

DOI: 10.5937/halo31-62927

UDC: 616.346.2-002-07

PRIKAZ BOLESNIKA

PRIMENA ALVARADOVOG SKORA KOD SUMNJE NA AKUTNI
APENDICITIS

Janković T. & Đorđević S. Primena
Alvaradovog skora. Halo 194.
2025; 31(3): 81-86

Tamara JANKOVIĆ¹, Stefan ĐORĐEVIĆ²

¹Zavod za urgentnu medicinu Beograd, Srbija. ²Univerzitetni klinični centar Ljubljana, Slovenija

Rad primljen: 20.11.2025.

Prihvaćen: 19.01.2026.

Korespondencija

Tamara Janković
Zavod za urgentnu medicinu
Beograd
Franše d'Eperea 5
11000 Beograd Srbija
Tel. +381603130335
E-mail:
tamara.icloud93@gmail.com

SAŽETAK

Uvod Apendicitis predstavlja zapaljenje apendiksa, koje se klinički prezentuje bolom u abdomenu, najčešće u donjem desnom kvadrantu, migracijom bola ili pojavom periumbilikalnog bola, povišenom temperaturom, gubitkom apetita, mučninom i povraćanjem. Zbog nespecifičnosti simptoma razvijeni su scoring sistemi, koji olakšaju postavljanje radne dijagnoze kod sumnje na akutni apendicitis. Najčešće se koriste Alvaradov skor i AIR skor.

Cilj rada Značaj primene Alvaradovog skora kod sumnje na akutni apendicitis, u prehospitalnim uslovima.

Prikaz bolesnika Zavodu za urgentnu medicinu Beograd upućen je poziv za intervenciju, zbog bola u abdomenu. Pacijentkinja starosti 37 godina, navodi da je prethodne noći bol počeo periumbilikalno, i širio se u donji deo stomaka s desne strane, imala je mučninu i povišenu temperaturu 37.9 C. Vrednost Alvaradovog skora kod ove pacijentkinje iznosila je 6. Pacijentkinja je transportovana u dežurnu zdravstvenu ustanovu gde je potvrđena dijagnoza akutnog apendicitisa.

Zaključak

Postavljanje radne dijagnoze akutnog apendicitisa prehospitalno, najčešće se bazira samo na anamnezi i fizikalnom pregledu. Primena Alvaradovog skora može biti vrlo značajna, kako u bržem postavljanju radne dijagnoze tako i u pravovremenom transportu pacijenta u adekvatnu zdravstvenu ustanovu. Skraćanjem vremena od postavljanja dijagnoze do odgovarajućeg tretmana, smanjuje se rizik od komplikacija, mortaliteta, i nepotrebnih operacija. [4,5]

Ključne reči apendicitis, alvaradov skor, air, ripasa

UVOD

Apendicitis predstavlja zapaljenje apendiksa, sa pojavom simptoma već u prvih 24 sata. Najčešće je izazvan opstrukcijom lumena apendiksa, pri čemu dolazi do umnožavanja aerobnih i anaerobnih bakterija koje se fiziološki nalaze u apendiksu, a samim tim i do inflamacije, ponekad i do stvaranja apscesa [1]. Klinički se prezentuje bolom u abdomenu, najčešće u donjem desnom kvadrantu, migracijom bola ili pojavom periumbilikalnog bola, povišenom temperaturom, gubitkom apetita, mučninom i povraćanjem [2]. Obzirom na nespecifičnost simptoma i brojne diferencijalne dijagnoze, razvijeni su scoring sistemi koji bi trebalo lekaru na pregledu da olakšaju postavljanje radne dijagnoze kod sumnje na akutni apendicitis, najčešće se koriste Alvaradov skor i AIR (Appendicitis Inflammatory Response) skor [3].

CILJ RADA

Prikaz Alvaradovog skora na konkretnom slučaju na prehospitalnom nivou, kod sumnje na akutni apendicitis, kao i prikaz studija koje dokazuju specifičnost i senzitivnost samog skora kao i studija koje porede Alvaradov skor sa drugim skorovima.

