# POSTOPERATORIO EN CIRUGIA VAGINAL\*

# Doctor Rafael Gómez García \*\*

# Objeto del trabajo

Analizar los resultados de 1.000 intervenciones ginecológicas practicadas por vía vaginal en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios, durante los últimos 6 años. Describir las normas generales seguidas durante este tiempo para esta clase de cirugía.

## Material

Comprende la revisión del postoperatorio de las siguientes operaciones practicadas en los últimos 6 años:

#### CUADRO 1

1º	Histerectomías vaginales	400
20	Operación de Mánchester con o sin amputación de cuello, raspado uterino previo	300
3ó	Colpoperineorrafias anterior y posterior, raspado uterino diagnóstico	200
40	Colpocleisis tipo Lefort	50
5 <u>0</u>	Conizaciones	20
6 <sub>o</sub>	Fistulorrafias vesico-vaginales, vía vaginal	10
7 <u>0</u>	Raspados uterinos diagnósticos	20

## Introducción

Desde el punto de vista del paciente, no hay nada más importante que los cuidados postoperatorios. En ciertos casos el éxito o el fracaso quirúrgico de los esfuerzos del cirujano dependen casi exclusivamente de que el paciente reciba los cuidados en el postoperatorio, Deben conocerse los signos iniciales y los síntomas de las complicaciones (1). El cirujano debe depurar la técnica quirúrgica y realizar la intervención en el menor tiempo posible.

# Normas generales

Hay ciertas normas generales que se dan en la Sala de Cirugía al terminar la intervención. Estas han sido satisfactorias en el 95% de los casos. Una vez terminada la intervención se coloca una sonda de Foley Nº 16 a 18 por 5 cc., siempre y cuando se ha-

<sup>\*</sup> Trabajo presentado para ingresar a la Sociedad Colombiana de Obstetricia como Miembro de Número.

<sup>\*\*</sup> Profesor Asistente de la Unidad de Ginecología. Sección de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina, U. Nacional. Hospital San Juan de Dios de Bogotá D. E.

180

ya practicado alguna intervención sobre la vejiga, sea para corregir su posición o en caso de fístulas uretro-vésico vaginales. No se considera necesario aplicar sonda de mayor calibre por el peligro de traumatizar la uretra; tampoco de menos calibre por la posible obstrucción y drenaje insuficiente. La colocación de esa sonda la debe hacer el mismo cirujano con el mayor cuidado, asepsia y antisepsia rigurosas para evitar la introducción de gérmenes a las vías urinarias.

Es de anotar que en la actualidad no se están aplicando taponamientos vaginales después de plastias; se considera que no tiene objeto y si pueden servir de puerta de entrada a los gérmenes. Tampoco se considera necesaria la aplicación de drenes de Penrose, que en otra época fueron de uso rutinario principalmente en histerectomías vaginales. En el trabajo de Cáceres y Turbay (2) sobre 100 histerectomías vaginales para el tratamiento de la cúpula vaginal, recomiendan dejar cúpula abierta sin dren o cerrada con dren. Actualmente se deja abierta la cúpula y sin dren. No se aplica ninguna crema antiséptica en pre o postoperatorio; algunos autores las recomiendan obteniendo buenos resultados con el uso de dichas cremas.

# Prescripciones en la sala

Venoclisis. Por término medio los requerimientos líquidos para el día operatorio son de 2.500 cc. de dextrosa al 5% en A. D., para pacientes que pierden por término medio 300 a 400 cc. de sangre que es la cantidad usual

observada durante la intervención. En caso de mayor pérdida sanguínea, más de 500 cc.— se considera necesario restituír esta cantidad con plasma o sangre y en la cantidad requerida según los casos. En la paciente de edad avanzada la cantidad de líquidos debe oscilar entre 1.500 y 2.000 cc., por el peligro de producir transtornos cardiorespiratorios. Es imperioso en estas pacientes restituír la sangre perdida por la mayor labilidad que presentan a la isquemia (7).

Sedantes. Con resultados satisfactorios en el 98% de los casos se aplicaron dialipirina intramuscular, cada 6 horas el día y primer día postoperatorio; después del 2º día se continúa con analgésicos orales, individualizando las dosis según el caso y hasta el tiempo que sea necesario, en general, hasta el 5º día postoperatorio.

