

11217

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina
Hospital de Ginecoobstetricia
"Luis Castelazo Ayala"
División de Enseñanza e Investigación

35
2e)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

**PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE DOSIS UNICA EN
HISTERECTOMIA ABDOMINAL**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOOBSTETRICIA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

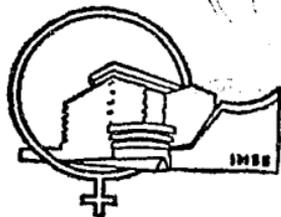
DR. JESUS HERNANDO CANO OBREGO

ASESOR:

DR. JOSE LUIS SANCHEZ ACUNA

COLABORADOR:

DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Febrero de 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION:

El concepto de profilaxis a base de antibióticos data de la introducción de estos fármacos a mediados del decenio de 1940. Richard en 1943 y Falk y Bunkin en 1946 utilizaron sulfas con fines profilácticos en técnicas ginecológicas con resultados variables. Otros investigadores intentaron valorar la utilidad de la profilaxis, pero tal técnica perdió aceptación desde los comienzos del decenio de 1950, al aparecer infecciones por estafilococos resistentes, a causa del empleo demasiado liberal de la penicilina. El interés revivió en 1961 cuando Burke señaló los resultados en la profilaxis de infecciones de herida en un modelo animal. Demostró que cuando se administraban antibióticos había una disminución notable en el tamaño de la herida. En 1969, Polk y López-Mayor señalaron el empleo profiláctico de una cefalosporina en personas que se sometieron a operaciones o procedimientos gastrointestinales o pancreatobiliares. La eficacia clínica del antibiótico en tales pacientes obligó a una revaloración en técnicas ginecológicas. En los años siguientes, se utilizaron en diversos procedimientos, antibióticos en regímenes de todo tipo (3, 5, 15).

Las normas más aceptables para valorar la idoneidad de un antibiótico en forma particular como profiláctico fueron propuestas por Ladger en 1975 y más tarde modificadas y reestructuradas por Johnson y cols en 1983 (16). A pesar de la obtención de antibióticos farmacológicamente nuevos, de espectro más amplio o con vida media más larga, dichas pautas siguen siendo aplicables y forman una base racional para valorar el empleo profiláctico de un antibiótico:

- El método debe conllevar morbilidad postoperatoria notable de tipo infeccioso o una posible respuesta alterada del huésped a la infección.
- La técnica quirúrgica debe incluir una gran posibilidad de contaminación microbiana.
- El fármaco debe tener poca toxicidad, antecedentes definidos de inocuidad y no ser utilizado rutinariamente en infecciones graves.

- El espectro de actividad del fármaco debe incluir los microorganismos propios del sitio de contaminación que mayor posibilidad tengan de causar infección.
- El fármaco debe alcanzar una concentración adecuada de los tejidos durante el procedimiento y ser administrado por un periodo breve.
- El hospital en que esté la enferma debe constar con un programa de detección y supervisión de infecciones y llevar un registro de los patrones de susceptibilidad a antibióticos (5, 9, 16).

Posiblemente la aplicación más común de la profilaxis con antibióticos es en la cesárea. El riesgo creciente de complicaciones infecciosas en el postoperatorio se ha corroborado en la cesárea no electiva. Numerosos estudios se han realizado con profilaxis antibiótica con un placebo en la prevención de infecciones posterior a la cesárea y la mayoría han concluido que reducen la morbilidad postoperatoria (9, 17, 11). Esto fué más significativo en pacientes con alto riesgo como aquellos con ruptura de membranas de más de 6 hrs., trabajo de parto de más de 12 hrs, 4 ó más tactos vaginales y estado socioeconómico bajo (9).

Las mujeres que se someten a histerectomía vaginal claramente se benefician de los antibióticos profilácticos (5, 13, 16). En una revisión de 48 estudios controlados, representando 5,524 pacientes, se encontró que la morbilidad febril se redujo del 25% al 15% y la incidencia de infecciones pélvicas postoperatorias fué del 25% en pacientes control y 5% en quienes recibieron profilaxis (9).

El beneficio de la profilaxis en la histerectomía abdominal es menos obvio; un número de estudios demostrarán las ventajas de la profilaxis, mientras que otros ofrecieron evidencia de que la profilaxis no es de valor. (4, 5, 9, 10, 23, 8).

