CUIDADOS PREOPERATORIOS EN CIRUGIA VAGINAL

Doctor *Luis Alba Palacios*

La experiencia ha demostrado que todos los esfuerzos destinados al estudio del paciente en el preoperatorio, dan como resultado una convalecencia exitosa y favorable. Es por esto que la habilidad técnica del cirujano debe correr pareja con la precisión diagnóstica y sus conocimientos acerca del mejor método de tratamiento y de los cuidados preoperatorios. El operador olvida muchas veces, llevado por su entusiasmo por la cirugía, que la mejor pericia técnica, puede quedar totalmente anulada por el hecho de llevar a la paciente sin la suficiente preparación preoperatoria.

El cuidado de la paciente en el preoperatorio empieza con la confección cuidadosa de la historia clínica: en ésta y en un examen físico completo, radican el buen éxito operatorio y postoperatorio. Entre los antecedentes que tienen importancia se deben enumerar especialmente los patológicos relacionados con enfermedades generales, antecedentes hemorrágicos, quirúrgicos abdomino-genitales, alérgicos e infecciosos crónicos. Entre los antecedentes ginecológicos especialmente los relacionados con el climaterio, tratamientos efectuados especialmente a base de hormonas, dermatopatías perineo-vulvares, antece-

dentes de flujo genital, enfermedades venéreas y dolor abdomino-pélvico. Existe una serie de exámenes que en el Servicio de Ginecología del Hospital se consideran de rutina y que son: Cuadro hemático, serología, examen parcial de orina, fotofluorografía, tiempo de coagulación y sangría, azohemia y glicemia. Sin embargo, actualmente se le están dando especial importancia solamente al leucograma, hematocrito y hemoglobina y recuento de plaquetas simplificándose en esta forma los exámenes rutinarios preoperatorios. En cuanto al tiempo de coagulación y sangría es más importante el interrogatorio en busca de antecedentes hemorrágicos personales y familiares, sin necesidad de recurrir a estos exámenes, los cuales muchas veces son normales en pacientes con discrasias sanguíneas. Los exámenes de rutina, correlacionados con la historia clínica servirán como guía para iniciar los cuidados preoperatorios de la paciente usual.

Algunas pacientes necesitan de una variedad de exámenes de laboratorio complementarios e interconsultas a causa de las alteraciones patológicas que se descubran en el examen clínico. Sería imposible enumerar todas y cada una de las alteraciones patológicas y

establecer normas en cada una de ellas ya que se deben dejar en manos de personas especializadas y solamente se enumeran las alteraciones más frecuentes que son necesarias conocer, puesto que si nos ocupáramos solamente de dictar normas exclusivamente con el aspecto ginecológico dejaríamos de considerar a la paciente en su punto de vista integral y nos veríamos abocados a tener una serie de fracasos operatorios y postoperatorios.

Consideraciones de orden general

Las principales alteraciones patológicas que debemos considerar son las siguientes:

1º Desnutrición

De todos es sabido el papel preponderante que juega el factor nutricional en una paciente candidata a ser intervenida. Es sabido cómo después de una adecuada restauración nutricional, el cirujano puede operar y anticiparse a tener una convalecencia libre de complicaciones dependientes de la desnutrición cuales son los ileos paralíticos, las dilaceraciones de los tejidos, la mala cicatrización de las heridas y los trastornos hidroelectrolíticos en el postoperatorio. Igualmente importantes la anemia y la hipoproteinemia generalmente en toda enferma crónica, las cuales se van a aumentar por la pérdida sanguínea del acto quirúrgico, lo cual se va a traducir por una menor resistencia a las infecciones en el postoperatorio y como ya se dijo, una mala cicatrización de los tejidos.