El día operatorio no se dan alimentos ni líquidos por vía oral por la posibilidad de náuseas o vómitos con aspiración de contenido gástrico y las consecuencias que ello trae. Cuando la anestesia ha sido raquídea desde el primer día postoperatorio se prescribe dieta blanda, evitando los jugos de frutas y la leche que producen mayor fermentación abdominal. En los días siguientes la dieta es corriente, exceptuando los casos de diabetes y otras enfermedades metabólicas que deben tener su dieta especial de acuerdo con el Departamento de Dietética del Hospital. En caso de vómito o náuseas persistentes se debe suspender la dieta oral, instaurar venoclisis, control riguroso de electrolitos y tratamiento adecuado de la causa que los produce.

Deambulación. Esta debe ser precoz sobre todo en pacientes de edad avanzada para evitar trastornos circulatorios y respiratorios. Acostumbramos levantar la paciente desde el primer día postoperatorio; no sentarla en el borde de la cama o en la silla porque el ángulo formado por la pierna y el muslo favorece la estasis circulatoria y la trombosis. Desde este mismo día se empieza movilización activa en la cama, posición semisentada en catre de levante y movimientos respiratorios profundos.

Quimioterapia. A toda paciente que se la haya aplicado sonda vesical se le formula una sulfamida; en el Servicio es la Sulfisuxasole a la dosis de 4 gr. diarios durante el tiempo que la sonda permanezca colocada en la vejiga. Ultimamente se están prescribiendo sulfas de acción prolongada como la Sulfametoxipiridazina a la dosis de 1 gr. inicial y ½ gr. diario.

Enemas. Si la paciente no hace deposición espontánea en el 2º día postoperatorio se prescribe un enema jabonoso, aceite mineral 2 cucharadas o supositorio Dulcolax después de haber conversado con la paciente y saber cual de estas medidas ella acepta con agrado.

Aseo perineal. Debe ser practicado por el mismo cirujano desde el primer día postoperatorio con agua merthiolatada tibia, aplicando una gasa estéril en el introito vulgo-vaginal para evitar la introducción de gérmenes a la vagina.

Manejo de la sonda vesical. Como se dijo anteriormente, se aplica sonda de Foley Nº 16 a 18; ésta permanece

el día operatorio y primer día postoperatorio abierta a permanencia, vigilando la eliminación urinaria que debe ser de 1.000 a 1.500 cc. en las 24 horas y con la cantidad de líquidos va anotada. La sonda debe estar conectada con un tubo de drenaje a un frasco estéril con una sustancia antiséptica que no haga comunicación con el medio exterior para evitar la contaminación; el frasco debe permanecer herméticamente cerrado. Desde el 2º día postoperatorio se inician los ejercicios vesicales así: 2º día, cerrar la sonda con una llave y abrirla cada 2 horas. 3er. día, cada 3 horas. 4º día, cada 4 horas v al 5º día se retira. A las 4 horas se debe tomar el residuo vesical: si pasa de 100 cc. se considera que la paciente está en retención urinaria. Colocar nuevamente la sonda por 24 horas abierta a permanencia, continuar con sulfas por vía oral. Se agrega al tratamiento Prostigmine 1 amp. intramuscular cada 8 horas por 2 días o Urecholine 2 tabletas tres veces al día; instilaciones de aceite gomenolado tibio 30 cc. dos veces al día, dejándolo dentro de la vejiga 15 minutos y luego abriendo la sonda para evacuarlo. Con estas medidas la retención urinaria ha cedido en la mayoría de los casos. Solamente hemos tenido retención severa de un mes en una paciente y dos de 10 días; al continuar con estas medidas ha cedido; si ésta pasa de 8 días la paciente sale del Hospital con sonda a permanencia y eiercicios vesicales habiendo descartado cualquier infección urinaria; se controla cada tercer día en el Servicio. Se solicitan exámenes de rutina de control. En las Colpocleisis tipo

Lefort la sonda vesical se retira el primer día postoperatorio. De 50 casos revisados hemos tenido retención urinaria en 5, para un 10%; con las medidas anteriormente descritas la retención urinaria ha cedido.

