



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado



11209
109
2eg

**HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO LA RAZA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**MANEJO DE LA APENDICITIS
COMPLICADA CON O SIN
DRENAJE DE PENROSE.**

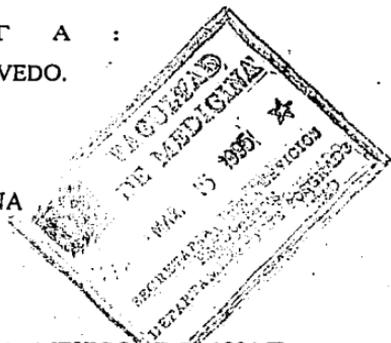
TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. JOSE ERNESTO ROJAS ACEVEDO.

ASESOR:
DR. DAVID JUAREZ CORONA



MEXICO, D.F. 1994 5



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO.

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación.
Hospital General Centro Médico "LA RAZA".

DR. JAVIER ORTEGA GONZALEZ.

Jefe de Departamento de Enseñanza e Investigación.
Hospital General Regional No. 25 Ignacio Zaragoza.

DR. ANGEL ZARATE AGUILAR.

Profesor Titular del Curso de Cirugía General.
Hospital General Centro Médico "LA RAZA".

DR. SERGIO FLORES GOMEZ.

Jefe del Departamento de Cirugía General.
Hospital General Regional No. 25 Ignacio Zaragoza.

DRA. GRACIELA ZERMEÑO GOMEZ.

DR. LUIS MADRAZO LOZANO.

Profesores Adjunto del Curso de Cirugía General.
Hospital General Centro Médico "LA RAZA".

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

ASESOR DE TESIS.

DEDICATORIAS

"... A QUIENES LUCHAN INCANSABLEMENTE POR LO QUE QUIEREN, POR EL SABER, LA CIENCIA, EL AMOR Y LA VERDAD, DESAFIANDO OBSTACULOS Y ADVERSIDADES, SIN DISTINGUIR, RAZA, SEXO O CREDO, TENIENDO SIEMPRE EN MENTE, QUE LAS COSAS QUE ALIMENTAN EL ESPIRITU, PERDURARAN POR SIEMPRE..."

J.E.R.A.

*** A LA MEMORIA DE:**
DR. HENRRY JOSE MORA.
LIC. NIVALDO GUERRA.
LIC. TOMAS ROJAS.
SRA. ESPERANZA RAMOS.
Q.E.P.D.

*** A MI HIJO JOSE ALEJANDRO:**
PEQUEÑO ANGEL QUE LLEGO A
MI VIDA MOTIVANDOME A
SEGUIR SOÑANDO...

*** A MIS PADRES:**
POR DEPOSITAR EN MI SU
CONFIANZA, CARÍÑO Y AMOR

*** A MI ESPOSA GUILLERMINA**
POR SU COMPAÑIA. Y APOYO
INCONDICIONAL

AGRADECIMIENTO

ESPECIAL:

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

MEDICO CIRUJANO DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 25.

POR SU INCONDICIONAL Y CONSTANTE AYUDA PARA LA
ELABORACIÓN DE ESTA TESIS, ADEMAS DE SU AMISTAD Y
CONFIANZA.

DR. SAMUEL SENTIES CARBAJAL.

*MEDICO CIRUJANO DEL SERVICIO DE CIRUGIA
GENERAL*

COORDINADOR DE MEDICOS RESIDENTES
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 25.

POR SU ENSEÑANZA, CONSEJOS Y AMISTAD.

AGRADECIMIENTOS:

- * *INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.*
POR HABERME PERMITIDO REALIZAR UNA ESPECIALIDAD.

- * *A DIOS*
POR SER LO QUE SOY Y ACOMPAÑARME SIEMPRE.

- * *DR. JOSE CUPERTINO ROJAS Y SRA. ROSA ELENA ACEVEDO.*
POR SU CONFIANZA, EDUCACION Y AMOR.