PRIKAZ BOLESNIKA

Zavodu za urgentnu medicinu Beograd upućen je poziv za intervenciju, zbog bola u abdomenu. Pacijent je ženska osoba starosti 37 godina, koja navodi da je bol počeo sinoć, pre otprilike 12h od pozivanja ekipe hitne medicinske pomoći (HMP). U toku noći izmerila povišenu temperaturu 37.9C, i pojašnjava da je bol počeo periumbilikalno, a zatim se preneo u donji deo stomaka sa desne strane. Sve vreme je imala mučninu, ali nije povraćala. Pri pregledu abdomena, postoji blaga bolna osetljivost pri palpaciji Mekbarnijeve tačke. Bol se pojačava pri naglom otpuštanju pritiska u Mekbarnijevoj tački. Rovsingov znak je pozitivan, dok je Psoasov znak negativan.

Vrednost Alvaradovog skora kod ove pacijentkinje iznosila je 6, bez korišćenja laboratorijskih vrednosti, što ukazuje da postoji osnovana sumnja da pacijentkinja ima akutni apendicitis.

Pacijentkinja je transportovana u dežurnu zdravstvenu ustanovu gde je pregledom hirurga i ultrasonografijom potvrđena dijagnoza akutnog apendicitisa, nakon čega je učinjena apendektomija.

DISKUSIJA

Akutni apendicitis je jedna od najčešćih indikacija za hitne hirurške intervencije, sa incidencom od 7-12% u svetu [4,5]. Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, pregleda i laboratorijskih analiza kao i korišćenjem imidžing metoda, ali definitivna dijagnoza se postavlja nakon apendektomije, histopatološkom potvrdom [4].

Razvijeni su brojni scoring sistemi u cilju postavljanja rane dijagnoze akutnog apendicitisa, od kojih je najčešće korišćen Alvaradov skor, RIPASA i AIR skor [4].

Alvaradov skor

Alvaradov skor osmišljen je 1986.godine i uključuje 8 parametara, tj obuhvata simptome, znakove i laboratorijske nalaze. Simptomi kao što su prisustvo migrirajućeg bola u desnom donjem kvadrantu, mučnina ili povraćanje i gubitak apetita nose po 1 poen. Znaci kao što je povratni bol i povišena temperatura nose po 1 poen, dok bolna osetljivost u donjem desnom kvadrantu nosi 2 poena. Ako postoji leukocitoza, dodaje se 2 poena, a ako postoji neutrofilija preko 70% dodaje se 1 poen [4,5].

Alvarado skor	
Znakovi	
Osetljivost u donjem desnom kvadrantu	2
Povišena temperatura (>37.3°C)	1
Rebound osetljivost	1
Simptomi	
Anoreksija	1
Mučnina ili povraćanje	1
Migracija bola u donji desni kvadrant	1
Laboratorijske vrednosti	
Leukocitoza (>10,000 leukocita)	2
Pomak ulevo (>75% neutrofila)	1

Figura 1. Alvaradov skor [5]

Svaki rezultat izračunatog skora koji iznosi 5 ili 6, kompatibilan je sa dijagnozom akutnog apendicitisa, skor 7 i 8 ukazuju na verovatno postojanje akutnog apendicitisa, a skor 9 i 10 pokazuju vrlo verovatno postojanje akutnog apendicitisa [5].

AIR skor je noviji skor u odnosu na Alvaradov skor, prvi put primenjen 2008.godine I klinički se pokazao boljim od Alvaradovog skora, jer uključuje objektivnije simptome, dok Alvaradov uključuje subjektivne simptome [6]. Takođe, mnoge nezavisne studije pokazuju važnost vrednosti CRP-a u postavljanju dijagnoze apendicitisa, što i jeste uključeno u AIR skor kao kriterijum za bodovanje [7,8].

RIPASA skor je takođe noviji skor u odnosu na Alvaradov, osmišljen 2008.godine. Prvenstveno je bio osmišljen za Azijsku populaciju. Koristi 17 parametara u proračunu, uključujući i neke parametre koje Alvaradov skor ne koristi, kao što su pol, godine i dužina trajanja simptoma [7].

Studije širom sveta, bavile su se poređenjem Alvaradovog skora sa AIR i RIPASA skorom.