Complicaciones de la cirugía vaginal y su tratamiento

En el siguiente cuadro se pueden apreciar las complicaciones encontradas en las 1.000 histerectomías revisadas:

# CUADRO 2

# En Histerectomías vaginales

		Casos	%
1º	Hematoma de cúpula	40	10
	Absceso de cúpula	35	8.75
	Retención urinaria	25	6.25
	Cistitis	30	7.50
50	Infección de las suturas	10	2.50
60	Hemorragia vaginal	10	2.50
	Peritonitis	5	1.25
8ò	Ileo paralítico	6	1.50
90	Hematoma perineal	2	0.5
10º	Bronquitis	5	1.25
110	Bronconeumonía	5	1.25
129	Fístula vésico-vaginal	1	0.20
13 <sup>o</sup>	Prolapso de cúpula vaginal	2	0.50
14º	Tromboflebitis	3	0.75
	En operaciones de Manchester		
10	En operaciones de Manchester  Cistitis	30	10
_	/	30 20	10 6.6
20	Cistitis		
2º 3º	Cistitis	20	6.6
29 39 49	Cistitis	20 6	6.6
29 39 49 59	Cistitis	20 6 5	6.6 2 1.6
29 39 49 59 69	Cistitis	20 6 5 5 5 3	6.6 2 1.6 1.6
29 39 49 59 69 79	Cistitis	20 6 5 5 5 3 3	6.6 2 1.6 1.6 1.6
29 39 49 59 69 79 89	Cistitis	20 6 5 5 5 3 3 2	6.6 2 1.6 1.6 1.6
29 39 49 59 69 79 89	Cistitis	20 6 5 5 5 3 3	6.6 2 1.6 1.6 1.6 1.
29 39 49 59 69 79 89 99	Cistitis  Retención urinaria  Hemorragia vaginal severa  Hemorragia vaginal moderada  Dehiscencia de suturas de la colporrafia anterior  Dehiscencia de la colporrafia posterior y anterior  Hematoma de la colporrafia anterior  Hematoma de la perineorrafia  Infección de las suturas	20 6 5 5 5 3 3 2	6.6 2 1.6 1.6 1. 1. 0.6
29 39 49 59 69 79 89 90 109	Cistitis  Retención urinaria  Hemorragia vaginal severa  Hemorragia vaginal moderada  Dehiscencia de suturas de la colporrafia anterior  Dehiscencia de la colporrafia posterior y anterior  Hematoma de la colporrafia anterior  Hematoma de la perineorrafia  Infección de las suturas  Fístulas vésico-vaginales	20 6 5 5 5 3 3 2 2	6.6 2 1.6 1.6 1. 1. 0.6 0.6 0.6
29 39 49 59 69 79 89 99 109 119	Cistitis  Retención urinaria  Hemorragia vaginal severa  Hemorragia vaginal moderada  Dehiscencia de suturas de la colporrafia anterior  Dehiscencia de la colporrafia posterior y anterior  Hematoma de la colporrafia anterior  Hematoma de la perineorrafia  Infección de las suturas  Fístulas vésico-vaginales  Piometra	20 6 5 5 5 3 3 2 2	6.6 2 1.6 1.6 1. 1. 0.6 0.6 0.6

# En Colpoperineorrafias

		Casos	%
10	Cistitis	21	10.5
29	Retención urinaria	15	7.5
30	Hemorragia vaginal severa	10	5
	Hemorragia vaginal moderada	12	6
	Dehiscencia de las suturas de la colporrafia anterior	5	2.5
	Dehiscencia de la colpoperineorrafia	6	3
	Hematoma de la colporrafia anterior	4	2
	Hematoma de la perineorrafia		
	Infección de las suturas	5	1
10º	Fístula vésico-vaginal	2	1
	Bronquitis	3	1.5
129	Tromboflebitis	1	0.5
	En Colpocleisis tipo Lefort		
10	Cistitis	2	1
20	Retención urinaria	5	10
30	Infección de las suturas	2	2.4
40	Bronquitis	1	0.5
	Recidiva tardía del prolapso	1	0.5
	En Conizaciones		
10	Hemorragia severa con shock	2	10
20	Hemorragia moderada	4	20
30	Infección de las suturas del corte	4	20
	En fistulorrafias vésicovaginales		
10	Cistitis	1	10
29	Pielonefritis	1	10.
30	Reproducción de la fístula	5	50

En los raspados uterinos no se encontraron complicaciones. Una vez que sale la paciente de la Sala de Cirugía, pasa a recuperación donde debe vigilarse cuidadosamente respiración, tensión arterial, pulso, hemorragia genital cada 15 minutos.

