

11217



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

20

19-I-84
Lic. Do.
[Handwritten signatures and scribbles]

Profílaxis Antimicrobiana de Corta Duración en Operación Cesárea



TESIS DE POSTGRADO

QUE PRESENTA EL

Dr. Oscar Barragán Alfaro

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital General Lic. Adolfo López Mateos

I. S. S. S. T. E.

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Profesor Titular del curso de postgrado
en Ginecología y Obstetricia.

Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital General Lic. Adolfo López Mateos:

Dr. Nicolás Casanova Alvarez.

Profesor adjunto del curso de postgrado
en Ginecología y Obstetricia

Jefe de Sección de Ginecología
Hospital General Lic. Adolfo López Mateos:

Dr Rafael Manzanilla Sevilla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASESORES:

Dr Drusso Vera Gaspar
Jefe de Enseñanza del Servicio de
Ginecología y Obstetricia
Hospital General Lic. Adolfo López Mateos.

Dra Mónica García Barbará
Medica Residente de 3er año
Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital General Lic. Adolfo López Mateos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis padres y hermanos

A Carolina

A mis abuelos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	16
DISCUSION	18
COMENTARIOS	19
BIBLIOGRAFIA	20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

La morbilidad consecutiva a infecciones es una complicación posoperatoria que puede ocurrir hasta en un 86% en las pacientes de alto riesgo. La administración de antibióticos profilácticos en pacientes sometidas a cirugía pélvica ha demostrado ser efectiva para disminuir la morbilidad febril. El antibiótico profiláctico debe ser de baja toxicidad, bien tolerado, de precio accesible y efectivo contra la mayoría de los microorganismos que se piensa son causantes de enfermedad o morbilidad febril(12).

En el terreno de la cirugía, la antibioticoprofilaxis consiste en la administración de antimicrobianos aún cuando no se hayan detectado signos clínicos o de laboratorio que hagan pensar en la posibilidad de morbilidad febril.

Debido al temor de que la resistencia bacteriana se desarrolle como resultado de administración prolongada de antimicrobianos, los obstetras han vacilado en utilizarlos, sin embargo, estudios más recientes, han demostrado las virtudes de su uso a corto plazo (10).

Sin embargo, los riesgos teóricos del antibiótico profiláctico pesan demasiado y aún algunos autores opinan que únicamente deben ser utilizados en pacientes con riesgo importante de infección (4-5).

Los mecanismos explicados para el uso racional del antibiótico profiláctico son:

- 1.- Normalmente en el tracto genital femenino existe una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gran cantidad de gérmenes aerobios y anaerobios. Durante la cirugía pélvica ascienden al sitio operatorio contaminándolo.

2.- Las suturas producen hipoxia y desvitalización de los tejidos en la línea de cierre. A medida que la necrosis ocurre, hay trasudado de líquido serosanguinolento en el lecho operatorio con una concomitante reducción del potencial oxidación reducción lo que favorece el crecimiento de las bacterias especialmente anaerobias.

3.- El acto operatorio y la anestesia temporalmente reducen las defensas del huésped contra la infección alterando la homeostasis y la fisiología celular. Se ha demostrado que este período de resistencia tisular disminuida es temporal y que unas cuantas horas más tarde, en un huésped inmunocompetente, las defensas tisulares normales son restauradas. (4) .

Aún cuando la antibioticoprofilaxis ha sido utilizada ampliamente tanto en la medicina institucional como privada, esto se lleva a cabo sin control y por períodos arbitrariamente variables.

Es importante definir el valor del procedimiento y adoptar los esquemas más adecuados para reducir los costos de tratamiento, las posibilidades de efectos secundarios, la creación de cepas resistentes y superinfecciones, así como la dosis mínima necesaria para que esta tenga efecto.

Todas las siguientes situaciones son consideradas como de alto riesgo: Edad materna, estado socioeconómico,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

edad gestacional, tipo de cirugía, la ausencia de control prenatal, la dilatación cervical transoperatoria, la ruptura de membranas de mas de ocho horas de evolución, la presencia de meconio, el tipo de anestesia, la obesidad, la anemia, el antecedente de cesáreas previas, los procedimientos de monitorización interna, el tiempo operatorio la presencia de enfermedades concomitantes, el tratamiento con drogas inmunosupresoras, el estado hormonal y la raza(9).

La morbilidad infecciosa se puede manifestar en diversos cuadros clínicos como: Celulitis pélvica, abscesos de cúpula vaginal, infecciones del tracto urinario y del tracto respiratorio bajo, infecciones en la herida, endometritis, absceso pélvico, bacteremia, choque séptico y tromboflebitis pélvica séptica.