2º Enfermedad cardíaca

Lo más importante en lo tocante a este punto, es lo referente a la historia clínica muy detallada acerca de los antecedentes relacionados con el aparato cardio-vascular que hagan sospechar enfermedad relacionada con este sistema y en caso de alteración cardíaca en la exploración clínica o en caso de que la paciente pase de cierta edad, en nuestro servicio pacientes de más de 50 años, deberán llevar de rutina concepto cardiovascular para evaluar aproximadamente el riesgo quirúrgico de la operación propuesta a la enferma. Esto parece ser lo fundamental y práctico en lo referente a este sistema, ya que si se encontrara una paciente en insuficiencia cardíaca, pasaría a manos del internista o el cardiólogo, quienes corregirían la situación y nos darían norma acerca del manejo de la paciente en caso de que se decidiera la intervención.

3º Enfermedad pulmonar

La presencia de cualquier enfermedad pulmonar puede generalmente ser reconocida por la historia clínica, el examen físico y la foto fluorografía de admisión. Si las pacientes presentan abundantes secreciones traqueobronquiales se beneficiarán con el drenaje postural del tracto respiratorio y el uso de inhalantes y relajantes musculares. Las pacientes con esputo francamente purulento deberán recibir la terapia antibiótica de acuerdo con los cultivos y antibiogramas que se hagan al respecto, siendo lógico que mientras esta situación persista, debe desistirse de inter-

venir con un procedimiento quirúrgico de elección como es la cirugía ginecológica vaginal. Las pacientes fumadoras desarrollan con mayor frecuencia complicaciones pulmonares en el postoperatorio que las no fumadoras, siendo entonces conveniente suprimirles este hábito unos 15 días antes de ser intervenidas.

En cuanto al asma y sus complicaciones pueden constituirse en fuente de calamidad de la paciente quirúrgica. Respecto a esta entidad podemos hacer varias consideraciones. En primer lugar si por los antecedentes de la enferma se sabe que sufre esta afección, pero en el momento de ser examinada no presenta síntoma asmático alguno, es paciente que puede ser intervenida sin ninguna preparación preoperatoria. En segundo lugar, si por los mismos antecedentes se sabe que la paciente sufre remisiones de los síntomas relacionados con cambios de temperatura o con épocas en las cuales están menos expuestas a alérgenos desencadenantes, se debe dejar para entonces este tipo de cirugía. En tercer lugar, si la enferma presenta síntomas moderados de la enfermedad y necesita ser operada, es preferible hospitalizarlas minimizando así los contactos con alérgenos e irritantes respiratorios y es sorprendente ver como esta única medida es capaz muchas veces de hacer desaparecer los síntomas en 24 a 48 horas ayudado, desde luego, de medidas terapéuticas usuales tales como broncodilatadores y aerosoles. Si, finalmente la paciente está sufriendo de síntomas asmáticos y se sabe que por ninguna de las medidas anteriores se puede su-

primir sus síntomas y necesita ser intervenida no por urgencia en la intervención, sino porque de ninguna otra manera sería posible obviar esta dificultad y está en este momento bajo el influjo de corticoides, no hay inconveniente de continuar la medicación suministrando 4 mg de triamcinolona o su equivalente cada 6 horas hasta 48 horas antes de la intervención. Si se sospecha que hay algún problema para continuar con la medicación oral durante el acto operatorio y postoperatorio, se debe pasar a la vía parenteral, suministrando 200 mg de acetato de cortisona vía I.M. 48 horas antes de la intervención; igual medicación al día siguiente y 100 mg I.M. en el día de la intervención. Luego de corregidos los síntomas se considerará que la paciente está apta para ser intervenida si puede durante una o varias noches dormir tranquila en posición de decúbito respirando sin ninguna dificultad. En cuanto al problema anestésico, aun cuando es terreno del especialista, si hubiera necesidad de recurrir a la anestesia general, el mejor anestésico parece ser el flutane, ya que obra como broncodilatador y no excita la formación de secreciones endobronquiales.