Sprovedena studija (Chisthi et al. 2020.) poredila je sva tri skora u cilju utvrđivanja procene tačnosti dijagnoze AA. Studija je uključila 107 pacijenata u periodu od 1.januara 2018. do 1.januara 2019.godine, koji su se javili na hitan prijem sa akutnim bolom u desnoj ilijačnoj loži koji može biti povezan sa dijagnozom AA. Za Alvaradov skor, vrednost od 7 bodova je predstavljala veliku verovatnoću za AA, dok je za AIR vrednost bila 5, a za RIPASA vrednost je bila 7.5 bodova. Rezultati studije su pokazali da Alvaradov skor ima senzitivnost 64.44%, specifičnost 58.82%, pozitivnu prediktivnu vrednost 89.23%, negativnu prediktivnu vrednost 23.81% i ukupni procenat tačnosti od 63.55%. Za AIR skor senzitivnost je 97.78%, specifičnost 29.41%, pozitivnu prediktivnu vrednost 88.00%, negativnu prediktivnu vrednost 71.43% i ukupni procenat tačnosti od 86.92%. Za RIPASA skor izračunata je senzitivnost 87.78%, specifičnost 76.47%, pozitivna prediktivna vrednost 95.18%, negativna prediktivna vrednost 54.17% i ukupni procenat tačnosti od 85.98% [7].

Komparativna studija (Mehbub et al. 2023.) upoređivala je rezultate modifikovanog Alvaradovog skora (MAS) i RIPASA skora sa histopatološkim nalazima nakon apendektomije. Studija je uključila 150 pacijenata koji su primljeni u bolnicu (Akhtar Saeed Trust Hospital, Lahore, Pakistan) sa suspektnim apendicitisom, kojima je izračunat MAS i RIPASA skor pre apendektomije. Od ukupno 91 pacijenata sa pozitivnim MAS, 76 pacijenata je imalo pozitivan histopatološki nalaz (77,7%). 59 pacijenata imalo je negativan MAS, od kojih je 42 pacijenta (66,7%) imalo pozitivan histopatološki nalaz apendicitisa. MAS je ostvario senzitivnost od 64,41% i specifičnost od 53,12%. Dijagnostička tačnost za MAS iznosi 62%. Kada je reč o RIPASA skoru, od 119 pacijenata koji su imali pozitivan RIPASA skor, 106 pacijenata (89,1%) su imala apendicitis potvrđen histopatološkim nalazom, dok je od 31 pacijenata sa negativnim RIPASA skorom, 12 pacijenata (38,7%) imalo pozitivan histopatološki nalaz. Senzitivnost RIPASA skora iznosi 89,83% a specifičnost 59,38%. Dijagnostička tačnost za RIPASA skor iznosi 83,33% [8].

Meta-analiza (Favara et al. 2022.) uključila je ukupno 33 izveštaja iz 35 studija, koristeći HSORC model (Hierarchical Summary Receiver Operating Curve) da uporedi Alvaradov skor sa RIPASA skorom. Senzitivnost za Alvaradov skor iznosi 0.72(95%CI=0.66-0.77) dok ukupna specifičnost iznosi 0.77 (95%CI=0.70-0.82). Senzitivnost za RIPASA skor iznosi 0.95 (95%CI=0.92-0.97) dok ukupna specifičnost iznosi 0.71 (95%CI=0.60-0.80). Zaključak je da Alvaradov skor ima bolju specifičnost, dok RIPASA skor ima drastično veću senzitivnost za AA [9].

Prospektivna studija (Zeb et al. 2023.) uključila je 132 pacijenta sa dijagnozom AA, koji su apendektomisani i definitivna dijagnoza je utvrđena histopatološki. Na osnovu parametara su bili izračunati Alvaradov skor, AIR skor i RIPASA skor. Studija je dokazala da je RIPASA skor bolji u kategorizaciji pacijenata sa sumnjom na AA, u odnosu na Alvaradov i AIR skor, kao i da smanjuje potrebu za korišćenjem radioloških metoda i redukuje stopu negativnih apendektomija [10].

Prospektivna kohortna studija (Ineti et al. 2024.) analizirala je podatke prikupljene od ukupno 110 pacijenata, većinski je uključila mlađu populaciju starosti 21-30 godina (39%). Ultrazvučnom dijagnostikom kod 93% procenata pacijenata postavljena je radna dijagnoza akutnog apendicitisa, kod 2% dijagnoza hroničnog apendicitisa i kod 5% viđen je apendiks normalnog izgleda. Ipak, histopatološki nalazom akutni apendicitis potvrđen je kod 75%, hronični apendicitis kod 9%, dok je negativan/nеспецифичан nalaz imalo 15% pacijenata. Pozitivna prediktivna vrednost za Alvaradov skor dobijena u ovoj studiji, iznosila je 40% dok je za RIPASA skor iznosila 51%. Senzitivnost Alvaradovog skora bila je 50,55% dok je senzitivnost RIPASA skora bila 73,63% [11].