Las complicaciones encontradas han sido:

Hemorragia genital. Después de una histerectomía vaginal puede haber hemorragia masiva, interna o externa, de los vasos ováricos o uterinos. En tal caso volver a operar; hay que empezar por vía baja, abriendo de nuevo el manguito vaginal. Si se puede localizar el vaso que sangra debe pinzarse y ligarse. Si no pueden localizarse los vasos por esta vía resulta necesaria la laparotomía.

En la revisión de Rodríguez Soto (3) de 480 histerectomías vaginales encuentra hemorragia masiva sin shock, en 4 casos. En la revisión de este trabajo 10 casos, 2,5%. La hemorragia vaginal que aparece de 8 a 20 días después de la operación depende de la infección de los bordes de la herida, con erosión de vasos sanguíneos. El tratamiento consiste en insertar un taponamiento vaginal apretado que se deja 24 a 48 horas. Cuando tales medidas no logran dominar la hemorragia hay que descubrir y ligar el vaso sangrante; en estos casos también suele preferirse la vía vaginal (4).

Hemorragia posterior a una Conización. Puede ser masiva y necesitar de transfusión de sangre. Se debe revisar por vía vaginal, cauterizar el lecho sangrante, colocar puntos laterales de cuello o un taponamiento apretado si la hemorragia es en capa. En la revisión de las 20 conizaciones, en dos casos fue necesaria la laparotomía después del tratamiento del shock y practicar histerectomía abdominal. Hemorragia moderada en 4 casos con un 20%, cediendo con las medidas ya descritas.

Hemorragia posterior a una colpoperineorrafia. Frecuente por mala hemostasia en el acto operatorio; puede controlarse con facilidad. Revisar las suturas, drenar los hematomas y resuturar los bordes con catgut cromado; debe ser bajo anestesia. Cuando es en capa con taponamiento apretado se corrige la hemorragia. En la revisión hecha se encontró que de las 200 colpoperineorrafias hubo 10 casos de hemorragia severa, o sea un 5%. Hemorragia moderada, 12.6%, que fueron tratadas con taponamientos y sutura de los bordes cohibiéndose la hemorragia en todos los casos. En las Colpocleisis, fistulorrafias y raspados uterinos no se encontró esta complicación.

Shock. Este se presenta por hipovolemia, iniciada por la pérdida sanguínea y va acompañado de disminución del gasto cardíaco, disminución de la presión venosa, disminución en el consumo de oxígeno, vasoconstricción arteriolar, hemoconcentración y caída de la presión sanguínea. En la cirugía vaginal el shock viene como consecuencia de una gran pérdida de sangre.

Síntomas. Pulso rápido, piel fria, húmeda, caída de la presión sistólica. Este es el signo más importante; una presión inferior a los 90 mm. de mercurio indica shock. La respiración se torna profunda y entrecortada, la temperatura rectal es subnormal.

Tratamiento. No mover la paciente hasta tanto no se haya empezado el tratamiento. No se recomienda el empleo de calor en forma de botellas de agua, almohadillas o servilletas calientes porque aumentan la vasodilatación periférica. El tratamiento adecuado deberá consistir en la sustitución inmediata de la sangre perdida. El plasma constituye el mejor sustitutivo de la sangre, pero sólo proporciona mejoría temporal; por lo tanto debe ir seguido de

administración de sangre. Cuando el volumen sanguíneo es adecuado y hay hipotensión importante, deben considerarse otras causas: una de ellas es la disminución de la contracción sistólica resultante de la falla del miocardio. El empleo adecuado de digital resolverá la situación, mientras que la administración de sangre sólo agravará el estado de un árbol vascular ya sobrecargado. La hipotensión en el período postanestésico inmediato ocurre después de administrar ciclopropano. El tratamiento de esta forma de hipotensión es el empleo cuidadoso de medicación vasoconstrictora (5). En el shock causado por anestesia raquídea, los vasoconstrictores tienen gran importancia para evitar la dilatación periférica y con ello la caída de la presión arterial, entre estos tenemos la norepinefrina. En la revisión hecha se encontró 1% de las pacientes en shock por raquianestesia y 3% de las pacientes en shock por hemorragia severa.