4º Hipertensión

Sabemos que es algo que ocurre muy frecuentemente. En general se puede decir que las pacientes hipertensas no complicadas toleran operaciones grandes y la correspondiente anestesia de manera satisfactoria. La valoración del riesgo quirúrgico de la paciente hiper-

tensa depende en primer lugar del grado de hipertensión, siendo lógico que una hipertensión maligna constituye un riesgo quirúrgico mucho mayor que si la hipertensión no es tan severa. Igualmente depende de las alteraciones concomitantes con la hipertensión cuales son los diversos grados de arterioesclerosis especialmente coronaria y cerebral y finalmente del estado de función renal concomitante con la hipertensión. Los autores insisten en la necesidad de excluir el feocromocitoma como causante de la hipertensión, que auncando raro como causante de la misma, la paciente está en grave peligro al no hacerlo por las complicaciones que se presentarían en el operatorio y postoperatorio cuales son las arritmias cardíacas que conducen al shock, edema pulmonar y muerte o bien los diversos accidentes cerebro vasculares o fallas del corazón izquierdo. El diagnóstico se hace con pruebas de la regitina (pentolamina) y norepinefrina.

Complicaciones relacionadas a la terapia por drogas en la hipertensión

El riesgo de anestesia general y procedimientos quirúrgicos de una paciente hipertenso se aumenta por las complicaciones durante el acto quirúrgico, si la paciente ha estado sometida a terapia antihipertensiva. Es por esto que debemos decir algunas palabras relacionadas con el efecto farmacológico de algunos de los principales fármacos empleados en el tratamiento de la hipertensión, que sirva como norma o guía al manejo de este tipo de pacientes. Muchas son las publicaciones que se

han escrito en relación con los compuestos de la Rauwolfia. Las dificultades han consistido especialmente en bradicardia e hipotensión generalmente irreversible. Experimentalmente se sabe que estos compuestos producen una marcada disminución de las catecolaminas existentes en los órganos y tejidos del organismo tales como la pared de los vasos, el miocardio, la medula adrenal y los ganglios simpáticos y entre las cuales se cuenta la epinefrina y norepinefrina. Se sabe igualmente que esa disminución de las catecolaminas es de más de 92% y que su duración va hasta 10 días después de la administración. De aquí la importancia de suprimir el compuesto mucho tiempo antes del procedimiento quirúrgico que la hipertensión que se presente en los días que preceden a la cirugía no van a constituir el gran riesgo que implica el hecho de no suprimirlos a su debido tiempo.

Como los compuestos de la Rauwolfia, la guanetidina disminuye considerablemente las catecolaminas por largos períodos, siendo mejor sustituirla en los días que preceden a la intervención por agentes bloqueadores ganglionares cuya acción es solamente de horas. La clorotiazida y sus compuestos relacionados, variablemente y a veces de manera significativa, producen hipopotasemia cuando se han dado por largos períodos en el tratamiento de la hipertensión, lo cual es importante por la conocida potencialización de las arritmias cardíacas y porque el manejo electrolítico de las pacientes se torna difícil en el postoperatorio, siendo de desear que para evitar estos inconvenientes estas pacientes

reciban ya potasio desde el preoperatorio. En cuanto a los bloqueadores ganglionares tales como el Pentolinium, Mecanilamina, constituyen un problema mucho menor, puesto que su acción es corta (de 4 a 12 horas) y pueden por tanto suprimirse ya cercano el procedimiento quirúrgico.

5º Diabetes

Importante en una paciente que se va a intervenir es una historia detallada acerca de la posibilidad de diabetes así como las reacciones al stress, susceptibilidad a la hipoglucemia o a la cetosis con lo que se evitarán serias dificultades. A causa de que la paciente diabética puede llegar rápidamente en el postoperatorio a la acidosis, debemos siempre solicitar la ayuda del internista para el manejo de estas pacientes. Es prudente para la paciente ingresar al hospital pocos días antes de la intervención con el fin de regularles la dieta y dosificar la insulina; una vez dosificada esta, el día de la intervención se debe aplicar la dosis fijada y aplicar durante el acto quirúrgico y posteriormente soluciones dextrosadas necesarias para dar un buen aporte calórico, teniendo cuidado en la administración de flúidos parenterales con el fin de evitar la sobrecarga del sistema cardiovascular de la paciente diabética. Practicar según los casos dosificaciones regulares de orina para investigar acetona o glucosa lo cual es necesario de practicar hasta cada 6 horas y suministrando las cantidades necesarias de insulina cristalina.