El colegio de Ginecólogos y Obstetras, después de una revisión de la literatura recomienda la administración de antibióticos como profilaxis en pacientes sometidas a histerectomía abdominal haciendo las siguientes consideraciones:

- La incidencia de morbilidad febril infecciosa son significativas en pacientes sometidas a histerectomía abdominal.
- Los datos disponibles sugieren que las tasas de morbilidad febril infecciosa son reducidas por el uso profiláctico de antibióticos en la histerectomía vaginal.
- Aunque el uso profiláctico de antibióticos disminuye la morbilidad total, este uso puede no ser necesario para ciertos grupos de pacientes con bajo riesgo de infección (24).

La flora microbiana normal del tracto genital femenino inferior es importante al considerar los antibióticos profilácticos. En mujeres no embarazadas, saludables, en edad reproductiva incluye: lactobacilo, difteroides, estreptococo del grupo B, esterococo, E. coli y anaerobios. Los anaerobios generalmente predominan y los peptoestreptococos comúnmente son aislados, al igual que los bacteroides. La flora microbiana es diferente en la mujer prepupal en comparación con la de mayor edad no embarazada y cambia durante el embarazo y posterior a la menopausia. Antes del inicio de las menstruaciones, la vagina y el cérvix son colonizados por una gran proporción de anaerobios y menos lactobacilos. El embarazo está asociado con un mayor número de organismos benignos (lactobacilos, difteroides) y menor cantidad de cocos gram positivos, gram negativos y anaerobios. La privación estrogénica en la mujer postmenopáusica está asociada con una disminución relativa en el número de lactobacilos y difteroides y un incremento en la proporción de Gram negativos y anaerobios (9, 15).

Muchos antibióticos han sido utilizados para profilaxis: cefalosporinas, cefamicinas, penicilinas, aminoglucósidos, tetraciclinas, cloranfenicol, metronidazol, etc. (3). Las tres generaciones de cefalosporinas han sido utilizadas en regímenes de dosis única y múltiple. Sin embargo, existe notable diferencia entre dichos agentes en lo que se refiere a espectro de actividad, vida media y costo (5).

En años recientes, han aparecido informes de eficacia profiláctica con dosis única de antibióticos (16, 11, 12, 17, 19, 21). Roy y cols. compararon la eficacia, seguridad y efectos de una dosis de cefotaxime sobre el retorno de la

flora normal, con los del régimen más usado de tres dosis de cefoxitina para profilaxis, en 99 pacientes sometidas a histerectomía. Se presentó falla profiláctica primaria en 1.9% y 8.5% de las pacientes sometidas de régimen de una y tres dosis respectivamente, siendo la diferencia no significativa, (21). Gordon y cols. evaluaron en un ensayo clínico, la eficacia de una dosis de cefotetán como agente profiláctico, en comparación de un régimen de dosis múltiple de cefoxitina. Entre 39 mujeres clínicamente evaluables en el grupo de cefotetán y 19 del grupo de cefoxitina, el porcentaje de respuesta clínica exitosa fué de 97% y 95% respectivamente (12).

Una dosis única de antimicrobiano puede ser efectiva para reducir la frecuencia de infección pélvica y de la herida después de la histerectomía. Las ventajas de la dosis única son numerosas y obvias. En general, es más económico administrar una dosis de antimicrobiano que dosis múltiple. Cuando se administra menor cantidad de antibióticos, se requiere menos tiempo de enfermería y farmacia. Estudios comparativos prospectivos, demostraron que la recuperación de microorganismos resistentes a un régimen antimicrobiano es significativamente más alto después de tres dosis que cuando se usa dosis única. A menos dosis administrada, existe menor posibilidad de desarrollar efectos tóxicos y reacciones alérgicas (14).

Las cefalosporinas de primera generación han sido evaluadas como agentes únicos de profilaxis para la histerectomía vaginal y han demostrado ser efectivas; sin embargo, no han sido evaluadas para pacientes sometidas a histerectomía abdominal. Las cefalosporinas de segunda y tercera generación como la cefoxitina, cefonicida, cefotetán, cefotaxima y ceftriaxona, han demostrado eficacia clínica en dosis única para la profilaxis en la histerectomía abdominal y vaginal; no obstante, existen diferencias significativas entre estos compuestos en cuanto a su vida media sérica, tisular y costo (14).