Existe una gran cantidad de artículos publicados al respecto, pero es de vital importancia, determinar el valor de este procedimiento en el medio en el que se está trabajando y no adoptar como dogma las conclusiones obtenidas en hospitales con pacientes y ambientes microbianos diferentes. Este estudio trata de investigar la efectividad de la antibioticoprofilaxis a corto plazo en el Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

Berger llevó a cabo en 1978 una revisión de los treinta y tres artículos publicados hasta ese momento en relación con este tema y llegó a la conclusión de que la diversidad de opiniones en cuanto a su efectividad se debe

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a la gran variabilidad en la metodología de estudio de cada grupo de investigadores. La mayor parte están de acuerdo en que la profilaxis antimicrobiana es efectiva.

De la tabla I a la VI se muestran en resumen los artículos revisados por este autor(2).

De la tabla VII a la IX se muestra un resumen de los artículos revisados por nosotros correspondiente a los años de 1981,82 y 83.(1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,15).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No I

ANTECEDENTES EN EL MANEJO DE LA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA.

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	No DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROB.	RESULT.
FALK 1946	HIST. VAG.	500	PIEBRE	SULFONAMIDA	NO
BLAHEY 1952	CIRUGIA VAGINAL	536	IVU	TETRACICLINA	SI
CRON 1952	HIST. VAG. Y ABD.	751	PIEBRE	PENICILINA	SI
DURHAM 1954	CIRUGIA VAGINAL	102	IVU	SULFONAMIDA	NO
GOOSENBERG 1969	HIST. VAG.	120	PIEBRE IVU PARED	PENIC+ESTREP	SI
BOLLING 1974	HIST. VAG.	296	PARED PIEBRE	AMPICILINA C TETRACICLINA	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA II

ANTECEDENTES EN EL MANEJO DE LA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA.

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	Nº DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULT.
LEDGER 1973	HIST. VAG.	100	IVU PARED	CEFALOSPORINAS	SI
BREEDEN 1974	HIST. VAG.	120	IVU FIEBRE PARED	CEFALOSPORINAS	SI
HARRAL- SON. 1974	HIST. VAG.	200	FIEBRE IVU PARED	PENICILINA + ESTREPTOMICINA	SI
CLEMENT 1975	HIST. VAG Y ABD.	146	FIEBRE	CEFALOSPORINAS	SI
LEDGER 1975	HIST. VAG.	100	CULTIVO FIEBRE	CEFALOSPORINAS	SI
JACKSON 1975	HIST. VAG.	147	IVU PARED OTROS	AMPICILINA	SI

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA III

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	Nº DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULT.
OHM 1975	HIST. VAG.	48	MORBILIDAD FEBRIL	CEFALOSPORINAS	SI
BIVENS 1975	HIST. VAG.	60	FIEBRE IVU PARED	CEFALOSPORINAS	SI
MAYER 1976	HIST. VAG. Y ABDOM.	100	MORBILIDAD FEBRIL	CEFALOSPORINA+ KANAMICINA	SI
GLOVER 1976	HIST. VAG.	300	IVU PARED	AMPICILINA O PENICILINA+ ESTREPTOMICINA	SI
FORNEY 1976	HIST. VAG.	32	FIEBRE PARED	CEFALOSPORINAS	SI
BOYD 1976	HIST. VAG.	264	MORBILIDAD FEBRIL	AMPICILINA	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA IV

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	Nº DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULT.
SWARTZ	HIST. VAG. Y ABD.	451	FIEBRE IVU PARED	CEFALOSPORINAS	SI
HEDICAN 1976	CIRUGIA VAGINAL	70	PARED	CEFALOSPORINAS	SI
ALLEN 1972	CIRUGIA MAYOR	215	MORBILIDAD FEBRIL	CEFALOSPORINAS	SI
ROSEN- HEIM 1974	HISTER. ABDOM.	200	FIEBRE PARED IVU	AMPICILINA O TETRACICLINA	SI
OHM 1976	HIST. ABDOM.	93	MORBILIDAD FEBRIL	CEFALOSPORINAS	SI
JENN INGS 1978	HIST. VAG Y ABD.	200	FIEBRE PARED IVU	CEFALOSPORINAS	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA V