6º Pacientes especiales

Debemos considerar para terminar el análisis de orden general, un grupo de pacientes que podemos llamar especiales y que importan desde el punto de vista de cirugía vaginal, cuales son las pacientes obesas y las añosas.

La paciente obesa constituye un riesgo quirúrgico mucho mayor que las delgadas, particularmente si pasan de los 40 años, edad en la cual la reserva cardíaca empieza a decrecer. Aunque las complicaciones se refieren especialmente a cirugía abdominal, no por esto debemos dejar de mencionar las complicaciones inherentes a este tipo de pacientes, cuales son los vómitos prolongados, íleos paralíticos, complicaciones pulmonares e infección de las heridas; igualmente si hubiere necesidad de recurrir a la anestesia general, la inducción es más prolongada y se necesitan mayores cantidades de anestésico para saturar los tejidos, de aquí que sea la oportunidad de indicar que la anestesia mejor no sólo para las pacientes obesas, sino en general toda paciente que vaya a ser intervenida por vía vaginal, es la raquianestesia o sus afines.

La paciente añosa. Con los mejores cuidados preoperatorios y el desarrollo de la geriatría es como ha sido posible llevar a cabo la cirugía en las pacientes de edad avanzada. No debemos sin embargo olvidar que la seguridad en el procedimiento quirúrgico es directamente proporcional a la excelencia de los cuidados preoperatorios. Debemos entonces volver a insistir en que el examen físico y la historia clínica de-

ben ser minuciosos, la preparación a la cirugía adecuada, las deficiencias nutricionales o de vitaminas corregidos especialmente los tipos subclínicos, el sistema cardiovascular examinado exhaustivamente desde el momento en que el mayor número de muertes en el postoperatorio se deben a fallas de este sistema, vigilar el estado de funcionamiento renal e investigar las deficiencias endocrinas, especialmente el hipotiroidismo. Cuando quiera que haya varios procedimientos quirúrgicos o de anestesia a elegir, debe escogerse aquel que implique el traumatismo y shock mínimos, aquel que signifique el mínimo riesgo para la paciente. Durante el acto quirúrgico efectuar la mejor hemostasia posible, puesto que los diversos grados de arterioesclerosis existentes, hacen que fácilmente se presenten hemorragias a veces considerables en el postoperatorio inmediato. Reparar la pérdida sanguínea que se presente durante el acto operatorio, pues las ancianas soportan mal la anemia ya que la formación de elementos sanguíneos en ellas es muy lento. En cuanto a la anestesia, el tipo ideal es la anestesia local, especialmente en las pacientes con antecedentes de bronquitis, bronquiectasias o reserva cardíaca disminuída, teniendo la precaución de tranquilizar suficientemente en el preoperatorio a la paciente, así soportan el acto quirúrgico durmiendo tranquilamente. Es de vital importancia la deambulación precoz y la movilización que se debe iniciar desde el primer día operatorio con masajes de las piernas cada 6 horas con lo que se evitarán serias y futuras complicaciones. Final-

mente no debemos olvidar que estas pacientes, debido a su edad, tienden fácilmente a deprimirse y que el médico no olvidando este estado de ánimo, debe animarlas y estimularlas.

Consideraciones de orden local

Hechas las consideraciones de orden general pasamos a las de orden puramente local, a las relacionadas con la preparación a la cirugía vaginal. Se enumera a continuación una serie de normas tratando de abarcar todas las circunstancias en que hubiere necesidad de intervenir por vía vaginal.

1º Toda cirugía vagina! debe ser *planeada*, esto es, que no se puede llegar a la sala de cirugía a improvisar, sino llevar en la mente un plan definido acerca de qué procedimiento quirúrgico vamos a llevar a cabo.

2º Por ningún motivo efectuar intervenciones vaginales en donde la mucosa esté ulcerada o presente algún signo de irritación o de infección sin que hayan sido tratadas previamente.