- * *DRÁ. GUILLERMINA HERNANDEZ NAVARRO.*
POR SU APOYO ECONOMICO Y MORAL.

- * *DR. LEMARX ROJAS ACEVEDO, DR. TOREDIT ROJAS ACEVEDO.*
DR. ALEXEI ROJAS ACEVEDO.
POR SU APOYO, CONFIANZA Y CREER EN SU HERMANO.

- * *SRA. CARMEN CUMANA Y SRA. ANA MARIA ROJAS.*
MIS ABUELAS

- * *DR. EDITO ACEVEDO.*
MI ABUELO

- * *DR. FERNANDO ANTONIO MORA Y FAMILIA*
MI PRIMO Y HERMANO MAYOR.

- * *LIC. CARLOS PEREZ LARA Y FAMILIA.*
MI AMIGO, COMPADRE, MI HERMANO, MI FAMILIA.

- * *LIC. JESUS LABRADOR Y FAMILIA.*
MI AMIGO, MI HERMANO, MI FAMILIA.

- * *FAMILIA RIAÑO BARROS.*
POR HACERME SENTIR CERCA DE CASA.

- * *FAMILIA HERNANDEZ NAVARRO.*
POR SU APOYO.

- * *LIC. MARIA EUGENIA ZERPA.*
MI PRIMA.

- * *DR. EZEQUIEL LOPEZ SALINAS.*
MI MAESTRO, QUIEN ME ENSEÑO LAS COSAS DE LA VIDA, QUE LO MATERIAL ES BARATO, CARO, LAS COSAS QUE NO TIENEN PRECIO, COMO EL CARÍÑO, LA AMISTAD, EL AMOR.

- * *DR. ROBERTO LEAL LEYVA Y FAMILIA.*
MI AMIGO, MI HERMANO, MI FAMILIA EN MEXICO.

- * *DR. CARLOS MORILLO, DR. EMMANUEL SALAS, DR. ALVARO SALAZAR, DR. HORACIO ORTEGA, DR. MANUEL GUTIERREZ.*
MIS COMPAÑEROS, POR SU APOYO Y AMISTAD.

- * *DR. NELSON MARTINEZ DEL TORO.*
MI PROFESOR.

- * *DRA. ISMENIA SOTO CABRERA.*
POR SU COMPAÑIA Y AMISTAD INCONDICIONAL.

- * *SRTA. MARIELY MARQUEZ.*
POR SU CONFIANZA, PACIENCIA Y AMISTAD INCONDICIONAL.

- * *SRTA. ALICIA MORAN MARTINEZ.*
POR SU COLABORACION, AMISTAD DURANTE LA RESIDENCIA.

- * *SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y ENFERMERIA DEL HOSPITAL GENERAL C.M. LA RAZA. CLINICA No. 25 CLINICA No. 24, HOSPITAL MAGDALENA DE LAS SALINAS, HOSPITAL GENERAL No. 1 CUERNAVACA, HOSPITAL REGIONAL No.3 SAN JUAN DEL RIO, QRO.*
POR PERMITIRME ESTAR ENTRE USTEDES.

- * *UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA.*
POR SU ENSEÑANZA Y HACERME MEDICO.

- * *FAMILIAS; ROJAS, ACEVEDO, CUMANA, MORA, RAMOS, HERNANDEZ, VELAZQUEZ, LEAL.*

POR SU APOYO, SIEMPRE.

* *PUEBLO DE CHIHUAHUA.*

LINDA GENTE.

* *VENEZUELA.*

TIERRA QUE ME VIO NACER.

* *COLOMBIA.*

POR DARMER UNA FAMILIA.

* *MEXICO.*

POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE HACERME PRIMERO MEDICO,
LUEGO ESPECIALISTA Y SOBRE TODO HOMBRE DE BIEN.

GRACIAS.