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	Nº DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULT.
POSNER 1955- 1956	CESAREA	12	HERIDA	TETRACICLINA	SI
MILLER 1974	CESAREA	32	PARED. IVU INF. PULM.	AMPICILINA	SI
WEISSBERG 1971	CESAREA	80	MORBILIDAD FEBRIL	PENICILINA+ KANAMICINA	SI
GIBBS 1972	CESAREA	61	MORBILIDAD FEBRIL	AMPICILINA+ METRONIDAZOL+ KANAMICINA	SI
MORRISON	CESAREA	230	MORBILIDAD FEBRIL	PENICILINA+ KANAMICINA	SI
GIBBS 1973	CESAREA	68	MORBILIDAD FEBRIL	AMPICILINA+ KANAMICINA	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA VI

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	Nº DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULT.
MORO 1974	CESAREA	148	ITU PARED INF. PULM.	DIVERSOS	SI
ROTHBARD 1975	CESAREA	100	PIEBRE PARED	CEFALOSPORINAS+ KANAMICINA	SI
WORK 1977	CESAREA	80	MORBILIDAD FEBRIL	CEFALOSPORINAS	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA VII

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	Nº DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULTADO	
KAMAL(8) 1980	HIST. VAG	79	PREME- NOPAUSIC.	MORBILIDAD FEBRIL	CEFOXITINA	SI
Menos infecciones en pacientes tratadas con dosis única que múltiple						
GALLE 1981(6)	HIST. VAG.	50		MORBILIDAD FEBRIL	CARBENC. O DRENAJE EN Y	SI
ITSKO- VITZ(11) 1980	HIST. ABD.	69		MORBILIDAD FEBRIL	CEFAZOLINA	SI
DUFF 1982 (5)	HIST. ABD.	91		MORBILIDAD FEBRIL	CEFOXITINA	NO
STAGE 1982 (15)	HIST. ABD.	110		MORBILIDAD FEBRIL	CEFRADINA	NO
STAGE 1982 (15)	HIST. VAG.	163		MORBILIDAD FEBRIL	CEFRADINA	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA VIII

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	Nº DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULTADO.
D'ANGELO(3) 1980	CESAREA ALTO RIESGO	80	PARED ENDOMICOME- TRITIS	CEFALOSPORINAS	SI
GIBBS 1981 (7)	CESAREA ALTO RIESGO.	100	MORBILIDAD FEBRIL	CEPAMANDOL	SI No disminuyeron las complicaciones mayores.
HARGER 1981 (9)	CESAREA PACIENTES PRIVADAS	386	MORBILIDAD FEBRIL	CEFOXITINA	SI
DUFF 1982 (4)	CESAREA SIN RIESGO.	82	MORBILIDAD FEBRIL	AMPICILINA	SI No le da importancia a la diferencia.
APUZZIO 1982 (1)	CESAREA ALTO Y BAJO RIESGO.	259	MORBILIDAD FEBRIL	TOGARCILINA	SI
HAWRYLYSHYN 1983 (10)	CESAREA ALTO RIESGO.	189	MORBILIDAD FEBRIL	CEFOXITINA	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA IX

AUTOR Y AÑO	TIPO DE CIRUGIA	No DE PACIENTES	PARAMETRO ANALIZADO	ANTIMICROBIANO	RESULT.
PADILLA 1983 (12)	CESAREA	71	MORBILIDAD FEBRIL	AMPICILINA	SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

Este estudio prospectivo aleatorio con grupo control se llevó a cabo en el Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" en la Ciudad de México. 15 pacientes en cada grupo.

Se incluyeron las pacientes sometidas a operación Cesárea. Se descartaron aquellas con ruptura prematura de membranas de mas de 8 horas de evolución, aquellas con diagnóstico de corioamnionitis, las que habían recibido antimicrobianos en las últimas 24 Hs y las que se sabían alérgicas a la Penicilina o Ampicilina.

Posteriormente, las pacientes fueron aleatoriamente asignadas al grupo que recibiría tratamiento profiláctico antimicrobiano o al grupo control.

Un grupo recibió 2 gr de Ampicilina intravenosa al momento de la ligadura del cordón.

Todos los procedimientos quirúrgicos fueron llevados a cabo por médicos residentes de 2o y 3er año bajo supervisión de médicos adscritos al servicio.

Durante el período posoperatorio cada paciente fué valorada diariamente por el autor buscando datos clínicos de infección y revisandose las curvas térmicas. En este momento se excluyeron del estudio las pacientes que presentaron elevaciones térmicas en las primeras 24 hs de posoperatorio.

Para definir morbilidad febril se utilizaron los siguientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tes criterios:

1.- Fiebre. Dos tomas de temperatura con un intervalo de 6 hs de 38°C o superior.

