

Cuidados Preoperatorios en la Apendicitis

Por el Dr. LUIS HAUTEFORT

Antiguo Jefe de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Paris
Cirujano del Hospital del Perpétuel- Secours

En este corto estudio no puede ser **cuestión del tratamiento** aplicable a los **apendiculares crónicos**. **Concretaremos al examen de la conducta** que debe observarse con los **enfermos** que, bajo el imperio de una **crisis de apenaicitis aguda** no fueron operados **inmediatamente**.

EN GENERAL HAY QUE OPERAR

Eso.* casos son cada día más raros, El acuerdo reina entre **cirujanos**: todos consideran que la **apendicitis aguda** debe **operarse** y lo más pronto posible desde el **comienzo** de la **crisis**. La gran mayoría de los médicos, **instruidos** por la **experiencia**, opinan de la misma manera, **pudiendo** decir que actualmente muy **pocos** son los que no consideran **esta opinión** como **regla** absoluta,

PERO XO SIEMPRE ¿Tiene excepciones esta regla? Sin la menor duda. Es el caso de una **crisis que sobreviene** a los **últimos** linimentos de una grave afección, **por** ejemplo, la fiebre **tifoidea**: este es el caso más frecuente de una **apendicitis** desconocida en su origen y diagnosticada **más** de cuarenta y ocho horas después de su

comienzo; es también el de una apendicitis que presenta como **prime," signo preciso** el peto de la **fosa iliaca**.

Pongamos un ejemplo; **un enfermo, cono sin pasado intestinal** .siente un **día** un **dolor** súbito al nivel de la fosa **iliaca** derecha, muy pronto seguido de náuseas y **luego de vómitos**. **El médico, llamado algunas** horas después, encuentra un punto de Mac **Burney** muy preciso con ligera **defensa de la pared**. **Pero el estado** del enfermo es **poco alarmante**, el **dolor espontáneo** es **insignificante**, la **temperatura de 38°5**, el pulso a menos de 90, regular y perfecto.

Este médico es temporizador o si no lo es se encuentra con un medio que teme **la operación de urgencia** y al que no se atreve **imponer** su voluntad. **Instituye** entonces **el tratamiento clásico**: cama, **hielo**, dieta, opio.

El estado del paciente sigue sin **agravarse al siguiente día**; al contrario, el enfermo no sufre, los **vómitos** desaparecieron, **la lengua** está **húmeda**, **la diuresis** es suficiente; sin **embargo**, si el **vientre está generalmente** suple, la fosa **iliaca derecha** no parece estar francamente **libre**; el pulso **oscila**

entre 84 y 88, la temperatura **no llega a 38"**, \use trata pues de una simple llamarada: el fuego prende y la intervención **sería una** prudente medida. **Pero se** sigue esperando.

Al tercer día la situación no parece haber **cambiado: el** estada general sigue satisfactorio; sin embargo, el pulso y la temperatura no disminuyeron existiendo aún un pequeño **peto en la fosa ilíaca**. El médico pierde al fin su optimismo y avisa al cirujano. **¿Qué hace éste? Si es discípulo de TE-MOIN no dudará** lo más mínimo, partiendo **del principio** que toda **apendicitis comprobada debe** operarse, y aún cuando su comienzo **encuentre** alejado, opera. Si es **menos audacioso, titubeará, pues sabe que se encuentra en el momento en que la operación** presenta el **máximo de peligro. Para llegar al apéndice perdido en** medio délas adherencia, será necesario desencolar **un epiplon inflamado**, separarlas **asas intestinales espesas y friables, abrir tal** vez un peritoneo libre y correr el riesgo de una peritonitis.

La prudencia se impuso. No opera. **¿Qué es lo que entonces va hacer? Su propósito es obtenerla completa resolución de la crisis y esperar el tiempo necesario para poder** practicar la apendicetomía en las condiciones más **favorables**

Pero esta espera es peligrosa por la suma gravedad de los accidentes que pueden sobrevenir: **reactivación de la** apendicitis, desarrollo de un absceso, oclusión, **peritonitis.**

Tendrá que vigilar constantemente al paciente que de no encontrarse en su servicio **hospitalario**, ni en una (-Única, lo **hará acompañar noche y día por** una enfermera **particularmente** instruida instalada a la cabecera del enfermo.