TITULO:

**MANEJO DE LA APENDICITIS COMPLICADA CON O SIN
DRENAJE DE PENROSE.**

INDICE

TEMA	PAGINA
TITULO	1
OBJETIVOS Y PROBLEMAS.....	3
HIPOTESIS Y CRONOGRAMA.....	4
INTRODUCCION	5
MATERIAL	6
METODO	7
RESULTADOS	8
COMENTARIOS	11
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAFIA.....	15

INVESTIGACION PRINCIPAL

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

RESPONSABLES DEL PROYECTO:

DR. DAVID JUAREZ CORONA.

DR. JOSE ERNESTO ROJAS ACEVEDO.

COLABORADORES:

DR. JOSE ERNESTO ROJAS ACEVEDO.

DR. SAMUEL SENTIES CARBAJAL.

DR. RODOLFO PADILLA GOMEZ.

UNIDAD DONDE SE EFECTUO EL ESTUDIO:
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 25 "IGNACIO ZARAGOZA"
CIRUGIA GENERAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

NUMERO DE REGISTRO DE TESIS:

No. DE EXPEDIENTE: 57.

OBJETIVO:

Demostrar comparativamente la evolución de los pacientes con apendicitis aguda complicada, manejados quirúrgicamente con apendicectomía y el uso de penrose, y paciente manejados con apendicectomía sin el uso de drenajes.

Basandose en el análisis de la morbilidad de ambos grupos, estableciendo si existe diferencia estadística significativa.

PROBLEMAS:

En nuestro Hospital, la Apendicitis Aguda es la patología de urgencias más común en el servicio de Cirugía General. En el tratamiento de la apendicitis complicada, la tendencia de la mayoría de los cirujanos se encamina al uso de drenaje en forma rutinaria, sin embargo, la evidencia de buenos resultados con una postura contraria, nos obliga a establecer, si existe diferencia o no en el manejo de la apendicitis complicada con el uso de drenajes.

HIPOTESIS:

1. ¿ Realmente es efectivo el uso de drenajes en la apendicitis complicada ?
2. ¿ La evolución de los pacientes con apendicitis aguda complicada, se modifica sin el uso de drenajes ?

CRONOGRAMA

		Día	Mes	Año
Etapa I	Montaje e Instrumentación	05	10	94
Etapa II	Desarrollo de técnicas	05	10	94
Etapa III	Obtención de datos	30	10	94
Etapa IV	Análisis de Resultados	15	11	94
Etapa V	Técnico final	31	11	94

INTRODUCCION

La Apendicectomía es uno de los procedimientos más frecuentes, realizados en Cirugía (1-2).

Existen múltiples puntos de discusión en relación al tratamiento de estos pacientes, tanto en la población Pediátrica como en la de Adultos (1-3).

Los conceptos vertidos tratan generalmente de diferenciar ambos grupos de pacientes, argumentando que la evolución y el tratamiento deben ser diferentes, sin embargo, la Bacteriología y la respuesta peritoneal, son iguales (3-9).

Uno de los puntos de mayor controversia, es el uso de drenajes (3), muchos de los autores se basan en los estudios publicados por el *Dr. Yates* y colaboradores, en 1905 (citado en 10-12), en el sentido de que la cavidad abdominal es imposible de drenar, en realidad los resultados obtenidos son variables, demostrando datos desfavorables con el uso de drenaje, (1,2,13,15) ó sin diferencia estadística al usarlo o no (16).

En la serie del *Dr. Current* y colaboradores, (3) menciona que el uso de drenajes es favorable, sobre todo a lo referente a la infección de la herida quirúrgica, ya que obtuvieron el 0% de presentación, sin embargo los abscesos residuales se presentaron en el 3% de los casos. Esta evidencia muestra que realmente los resultados de múltiples autores, resultan controversiales, y las conclusiones son también discutibles.

Los abscesos residuales se presentaron en el 1.1% (1) y el 1.2% (2), en los pacientes sin drenajes, comparados con el 0% y 3% si se utilizan drenaje.

Mientras tanto el *Dr. Magge* y colaboradores, (15), consideran que el uso de drenaje, incluso potencializa la presencia de infección de la herida quirúrgica, estos resultados incrementan aún más la controversia, dado que finalmente no son concluyentes, obligando a realizar un mayor número de estudios y ensayos clínicos.