(En este momento se consideraban como infectadas y se ingtalaba tratamiento antimicrobiano completo para evitar infecciones mas graves)

2.- Probable infección de vías urinarias. Datos clínicos de Cistitis y Pielonefritis.

3.- Neumonía. Confirmado por datos clínicos y radiológicos.

4.- Infección de pared. Endurecimiento , dolor, eritema y calor local con drenaje de material purulento.

5.- Endometritis. Diagnóstico clínico basado en la presencia de fiebre, dolor uterino o anexial; loquios fétidos o purulentos.

6.- Infección grave. Absceso pélvico, bacteremia, choque séptico y tromboflebitis pélvica séptica.

Ampicilina se escogió por su baja toxicidad, su amplio espectro y su fácil adquisición en el Hospital.

Se analizaron en cada paciente los factores de riesgo anteriormente enunciados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

Se analizaron los factores de riesgo en ambos grupos encontrándose :

- 1.- Un gran número de pacientes con Cesáreas previas en el grupo tratado contra muy pocas pacientes con el mismo antecedente en el grupo control.
- 2.- Las horas de trabajo de parto y el número de tactos fueron menores en el grupo tratado 5.2 contra 7.4 Hs y 2.2 contra 2.8 tactos.
- 3.- No hubo diferencia en cuanto a la frecuencia de obesidad.
- 4.- El promedio de dilatación cervical en el grupo tratado fué mayor que en el grupo control 4.4 contra 3 cm.
- 5.- Fué mas frecuente el meconio en el grupo tratado.
- 6.- El tiempo operatorio fué mayor en el grupo tratado que en el grupo control 53.6 contra 44 min.
- 7.- En ambos grupos se efectuó el mismo número de dilataciones cervicales transoperatorias
- 8.- No hubo diferencia en cuanto a la experiencia de los cirujanos en ambos grupos.
- 9.- El sangrado aproximado fué ligeramente mayor en el grupo tratado que en el grupo control.

La Morbilidad febril global fué del 20% en ambos grupos.

No se presentaron infecciones graves (absceso pélvico, bacteremia, choque séptico o tromboflebitis pélvica séptica en ninguno de los dos grupos).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No se presentaron reacciones al medicamento en alguno de los grupos.

No se presentaron infecciones pulmonares en los dos grupos.

De las 15 pacientes del grupo tratado presentaron morbilidad 3. Los cuadros infecciosos fueron: 1 infección de vías urinarias; 1 Fiebre, que remitió a las 24 hs de la instalación del tratamiento antimicrobiano con Gentamicina y Clindamicina; 1 Fiebre que remitió a las 48 hs de la instalación del mismo cuadro de antimicrobianos que la anterior.

De las 15 pacientes del grupo no tratado 3 presentaron morbilidad: 1 infección de pared en el tercio inferior que drenó en forma espontánea al 10o día de posoperatorio. Recibió Dicloxacilina y evolucionó satisfactoriamente; 1 endometriitis que remitió con drenaje y Gentamicina-Clindamicina; 1 Fiebre que remitió a las 24 horas de tratamiento con Gentamicina y Clindamicina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION.

Si se toma en cuenta exclusivamente la morbilidad febril global no se encuentra diferencia entre los dos grupos.

Si excluimos los casos de infección poco severos encontramos que el grupo tratado presentó menos infecciones de importancia (endometritis e infecciones de pared)

El grupo tratado sufrió por ser una serie tan pequeña, de la inclusión inintencionada de pacientes con Cesárea previa en las cuales la antibioticoprofilaxis no es tan efectiva. El tiempo operatorio, otro factor importante de riesgo fué mayor en el grupo tratado lo cual lo desfavoreció aún mas , al igual que la cantidad calculada de sangrado transoperatorio.

El grupo tratado se encontró favorecido en cuanto al menor tiempo de trabajo de parto y menor número de tactos que se practicaron en las pacientes que le fueron asignadas.

Se concluye que la antibioticoprofilaxis fué efectiva con una dosis única de 2 gr de Ampicilina administrados al momento de pinzar el cordón.

Es importante recalcar que la antibioticoprofilaxis no es la Panacea y cada paciente debe ser estrictamente valorada antes de que esta le sea aplicada.

La incidencia de infecciones en el grupo no tratado fué baja en relación a otras series lo cual puede ser explicado por la ausencia de métodos invasivos para diagnóstico de bienestar fetal en nuestro medio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN****COMENTARIOS:**

Aún cuando la profilaxis antimicrobiana breve ha demostrado ser efectiva para prevenir la morbilidad febril y las complicaciones infecciosas mayores posoperatorias en algunos tipos de cirugía como la histerectomía vaginal y la Cesárea con alto riesgo para infección, su utilidad en la histerectomía abdominal y en la Cesárea con riesgo bajo se discute aún y se encuentra en fase de evaluación.