International Journal of Paediatrics and Adolescent Medicine (Sept.2023) nedavno je objavio prospektivnu monocentričnu studiju čiji je cilj bio da uporedi modifikovani Alvaradov skor sa Samuel skorom (paediatric appendicitis scoring system) koji su primenjeni kod pedijatrijske populacije, tj. kod dece koja su primljena na hitan prijem zbog sumnje na AA. Studija je uključila 87 dece starosti od 3 do 16 godina. Izračunati su modifikovani Alvaradov skor i Samuel skor i na osnovu toga, pacijenti su podeljeni u 3 grupe, G1 grupa sa skorom manjim od 4, G2 sa skorom od 4 do 7 i G3 sa skorom preko 7 bodova. Dijagnostička vrednost oba skora bila je utvrđivana na osnovu računanja specifičnosti, senzitivnosti, pozitivne prediktivne vrednosti i negativne prediktivne vrednosti. Za Alvaradov skor utvrđena je senzitivnost 91.7%, specifičnost 98%, PPV 91.7%, NPV 98%. Za Samuel skor utvrđena je senzitivnost 93%, specifičnost 98%, PPV 93%,

NPV 98%. Zaključak je da su oba skora vrlo korisna kod sumnje na AA u pedijatrijskoj populaciji [12].

Rezultati ove studije, poklapaju se sa rezultatima prethodno objavljene studije u *Pediatric Emergency Care* naučnom časopisu (Pogorelić et al. 2015), koja je uključila 311 pacijenata u studiju, od kojih je 265 (85.2%) imalo AA, radi poređenja Alvaradovog skora sa PAS skorom (paediatric appendicitis scoring system). Kod pacijenata sa AA i vrednošću Alvaradovog skora 7, tačna dijagnoza bila je postavljena kod 236 pacijenata, što daje senzitivnost od 89%, specifičnost 59%, PPV 93.1%, dok je kod pacijenata sa AA i PAS skorom preko 7, tačna dijagnoza postavljena kod 228 pacijenata, senzitivnost je bila 86%, specifičnost 50%, PPV 90.1%. Zaključak je da oba scoring sistema imaju sličnu senzitivnost i specifičnost, i da su oba korisna u postavljanju dijagnoze AA kod pedijatrijske populacije [13].

Prospektivna unakrsna studija (Gebreselassie H. 2023.) bavila se primenom Alvaradovog skora u sklopu dijagnostičkih protokola u Etiopiji koji je nedovoljno ispitan u toj populaciji. Prikupljani su podaci tokom 6 meseci, u periodu od avgusta 2019. do januara 2020.godine. Ukupno 235 pacijenata je uključeno u studiju, od čega je dve trećine bilo muškog pola. Većina pacijenata (61,7%) imala je pozitivan Alvaradov skor ≥ 7 . Senzitivnost Alvaradovog skora bila je 99,1% dok je specifičnost bila 55,6%, pozitivna prediktivna vrednost 98,2%, a negativna prediktivna vrednost 62,5%. Poređenjem rezultata senzitivnosti i specifičnosti skora u odnosu na muškarce i žene, Alvaradov skor je pokazao veću senzitivnost i specifičnost kod muškaraca (99,3% i 80%) u odnosu na žene (97,6% i 25%). Senzitivnost za rezultate skora ≥ 5 , izračunata senzitivnost iznosi 98,4% pa je zaključak studije da svaki skor od ≥ 5 , treba uključiti u dijagnozu akutnog apendicitisa [14].

