

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE LAS OPERACIONES VAGINALES

Experiencia en el Hospital Central N° 2 del Seguro Social del Perú

Dr. JAVIER COZ CARRANZA (*)

SUMARIO

Entre el 1° de Julio de 1973 al 30 de Setiembre de 1974, inclusive, se realizaron 183 procedimientos operatorios vaginales por distopia pélvica en el Servicio de Ginecología del Hospital Central N° 2 siendo entre ellos la colporrafía anterior y posterior el utilizado con mayor frecuencia.

El sistema de drenaje vesical empleado fue el catéter a retención de tipo Foley, administrándose antibióticos de manera profiláctica.

Se observaron como complicaciones post operatorias inmediatas más importantes la infección urinaria (38.2%) y la reimplantación del cateter (29.5%). Se revisan los métodos propuestos en la prevención de dichas complicaciones.

Las complicaciones post operatorias de las operaciones vaginales pueden ser inmediatas y tardías. Las primeras están en relación sobre todo con el cui-

dado de la vejiga y la prevención de infecciones urinarias, habiendo sido objeto de numerosos estudios por parte de los investigadores.

Debido al traumatismo quirúrgico al trabajar en el área del cuello vesical, es necesaria la instalación de un cateter para drenar la vejiga por algunos días. Diferentes trabajos han demostrado que el hecho de drenar la vejiga tan solo por 48 horas, se acompaña con un 71% de infección urinaria, si bien en otros procedimientos vaginales en los que no se utiliza cateter vesical se observa hasta un 30% de infecciones urinarias, debido a que la vagina es de por sí un área contaminada (6, 7, 8).

Con estas premisas, no es de extrañar que se hayan ensayado diferentes procedimientos de drenaje con el fin de disminuir el número de infecciones urinarias y de restablecer prontamente la micción normal, de suerte que en algunos trabajos se preconiza el uso de sonda de Foley (1, 5), en otros el drenaje

(*) Médico Asistente Servicio de Ginecología.

suprapúbico (8) y en otros el de catéteres de tres vías por una de las cuales se irriga constantemente soluciones antibióticas (6). Este es un punto en el cual no existe todavía unificación de criterios. En lo que sí existe acuerdo es en el hecho de que la vejiga debe ser drenada continuamente por tres días, procediéndose luego al cuarto día al pinzamiento y apertura del catéter de acuerdo al reflejo miccional y a su ulterior extracción al quinto día. Posteriormente, algunos autores aconsejan cateterismos repetidos hasta que la orina residual sea menor de 50 cc. (3) y otros prefieren solamente cateterizar en caso de no obtenerse micción espontánea (5).

En el Servicio de Ginecología del Hospital Central N° 2 se han realizado 183 procedimientos vaginales entre el 1° de Julio de 1973 al 30 de Setiembre de 1974, inclusive, los que se resumen en la siguiente tabla:

TABLA N° 1
PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Ext. muñón cervical y colporrafía o/p.	1
Operación de Manchester	4
Colporrafía posterior	4
Hist. vaginal con colporrafía a/p	46
Solporrafía anterior y posterior	128
Total	183

Hemos utilizado el sistema de drenaje vesical tipo Foley en la forma señalada líneas arriba, observando lo siguiente en cuanto a restablecimiento de la micción:

TABLA N° 2
REIMPLANTACION DE CATETER

Una vez	27
Dos veces	19
Tres veces	7
Más de tres	1
Total	54 (29.5%)

Como puede observarse, no es poca la frecuencia con la que se requiere cateterizar nuevamente a la paciente, con la disconformidad que ello supone, habiéndose recomendado diferentes medidas coadyuvantes tales como los baños de asiento, para simpático mímicos, psicoterapia, etc., para conseguir el restablecimiento de la micción. Teniendo en cuenta que el fisiologismo miccional es un acto complejo en el que intervienen numerosos factores anatómicos y funcionales, aparte de factores nerviosos poco entendidos, no es raro asistir al hecho de tener que reimplantar el catéter, debiéndose drenar la vejiga por 24 horas, luego proceder al cierre y apertura de acuerdo al reflejo miccional y extracción de la sonda al tercer día. Si no se consigue micción espontánea, debe reiniciarse la secuencia. Nos ha dado buenos resultados en casos de reimplante por más de dos veces la irrigación vesical con Protargol al 10% en cantidades de 50 cc., los que se diluyen luego de cinco minutos con suero estéril hasta conseguir el reflejo miccional y ulterior extracción de la sonda, la misma que era reimplantada en los raros casos en que no se obtenía micción espontánea luego de treinta minutos de espera. Solamente hemos tenido un caso en nuestra serie de una paciente que requirió hasta de diez reinsertaciones de sonda luego de una colporrafía anterior y posterior, la que fue vista en conjunto con el urólogo y el psiquiatra, habiéndosele practicado dilataciones uretrales y terapia psíquica, consiguiéndose finalmente la micción luego de un tiempo prolongado en el hospital. Esto constituye una rareza, pero debe ser mencionada. Creemos que el empleo juicioso del ca-

teter uretral, unido al desarrollo de una técnica quirúrgica en que se evite al máximo el trauma tisular y el empleo de algunas medidas coadyuvantes harán que las pacientes miccionen espontáneamente a corto plazo luego de la operación.

Otra complicación inmediata es la alta incidencia de infecciones urinarias, las cuales de acuerdo a la gran mayoría de autores estarían en relación con la necesidad de drenaje vesical por varios días y a la reinserción de la sonda. Con el fin de prevenir las infecciones se ha recomendado por algunos autores el uso de antibióticos profilácticos (8), mientras que otros prefieren utilizarlos una vez producido el cuadro mórbido y de acuerdo al urocultivo, ya que el uso indiscriminado de los mismos ocasionaría más bien infecciones cruzadas a gérmenes resistentes (3). Otros autores en fin recomiendan el uso de catéteres de tres vías con irrigación continua de neomicina y polimixina, antibióticos que por su poco empleo en la clínica no condicionarían la aparición de infecciones cruzadas (6). El porcentaje de infecciones urinarias con administración de antibióticos profilácticos varía del 6 al 48% (1).

Nosotros utilizamos de rutina antibióticos tipo tetraciclina o quimioterápicos tipo ácido nalidíxico durante todo el curso hospitalario de la paciente y por una semana después del alta, los que son reemplazados por la droga de elección de acuerdo a los resultados de laboratorio que efectuamos de rutina al retirar la sonda o cuando la naturaleza del cuadro así lo indique, habiendo encontrado lo siguiente en cuanto a morbilidad post operatoria:

TABLA Nº 3

INFECCION POST OPERATORIA

Urinaria	38.2%
Respirat.	5.4%
Vaginal	2.7%

Afortunadamente, no hemos observado ningún caso de absceso anexial, señalando que en otros trabajos se les encuentra del 2 al 8%, incluso con casos mortales (2).

Los factores estudiados hasta aquí nos han dado lo siguiente en cuanto a permanencia hospitalaria:

TABLA Nº 4

PERMANENCIA HOSPITALARIA

Días	Casos
7 - 10	142
11 - 15	36
16 - 20	2
21 o más	2
Promedio	9.4

Para finalizar lo referente a las complicaciones inmediatas, diremos que al igual que otro tipo de cirugía, la vaginal puede condicionar hemorragias, dehiscencia de herida, etc., que afortunadamente se presentan en un porcentaje muy bajo.

El segundo gran grupo de complicaciones post operatorias se refieren a las que se observan en forma tardía, es decir las recidivas del cistocele con o sin incontinencia urinaria, el prolapso de cúpula vaginal luego de histerectomía, fístulas, etc. Su casuística y

la experiencia en cuanto a histerectomía vaginal en el Hospital Central N° 2 son tema de revisión que se presenta en otro trabajo a este Congreso.

Aún cuando la técnica quirúrgica se perfecciona cada vez más, no dejan de observarse algunos casos de recidiva que afortunadamente constituyen un bajo porcentaje. Los procedimientos actuales suponen que toda paciente que será sometida a tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo con o sin distopia debe estudiarse exhaustivamente mediante la clínica y los procedimientos auxiliares con el fin de descartar los casos en que el tratamiento quirúrgico no ofrecería buenos resultados y de esta manera poder ofrecer el mejor procedimiento operatoria desde un inicio evitando así tener que realizar una segunda operación en un terreno no propicio. Será necesario contar con la estrecha colaboración del urólogo y del neurólogo para descartar los casos de IUE tipo urgencia o neurógeno, que no se benefician del tratamiento operatorio sino antes bien pueden empeorarse mediante el mismo. La interpretación juiciosa de los estudios radiográficos y cistométricos serán de extremo valor para este fin.

Es sabido que los procedimientos vaginales tienen un 15% de recidiva en lo que se refiere a la IUE con cistocele, proponiéndose en tales casos alguna técnica de suspensión retropúbica como la de Marshall Marchetti o la de Burch, con utilización del periostio del pubis o del ligamento de Cooper, respectivamente (4). Los porcentajes de cura van del 88 al 93%, reservándose la técnica de "sling" o cabestrillo en casos de fracaso de los métodos anteriores. Cree-

mos que cada caso en particular debe ser abordado por el cirujano según su experiencia y que no pueden dictarse normas rígidas en pacientes en las cuales no existen las condiciones anatómicas más favorables, sobre todo para la utilización de procedimientos vaginales, debiendo extremarse el juicio clínico para tratar pacientes en las cuales puede existir recidiva sintomática sin la correspondiente imagen anatómica, siendo lo inverso también posible, aparte de la solución de casos en los que se crea un síntoma que no existía antes de la operación, como la incontinencia que se presenta en pacientes operadas por cistocele puro.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Entre el 1° de Julio de 1973 al 30 de Setiembre de 1974, inclusive, se realizaron 183 procedimientos vaginales por distopia pélvica en el Servicio de Ginecología del Hospital Central N° 2, siendo el de más alta incidencia la colpografía anterior y posterior.
2. Se utilizó como sistema de drenaje vesical la sonda de Foley y se administraron antibióticos o quimioterápicos en forma profiláctica.
3. Se observó un 38.2% de infección urinaria y un 29.5% de reimplantación de catéter, como complicaciones post operatorias inmediatas de mayor importancia.
4. El promedio de estancia hospitalaria fue de 9.4 días.
5. Deben continuarse los estudios necesarios para disminuir al máximo las complicaciones post operatorias.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FIGUEROA CASAS, P.R.: Histerectomía vaginal. *Ginecología Panamericana*, 3: 159, 1972.
- 2) GONZALES E., R. y VELARDE, E.: Shock séptico: Experiencias clínicas en Obstetricia y Ginecología. *Ginecología y Obstetricia*, XIX: 13, 1973.
- 3) HODARI, A. A. y HODGKINSON, C. P.: Iatrogenic bacteriuria and gynecologic surgery. *Amer. Obst. and Gynec.*, 95: 153, 1966.
- 4) HODGKINSON, C. P.: Stress urinary incontinence. 1970. *Amer. J. Obst. and Gynec.*, 108: 1141, 1970.
- 5) HOFMEISTER, F. H.: Foley catheter or suprapubic tube, *Amer. J. Obst. and Gynec.*, 107: 767, 1970.
- 6) STERN, B.L.: Asistencia de la vejiga después de cirugía ginecológica. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. I: 192, 1967.
- 7) TE LINDE, R. W. and MATTINGLY, R. F.: *Operative Gynecology*. Ed. 4, Lippincot, Philadelphia, 1970.
- 8) WHEELLESS, C. R. Jr.: Infección pélvica postoperatoria. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. II: 111, 1973.