3º En el supuesto y común caso que la pared vaginal o cervical presenten ulceraciones estas deben llevar biopsia previa y tratadas adecuadamente si son benignas.

4º Todas las pacientes deben ser llevadas a cirugía con citología vaginal y biopsia de endometrio si son para histerectomía.

5º En el momento operatorio, lavar cuidadosamente la vagina y sus fondos de saco con agua y jabón sin embrocarse con ninguna sustancia cáus-

tica diferente tipo mertiolate, mercurio cromo o yodo.

6º La cirugía vaginal debe hacerse en la primera mitad del ciclo menstrual, si la paciente todavía menstrua, con el fin de evitar la congestión que posteriormente se presentará con ocasión de la menstruación, fuera de los naturales inconvenientes que implicaría en el postoperatorio la presencia de la sangre menstrual.

7º Ninguna paciente debe ser sometida a un procedimiento quirúrgico definitivo, tipo histerectomía, colpocleisis, etc. sin haber practicado antes de este procedimiento definitivo, un raspado fraccionado previo que descarte patología de tipo maligno.

8º Para devolver el buen trofismo vaginal en los casos de prolapsos, estos deben estar reducidos por lo menos 8 días antes de ser intervenida la paciente, para lo cual se puede utilizar la vitamina A en forma de mechas impregnadas en aceite de bacalao o glicerina ictiolada que mantienen reducido el prolapso. Igualmente se aconsejan los estrógenos en pequeñas dosis, dados por vía oral o parenteral 8 días antes de la intervención.

En caso de fístula vesico-vaginal son importantes los siguientes puntos:

a) No corregir las fístulas antes de dos meses de producida. La corrección de esta inmediatamente después de una operación o traumatismo que la haya producido, tiene el gran riesgo de que fácilmente se reproduzca a causa de la inflamación más o menos grande que existe y porque la infección

encuentra en estas circunstancias un terreno abonado.

b) Dar a la endoscopia un valor fundamental en el sentido de que si el urólogo encuentra edema o congestión de la mucosa, nos indica que no es el momento oportuno para la intervención y los controles posteriores endoscópicos, nos indicarán el momento más propicio a la intervención.

c) De rutina practicar urografía antes de este tipo de intervenciones, con el fin de conocer la totalidad del árbol urinario y evitar así complicaciones posteriores.

d) Aplicar sistemáticamente sonda de retención, por lo menos una semana antes del acto quirúrgico, con el fin de eliminar el residuo vesical que predispone a la infección y evitar la maceración de los tejidos vaginal y perivaginales por donde drena la fístula.

e) Usar rutinariamente, días antes de la intervención, sustancias como el mandelato de metenamina por considerar que esta droga produce un doble efecto de acidificación y antisepsia urinaria.

En cuanto a la elección de la posición que deba colocarse en la mesa de cirugía para la corrección de la fístula, depende de la localización de esta y su mayor facilidad para abocarla y corregirla.

En caso de fístula recto-vaginal alta o desgarró perineal de tercer grado con compromiso del esfínter y de la pared vaginal anterior, es caso de rutina la colostomía previa, 8 días antes del acto quirúrgico.

*Preparación psicológica
de la paciente*

Los cuidados preoperatorios no pueden terminarse sin antes mencionar someterse a la importancia que implica la preparación psicológica de la paciente. No se debe olvidar, que las pacientes como seres humanos que son deben conocer qué clase de intervención se les ha de realizar, dándoles una somera explicación en términos sencillos, de los motivos de la intervención y la necesidad de practicarles esta o aquella intervención. No se debe olvidar que la pa-

ciente así preparada contribuirá de manera efectiva con su buena disposición de ánimo, a que el postoperatorio sea más rápido y recibirá entonces las órdenes médicas con mejor buena voluntad, que si no está preparada convenientemente. Por otra parte, al estar la paciente enterada de lo que se piensa realizar, esta podrá dar cuenta más o menos exacta en consultas posteriores que le toque realizar con profesionales distintos o centros hospitalarios distintos a donde actuamos, con beneficios lógicos tanto para la paciente como para el facultativo.