Najnovija komparativna studija (Sultana Z.et al.2025.) sprovedena u Hayatabad Medical Complex-u u Pakistanu, uključila je 100 pacijenata sa suspektnim akutnim apendicitisom, koji su primljeni u bolnicu u periodu od avgusta 2024. do septembra 2025.godine. Svim pacijentima izračunate su vrednosti Alvaradov i RIPASA skora i upoređene su sa Gomez klasifikacijom [15,16]. Rezultati studije pokazuju da oba skora pokazuju veliku dijagnostičku tačnost, Alvaradov skor pokazuje veću senzitivnost u odnosu na RIPASA skor (94,2% vs 91,9%) dok RIPASA skor pokazuje bolju specifičnost (64,3%) u odnosu na Alvaradov (57,1%) [15].

Grade	Laparoscopic findings
0	Normal looking appendix
1	Hyperemia and edema
2	Fibrinous exudate
3A	Segmental necrosis
3B	Base necrosis
4A	Abscess
4B	Regional peritonitis
5	Diffuse peritonitis

Figura 2. Gomes klasifikacija apendicitisa kod laparaskopskih tehnika [16]

ZAKLJUČAK

Postavljanje radne dijagnoze akutnog apendicitisa prehospitalno, najčešće se bazira samo na anamnezi i fizikalnom pregledu. Primena Alvaradovog skora može biti vrlo značajna, kako u bržem postavljanju radne dijagnoze tako i u pravovremenom transportu pacijenta u adekvatnu zdravstvenu ustanovu. Skraćanjem vremena od postavljanja dijagnoze do odgovarajućeg tretmana, smanjuje se rizik od komplikacija, mortaliteta, i nepotrebnih operacija. [4,5]

LITERATURA

1. Lotfollahzadeh S, Lopez RA, Deppen JG. Appendicitis. 2024 Feb 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. PMID: 29630245.
2. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2018 Jul 1;98(1):25-33. PMID: 30215950.
3. Téoule P, Laffolie J, Rolle U, Reissfelder C. Acute Appendicitis in Childhood and Adulthood. DtschArztebl Int. 2020 Nov 6;117(45):764-774. doi: 10.3238/arztebl.2020.0764. PMID: 33533331; PMCID: PMC7898047.
4. Awayshih MMA, Nofal MN, Yousef AJ. Evaluation of Alvarado score in diagnosing acute appendicitis. Pan Afr Med J. 2019 Sep 6;34:15. doi: 10.11604/pamj.2019.34.15.17803. PMID: 31762884; PMCID: PMC6859007.
5. Frountzas M, Stergios K, Kopsini D, Schizas D, Kontzoglou K, Toutouzas K. Alvarado or RIPASA score

for diagnosis of acute appendicitis? A meta-analysis of randomized trials. Int J Surg. 2018 Aug;56:307-314. doi: 10.1016/j.ijssu.2018.07.003. Epub 2018 Jul 12. PMID: 30017607.

6. Andersson, R.E., Stark, J. Diagnostic value of the appendicitis inflammatory response (AIR) score. A systematic review and meta-analysis. World J Emerg Surg 20, 12 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13017-025-00582-x>

7. Chisthi MM, Surendran A, Narayanan JT. RIPASA and air scoring systems are superior to alvarado scoring in acute appendicitis: Diagnostic accuracy study. Ann Med Surg (Lond). 2020 Sep 24;59:138-142. doi: 10.1016/j.amsu.2020.09.029. PMID: 33024555; PMCID: PMC7527659.

8. Mehbub H, Baig AA, Khalid R, Mehmood MS, Ur Rehman O, Ghani U, Ahmad A. A Comparison of the Modified Alvarado Score and the Raja IsteriPengiranAnakSaleha Appendicitis (Ripasa) Score in a Southeast Asian Population With Histopathology as the Gold Standard. Cureus. 2023 Oct 9;15(10):e46715. doi: 10.7759/cureus.46715. PMID: 38021985; PMCID: PMC10630786.

9. Favara G, Maugeri A, Barchitta M, Ventura A, Basile G, Agodi A. Comparison of RIPASA and ALVARADO scores for risk assessment of acute appendicitis: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022 Sep 30;17(9):e0275427. doi: 10.1371/journal.pone.0275427. PMID: 36178953; PMCID: PMC9524677.

10. Zeb M, Khattak SK, Samad M, Shah SS, Shah SQA, Haseeb A. Comparison of Alvarado score, appendicitis inflammatory response score (AIR) and Raja IsteriPengiranAnakSaleha appendicitis (RIPASA) score in predicting acute appendicitis. Heliyon. 2023 Jan 16;9(1):e13013. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e13013. PMID: 36711320; PMCID: PMC9876948.