EL TRATAMIENTO TEMPOÍÍZADOR

La regla general del tratamiento es la siguiente: mantener el **intestino en** reposo, reducir las **fermentaciones** intestinales, más sin por eso dejar de suministrar al enfermo los elementos nutritivos suficientes para asegurar los cam-

bios vitales indispensable de manera que pueda conservar las fuerzas necesarias. El problema es de difícil solución.

Puede considerarse que el tiempo necesario para el enfriamiento de una apendicitis de mediana intensidad, son tres semanas aproximadamente, lo que **quiere decir** que el cirujano, en el ejemplo que hemos puesto, habiéndose decidido por la expectativa, no practicará la apendectomía antes **de la tercera semana. Durante los primeros días** tratará de limitar el inflamatorio; el segundo **periodo** verá de conseguir la **desinfección intestinal** y en un tercer tiempo, pondrá al enfermo en condiciones **para** ser operado. Por esto, el tratamiento de la apendicitis comprende tres estadios.

LIMITACIÓN DEL FOCO INFLAMATORIO.

En el primer estadio que dura ¹ cinco a ocho días según el estado general del enfermo y los síntomas locales, se tratará de asegurar el descanso **del intestino que** se obtendrá con el *reposo, el hielo, el opio y la dieta.*

Al hablar de reposo en materia de apendicitis, refiérase uno al *re:*

poso absoluto en el lecho sin autorizarlos menores movimientos espontáneos: **ni flexión del tronco ni de las piernas**, pero sobre todo **ninguna** contracción **abdominal.** La aplicación del *hielo* es de **absoluta** necesidad, lo que se hará con **una ancha** vejiga (1) que es preferible **extender** bien **sobre** el vientre. Es indispensable que **la vejiga contenga** constantemente hielo para que los dolores sean calmados y **reducidos los** movimientos **peristálticos.** Gracias a esta **rigurosa vigilancia** podrán **disminuir las dosis** de opio.

El *opio* es un medicamento heroico pero ofrece sus **peligros.** **Cuando** el dolor es muy intenso no caben dudas, hay que recurrir a la **inyección** de un **centímetro cúbico de solución** de morfina al 1%, **Pero cuando el dolor espontáneo está** calmado o **se hace soportable,** entonces el opio solo debe emplearse para disminuirlas contracciones del tubo digestivo. Para esto no debe recurrirse a su alcaloide, **se empleará el opio** puro en forma de extracto de opio (**diez centigramos en veinticuatro** horas; al adulto) que se administrarán en forma de píldoras o de supositorios. No aconsejaré en cambio

los lavados laudanizados susceptibles de provocar contracciones en el intestino grueso.

En el niño (jamás antes de los dos años) debe emplearse con suma prudencia y al estado de grande dilución (elixir paregórico, jarabe de diacodión).

Más de todas maneras, hay que reducir las dosis progresivamente pues el apendicular puede tener un hígado insuficiente o ser dudosa la permeabilidad de su riñón.

Por otra parte, el empleo del opio favorece la constipación y esta constituye al cabo de unos cuantos días un peligro que será necesario combatir.

La *dieta* a que debe ser sometido un apendicular será muy rigurosa. **Será** absoluta en tanto que el enfermo tenga vómitos; apenas si la enfermera puede, de hora en hora, humedecerle los labios con un poco de agua. Pero como a toda costa hay que evitar la deshidratación y asegurar la diuresis, es conveniente desde el comienzo recurrir a las inyecciones de suero, suero fisiológico y suero glucosado, La dosis necesaria para un adulto parece ser de

1500 cc. por veinticuatro horas.

El suero no debe administrarse por vía rectal en los primeros días.

Debe por consiguiente recurrirse a las inyecciones subcutáneas y preferentemente a las crúales.

Más si estas inyecciones son muy dolorosas o si por el estado del enfermo son necesarias mayores

dosis de suero, las inyecciones serán en este caso submamarias;

entre la glándula y la aponeurosis del gran pectoral *pues* el tejido

celular es muy flojo resultando fácil la inyección de un liiro de suero

bajo cada una de las mamas. Si no obstante esto la diuresis t

suficiente o si el enfermo prea

signos de desnutrición, no debe

títubearse y se recurrirá a las inyecciones intravenosas de suero

u'glucosado y si necesario, de suero **glucosado** hipertónico.