MATERIAL

Serán incluidos en el presente trabajo los pacientes con Apendicitis Aguda Complicada que ingresaron al servicio de Cirugía General del HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 25 del I.M.S.S. en el período comprendido entre el 1° de Marzo de 1990 y en 15 de Octubre de 1994.

Serán excluidos del presente trabajo los pacientes sin seguimiento mínimo de 5 días, en los que no se integre totalmente el expediente clínico y los que no acepten su ingreso al presente estudio.

METODO

Los pacientes serán incluidos en dos grupos dependiendo del uso o no drenajes asociados al tratamiento quirúrgico y médico.

Grupo A: Pacientes sin drenajes intrabdominales.

Grupo B: Pacientes con drenajes intrabdominales.

Todos los pacientes serán manejados con esquemas doble o triple de antimicrobianos en base a:

ANTIBIOTICO ANTIANAEROBIO: METRONIDAZOL

A Dosis Acuerdo a la edad, 500mgs. aprox. cada 8 hrs.

BETA LACTAMICO DE AMPLIO ESPECTRO:

CEFALOSPORINAS Y PENICILINAS.

A Dosis De acuerdo a la edad, y el peso del paciente.

AMINOGLUCOSIDOS: GENTAMICINA O AMIKACINA.

A Dosis De acuerdo a la edad, y peso, 5-8mgs.kg. ó 15mg. x kg.

Serán analizados sexo, edad y grado de afección apendicular, gangrenada, abscedada, perforada con peritonitis localizada o perforada con peritonitis generalizada.

En el análisis estadístico se realizará comparativamente con la X² para cálculo de significancia, en base a la presencia o ausencia de:

1. Infección de la herida quirúrgica.

2. SEPSIS.

Calificados de la siguiente manera:

A. Buena Evolución.--- Sin complicaciones.

B. Mala Evolución.--- Con Complicaciones.

RESULTADOS

Se incluyen 92 pacientes en el presente estudio, 51 de estos casos fueron manejados sin drenajes (55.43%) por lo que se incluyeron en el grupo A.30 de los pacientes pertenecían al sexo masculino (58.82% N=51) y 21 al sexo femenino (41.17% N=21), el promedio de edad fue de 32.05 años, con máxima de 80 años y mínima de 16 años.

26 de los casos contaban con diagnóstico de apendicitis Aguda Perforada, con peritonitis localizada (50.98%), 16 ABSCESOS APENDICULARES, (31.37%), 7 apendicitis perforada con peritonitis difusa (13.72%), y 2 apendicitis gangrenadas (3.92%). La cirugía practicada en este grupo, fueron: 16 apendicectomías con esponjeo de la cavidad (50.98%), 16 apendicectomías y evacuación del absceso (31.37%), en 7 casos apendicectomías más lavado de la cavidad con solución salina (13.72%), y en 2 casos solo se efectuó apendicectomías (3.92%).

Los esquemas de antimicrobianos utilizados en esta serie fueron;

Metronidazol, Penicilina G sódica y Amikacina, 20 casos (39.21%).

Metronidazol, Penicilina G sódica y Gentamicina 7 casos (13.72%).

Metronidazol, Ceftazidima y Gentamicina, 6 casos (11.76%).

Metronidazol, Ampicilina y Gentamicina, 3 casos (5.8%).

Metronidazol y Cetazidima, 3 casos (5.8%).

Metronidazol, Cefotaxima y Gentamicina, 2 casos (3.9%).

Metronidazol y Amikacina 1 caso, (1.9%).

En total se utilizó triple esquema en el 92.1% de los casos y solo en 4 pacientes se les aplicó doble esquema. En este grupo se complicaron 5 pacientes que

correspondieron al 9.8% N=51, 4 de los casos por infección de la herida quirúrgica 7.8%, y un caso por hematoma de la herida 1.9%, NO hubo mortalidad.