Náuseas y vómitos postoperatorios. Las náuseas y vómitos que aparecen después de la intervención quirúrgica no suelen durar más de 24 horas. La administración de anestesia general y la manipulación de las vísceras son las causas más frecuentes. Cuando las náuseas y los vómitos son intensos y duran demasiado tiempo, pueden depender de hipersensibilidad a un fármaco, íleo paralítico, obstrucción intestinal, dilatación gástrica o peritonitis. Las pacientes muy nerviosas suelen sufrir dolor, náuseas v vómitos en mayor proporción que las pacientes menos emotivas. El dar alimentos demasiado pronto a una enferma puede producirle náusea y vómitos persistentes. En la revisión hecha se encontró náusea y vómito en el 3% de las pacientes, cediendo con antiheméticos por vía oral o parenteral y piridoxina a la dosis de 50 mg. cada 8 horas, habiendo excluído las causas como peritonitis o íleo paralítico.

Ronquera y edema laríngeo. Una complicación frecuente del período postanestésico inmediato, cuando se ha aplicado anestesia general, es la irritación de garganta. A veces se observa edema subglótico suficiente para causar obstrucción de la vía aérea. La capacidad inspiratoria está disminuída y la retracción de la pared torácica es evidente, sobre todo a nivel del hueco supraesternal. Cuando la queja o el síntoma es de molestia faríngea, ronquera o edema de la laringe, el empleo de vapor tibio y los corticosteroides, son beneficiosos. Cuando el edema es suficiente para producir obstrucción, el tratamiento es la traqueotomía temprana de elección. Solamente hemos tenido un caso en la revisión

## Morbilidad febril

Criterio para aplicación de antibióticos. Se considera como morbilidad febril el criterio obstétrico, o sea temperatura de 38 °C. o más excluyendo las primeras 24 horas de postoperatorio y por dos días consecutivos. El primer día de elevación térmica se hace un examen general de la paciente para descartar cualquier causa que esté produciendo esa morbilidad, como un foco séptico. Después de los dos días de elevación térmica se aplica penicilina 800.000 unidades I.M. cada 8 horas

por dos días consecutivos; en la mayoría de los casos la temperatura se normaliza. Si continúa la morbilidad febril, al 4º día se practica examen pélvico cuidadoso para drenar posible hematoma o absceso, que son las causas más frecuentes en cirugía vaginal. Se toma frotis de la secreción vaginal para cultivo y antibiograma y se continúa con penicilina a la dosis indicada hasta tanto no llegue el resultado del antibiograma. Si se desea cambiar antibiótico, el residente debe consultar con un profesor o un instructor.

En la revisión hecha se encontró morbilidad febril en histerectomías vaginales de 32.6%. En operaciones de Mánchester 17.3%; en colpoperineorrafias 18.5%; en colpoclesis 12.5%; en fistulorrafias vésico-vaginales 10%; en conizaciones 30%. En los raspados uterinos no se encontró morbilidad febril. Rodríguez Soto encuentra en 480 histerectomías vaginales 37.3% (3). Cáceres y Turbay en 100 histerectomías vaginales 37.3% (3). Cáceres y Turbay en 100 histerectomías vaginales 61%. Guzmán en 315 operaciones de Mánchester 23.5% (8).

En el siguiente cuadro se pueden apreciar los porcentajes de morbilidad febril en histerectomías vaginales de autores extranjeros:

## CUADRO 3

Autor	Histerectomía vaginal		
Glenn Wallace	35 %		
Weir	36.9%		
Philip	53.1%		
Danforth	42.5%		
Weed y Mighell	51.6%		

#### Hematomas

Se deben a mala hemostasia en el acto quirúrgico; se pueden encontrar inmediatamente después de la intervención o más tardíamente del 2º día postoperatorio en cúpula vaginal, en la colpoperineorrafia anterior o posterior y en el cuello uterino en el caso de amputación. Si no drena espontáneamente hay necesidad de drenarlo digitalmente, tomando frotis para cultivo y antibiograma. El tratamiento consiste en drenaje y antibióticos. En la revisión practicada se encontró en histerectomías vaginales hematoma de cúpula 10% de los casos, hematoma perineal 0.5%; en operaciones de Mánchester 2% de los casos. Otros autores describen hematomas en histerectomías vaginales en el 15% de los casos.