Estudios *In vitro* han demostrado que la cefotaxima en bajas concentraciones es muy eficaz contra casi todas las especies de enterobacterias (como *E. coli*, *Klebsiella*, *proteus*, etc.). Es un antibiótico que sigue siendo activo contra *Estafilococos aureus* y *epidermidis* y es uno de los productos más efectivos contra *estreptococos no enterocócicos*. El *enterococo* es resistente, pero la *Nei-*

seria gonorrea es muy sensible. Posee moderada actividad contra especies de bacteroides y actividad satisfactoria contra clostridium y cocos anaerobios (5).

Es un antibiótico bactericida que inhibe la fase final de la síntesis de la pared bacteriana, alterando la formación del componente peptidoglucano, uniéndose a una proteína ligadora de penicilina y produciendo debilitamiento de la pared celular, fragilidad osmótica y finalmente lisis. Puede administrarse por vía intramuscular o intravenosa, su vida media es relativamente breve y la dosis comúnmente empleada es de dos gramos. Es metabolizada en el hígado antes de su excreción por el riñón. Los efectos secundarios más frecuentes son reacciones de hipersensibilidad y la flebitis es una complicación ocasional (5, 7, 25).

El estudio de Goosemberg sugiere que los medicamentos no bactericidas de amplio espectro tales como el cloranfenicol pueden no ser efectivos para profilaxis (5, 13). Además, según Ledger, el uso de clindamicina y cloranfenicol debe estar limitado a pacientes con infección por bacteroides fragilis y su uso como profiláctico puede incrementar en número de microorganismos resistentes (16).

En el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala", en 1980 se estableció el esquema profiláctico a base de cloranfenicol y continúa siendo el más usado en la actualidad. Hasta nuestro conocimiento, no hay estadísticas recientes sobre sus resultados. En 1985 Peña y en 1987 Cardona, demostraron la utilidad del metronidazol en diferentes esquemas para la profilaxis en cirugía ginecológica (3, 20). No obstante, no han tenido amplia aceptación. Campos en 1986, revisó 56 expedientes de pacientes a quienes se les realizó histerectomía ginecológica, encontrando como complicaciones una incidencia de absceso de cúpula en 7.14%, infección de vías urinarias en 5.35%, absceso de pared en 3.57 %, vaginitis en 3.57%, neumonía basal en 1.78%, y fiebre de origen indeterminado en 1.78%; no se especifica si se usaron o no antibióticos profilácticos (2).

Sánchez en 1990, logró disminuir esta morbilidad con el uso de cloranfenicol profiláctico y drenovac (22), pero la incidencia de morbilidad febril infecciosa continúa siendo alta y esto justifica la realización de estudios encamina-

dos a implementar pautas profilácticas eficaces, de bajo costo, y con mínimos efectos colaterales.

OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo fué comparar los resultados obtenidos con el esquema profiláctico tradicionalmente utilizado en el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" de cloranfenicol en dosis múltiple, con un régimen de dosis única de cefotaxima.

De acuerdo a lo anterior, se plantearon las siguientes hipótesis:

DE TRABAJO:

El esquema profiláctico de dosis única de cefotaxima es tan efectivo como el de dosis múltiple de cloranfenicol en la prevención de la morbilidad febril infecciosa posterior a la histerectomía abdominal.

NULA:

El esquema profiláctico de dosis única de cefotaxima no es tan efectivo como el de dosis múltiple de cloranfenicol en la prevención de la morbilidad febril-infecciosa posterior a la histerectomía abdominal.

MATERIALES Y METODOS.

Se trató de un estudio experimental, prospectivo, logitudinal, comparativo. Se incluyeron pacientes programadas para histerectomía abdominal en el Hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" desde el 1 de Enero al 31 de Octubre de 1993, por enfermedades no malignas, mayores de 18 años, con o sin cirugía anexial. No se incluyeron pacientes sometidas a histerectomía obstrétrica, subtotal o vaginal, como tampoco aquellas con cirugía concomitante para corrección de incontinencia. Así mismo no se incluyeron pacientes portadoras de alguna patología sistémica como cardiopatía, diabetes mellitus, trastornos hematológicos, hepatopatías o insuficiencia renal; alérgicas a la penicilina, cefalosporinas o cloranfenicol; con procesos previos al acto quirúrgico y pacientes que hubieran recibido tratamiento con esteroides o antibióticos hasta una semana previa a la cirugía.

Las pacientes fueron asignadas en forma secuencial a los siguientes grupos:

- I.-Profilaxis con cefotaxima, 2 gramos intravenosos, dosis única, antes del procedimiento quirúrgico (máximo dos hrs.)
- II.-Profilaxis con cloranfenicol, 1 gramo intravenoso antes del procedimiento quirúrgico y dos dosis adicionales de 1 gramo cada 8 hrs posteriores a éste.

Se eliminaron pacientes cuando la aplicación de los esquemas profilácticos no correspondió a lo establecido en el protocolo, cuando se administraron antibióticos postoperatorios sin infección documentada por clínica y/o laboratorio y gabinete y aquellas con un seguimiento no satisfactorio.

El seguimiento se realizó en forma intrahospitalaria, mediante visita diaria, tomando en cuenta los signos vitales, especialmente la curva térmica, los

síntomas y signos de la paciente y los exámenes de laboratorio y gabinete. En el control postoperatorio la paciente fué interrogada intencionadamente para identificar morbilidad tardía.

Se analizó la edad de las pacientes, antecedentes ginecoobstétricos y quirúrgicos, estudios preoperatorios, indicación y técnica de la cirugía, tipo de anestesia, sangrado, tiempo quirúrgico, complicaciones transoperatorias, hallazgos, morbilidad febril-infecciosa, estancia hospitalaria, necesidad de otros antibióticos sistémicos, duración del empleo de la sonda vesical, reacciones alérgicas a los medicamentos empleados para profilaxis y efectos adversos de los mismos.

Se usaron los siguientes criterios para definir la morbilidad febril infecciosa:

- 1.- Celulitis Pélvica: Elevación persistente de la temperatura, dolor abdominopélvico, hipersensibilidad de la cúpula vaginal e irritación peritoneal localizada.
- 2.- Absceso de cúpula vaginal: Presencia de pus en la cúpula vaginal demostrada por drenaje de material infectante proveniente de la línea de sutura.
- 3.- Infección de la herida: Calor, eritema, induración, dolor y drenaje de pus del sitio de incisión quirúrgica.
- 4.- Infección de vías urinarias: Diagnóstico basado en manifestaciones clínicas y/o laboratorio.
- 5.- Morbilidad febril: Temperatura de 38 grados centígrados o más en dos tomas hechas con intervalo de 4 horas, excluyendo las primeras 24 hrs, sin evidencia de infección.

Para evaluar los resultados se tomaron en cuenta las siguientes definiciones:

- 1.- Éxito profiláctico: Evolución postoperatoria sin evidencia clínica o microbiológica de infección.
- 2.- Falla profiláctica primaria: Evidencia clínica o microbiológica de infección en el sitio quirúrgico.
- 3.- Falla profiláctica secundaria: Evidencia clínica o microbiológica de infección distante del sitio quirúrgico.

RESULTADOS.

De las 57 pacientes incluidas en el estudio, fueron eliminadas 3 del grupo de dosis única (2 por administración postoperatoria de antibióticos sin infección documentada y 1 por seguimiento no satisfactorio) y 2 del grupo de dosis múltiple (1 por administración postoperatoria de antibióticos sin infección documentada y 1 por seguimiento no satisfactorio), quedando un total de 52 pacientes, 26 en cada grupo.

Todas las pacientes tenían exámenes preoperatorios completos normales que incluyeron: biometría hemática, química sanguínea, plaquetas pruebas de coagulación, examen de orina, urocultivo, exudado cervicovaginal y Papanicolaou.

Las características generales de las pacientes analizadas fueron similares en ambos grupos en cuanto a edad, número de gestaciones, cirugías previas, tiempo quirúrgico, sangrado y duración del empleo de sonda vesical. No hubo diferencias importantes en cuanto a la indicación de la cirugía, con predominio en ambos grupos de la miomatosis uterina en ocasiones acompañada de adenomiosis o tumoración anexial. En cuanto a la técnica anestésico-quirúrgica fué similar en ambos grupos con predominio del bloqueo peridural, incisión media infraumbilical, histerectomía extrafacial y no aplicación de drenajes. Hubo predominio de cúpula abierta en el grupo de dosis múltiple y de cerrada en el de dosis única.

La morbilidad febril infecciosa fué muy similar en ambos grupos e incluyó celulitis pélvica en 1 paciente de cada grupo (3.84%), infección de la herida quirúrgica en 1 paciente de cada grupo de dosis única (3.84%). No se presentó absceso de cúpula en ninguna paciente. Se diagnosticó infección de vías urinarias en 1 (3.84%) y 2 (7.69%) de los grupos de dosis única y múltiple, respectivamente; infección de vías respiratorias en una paciente de cada grupo (3.84%): Se presentó morbilidad febril en 1 paciente del grupo de dosis múltiple (3.84%).

De tal manera, el éxito profiláctico fué de 84.6% en ambos grupos con falla profiláctica primaria de 7.69% y 3.84% y secundaria de 7.69% y 11.53% para los grupos de dosis única y múltiple, respectivamente.

La estancia hospitalaria promedio fué de 4.8 días en el grupo de dosis única y 4.7 días para el de dosis múltiple y se requirió el uso de otros antibióticos sistémicos en 4 pacientes de cada grupo (15.38%). No se presentaron reacciones alérgicas en ninguna paciente. En cuanto a efectos colaterales, dos pacientes en el grupo de dosis única (6.79%) y seis pacientes en el de dosis múltiple (23.46%), presentaron náuseas y vómito.

TABLA I

PERFIL DE PACIENTES:		
	DOSIS UNICA.	DOSIS MULTIPLE.
INCLUIDOS.	29	28
ELIMINADOS.	3	2
ANALIZADOS.	26	26

TABLA II

CARACTERISTICAS GENERALES.		
	DOSIS UNICA	DOSIS MULTIPLE.
EDAD (PROMEDIO EN AÑOS)	45.88	41.26
NO. DE GESTACIONES (PROMEDIO)	3.88	3.42
CIRUGIAS PREVIAS (%)	76.95	65.35
TIEMPO QUIRURGICO (MINUTOS)	103	110
SANGRADO (PROMEDIO EN ML.)	378	418
COMPLICACIONES (%)	7.69	3.84
DURACION DE SONDA VESICAL (PROMEDIO EN HORAS)	17.50	17.15

TABLA III

INDICACIONES DE LA CIRUGIA:		
	DOSIS UNICA	DOSIS MULTIPLE.
MIOMATOSIS.	17	18
MIOMATOSIS + ADENOMIOSIS	3	4
MIOMATOSIS + TUMOR ANEXIAL	2	1
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	3	1
SANGRADO UTERINO ANORMAL	1	0
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL.	0	2
TOTAL.	26	26

TABLA IV.

TECNICA ANESTESICA QUIRURGICA.		
	DOSIS UNICA	DOSIS MULTIPLE.
BLOQUEO PERIDURAL.	18 PACIENTES.	17 PACIENTES.
GENERAL CON INTUBACION	8 "	9 "
INCISION MEDIA INFRAUMBILICAL	21 "	23 "
INCISION PFANNENSTIEL	5 "	3 "
HISTERECTOMIA EXTRAFASCIAL	24 "	22 "
HISTERECTOMIA INTRAFASCIAL	2 "	4 "
CIRUGIA ANEXIAL CONCOMITANTE	9 "	5 "
CUPULA ABIERTA	9 "	17 "
CUPULA CERRADA	17 "	9 "
DRENAJE	0 "	0 "

TABLA V

MORBILIDAD FEBRIL INFECCIOSA.	DOSIS UNICA	DOSIS MULTIPLE.
CELULITIS PELVICA.	1 (3.84%)	1 (3.84%)
ABSCESO DE CUPULA.	0 (0%)	0 (0%)
INFECCION DE LA HERIDA.	1 (3.84%)	0 (0%)
INFECCION URINARIA.	1 (3.84%)	2 (7.69%)
INFECCION RESPIRATORIA.	1 (3.84%)	1 (3.84%)
MORBILIDAD FEBRIL	0 (0%)	1 (3.84%)

TABLA VI

RESULTADOS.	DOSIS UNICA.	DOSIS MULTIPLE.
EXITO PROFILACTICO	84.61%	84.61%
FALLA PROFILACTICA PRIMARIA	7.69%	3.84%
FALLA PROFILACTICA SECUNDARIA	7.69%	11.53%
NECESIDAD DE OTROS ANTIBIOTICOS	15.38%	15.38%
EFECTOS ADVERSOS	6.79%	23.46%
ESTANCIA HOSPITALARIA (PROMEDIO)	4.80 DIAS	4.73 DIAS.

DISCUSION.

La profilaxis antimicrobiana es de beneficio para reducir la morbilidad postoperatoria en muchas pacientes ginecoobstétricas. Sin embargo la utilidad de la profilaxis sólo ha sido claramente demostrada en pacientes sometidas a histerectomía vaginal (9). La mayoría de los estudios clínicos han demostrado que la profilaxis también es de valor en la cesárea (3). Los datos disponibles sugieren que las tasas de morbilidad febril infecciosa posterior a la histerectomía abdominal son reducidas por el uso profiláctico de antibióticos; no obstante, su uso puede no ser necesario en pacientes con bajo riesgo de infección (24). En nuestro Hospital, de acuerdo al presente y anteriores trabajos, la morbilidad febril infecciosa continúa siendo importante y esto justifica el uso de antibióticos profilácticos, especialmente en pacientes de alto riesgo (teniendo en cuenta la duración de la cirugía, técnica operatoria, habilidad del cirujano, preparación preoperatoria y factores del huésped como la edad, antecedentes de diabetes mellitus, cáncer, obesidad, desnutrición) (23).

A medida que la experiencia ha aumentado, la duración de la profilaxis antimicrobiana ha disminuido desde 7 días hasta 3 dosis perioperatorias. La mayoría de los trabajos sobre profilaxis han hecho comparaciones entre diferentes regímenes de dosis múltiple. Recientemente, la atención prestada a los costos de la salud han despertado el interés sobre la profilaxis de dosis únicas (14). De acuerdo a los resultados del presente trabajo, el régimen de profilaxis de dosis única de cefotaxima, es tan efectivo como el de 3 dosis de cloranfenicol, en contra de las infecciones postoperatorias. Las ventajas del régimen de dosis únicas son numerosas. En general, es menos costoso administrar una dosis que dosis múltiples, dependiendo en parte del costo del medicamento. Estudio prospectivos indican que incluso tres dosis de antibiótico puede modificar significativamente la flora normal y contribuir al desarrollo de resistencia bacteriana. Al administrar menos dosis, es menor la posibilidad de desarrollar efectos adversos o alérgicos al medicamento (14).

La cefotaxima es una cefalosporina de tercera generación cuyo espectro de acción cubre la mayoría de los gérmenes comprometidos en las infec-

ciones posteriores a la histerectomía abdominal (anaerobios, cocos Gram positivos y bacilos Gram negativos). El Enterococo y la Pseudomona son relativamente resistentes, pero no son gérmenes frecuentemente asociados a infecciones pélvicas o de la herida postoperatoria (25). En cuanto al momento y vía de administración de la profilaxis, se ha demostrado que la mayor eficacia se logra al administrar el antibiótico por vía intravenosa dentro de un lapso de dos horas previas a la cirugía (4).

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a los resultados del presente trabajo, nosotros recomendamos considerar el régimen de dosis única de cefotaxima, en pacientes sometidas a histerectomía abdominal y servicios con tasas importantes de morbilidad febril infecciosa.

CONCLUSIONES.

- Las tasas de morbilidad febril infecciosa son reducidas mediante el uso de antibióticos profilácticos, en la histerectomía abdominal aunque no tan marcadamente como en la histerectomía vaginal.
- El uso de antibióticos profilácticos en la histerectomía abdominal puede no ser necesario en grupos de pacientes con bajo riesgo de infección pélvica o de la herida y por lo tanto, cada servicio debe decidir en base sus propias tasas de morbilidad febril infecciosa sobre la implementación de regímenes profilácticos.
- El régimen profiláctico de dosis única de cefotaxima, es tan efectivo como el de dosis múltiple de cloranfenicol, en pacientes sometidas a histerectomía abdominal, disminuyendo los costos hospitalarios y la posibilidad de reacciones tóxicas o alérgicas y la inducción de resistencia bacteriana.

BIBLIOGRAFIA.

- 01.- Berkeley A, Gordon S, Freedman K et al: Comparison of cefotetan And Cefoxitin Prophylaxis For Abdominal And Vaginal Hysterectomy.
Am J Obstet Gynecol, 1988; 158:709.
- 02.- Campos M: Complicaciones de la Histerectomía Ginecológica.
Tesis HGO LCA, 1986; 3.
- 03.- Cárdenas R: Metronidazol como antibiótico profiláctico de infecciones en histerectomía ginecológica.
Tesis HGO LCA 1987;8.
- 04.- Claussen D, Evans R, et al: The Timing Of Prophylactic Administration of Antibiotics And The Risk of Surgical-Wound Infection.
N Eng J Med, 1982; 326: 281.
- 05.- Crombleholme W: Empleo Profiláctico de Antibióticos de Ginecoobstetricia.
Clín Obstét Ginecol, 1988; 2: 453.
- 06.- Cumnighan G: Treatment And Prevention of Female Pelvic Infection: The Quest For Single-Agent Therapy.
Am J Obstet Gynecol, 1987; 157: 485.
- 07.- Dinsmoor M, Gibbs R: Importancia de los Nuevos Antimicrobianos en Obstetricia y Ginecología.
Clín obstet Ginecol, 1988; 2: 411
- 08.- Duff P: Antibiotic Prophylaxis For Abdominal Hysterectomy.
Obstet Gynecol, 1982; 60: 25.
- 09.- Faro S: Prevention Of Infections After Obstetrics And Gynecology Surgery.
J Reprod Med, 1988; 33: 154.

- 10.- Faro S, Phillips L, Martons M: Perspectives On The Bacteriology Of Postoperative Obstetric-Gynecology Infections.
Am J Obstet Gynecol, 1988; 158: 694.
- 11.- Gall S, Hill G: Single Dose Versis Multiple Dose Piperacillin Prophylaxis In Primary Cesarean Operation.
Am J Obstet Gynecol, 1987; 157: 502.
- 12.-Gordon S: Results Of A Single- Center Study Of Cefotetan Prophylaxis In Abdominal Or Vaginal Hysterectomy.
Am J Obstet Gynecol, 1988; 158: 710.
- 13.- Grossman J, Grecco T, Minkin M et al: Prophylactic Antibiotic In Gynecology Surgery.
Obstet Gynecol, 1979; 53: 537.
- 14.- Hemsell D, Heard M, Nobles B, et al: Single Dose Prophylaxis For Vaginal And Abdominal Hysterectomy.
Am J Obstet Gynecol, 1987; 157: 498.
- 15.- Herbst A, Mercer L. Overview Of Therapeutic And Prophylactic Antibiotics In Obstetrics And Gynecology.
J Reprod Med, 1988; 33: 144.
- 16.- Ledger W, Gee C, Lewis W: Guidelines For Antibiotics Prophylaxis In Gynecology.
Am J Obstet Gynecol, 1975; 121: 1038.
- 17.- Mc. Gregor, J Gordon S, Krotec J et al: Results Of A Randomized Multicenter, Comparative Trial Of A Single Dose Cefotan Versus Multiple Doses Of Cefoxitin As Prophylaxis In Cesarean Section.
Am J Obstet Gynecol, 1988; 158: 701.
- 18.- Ohm M, Galask T: The Effect Of Antibiotic Prophylaxis On Patients Undergoing Vaginal Operations.
Am J Obstet Gynecol, 1975; 123: 590.

- 19.- Orr J, Sisson P, Barrey J. a single Center Study Results Of Cefotetan And Cefoxitin Prophylaxis For Abdominal Or Vaginal Hyterectomy. Am J Obstet Gynecol, 1988; 158: 714.
- 20.- Peña F: Uso de Metronidazol Como Antibiótico Profiláctico en Cirugia Ginecológica. Tesis HGO LCA 1985;16
- 21.- Roy S, Wilkins J, Hemsell D et al Efficacy And Safety Of Single Dose Ceflazoxime Vs Multiple Dose Cefoxitin In Preventing Infection After Vaginal Hysterectomy. J Reprod Med, 1988; 33: 149.
- 22.- Sánchez J: Uso Del Drenovac en Histerectomía. Tesis HGO LCA 1990;3
- 23.- Shapiro M, Muñoz A, Tager L et al: Risk Factors For Infection At The Operative Site After Abdominal or Vaginal Hysterectomy. N Eng J Med, 1982; 307: 661.
- 24.- The American College Of Obstetricians and Gynecologist. Prophylactic Use Of Antibiotics With Abdominal Hysterectomy. Int J Gynecol Obstet, 1991; 36: 167.
- 25.- Zeritzen N, Blanco J: Cefalosporinas De Espectro Ampliado. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, 1992; 3: 451.