En el grupo B se incluyeron 41 pacientes correspondiendo al 44.56% de la muestra. 30 de los pacientes correspondieron al sexo masculino (73.17% N=41) y solo 11 pacientes al sexo femenino (26.82% N=41), la edad promedio fue de 43.8 años, con una máxima de 73 y una mínima de 17 años. En 14 pacientes el diagnóstico fue de apendicitis con peritonitis localizada (34.14%), 13 pacientes con apendicitis con absceso apendicular (31.70%), 8 casos con apendicitis y peritonitis difusa (19.51%), y 6 pacientes con apendicitis gangrenada, (14.63%). Las cirugías practicadas fueron: apendicectomía y esponjeo de la cavidad en 17 pacientes (41.46%), apendicectomía y lavado de la cavidad con solución salina en 8 pacientes (19.51%), apendicectomía solamente en 3 pacientes, (7.31%), en 2 pacientes se realizó apendicectomía con ileostomía (4.87%), y un paciente hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis (2.47%).

Los esquemas de antimicrobianos fueron:

Metronidazol, Cefazidima y Amekacina, 8 pacientes (19.51%).

Metronidazol y Cetazidima, 8 pacientes (19.51%).

Metronidazol y Amikacina, 6 pacientes (14.63%).

Metronidazol, Amikacina y Gentamicina, 4 pacientes (9.75%).

Metronidazol, Ampicilina y Amikacina, 3 pacientes (7.31%).

Metronidazol, Cetazidime y Gentamicina, 3 casos (7.31%).

Ceftaxidima y Amikacina, 3 pacientes (7.31%).

Metronidazol Cefazidima y Amikacina, 2 pacientes (4.8%).

Metronidazol y Gentamicina, 2 pacientes (4.8%).

Metronidazol. Cefazidima y Gentamicina, 2 pacientes (4.8%).

En este grupo se utilizó esquema en el 46.34% de los casos (19 pacientes), correspondiendo casi a la mitad del grupo. Las complicaciones se presentaron, en 10 pacientes (24.39%), 9 de los casos fueron infecciones de la herida quirúrgica (21.95%), 4 infecciones del orificio del drenaje, (9.75%), 1 fistula entérica (2.43%) 1 caso de sepsis residual (2.43%), 2 casos de eventración (4.87%), la mortalidad fue del 2.43% (1 caso), siendo las causas, sepsis y falla orgánica.

El análisis estadístico se realizó con la X² mostrando un resultado del 1,81 si la X² crítica=0.05 con un grado de libertad es = 0.00393, si la prueba resulta estadísticamente significativa, mostrando que el uso de drenaje, reditua en una mayor morbilidad.

COMENTARIOS

Se considera de utilidad el uso de drenaje en la cavidad peritoneal para extraer exudados, sangre, bilis y en el tratamiento de peritonitis y paaeatitis aguda, (12), sin embargo las características peritoneales hacen difícil el adecuado drenaje de la cavidad abdominal (17).

La apendicitis aguda complicada es una de las causas más comunes de sepsis intradominal (3), en estos pacientes la producción de fibrina como mecanismo de autodefensa es de suma importancia (18), y el drenaje es rápidamente ocluido por la acumulación de fibrina, impidiendo su función (19), los drenajes colocados en fosas y fondo de saco abdominal, rápidamente se ocluyen, también por restos tisulares y coágulos (10).

El Dr. *Walsh* y colaboradores, (11), mencionan que los drenajes son innecesarios, si el abdomen se maneja con técnica abierta, y por otro lado el Dr. *Munson* y colaboradores (10), consideran que el concepto de que, "El drenaje de la cavidad peritoneal, es física y filológicamente imposible" es válido solo si el Cirujano se encuentra ante un abdomen cerrado.

Estos dos conceptos refuerzan la inutilidad del drenaje por un lado no funciona si el abdomen se maneja abierto y por el otro lado la cavidad es imposible de drenar si el abdomen se maneja cerrado.

El uso de drenaje tampoco es un método inicuo, ya que produce erosión y lesiones importantes de los órganos adyacentes (19), además considerar que influencia directamente en la presencia de complicaciones, como falla anastomótica (14), e infección de la herida quirúrgica (15), situación que ha sido tomada por algunos autores para realizar combinaciones y modificaciones de los drenajes, con resultados variables y discutibles (12-20).

El uso de drenaje en la peritonitis del adulto no es ampliamente mencionado en la literatura, las referencias son antiguas y con poca casuística, la serie del *Dr. Magarey* y colaboradores, (21), observó que el drenaje incrementa el número de días con fiebre de los pacientes y aumenta también la incidencia de infección de la herida quirúrgica y en 3 de los casos se presentaron fistulas entéricas.

La discusión se extiende hasta la población pediátrica el *Dr. Karp* (1) y el *Dr. Neilson* (2) y colaboradores, observaron un porcentaje de infección de la herida en un 3.4% y 1.7%, sin el uso de drenajes y solo el 1.1% y el 1.7% respectivamente de abscesos residuales.

Estos resultados contrastan con los obtenidos por el *Dr. Schwartz* (6) y el *Dr. Curren* (3) y colaboradores, con el 1.4% y el 0% de infecciones de la herida quirúrgica y el 0% con 3% de abscesos residuales. Curren (3) considera que estos resultados demuestran marcadamente que el drenaje resulta beneficioso, sin embargo es notorio que en su muestra los abscesos residuales son muchos más frecuentes con el uso de drenajes que los resultados obtenidos por otros autores (1.-2), entonces, ¿DONDE SE ENCUENTRA EL BENEFICIO, SI LA COLECCION INTRADOMINAL NO HA SIDO EVACUADA DEBIDAMENTE?

En nuestra serie observamos un incremento notorio de la morbilidad global con el uso de drenajes, la infección de la herida quirúrgica solo se presentó en el 7.8% sin drenaje, mientras que el grupo con drenaje fue del 21.95%

La sepsis residual por otro lado, no se presentó en el grupo sin drenaje, mientras que en el grupo con drenaje fue del 2.43%, en este grupo se presentó una fistula entérica (2.43%).

El análisis de ambos, grupos muestra una diferencia en los procedimientos quirúrgicos realizados, sin embargo en cuanto a la gravedad del cuadro peritoneal fueron muy semejantes, lo que permitió la comparación de ambos grupos.

Una observación de suma importancia radica en el uso de antimicrobianos que fueron utilizados acorde con la presencia de gérmenes ya conocidos y de origen entéricos (3.-5), dando un valor muy importante al tratamiento de la apendicitis complicada (1-4, 13,16,21):

En nuestra serie la combinación de antimicrobianos utilizados resulta variada, la diferencia se encuentra en un punto al que le hemos dado una importancia extrema, en el grupo sin drenaje, existe una tendencia mayor al uso, de combinaciones triple con antiaerobio, beta láctamico y aminoglucósidos (92.1%), mientras que en el grupo con drenaje solo se utilizó esquema triples en el 54% de los casos, lo cuál se traduce en una excesiva confianza en el uso del drenaje, considerada por algunos autores como una complicación de suma importancia (19).

El manejo estadístico demuestra una significancia que le confiere una pobre utilidad al drenaje en estos pacientes, 2.43%.

La mortalidad se presentó en un rango bajo del 2.43% con drenaje y del 0% para los casos sin drenajes, lo cuál se muestra dentro de lo esperado y observado por otros autores (3).

CONCLUSION

La discusión sobre el uso de drenaje peritoneal, es sumamente antigua. El manejo transoperatorio que implica la eliminación del foco séptico o control del mismo, aunado al manejo de la cavidad abdominal, según sea necesario con esponjeo o lavado y el uso de antimicrobianos de amplio espectro debe ser suficiente para la resolución de un gran número de casos con apendicitis complicada.