Además, cuando vómitos y náuseas **hayan** cesado, se instituirá la dieta hídrica: se autorizará al enfermo para beber agua pura a cucharaditas de las do café primeramente después, a cuchara de las de sopa, esto c;(ia hora j luego cada media hora. Sin perar demasiado se recurrí,

las tisanas y al tercero o cuarto, día, caldo de hierbas. Por lo referente a dosis puede tomarse como base los 1.500 cc. de líquido necesarios para el adulto, completando con suero lo que el enfermo no toma por vía gástrica. Bien *reglado* el empleo del suero, se puede perfectamente mantener al enfermo en un estado satisfactorio durante unos cinco a ocho días. Además, nada más fácil para asegurar la resistencia del paciente que recurrir a los tónicos inyectables, principalmente al aceite alcanforado; si es necesario se recurrirá francamente a los tónicos cardíacos

EVACUACION ESTERCORAL

De esta manera se pasó el primer período sin incidentes. La temperatura se ha aproximado de la normal, la fosa ilíaca es casi suple y el enfermo expulsó sus gases. Mas he aquí que el termómetro marca una ascensión térmica de algunas décimas de grado-Medico y cirujano se ponen de acuerdo; este *ascenso* térmico de por sí sin importancia, pone de la necesidad de la eva-

ción del intestino, pero ellos no ignoran los peligros del purgante. Con timidez primero, tratan de obtener un resultado con uno, luego dos y después tres supositorios de **glicerina**. Si se obtiene una pequeña evacuación todo va bien y veinticuatro horas después administrarán un purgante aceitoso. Pero si el resultado es nulo, ¿qué hacer? ¿Un gran lavado? No. Se prescribe un lavado de 100 a 150 cc. *con poca presión*, de **infusión de malvavisco** o de agua glicerinada o **mismo** de aceite de oliva. Por mi parte, con frecuencia hago instalar un gota a gota rectal con salida acelerada y antes que hayan **pasado** 200 cc, el enfermo experimenta **casi** siempre la necesidad de evacuar y expulsa la inyección con algunas materias.

En todos los casos, su intestino ha seguramente reaccionado y una segunda instalación administrada algunas horas después por medio de una sonda de Nélaton que, si la sonda no se enrosca, introduce los 200 cc. de líquido en la parte alta de la ampolla rectal lo que provoca la evacuación.

Si con estos medios no se obtiene resultado 'no quedara entonces mas remedio que el recurso al purgante y entre el menos nocivo de entre ellos, el aceite de ricino. En cualquier forma que se emplee hay que hacerlo en dosis fraccionadas: 5, 10, 15, 20 gr.

Los esfuerzos tuvieron por fin éxito: el colón está desocupado. A partir de este momento hay que vigilar la libertad del intestino. Salvo incidentes que obliguen a volver atrás, se suprime el hielo, el opio y la dieta. La supresión del hielo y oí opio es cosa fácil, pero la alimentación tiene que reglarse.

Hay que comenzar por una alimentación semilíquida para lo cual se hace esperar un poco el caldo de hierbas, bien esmagando y tamizando las legumbres que sirvieron para su preparación, o añadiéndole un poco de tapioca o harina y muy pronto algunas patatas.

Pero el enfermo se cansa enseñada del caldo de legumbres, Si le gusta la leche admirablemente pues será fácil el cambio de me-

nus. Es muy posible que haya mochos médicos que teman algo su empleo que en realidad e independientemente de la constipación que provoca en algunos enfermos no só que haya causado perjuicios (ion cierta frecuencia y antes mismo de la liberación del intestino he dado al enfermo pequeñas cantidades de leche mezclabas con agua de Vals.

Luego vendrán las sopas de leche, tapioca, papillas, harinas lacteadas. Si al enfermo no le gusta la leche tal vez acepte el kéfir, o mejor aún el café o té con leche.

ANTISEPSIA INTESTINAL.

Y ahora entramos francamente en el tercero período del tratamiento que servirá para preparar al enfermo para la operación haciéndole recuperar las fuerzas perdidas, asegurando la libertad del intestino y en lo posible, su desinfección.

A partir de este momento ya no será cuestión de sueros ni medicamentos tónicos.

No obstante se trata del convaleciente de una enfermedad que

no está curada, más si solamente aletargada. Hay que reanimarlo suficientemente pero con mucha prudencia, aumentando **progresivamente** la **cantidad** de alimentos pero prohibiendo aquéllos que pudiesen ser nocivos.

Ante todo hay que prohibir **la** carne y al final de la tercera semana se consentirá que tome **un** poro de pechuga de pollo, filetes **de** lenguado o **pescadilla**, pero de torio esto hay que abstenerse antes de este momento lo mismo que **rie** **los** huevos que son por lo menos tan nocivos como lo demás.

Se prohibirán también las legumbres indigestas, (col, col fermentada) y los **feculantes** de fermentación excesiva (habichuelas, **lentejas**, guisantes).

Los huesos fermentados, dulces frescos, chocolate bajo todas sus formas inexorablemente eliminados.

¿Qué queda entonces a nuestra disposición? Leche, legumbres y frutas. **Régimen** estrictamente hídrico al principio, luego **hidrolactado** reemplazado después por el régimen lácteo vegetariano: **leche**

y lacticinios, quesos frescos, yogurt, cremas, entremets sin huevos;—legumbres tales como puré de patatas al agua, espinacas, zanahorias, ensaladas cocidas;—frutas **cocidas** en compola o confitura, frutas crudas muy maduras (pavías, peras, uvas, naranjas, plátanos), completando el régimen con al guna pasta seca en vez del pan o tostados de pan asadas al horno.

Gracias a este régimen y si es necesario un poco de aceite (aceite de ricino a las dosis de 5 a 10 gr.), **o** de aceite de parafina (10 a 20 gr.) se asegurará la evacuación del intestino.

Puede considerarse que la evacuación del intestino grueso, **el** "colector" del tubo digestivo, es suficiente para desinfectarlo, más no obstante, me parece de gran interés completar esta desinfección con un tratamiento antiséptico para atacar las colonias microbianas que, a causa de la infección inicial y de la estancación **de las** materias, pulularon en el intestino. Para esto administro al enfermo

el benzonaftol (2 a 4 gr. por **veinticuatro** horas) en forma de sellos.

Creta **preparada** **aa 0,25 cgr.**

Magnesia calcinada

Brnzonaftol 0,50

Sobre todo cuando los **enfermos** tienen Fermentaciones intestinales que les causan grandes molestias. O sino le hago tomar 4 a 6 **pildoras** por día de *Gryptatgol*, El Cryptargol que es poco toxico y nada **irritante me parece un buen antiséptico de las mucosas gástricas intestinales.** Por mi **parte lo empleo** corrientemente en los **tratamientos preoperatorios de** los enfermos que tienen que ser operarlos del tubo digestivo **¿Debe recurrirse** al tratamiento vacunal? Nunca **lo he empleado** durante una **apendicitis aguda**, pero lo empleo voluntariamente por lo menos en los **casos graves. Indudablemente**, si la situación es alarmante abandono la expectativa y opero.

Que **esto** pues nos sirva de conclusión. En los casos en que, **por causas** independientes de nuestra voluntad nos hemos visto) obligados a temporizar, recurrimos **a todos** los medios para conseguir el enfriamiento de la **apendicitis aguda.** Pero según una antigua **expresión**, la expectativa ha de ser armada" y a la **menor alerta**, el tratamiento médico cederá el paso al acto operatorio.

Si la noción de sífilis, enfermedad de la Raza, puede eximirnos de los tratamientos disimulados, ine-

ficaces, y llevamos al tratamiento al descubierto, infinitamente más saludable, yo acepto esa noción por su valor pragmático y la propago.

FRUHJNSn

La tuberculosis renal es revelada por la clínica (sindrome de cistitis en un antiguo tuberculoso); confirmada por la cistocopia. n. l. oenias vesicales y alteraciones de uno de los orificios uréterales localizada por el cateterismo uréteral (deficiencia relativa de la tasa de urea por litro.)

LEGUEU.

Los diferentes métodos terapéuticos llamados antichocempu en las manifestaciones de anafilaxia humana, no (Insensibilizan. Acostumbran solamente el organismo al shock.

Pastear VaUery Raiiot.