# Abscesos de cúpula

Generalmente se deben a mala hemostasia con formación de hematoma e infección de los mismos; se manifiestan por fiebre, dolor y secreción purulenta vaginal. Es la segunda causa de morbilidad febril. El tratamiento consiste en drenaje, aplicación de antibióticos. Aparecen del 5º al 8º día postoperatorio y según algunos autores casi siempre ocurre drenaje espontáneo y es más prudente esperar que ello suceda (6). El tratamiento seguido en el Servicio ha sido drenaje digital, aplicación de una sonda de Foley en la cúpula vaginal o un tubo en T con instilación de 500 cc. de suero fisiológico y 1 gr. de terramicina a VIII gotas por minuto dos o tres días, continuando el tratamiento con antibióticos por vía oral o parenteral según el antibiograma. En la revisión se encontraron 35 casos con 8.75%. Otros autores describen 10% de los abscesos. Rodríguez Soto de 480 histerectomías vaginales, 59 casos; Cáceres y Turbay encuentran 22% de abscesos.

Infección de las suturas

Se presentan en la colpoperineorrafia anterior o posterior, o en el sitio de amputación del cuello. El tratamiento consiste en lavados vaginales con agua mertolatada tibia y aplicación de crema vaginal de Gantrisin, curando por segunda intención.

En la revisión se encontró en histerectomías vaginales 2.5%, en operaciones de Mánchester 0.6%; en colpoperineorrafias 2.5%; en colpocleisis tipo Lefort 4%.

# Infecciones postoperatorias de las vías urinarias

La infección de las vías urinarias es la complicación urológica más común de la cirugía pélvica y ha sido fuente de preocupación para todos los cirujanos ginecólogos. Los micro-organismos responsables se introducen directamente por manipulaciones instrumentales de las vías urinarias durante la intervención, o más a menudo en los sondeos pre y postoperatorios. Si como ocurre a menudo, la paciente, en el postoperatorio experimenta dificultad para volver a orinar normalmente, con tendencia a orina residual, es más probable que desarrolle infección. Hay muchas bacterias después de un solo sondeo vesical; por esto debiera evitarse la sonda sistemática antes de la cirugía pélvica. Si es necesario debe efectuarse con asepsia escrupulosa, suavidad y una técnica atraumática que tienda a disminuír el porcentaje de bacteriuria; también será útil mantener una diuresis adecuada, asegurando balance óptimo de líquidos e hidratación en el postoperatorio, para prevenir el desarrollo de una infección urinaria. Las más frecuentes son: Cistitis, Uretritis y Pielonefritis.

## Cistitis:

Suele aparecer el 3er. día de postoperatorio, producida como ya se dijo, por el traumatismo, retención urinaria. Sintomas: 1º Polaquiuria, 2º Disuria, 3º Temperatura normal o muy ligeramente aumentada; 4º En ocasiones hematuria macroscópica por traumatismo de la sonda en el trígono vesical.

## Tratamiento:

- 19 Sulfamidas
- 2º Mandelato de Metenamina
- 3º Aceite gomenolado tibio, en la forma ya indicada para la retención urinaria.

En la revisión practicada, se encontró Cistitis en el 7.5% de los casos, en las histerectomías vaginales; 10% en las operaciones de Mánchester; 10.5% en las Colpocleisis. Guzmán encontró sobre 315 operaciones de Mánchester 14.3% de Cistitis. En el estudio del Profesor Aparicio, citado por éste encuentra 8.44% de Cistitis. Rodríguez Soto en 480 histerectomías vaginales, 39 casos de Cistitis. Las bacterias más frecuentes encontradas en las infecciones urinarias, han sido Ps. aeruginosa;

Proteus vulgaris, Escherichia coli, Aerobácter aerogenes, Streptococos y Stafilococos. Se debe ordenar cultivo y antibiograma para según la sensibilidad prescribir el antibiótico adecuado.

## Pielonefritis:

188

Se encontró en el 2% de las historias revisadas. Se manifiesta por dolor, escalofrío y fiebre alta, el diagnóstico se hace excluyendo otras causas y el examen parcial de orina.

#### Tratamiento:

Reposo, antibióticos y analgésicos.

Complicaciones de orden general

Las encontradas en la revisión fueron: Ileo-paralítico; Peritonitis; Tromboflebitis; Bronquitis y Bronconeumonía.

# Ileo-paralítico:

Se presenta con más frecuencia en las histerectomías vaginales, con 1% de los casos. Es raro en las operaciones de Mánchester, Colpoperineorrafias y las otras intervenciones menores. Se presenta como causa de la manipulación de asas intestinales, de hematoma o absceso de cúpula vaginal, por irritación peritoneal. Los opiáceos pueden en ciertos casos producir atonía de la pared intestinal. También debe tenerse en cuenta la posibilidad que la paciente haya deglutido aire, sobre todo, cuando es muy nerviosa. Esta distensión abdominal, se confunde con el verdadero íleo-paralítico.