El funcionamiento adecuado de la cavidad peritoneal y de las características y condiciones del drenaje, ofrece el soporte científico que permite un entendimiento de lo inútil que resulta utilizar de drenaje en forma rutinaria, los resultados de esta serie, confirman la evidencia, de que el drenaje, no solo fue innecesario, sino que incluso perjudica, aumentando la morbilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Karp. M.P. Caldarola V.A. the Avoidable excesses in the anagement of perforated appendicitis in children. *Pediatric Surg.* 1986. 21:506.
2. Neilson, Laberge J.M. Appendicitis in children:
Currente Therapeutic recomendations: *Pediatric Surg.* 1990. 25:1113.
3. Currant T.J. Muenchow. S.K. the tratament of complicated Appendicitis in children, using peritoneal drainage. results from a public Hospital. *J. Pediatric Surg.* 1993. 28:204.
4. Brook.. I. Bacteria studies of Peritoneal cavity and Postoperative Surgical Wound Drainage Folowing Perforated Appendix in Children. *Ann Surg.* 1980:192:208.
5. Stone H.N. Kolb L.D. Incidence and Significance of intraperitoneal Anaerobic Bacteria. *Ann Surg.* 1975:181 705.
6. Schuartz M.Z. Manegement of Perforated Appendicitis in children. *Ann Surg.* 1983, 197:407.
7. Wilson S.E. Peritonitis Bacteriana Infecciones Intrabdominales. Diagnostico y Tratamiento, Wilson 1º Edición, Editorial Mac Graw Gill, México D.F. 1987, pág.: 54.

8. Bartlett J.G. Patogenia de la Sepsis Intrabdominal Diagnostico y Tratamiento. Wilson 1° Edición, Editorial Mac Graw Gill, México D.F. 1987. Pag:57.
9. Maddaus M.A. Simons R.L. Biología de la Peritonitis y su Aplicación en el Tratamiento de la Sepsis Intrabdominal. Clinic. Quir. N.A. 1994, 6:1224.
10. Munson J.L. Tratamiento de la Sepsis Intrabdominal Clinic. Quir. N.A. 1991.6,1224.
11. Walsh M.J. Chiason P. Hederich G. Meakins J.L. Abdomen Abierto. Técnica con Malla de Marlex y Cierre de Cremallera. Para el Tratamiento de Infecciones Intrabdominales. Clinic, Quir. N.A.1988.68:27.
12. Hanna E.A. Efficiency of Peritoneal Drainage. Surg Gynecol Obstet 1970, 131: 983.
13. Jan K. Firor H.V. Pediatrics Appendicitis a 20 Years of 1640 Chidren at Cook County (Illinois) Hospital Arch Surg. 1979, 114:717.
14. Mauz C.W. la Tendresse C.H. Detrimental Effects of Drains on Colonics Anastomosis an Experimental Study Dis Col Rect. 1970,131:983.
15. Magge C.H. Roderheaver G.T. Fox J. Potention of Wound Infeccion By Surgical Drains. AM J Surg. 1976, 131:547.
16. Holler J.A., Shacker I. J. White J.J. Peritoneal V.S. non Peritoneal Drainage For Generalized Peritonitis From Ruptured Appendicitis in Children Ann Surg. 1973. 177:595.

17. Wilson S.E, Serota A.I. Willians R.A. Estructura y Función del Peritoneo, Infecciones Intrabdominales. Diagnostico y Tratamiento. 1º Edición, Editorial Mac Graw Gill. México D.F. 1987, Pag:34.
18. Hau T. Payre W.D. Simons R.L. Fibrinolytic Activity in the Peritoneum Draing Experimental Peritonitis. Surg Gynecol Obstet. 1979;48:415.
19. Duthie H L. Current Concept. Drainage of Abdomen. N Engl J Med. 1972;287:1081.
20. Okudaira T. Sugimachi K. Matsumata T. Hanawa S. Combined Penrose and Drains Provide Excellent Drainage. Surg Gynecol Obstet. 1987, 165: 449.
21. Magarey C.J. Chant A. Rickford C.R. Magarey J.R. Clinical Trial of the Effects of Drainage and Antibiotics Afther Appendicectomy. BR. J Surg. 1971, 58:885.