11. Inteti K, Shaik MR, Ganapa P, Gandhi PS. A Comparison of the Alvarado Score and the Raja IsteriPengiranAnakSaleha Appendicitis (RIPASA) Score in the Diagnosis of Acute Appendicitis: A Prospective Cohort Study. Cureus. 2024 Aug 28;16(8):e68041. doi: 10.7759/cureus.68041. PMID: 39347188; PMCID: PMC11433655.

12. Tchoumi, Josianne1; Gruden, Enrico2; Elenga, Narcisse3; Kayemba-Kay's, Simon4. Modified Alvarado and Samuel scores: Contribution to the diagnosis of acute appendicitis in the pediatric acute and emergency department. International Journal of Pediatrics and

Adolescent Medicine 10(3):p 59-64, September 2023. | DOI: 10.4103/ijpam.ijpam_6_24

13. Pogorelić Z, Rak S, Mrklič I, Jurić I. Prospective validation of Alvarado score and Pediatric Appendicitis Score for the diagnosis of acute appendicitis in children. *Pediatr Emerg Care*. 2015 Mar;31(3):164-8. doi: 10.1097/PEC.0000000000000375. PMID: 25706925.

14. Gebreselassie H, Zeleke H, Ashebir D. Diagnosis of Acute Appendicitis: A Cross-sectional Study on Alvarado's Score from a Low Income Country. *Open Access Emerg Med*. 2023 Jun 16;15:253-258. doi: 10.2147/OAEM.S410119. PMID: 37346382; PMCID: PMC10281270.

15. Sultana Z, Ali G, Nawaz H, Ali J, Ahmed A, Ali A, Tahir M, Jan Y. Accuracy of the Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis (RIPASA) and Alvarado Score for Acute Appendicitis: A Comparative Study. *Cureus*. 2025 Oct 3;17(10):e93756. doi: 10.7759/cureus.93756. PMID: 41189820; PMCID: PMC12582032.

16. Mariage M, Sabbagh C, Grelpois G, Prevot F, Darmon I, Regimbeau JM. Surgeon's Definition of Complicated Appendicitis: A Prospective Video Survey Study. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2019 Jan-Jun;9(1):1-4. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1286. PMID: 31988858; PMCID: PMC6969325.

Case report**THE ALVARADO SCORE APPLICATION IN DIAGNOSING SUSPECTED ACUTE APPENDICITIS***Tamara JANKOVIĆ¹, Stefan ĐORĐEVIĆ²*¹Institute for Emergency Medicine of Belgrade, Serbia, ²University Medical Centre Ljubljana, Slovenija**SUMMARY**

Introduction: Appendicitis is an inflammation of the appendix, clinically presenting with abdominal pain most commonly located in the right lower quadrant, with possible pain migration or initial periumbilical pain, accompanied by fever, loss of appetite, nausea, and vomiting. Because of the nonspecific nature of these symptoms, various scoring systems have been developed to facilitate the process of establishing a working diagnosis in the cases of suspected acute appendicitis. The most commonly used scoring systems are the Alvarado Score and the AIR (Appendicitis Inflammatory Response) Score.

Objective: To assess the significance of applying the Alvarado Score in cases of suspected acute appendicitis in prehospital settings.

Case report: The Emergency Medical Service of Belgrade received a medical assistance call from a patient with abdominal pain. A 37-year-old female patient declared that the pain had started during the previous night in the periumbilical region, then migrated to the right lower quadrant of the abdomen. The pain was accompanied by nausea and an elevated body temperature of 37.9°C. The patient's Alvarado Score was 6. The patient was transported to the appropriate healthcare facility, which confirmed the diagnosis of acute appendicitis.

Conclusion: In prehospital settings, the most common way of establishing a working diagnosis of acute appendicitis is based solely on medical history and physical examination. Applying the Alvarado Score can be highly valuable, both in facilitating a quicker diagnostic process and in ensuring timely transport of the patient to an appropriate healthcare facility. Narrowing the time frame from the moment a working diagnosis is established to the moment the patient receives appropriate treatment reduces risks of complications, mortality, and unnecessary surgical interventions. [4,5]

Keywords: appendicitis, Alvarado Score, AIR Score, RIPASA Score