#### Síntomas:

La musculatura intestinal pierde tono y se relaja, hay distensión y el peristaltismo desaparece. La paciente se siente más incómoda; a veces presenta dificultad al respirar. Ausencia de ruidos intestinales y expulsión de gases por el recto. Presenta náuseas, vómitos y deshidratación. El diagnóstico se hace por los síntomas ya enumerados y signos clínicos y radiografía simple de abdomen. El tratamiento ha sido satisfactorio con las siguientes medidas:

- 1º Equilibrio electrolítico
- 2º Succión gástrica
- 3º Prostigmine
- 4º Sonda rectal
- 5º Antibióticos
- óo Reposo.

#### Peritonitis:

Es la complicación más grave que se presenta después de la cirugía vaginal. Se presentó en el 1.25% de los casos: casi siempre mortal. Se presentó solamente en las histerectomías vaginales. Empieza a partir de hematoma o absceso de la cúpula con necrosis de ésta, que luego se extiende a la cavidad peritoneal. Los síntomas han sido: fiebre, escalofrío, dolor abdominal. Los signos encontrados hematoma o absceso de cúpula, distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales y elevación térmica. Una vez hecho el diagnóstico de peritonitis se practica lavado peritoneal, con aplicación de penicilina cristalina en dosis de 30 millones o más con venoclisis, durante las 24 horas. De 5 casos de peritonitis 4 fueron mortales y 1 curó con el lavado peritoneal y el tratamiento descrito.

# Tromboflebitis:

Se encontró en el 0.75% de los casos en las histerectomías vaginales v en el 0.3% en las operaciones de Mánchester; 0.5% en las Colpoperineorrafias. No se encontró tromboflebitis en las conizaciones, Colpocleisis o raspados uterinos. Los autores señalan, 0.5% al 1% de los operados. La causa de la tromboflebitis postoperatoria se desconoce, pero constituyen factores importantes la hipercoagulabilidad de la sangre, el traumatismo de los vasos sanguíneos y la circulación sanguínea lenta (várice). Es más común en pacientes seniles. Otros factores predisponentes son: obesidad, trombosis previa, enfermedad cardiovascular, lesión inflamatoria de miembros inferiores v debilidad general. Suele producirse durante la primera semana postoperatoria. Los únicos síntomas pueden ser: taquicardia persistente, sin causa explicable o un aumento de la temperatura, la paciente puede quejarse de dolor en los miembros inferiores. En otras ocasiones, es una embolia pulmonar con dolor en tórax y síncope.

# Exploración:

Ligera tensión muscular de la pantorrilla, a veces dolor por dorsiflexión masiva del pié, en otras ocasiones edema ligero y cianosis de miembros inferiores. En las historias revisadas se manifestó por escalofrío y fiebre, dolor a lo largo de los vasos y presencia de edema.

#### Tratamiento

- 1º Anticoagulantes
- 2º Antiflogísticos
- 3º Vendaje elástico, a lo largo del miembro inferior.
  - 4º Pies levantados
  - 59 Reposo
  - 6º Ligadura de los vasos afectados.

# Anticoagulantes

Heparina, dosis de 50 a 150 mgr. cada 4 horas determinando previamente tiempo de coagulación y protrombina. Tromexán: dosis inicial de 300 mgr., 2º día 200 mgr., 3er. día 50 a 100 mgr. Estas medidas han sido satisfactorias en todos los casos.

# Complicaciones pulmonares

Las encontradas en la revisión fueron: Bronquitis y bronconeumonía, con un porcentaje de 1.25% en los casos. Otros autores describen como complicaciones pulmonares 2 a 3% de las pacientes operadas por vía vaginal. Los síntomas y signos físicos fueron morbilidad febril, tos productiva, dolor al respirar y aumento en el número de esta, disnea, cianosis y disminución de la expansión del tórax. El diagnóstico se completó con radiografía del tórax.

#### Tratamiento

Antibióticos, nebulizaciones, oxígeno. Resultado satisfactorio en todos los casos.