En teoría, la administración de un antimicrobiano por un período breve, ya sea dosis única o tres dosis perioperatorias son tan efectivas para disminuir las complicaciones por infección como lo sería la administración de antimicrobianos a largo plazo. Esto se explica por la brevedad en que se recuperan los sistemas normales de defensa en un individuo sano.

Otra de las explicaciones de su efectividad es: que una dosis transoperatoria disminuye considerablemente la cantidad de gérmenes inoculada en el momento operatorio con lo cual el riesgo de infección es menor.

Los resultados obtenidos muestran que su aplicación en el presente estudio fueron efectivas al reducir complicaciones infecciosas de importancia como la endometritis y las infecciones de pared aún cuando la morbilidad febril global fué igual en ambos grupos.

Estudios posteriores determinarán cuales son verdaderos factores de riesgo para infección y cuales mitos que prevalecen en la mente del cirujano así como el antimicrobiano de elección para este tipo de tratamiento.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Apuzzio J J; Reyelt C; Pelosi M; Sen P; Louria D B
Prophylactic antibiotics for Cesárean section:
comparison of high and low risk patients for endo
myometritis.
Obstet Gynecol 1982 Jun;59(6) : 693-8
- 2.- Berger S A;Nagar H; Gordon M
Antimicrobial prophylaxis in obstetric and gynecologic
surgery:a critical riview.
J Reprod Med 1980 May;24(5):185-90
- 3.- D' Angelo LJ; Sokol R J
Short versus lon course prophylactic antibiotic
treatment in Cesarean section patients
Obstet Gynecol 1980 May;55(5):583-6
- 4.- Duff P; Smith P W; Keiser J F.
Antibiotic prophylaxis in low risk cesarean section
J Reprod Med 1982 Mar;27(3):133-8
- 5.- Duff P
Antibiotic prophylaxis for abdominal hysterectomy
Obstet Gynecol 1982 Jul; 60(1):25-9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 6.- Galle P C; Urban R B; Homesley H D; Jobson VW; Wheeler A S
Single dose carbencillin versus T-tube drainage in patients
undergoing vaginal hysterectomy
Surg Gynecol Obstet 1981 Sep;153(3):351-2
- 7.- Gibbs R S; St. Clair P J; Castillo M S; Castañeda Y S
Bacteriologic effects of antibiotic prophylaxis in high
risk cesarean section.
Obstet Gynecol 1981 Mar;57(3): 277-82.
- 8.- Hamod K A; Spence M R; Rosenhein N B; Dillon M B
Single dose and multidose prophylaxis in vaginal
hysterectomy: a comparison of sodium cephalotin and
metronidazole
Am J Obstet Gynecol 1980 Apr 15;136(8):976-9
- 9.- Harger J H; English D H
Selection of patients for antibiotic prophylaxis in
cesarean section
Am J Obstet Gynecol 1981 Dec 1; 141(7):752-8
- 10.- Hawrylyshyn P A; Bernstein P; Papsin F R
Short term antibiotic prophylaxis in high risk patients
following cesarean section.
Am J Obstet Gynecol 1983 Feb 1;145(3):285-9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 11.- Itskovitz J ; Fisher M; Urbach J; Brandes J M
The effect o a short term course of antibiotic
prophylaxis on patients undergoing total abdominal
hysterectomy
Eur J Obstet. Gynaecol Reprod Biol 1980 Oct;11(2):
101-7.
- 12.- Padilla S L; Spence M R; Beauchamp P J
Single dose ampicillin for cesareum section
prophylaxis.
Obstet Gynecol 1983 Apr;61(4):463-6
- 13.- Shapiro M; Schoenbaum S C; Tager I B; Muñoz A; Polk B F
Benefit cost analysis of antimicrobial prophylaxis
in abdominal and vaginal hysterectomy
JAMA 1983 Mar 11; 249(10):1290-4
- 14.- Shapiro M; Muñoz A; Tager I B; Schoenbaum S C; Polk B F
Risk factors for infection at the operative site after
abdominal or vaginal hysterectomy
N Engl J Med 1982 Dec 30;307(27):1661-6
- 15.- Stage A H; Glover D D; Vaughan J E
Low dose cephradine prophylaxis in obstetric and
Gynecologic surgery
J Reprod Med 1982 Mar; 27(3):113-9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN