

PRE Y POST-OPERATORIO EN LAS OPERACIONES VAGINALES

Dr. EDGARD CARPIO ARANGO (*)

INTRODUCCION

La cirugía del aparato genital en lo que se refiere a Prolapso Genital, es siempre electiva y por tal razón el ginecólogo está en la obligación de enfocar el problema ginecológico de la paciente con calma, y de una manera cuidadosa. Sin disminuir la atención que la afección genital per se le demande, debe dirigirla también hacia otros órganos o sistemas cuya afectación o enfermedad pueda influir de manera importante en el acto quirúrgico o condicionar complicaciones serias en el post-operatorio.

En este sentido, es recomendable la evaluación cardiovascular; sobretodo, en pacientes por encima de los cuarenta años; la detección de una arteriopatía coronaria isquémica es importante y más aun si estamos frente a una paciente diabética o hipertensa.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, causa de gran número de complicaciones del tipo de la atelectasia y neumonía post-operatoria. Sobre todo en pacientes por encima de los cincuenta años.

Los trastornos del sistema de retorno venoso, sobre todo de los miembros inferiores, constituyen el origen de los riesgos más temibles y graves en la cirugía pelviana: La trombosis venosa y la embolia pulmonar. Es de remarcar la alta frecuencia de trombosis de las venas profundas de las extremidades inferiores, que constituyen el punto de origen de más de las dos terceras partes de los casos de embolia pulmonar.

Es importante conocer si la paciente ha recibido o está recibiendo algún tipo de medicamentos como: tranquilizantes, sicotrópicos, diuréticos o digitálicos, que puedan modificar las condiciones de la paciente anestesiada; produciendo hipotensión, hipertensión o arritmias inesperadas.

En lo que se refiere al aparato genital en si, es importante para escoger el tipo de operación a realizar, la valoración del grado de afectación de los elementos de soporte pelviano; relacionándolo sobre todo con factores constitucionales que han creado una mayor labilidad de los mismos, hecho particularmente significativo en el tra-

(*) Servicio de Ginecología Hospital Central N° 2 del Seguro Social del Perú.

tamiento de los casos recidivantes. Finalmente es de singular importancia poner en las mejores condiciones posibles la mucosa vulvo-vaginal para ser sometida al acto operatorio.

A continuación haré una revisión somera del plan a seguir con las pacientes portadoras de prolapso genital, siguiendo las pautas establecidas en el Hospital Central N° 2 del Seguro Social del Perú, Servicio de Ginecología.

PRE-OPERATORIO

Requisitos generales

La preparación pre-operatoria se inicia con la decisión de que la paciente va a ser sometida a un acto quirúrgico.

1.— Debe conversarse con la paciente y su esposo la naturaleza del problema y el procedimiento quirúrgico a adoptar. Los riesgos operatorios y el tipo de anestesia que se pretende usar; general, regional o local.

2.— Se hará una investigación cuidadosa de los antecedentes patológicos de la paciente; para que con la ayuda de los exámenes de laboratorio adecuados o interconsultas, puedan ser valorados satisfactoriamente a fin de no comprometer el éxito del procedimiento quirúrgico a adoptar.

3.— Se solicitan los exámenes de laboratorio de rutina:

- 3.1. Hemograma, cuenta de glóbulos blancos, y su diferencial. Hemoglobina, Hematocrito. Eritrosedimentación y coagulación y sangría.
- 3.2. Grupo sanguíneo y Rh.
- 3.3. Serológicas.
- 3.4. Glicemia, Urea.

- 3.5. Examen de orina: Elementos anormales pero fundamentalmente el sedimento. Estudio bacteriológico del mismo (Col. de Gram) y cuando se justifique, urocultivo y antibiograma.
- 3.6. Radiografía pulmonar.
- 3.7. E.C.G.: rutinario en pacientes de más de cuarenta años (Consulta a Cardiología).
- 3.8. Extendido cervical para Papanicolaou. En algunos otros centros se exige biopsia de endometrio para las pacientes que van a ser histerectomizadas.

Requisitos especiales

Estos requisitos se cumplirán en relación directa con el diagnóstico:

1.— **Urografía excretoria.**— Sobre todo en pacientes con incontinencia urinaria y cistocele grado I.

2.— **Uretrocistografía lateral.**— Con cadena, en pacientes con incontinencia urinaria y cistocele grado I o cistocele sin incontinencia urinaria.

3.— **Cistoscopia.**— En todas las pacientes con antecedentes de infección urinaria a repetición y que presentan incontinencia urinaria además de cistocele, especialmente del grado I.

4.— **Cistotonometría.**— En pacientes con incontinencia urinaria y antecedentes de traumatismos medulares o lesiones de columna lumbo-sacra.

5.— **Electrolitos y volumen sanguíneo.**— En pacientes de edad avanzada.

6.— **Terapia estrogénica.**— Previa de cuatro a seis semanas en pacientes menopáusicas, con mucosa vaginal de modelo atrófico.

7.— **Terapia antibacteriana vaginal.**— En los casos que lo requieran.

La paciente se hospitaliza por lo general el día anterior al del acto operatorio.

Indicaciones Pre-operatorias

- 1.— Nada por la boca después de la media noche.
- 2.— Enema evacuante la noche anterior.
- 3.— Sedación nocturna.
- 4.— Ducha vaginal antimicrobiana.
- 5.— Hacer miccionar a la paciente antes de enviarla a S.O.

POST OPERATORIO .

Indicaciones post-operatorias inmediatas

Nos referimos a todas las indicaciones que se dejan para las pacientes una vez terminado el acto operatorio:

1.— Aporte hídrico: 3000 cc de Dextrosa al 5% en solución acuosa para veinticuatro horas. En el Hospital Central N° 2 no usamos otro tipo de soluciones I.V. a menos que el caso lo requiera. No como rutina.

2.— Control de funciones vitales cada quince minutos hasta estabilización y luego cada cuatro horas por veinticuatro horas.

3.— Analgésicos condicionales del tipo de Dipirona, intramuscularmente.

4.— Control del apósito perineal por hemorragia.

Las pacientes salen de la sala de operaciones con taponamiento vaginal con gasa y drenaje continuo vesical mediante sonda del tipo Foley N° 16 o 18.

5.— Balance hídrico en las primeras veinticuatro horas.

6.— Ejercicios respiratorios cada dos horas o equipo para respiración intermitente a presión positiva, sobre todo, en pacientes de edad avanzada.

Indicaciones para los días siguientes

En los días que siguen al de la intervención quirúrgica las pacientes recibirán las siguientes indicaciones:

1.— Dieta líquida como tolere la paciente en el primer día y completa en los siguientes.

2.— Analgésicos orales del tipo de Propoxypheno (Darvón).

3.— Medicación antibacteriana en pacientes que tienen sonda Foley, del tipo de Acido Nalidixico (Wintomylón) en dosis de 500 mgr a 1 gr cada seis horas, o Nitrofurantoína (Macrofantina) 100 mgr. cada seis horas.

4.— Se recomienda levantar a la paciente precozmente por lo menos en el día siguiente al de la operación.

5.— Retirar el tapón vaginal a las veinticuatro horas.

6.— Control de hemoglobina o hematocrito en el segundo día después de la operación y repetirse a los ocho días o cuando fuere necesario.

Manejo del drenaje vesical por sonda Foley

Como a la gran mayoría de pacientes sometidas a cirugía vaginal se les hace plastía de la pared anterior para corrección del cistocele o de la incontinencia urinaria, es nuestra política dejar rutinariamente insertada una sonda del tipo Foley. Algunos ginecólogos la instalan al terminar la operación. Nosotros preferimos colocarla antes de hacer la plastía de suspensión del cuello vesical. Escogemos un calibre

compatible con el diámetro ureteral, generalmente del N° 16 o 18, y no delgadas para evitar la contaminación uretrovesical por las paredes exteriores de la sonda, como ha sido descrito por algunos autores. Al término de la operación la conectamos a un frasco de vidrio estéril con tapón de jébe, mediante una conexión de jébe resistente al aplastamiento, igualmente estéril.

La paciente permanece con la sonda vesical en drenaje continuo por los dos días siguientes al del acto operatorio. En el tercer día se pinza la sonda y se instruye a la paciente para despinzarla cada vez que tenga deseo de miccionar. Quedando en drenaje continuo siempre por las noches.

La sonda debe ser retirada en la mañana del cuarto día post-operatorio, habiéndose tomado una muestra de orina para estudio bacteriológico y previa evacuación total de la vejiga. Algunos recomiendan llenar la vejiga con 250 cc. de solución salina isotónica estéril antes de retirar la sonda.

Se deja indicación de cateterismo condicional a las 6 horas.

En el caso de que la paciente no

pueda miccionar espontáneamente, se reinserta una sonda Foley quedando ésta conectada a un frasco estéril en drenaje continuo por veinticuatro horas. En el día siguiente se repite el pinzamiento de la sonda y despinzado por la paciente con el deseo de micción; para ser retirada en el día subsiguiente.

La mayoría de pacientes no requieren esta segunda etapa y son muy pocas las que después de ella continúan con dificultad para miccionar.

Cuidado del intestino

En este sentido usamos compuestos del tipo del Agarol en el tercer día post-operatorio, para conrregir el estreñimiento: 30 cc. en la noche y en la mañana antes del desayuno. Ocasionalmente recurrimos a enemas del tipo glicerinado a retención.

Medicación antibacteriana vaginal

No usamos ninguna medicación de acción antibacteriana de aplicación vaginal en el post-operatorio. Sino únicamente la ducha perineal diaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1) COX C.E.: Experiments with induced bacteriuria. *J. Urol.* 86: 739, 1961.
- 2) MITCHELL A.C.: Recurring cystitis in the female. *Med. Clin. N. Amer.* 48: 1517, 1964.
- 3) KASS E.H.: Progress in Pyelonephritis. *Ann. Rev. Med.* 19: 449, 1968.
- 4) SCIENTIFIC FOUNDATIONS OF OBS. AND GYNEC.: Ed. Elliot E. Philipp, William Heineman Medical Books Ltda. 1970.
- 5) OPERATIVE GYNECOLOGY: Te. Linde 3rd. Ed. J.B. Lippincott Co. 1962.