# Complicaciones tardías

Prolapso de cúpula vaginal de las 400 histerectomías, se presentó en 2 190

casos. El tratamiento fue de Colpocistopexia por vía abdominal, con resultado satisfactorio en todos los casos.

Estenosis cervical. Con 3% de los casos, después de operación de Mánchester. Tratamiento: dilataciones cervicales con bujías de Hegar en varias sesiones; resultado satisfactorio.

Fístulas vésico-vaginales. Después de histerectomías vaginales: 0.2%; en operaciones de Mánchester 0.6% en Colperineorrafias: 1%. Tratamiento: Fistulorrafia vésico-vaginal, resultado satisfactorio en todos los casos con una sola intervención.

Reproducción del uretrocistocele con incontinencia urinaria de esfuerzo: 2% de todos los casos de plastia vaginal. Reproducción del cistocele sin incontinencia urinaria de esfuerzo: 1% de todos los casos. La corrección se hizo por vía vaginal, con resultados buenos en todos los casos.

#### Mortalidad

Se presentó en el 1% de las histerectomías vaginales; no en las otras intervenciones revisadas. La causa de la muerte fue en todos los casos la peritonitis a partir de absceso de la cúpula o hematoma infectado. Todas muertes inevitables.

Si se comparan los resultados con autores extranjeros, son altos en nuestro medio; no se han evaluado las condiciones socioeconómicas, los focos sépticos, trastornos circulatorios y respiratorios de estas pacientes para someterlas a esta clase de cirugía; además la contaminación en las Salas de Cirugía es posible si las con-

diciones de asepsia no son satisfactorias; si a esto se agrega la mala hemostasia durante la intervención, se tiene el medio propicio para la infección. En un futuro próximo la mortalidad podría bajar a cero con estas medidas.

# Resumen y conclusiones

- 1º Se describen y analizan las normas seguidas, en cirugía vaginal durante los últimos años, en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.
- 2º Las complicaciones postoperatorias encontradas en las 1.000 historias revisadas, son similares a las de otros autores nacionales y extranjeros, en hospitales universitarios y con personal de Residentes en vía de entrenamiento.
- 3º No se han aplicado antibióticos profilácticos; se considera que son innecesarios y en ocasiones perjudiciales; mayor gasto para el hospital y la contribución para crear cepas resistentes.
- 4º La mortalidad en la histerectomía vaginal es alta y se deben analizar más detenidamente estas pacientes, principalmente las de edad avanzada que son las de mayor riesgo operatorio.
- 5º La intervención para corregir la relajación pélvica vaginal, más inocua y de mejores resultados, en pacientes sin función sexual fue la Colpocleisis de Lefort, ejecutándose en la mayoría de los casos bajo anestesia local, considerada como la mejor.
- 6º El porcentaje de fístulas es alto, atribuible al personal en entrenamiento y en ocasiones la no vigilancia por parte del personal de más alta graduación.

7º No se comparan los resultados de las complicaciones postoperatorias con pacientes particulares por las condiciones socio-económicas de la paciente hospitalaria, pacientes desnutridas,

con focos sépticos y que llegan tardíamente para los tratamientos. No es posible el control riguroso postoperatorio, la mayoría son de otras zonas del país y no vuelven al hospital.

## **BIBLIOGRAFIA**

- TE LINDE R.: Ginecología Operatoria. Editorial José Bernardos. Buenos Aires, pág. 54. 1958.
- 2. CACERES A. EDUARDO y TURBAY B. SALOMON: Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 635: 6, Nov. y Dic. 1963.
- 3. RODRIGUEZ SOTO A.: Histerectomías. Estudio comparativo de 1.000 operaciones consecutivas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología: 308 4 de 1961.
- 4. GREENHILL J. P.: Cirugía Ginecológica. Edit. Interamericana: 47, 1959.
- 5. F. ARTUSIO J.: Anestesia y sus complicaciones inmediatas. Clínicas Quirúrgicas de Norte América 498: abril, 1954.
- 6. ULFELDER HOWARD y GREEN THOMAS: Complicaciones especiales de la Cirugía Ginecológicas. Clínicas Quirúrgicas de Norte América 808: (julio) 1963.
- 7. MATTINGLY RICHARD: Cirugía en la mujer de edad avanzada. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 597: (junio) 1964.
- 8. GUZMAN ALANDETE R.: Operaciones de Mánchester; revisión de 315 casos consecutivos. Vol. 13; Nº 1, pág. 11 (enero, febrero) 1962.