 8,7 % no presentaron complicaciones obstétricas.[15] Otra investigación en Ecuador demuestra que el 25 %

de las pacientes gestantes con diagnóstico apendicitis desarrollaron con complicaciones de tipo obstétrico, y fue la amenaza de parto prematuro la principal complicación, seguida del 10,38 % de partos prematuros, 7,6 % de muertes fetales y un 2,33 % defectos de tipo congénito.[16] En la serie de gestantes analizadas en el presente estudio, aunque igualmente las complicaciones obstétricas predominantes resultaron el aborto (5 casos para un 11,1 %) y el parto pretérmino, un alto porcentaje no presentó complicaciones (81,4 %)

Las gestantes con abdomen agudo quirúrgico no obstétrico presentaron como afección quirúrgica más frecuente la apendicitis, principalmente en el segundo trimestre del embarazo. Varios síntomas pueden llegar a confundirse con los que de forma natural se presentan durante el periodo de gestación, por eso la importancia de conocer los factores de riesgo y particularidades de esta enfermedad, lo cual puede aportar mayor claridad y rapidez al realizar el diagnóstico, con vistas a preservar la vida materna y fetal.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

Conceptualización: Yunisleidy Romero Lima

Curación de datos: Yunisleidy Romero Lima, Jorge Ernesto González García

Análisis formal: Yunisleidy Romero Lima, Jorge Ernesto González García

Investigación: Yunisleidy Romero Lima, Jorge Ernesto González García

Metodología: Yunisleidy Romero Lima, Jorge Ernesto González García, Alexander Marchena Rodríguez, Dianelys Molina Macias

Supervisión: Jorge Ernesto González García, Alexander Marchena Rodríguez, Dianelys Molina Macias

Validación: Jorge Ernesto González García

Visualización: Yunisleidy Romero Lima, Jorge Ernesto González García

Redacción – borrador original: Yunisleidy Romero Lima, Jorge Ernesto González García

Redacción – revisión y edición: Yunisleidy Romero Lima, Jorge Ernesto González García, Alexander Marchena Rodríguez, Dianelys Molina Macias

Financiación:

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lallemant M. Urgencias quirúrgicas no obstétricas en el embarazo. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2022;58(1):1-17.

2. Paredes Escobar JL. Patología abdominal quirúrgica no obstétrica en gestantes del Hospital Cayetano Heredia de Piura enero 2015-diciembre 2019[Tesis]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo; 2020[citado 14/08/2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41485/Paredes_EJL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3. Laffita LW, Rodríguez TI, Jiménez RW, Jeremías FE. Abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. RIC[Internet]. 2018[citado 14/08/2024];97(6):[aprox. 23p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85139

4. Zambrano M. Asociación de patología quirúrgica no obstétrica durante el embarazo con parto prematuro (APQNOEPP)[Tesis]. Nuevo León: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey; 2020[citado 14/08/2024]. Disponible en: https://repositorio.tec.mx/server/api/core/bitstreams/37baa936-0082-4270-b95d-2177f0471b95/content

5. Barrantes GJ, Varela AC, Arias R. Apendicitis en el embarazo. Rev Méd Sinerg[Internet]. 2020[citado 27/12/2024];5(7):[aprox. 11p]. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/539

6. Vujic J, Marsoner K, Lipp-Pump AH, Klaritsch P, Mischinger HJ, Kornprat P. Non-obstetric surgery during pregnancy–an eleven-year retrospective analysis. BMC Pregnancy and Childbirth.

2019;19(1):382.

7. Sarmiento GJ, Roseroa CM, Sarzosa JA, Solís MA. Abdomen agudo en el embarazo. Rev Colomb Cir[Internet]. 2017[citado 14/08/2024];32(2):[aprox. 11p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822017000200004

8. Carvajal D, Durán MJ, Sanchún M. Abdomen agudo: etiologías comunes en el embarazo. Rev Méd Sinerg[Internet]. 2022[citado 14/08/2024];7(1):[aprox. 20p]. Disponible en: https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/751/1366

9. Martínez EA. Caracterización del abdomen agudo quirúrgico en gestantes[Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2017[citado 14/08/2024]. Disponible en: https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2017/052.pdf

10. Garcia JA, Aranda OL. Diagnóstico de abdomen agudo en gestantes: una revisión de la literatura. REASE[Internet]. 2023[citado 14/08/2024];9(3):[aprox. 21p]. Disponible en: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8780/3507

11. Vega AC, Gutiérrez WN. Apendicitis aguda en gestante: Un Reporte de Caso. Rev Fac Med Hum[Internet]. 2020[citado 14/08/2024];20(3):[aprox. 8p]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9569723

12. Cueva SP. Características clínicas y sociodemográficas en gestantes diagnosticadas de apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, entre enero 2017 a diciembre del 2022[Tesis]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023[citado 14/08/2024]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5703/T016_71252956_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Zachariah SK, Fenn M, Jacob K, Arthungal SA, Zachariah SA. Management of acute abdomen in pregnancy: current perspectives. Int J Womens Health. 2019;11:119-34.

14. Cazorla G, Fiallos Castillo PP, Rosero A, Michelle S. Complicaciones en el embarazo por apendicitis aguda. Hospital Provincial General Docente. Riobamba, 2010-2020[Tesis]. Riobamba, Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021[citado 14/08/2024]. Disponible en: http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7563/1/8.-TESIS%20ATACUSHI%20FIALLOS%20FINAL%20ACTUAL-MED.pdf

15. Yavuz Y, Sentürk M, Gümüş T, Patmano M. Acute appendicitis in pregnancy. TJTES. 2021;27(1):85-8.

16. Bonifaz FA. Prevalencia de pacientes embarazadas sometidas a apendicectomía o colecistectomía y sus complicaciones en hospitales públicos de Quito entre los años 2010 A 2015[Tesis]. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018[citado 14/08/2024]. Disponible en: https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/58f16855-a6eb-44fb-a01e-fe3e3a78ebdf/content

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS