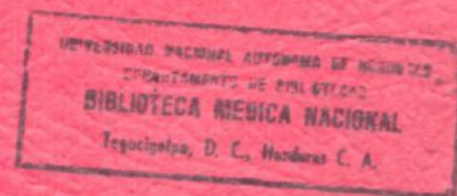


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
Facultad de Ciencias Médicas



Estudio Comparativo en el uso y no uso de Antibióticos
Profilácticos en Operación Cesárea en los años 1982 y 1986
en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela,
San Pedro Sula, Cortes

TESIS



PRESENTADA POR:

Br. Francisco Espinoza Calidonio

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

618.86
E77
C.4

TEGUCIGALPA, D. C.

1988

HONDURAS, C. A.

88-137
C.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Facultad de Ciencias Médicas



Estudio Comparativo en el uso y no uso de Antibióticos
Profilácticos en Operación Cesárea en los años 1982 y 1986
En el Hospital Dr. Leonardo Martínez; Valenzuela,
San Pedro Sula, Cortes

TESIS

PRESENTADA POR:

Br. Francisco Espinoza Calidonio

PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C. 1988 HONDURAS, C. A

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: ABOGADO JORGE OMAR CASCO ZELAYA
SECRETARIO: LIC ALFREDO HAWIT BANEGAS.

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO: DR. RAÚL FELIPE CALIX
VICE DECANO DR. RENATO VALENZUELA
SECRETARIO LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
PRO SECRETARIO DR. JESÚS ADELMO ARITA
VOCAL DR. CESAR CASTELLANOS
VOCAL BR. MARVIN CALDERÓN
VOCAL BR. HERMES ADOLFO MORENO

ASESOR:

Dr. JUAN RAMÓN CUEVA RECINOS.

TERNA EXAMINADORA

DR. MARCIAL VIDES T. (COORDINADOR)

DR. PRESENTACIÓN RIVERA

DR. JUAN MANUAL PÉREZ.

SUSTENTANTE

BR. FRANCISCO ESPINOZA CALIDONIO.

PADRINOS

BR. OMAR ROMERO HERNÁNDEZ

DRA. ARJENIS JACKELINE JEREZ DE ROMERO

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL USO Y NO USO DE ANTIBIÓ-
TICOS PROFILÁCTICOS EN OPERACIÓN CESÁREA EN LOS
AÑOS 1982 y 1986 EN EL HOSPITAL DE LEONARDO MARTÍ-
NEZ VALENZUELA, SAN PEDRO SULA, CORTES.

A G R A D E C I M I E N T O

Al Cuerpo de maestros, médicos que me formaron, compañeros, amigos y aquellas personas que de una u otra forma me prestaron ayuda y en especial a mis padres. A todos un sincero agradecimiento.

DEDICATORIA

A DIÓS: Con el mayor respeto y amor, sin él nada es posible.

A LOS ENFERMOS: Sin ellos la medicina no tendría razón de ser.

A MI MADRE: Secundina Calidonio, que con tanto cariño, deseo, respeto, arduo trabajo y amor de madre, forjó mi carrera, a ella con el mayor cariño del mundo.

A MI PADRE: Héctor Espinoza al ser que por inconveniencia de la vida, no vio culminar mi carrera, a quien admiré y guardo mucho amor y respeto, que Dios lo tenga en su reino.

A MIS HERMANOS: Con mucho amor y que Dios les bendiga. **Y HERMANAS**

A MIS TÍOS Y DE- Con gran respeto

MÁS FAMILIARES

A MIS AMIGOS: Con mucho cariño.

A MI TÍO: Ángel María Romero con mucho cariño y Bertha Hernández

A LA HONORABLE TERNA EXAMINADORA. Respetuosamente.

Í N D I C E

	PAG.
I. TITULO	
II. INTRODUCCIÓN	1-2
III. PROBLEMA.	3
IV. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
V. OBJETIVOS	5
VI. MARCO TEÓRICO	6
CONSIDERACIONES GENERALES INDICACIONES	
CONTRAINDICACIONES	
PREPARACIÓN PARA OPERACIÓN CESÁREA	
PROCEDIMIENTOS	
TIPOS DE OPERACIÓN CESÁREA	
PRONOSTICO	
TASAS DE MORTALIDAD MATERINAS	
COMPLICACIONES	
ENDOMETRITIS	
ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS	
ESTUDIOS	
AMPICILINA	
PENICILINA	
GENTAMICINA	

2) índice.

GLINDAMICINA

VII HIPÓTESIS	43	
VIII METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN		44
IX DESCRIPCIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE CUADROS		
X DISCUSIÓN Y ANÁLISIS		
XI CONCLUSIONES	73	
XII RECOMENDACIONES		75
XIII RESUMEN		77
XIII BIBLIOGRAFIA		79
XIV ANEXOS.		

INTRODUCCIÓN

A través de los años los criterios clínicos para el uso de antibióticos profilácticos en operaciones cesárea ha sido puramente empírico en nuestro medio.

El hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela perteneciente a la Región Sanitaria No.3 de San Pedro Sula, Cortés en donde las condiciones higiénicas y de recursos son inadecuadas, con una población de influencia en extrema, de la cual el área de gineco-obstetricia es mayoritaria y prioritaria.

Hasta 1983 estaba instalada en sala única, donde el riesgo de infección era latente aún con las medidas adecuadas de asepsia y Antiseptia en sala de operaciones, no estaba establecido como norma el uso de antibióticos profilácticos, quedaba a criterio médico, se vio en ese entonces índices altos de infección Post-cesárea.

Luego en 1984 al hacer edificaciones separadas y al establecer como norma el uso de antibióticos profilácticos en toda operación cesárea, el índice de infecciones debería haber disminuido hasta la actualidad. Nuestro estudio pretende establecer criterios clínicos para el uso de antibióticos si ha disminuido o no las infecciones post-cesárea y así apoyar el uso ó no uso de antibióticos profilácticos en operaciones cesárea.

Y es por ello que nos comprometemos a realizar este trabajo de investigación para cumplir con nuestro deber y, aportar conocimientos que de alguna manera mejoren la atención hospitalaria al respecto, para beneficio de los pacientes.

P R O B L E M A

1. ¿Cuál es la frecuencia de operación cesárea por edad de la población en estudio?
2. ¿Cuál es la frecuencia de operación cesárea en relación al lugar de procedencia?
3. ¿Cuál es el período de tiempo intra-hospitalaria post-Operatoria?
4. ¿Cuál, es la frecuencia de infección post-cesárea en relación al uso de antibióticos profilácticos?
5. ¿Cuáles son los esquemas terapéuticos profilácticos utilizados en pacientes con operación cesárea?
6. ¿Cuál es la vía más frecuente de administración de los antibióticos utilizados?
7. ¿Cuál es la frecuencia y tipo de infección potencial previa de los pacientes en estudio?
8. ¿Cuál es el índice de infección post-operatorio en pacientes con presencia de infección potencial previa en relación al uso de antibióticos profilácticos.

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Antes de 1984 la sala de Maternidad del Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, constituida por Sala única para Puerperio Quirúrgico, Puerperio Norma., Séptico y patológico.

En esas condiciones tampoco existía el uso de antibióticos profilácticos en operación cesárea-por norma.

En 1984 se construyen salas separadas para labor y partos, Puerperio Quirúrgico, Puerperio Norma., séptico y patológico, paredes bien repelladas y pintadas. Ofreciendo así, al paciente mayor seguridad en cuanto higiene, contagiosidad, privacidad, ambiente y otras.

Aún con estas condiciones, desde entonces se establece por norma el uso de antibióticos profilácticos en toda operación cesárea.

Nuestro estudio pretende demostrar con índices estadísticos, si ha disminuido o no las infecciones post-cesárea, y así apoyar el uso o no uso de antibióticos profilácticos en operaciones cesárea, de acuerdo a criterios clínicos establecidos para ello.

O B J E T I V O S

OBJETIVOS GENERALES.

1. Sea realizará un estudio retrospectivo, comparativo, entre enero-diciembre de 1982 y enero-diciembre de 1986, de las pacientes con operación cesárea, registradas y tratadas en el Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula, Cortés, para determinar el uso y no uso de antibióticos profilácticos en relación a la presencia de infección postoperatoria y valorar otros factores de riesgo potencial de infección.

OBJETIVOS ESPECIALES

1. Determinar la frecuencia de operación cesárea por edad de población en estudio.
2. Determinar la frecuencia de operación cesárea en relación al lugar de procedencia.
3. Determinar el período de tiempo intrahospitalario post-operatorio.
4. Determinar la frecuencia de infección post-cesáreas en relación al uso de antibióticos profilácticos.
5. Establecer los esquemas terapéuticos profilácticos utilizados en pacientes con operación cesárea.
6. Conocer la vía de administración más frecuente de los antibióticos utilizados.
7. Determinar la frecuencia y tipo de infección potencial previa de los pacientes en estudio.
8. Determinar el índice de infección post-operatoria en pacientes con presencia de infección potencial previa en relación al uso de antibióticos profilácticos.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

Cesárea:

Es la operación mediante la cual, se extrae el feto y placenta del útero por una incisión que se hace en la pared abdominal y uterina, después de las 28 semanas de gestación.

La primera operación cesárea efectuada una paciente se conoce como operación cesárea primaria; las siguientes se refieren como secundarias, terciarias etc. o simplemente como operación cesárea repetida.

Una operación cesárea electiva, es aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto o antes de la aparición de cualquier complicación que pudiera constituir una indicación urgente.

Nota Histórica:

La Cesárea es probablemente la más antigua de las operaciones obstétricas. El origen del término con que se designa esta intervención es oscuro, se han propuesto tres explicaciones principales:

- 1.-Según la leyenda, Julio Cesar nació Año 100-44 a.d.c. de esta forma, por lo que este procedimiento vino a

Conocerse con la designación de "Operación Cesárea" sin embargo, son varias las circunstancias que restan fuerza a esta explicación.

Primero:

La madre de Julio Cesar vivió durante muchos años después del nacimiento de éste. Y sin embargo, incluso en el siglo XVII la intervención era casi siempre fatal, según los escritores más signos de confianza de este período.

Segundo:

No menciona la operación ningún escritor médico antes de la Edad Media, ya se refiera a mujeres vivas o a muertas.

2.-Se ha creído que el nombre de la operación deriva de una Ley Romana que se supone promulgada por Numa Pompilio (Siglo VIII a.d.c.) Ordenando que se practicará en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Según esta explicación, la ley llamada "Lex regia", al principio vino a llamarse "Lex Cesárea" en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de "Cesárea" la palabra alemana Kaiserschnitt refleja esta derivación.

Sin embargo se dijo de Numa Pompilio que era el sucesor de Rómulo Místico "primer Rey" de Roma, algunos escritores, atribuidos más tarde a Numa Pompilio, son considerados por los historiadores modernos como meras falsificaciones, si no obstante esta intervención hubiera sido un requerimiento legal en la antigüedad, ciertamente la habrían mencionado los escritores médicos de este período pero no fue así.

3. La palabra "Cesárea" pudo derivar en algún momento de la edad media del verbo latino Caedere "cortar" Es obvio que es afín a ella la palabra "Censura" que designa un corte Esta aplicación del término "Cesárea" parece más lógico pero es incierto cuando se designó por primera vez para designar la operación, dado que "sección deriva del verbo latino "seco", que también significa cortar, el término "sección" Cesárea" parece tanto lógico.

El parto por vía abdominal en la antigüedad no es mencionado por Hipócrates Galeno, Celso, Paulo Sorano ni por ningún otro escritor médico de esa época.

La Cesárea se recomendó por primera vez en vivo, empleándose el nombre actual, en el célebre trabajo de Fracois Rousset titulado "Traite Nouvean de 1'Hystérotomotokie ou l'Enfantement Césarien" que se publicó en el año 1581. -

Rousset no había realizado o presenciado nunca la intervención y su información se basaba solo en cartas de amigos. El publicó 14 casos de cesárea realizadas con éxitos, hecho que es difícil aceptar por sí mismo. Cuando, además se especifica que 6 de las 14 intervenciones que realizaron en la misma mujer se rebasa de credulidad del más ingenuo.

Estas referencias demuestran, sin lugar a dudas que la intervención fue realizada en vivo solo en casos raros y desesperados durante la segunda mitad del siglo XVI y que fue, por lo general mortal. En gran Bretaña e Irlanda en el año 1865 la tasa de mortalidad materna por cesárea había alcanzado el 85% de los casos.

En Paris, durante los 90 años anteriores a 1876, no se realizó ni un solo caso de cesárea con éxito.

Harris señaló que en una fecha tan avanzada como el año 1887 la cesárea tenía más éxito en realidad cuando la realizaba la propia paciente o cuando el abdomen era abierto por la cornada de un toro.

El punto clave en la evolución de la cesárea se produjo en el año 1882, cuando Max Sanger, entonces de 28 años de edad y ayudante de Credé en la Clínica Universitaria de Leipzig introdujo la sutura de la pared uterina.

El largo tiempo transcurrido por resolver un problema tan sencillo no se debió a negligencia, sino que deriva de la creencia, muy arraigada de que la sutura del útero era superflua y peligrosa. Para superar estas objeciones Sanger, el cual solo había hecho sutura de útero en un caso, baso sus ventajas no en la experiencia obtenida en los sofisticados centros médicos de Europa, sino en la que llegaba procedente de la frontera de los Estados Unidos; allí en los puestos de Ohio a Louisiana se habían publicado 17 casos de cesárea, en los cuales se había realizado sutura con hilo de plata con supervivencia de 8 de las madres una marca extraordinaria para aquellos tiempos, la hemorragia constituía el principal y más serio de los problemas que había de superar.

Si bien, la introducción de la sutura uterina disminuyó la mortalidad por hemorragia, quedó como principal causa de muerte la peritonitis generalizada, de ahí que se idearon diversas técnicas quirúrgicas para superar este obstáculo.

La primera puesta en práctica fue la técnica de porroya usada antes de los tiempos de Sanger, que combinaba la cesárea con Histeroectomía subtotal con marsupielización del muñón cervical.

La primera intervención extraperitoneal fue descrita por Frank en 1907; esta se ha empleado hasta hace pocos años con varias modificaciones, tales como las introducidas por Latsko, Sellheim y Waters (1940). El paso siguiente en el desarrollo de la técnica moderna de la cesárea estuvo en relación con la puesta a punto de intervenciones más sencillas, ideadas para disminuir la infección.

En el año 1912 Kronig defendió que la ventaja principal de la técnica extraperitoneal estribada no tanto en evitar por completo la cavidad peritoneal, sino más bien en abrir el útero a través de su delgado segmento inferior y en cubrir después de la incisión con peritoneo.

A fin de conseguir esto, este autor practicaba una incisión a través del saco supravesicular del peritoneo desde un ligamento redondo al otro; y separaba el peritoneo y la vejiga urinaria del segmento uterino inferior del cuello, para abrir en seguida el segmento inferior uterino mediante una incisión media vertical y extraer el niño con fórceps. Después se suturaba la herida uterina y se enterraba bajo el peritoneo vesicular.

Una modificación de particular importancia fue introducida

Por Kerr en el año 1926; Kerr prefería que la incisión uterina fuera transversal en lugar de longitudinal. En la actualidad la técnica de cesárea más empleada es la de Kerr.

Antes del advenimiento de los antibióticos se sabía que después de una ruptura de membranas de 10 a 12 horas la ejecución de una operación cesárea imponía un gran riesgo de infección intratable de lucha con cada hora que -pase, el peligro aumenta casi en progresión geométrica. En forma concomitante, pronto se volvió una regla inviolable que la operación cesárea estaba prohibida para cualquier paciente en quien las membranas se habían roto durante más de 12 horas y que independientemente del programa, debía llevarse a cabo el parto por vía vaginal. Esta costumbre salvó las vidas de muchas mujeres, pero en casos de desproporción cévalo pélvica, también impuso una necesidad para craneotomía a veces sobre el feto vivo. En la actualidad los refinamientos en la técnica quirúrgica asepsia, antibioticoterapia, transfusión sanguínea y anestesaban disminuido pero no han eliminado el riesgo de la operación cesárea. El logro de buenos resultados requieren condiciones quirúrgicas y perinatales apropiadas y conocimiento completo de las posibles consecuencias de desviarse de los principios sobre los cuales se basa esta operación mayor. (6).

Consideraciones Generales

En los últimos 15 años, la frecuencia de cesárea ha aumentado de 5 a 15% en forma continua. En gran parte se debe cada vez a la más frecuente evasión del fórceps medio y del parto pélvico, y como resultado del registro del estado fetal por medios electrónicos para una detección oportuna de sufrimiento fetal grave. También se ha observado un incremento de la cesárea repetida en forma concomitante al incremento de las cesáreas primarias.

No debe decidirse practicar una cesárea muy a la ligera, y a menos que la indicación este perfectamente definida, se requiere reflexión respecto a la valoración del beneficio contra el riesgo. La tasa de mortalidad materna por cesárea varía en diferentes lugares de 4 por 10.000 a 8 por 10,000. En una serie se encontró que el riesgo de muerte por cesárea era 26 veces mayor que en el parto vaginal. Ledger, observó que de todas las pacientes post-parto con infecciones adquiridas en medio hospitalario más gravemente enfermas eran aquellas que fueron sometidas a registro interno y luego a cesárea.

En relación con los efectos fetales, es claro que se prefiere la cesárea a un parto vaginal difícil, pero no

En relación con los efectos fetales, es claro que se prefiere la cesárea a un parto vaginal difícil, pero no hay " pruebas concluyentes de que la utilización liberal de la cesárea haya mejorado la función mental o reducido la frecuencia de déficit neurológico en niños o adultos de nuestra población (6).

Indicaciones

La operación cesárea se emplea en pacientes en quienes el parto vaginal no es posible o impondría riesgo indebido sobre la madre o el lactante. Algunas de las indicaciones son claras y absolutas (por ejemplo, placenta previa central, desproporción cefalopélvica marcada) otras son relativas. En algunos embarazos, es necesario un juicio fino para determinar, si la operación cesárea o el parto vaginal son mejores.

No es posible preparar una lista completa de indicaciones, pues difícilmente ocurre alguna complicación obstétrica que no haya sido resuelta mediante cesárea. Las siguientes indicaciones son las más frecuentes.

A. Desproporción cefalopélvica esta no es una designación precisa, pues un producto pequeño en ocasiones puede salvar una pelvis pequeña, así como una pelvis grande

Puede ser inadecuada para un producto muy grande. A veces pueden identificarse antes del inicio del trabajo de parto, casos extremos de desproporción cefalopélvica, mientras que en otras pacientes se requieren un tanteo o prueba de trabajo de parto.

La prueba de trabajo de parto es en la actualidad una rareza, se efectúa vigilancia del feto en caso de una posible desproporción y siempre se presenta algún signo de sufrimiento fetal antes de que pueda concluirse la prueba. Si la cabeza no desciende a una velocidad adecuada, por lo general es adecuada la práctica de una cesárea.

A menudo, puede diagnosticarse desproporción del estrecho superior con precisión razonable mediante pelvimetría radiográfica y cefalometría. Puede sospecharse desproporción pélvica media si el diámetro AP es corto, las espinas ciáticas muy prominentes y el producto es grande.

La desproporción del estrecho inferior por lo general requiere una prueba de Fórceps antes que no pueda decidir definitivamente que no es seguro el parto vaginal seguro.

En general, la pelvimetría radiográfica y el examen digital son insatisfactorios para la valoración del estrecho inferior.

B. Inercia Uterina: La inercia uterina (primaria o secundaria o posiciones fetales anormales) es una indicación común para operación cesárea. Muchos de estos casos se resuelven si la operación cesárea es apropiada.

C. Placenta Previa: Debe efectuarse operación cesárea si se encuentra que la placenta al "Examen con doble equipo" cubre más de 30% del orificio externo. Debe omitirse el examen con doble equipo y efectuarse de inmediato operación cesárea si son inconfundibles los síntomas de placenta previa o si el sangrado persistente produce choque hipovolémico inminente o real. El examen vaginal en tales pacientes solo agrava el sangrado y retarda el parto. Si su cedió que no se confirmara placenta previa en la operación cesárea, debe hacerse una investigación meticulosa para buscar sitios oscuros de sangrado de lesiones vaginales o cervicales.

La valoración del problema y luego el tratamiento serán mucho más sencillos después que el producto ha nacido.

D. Desprendimiento Prematura de la Placenta:

En todas las pacientes con desprendimiento prematuro de

Placenta, las membranas deben romperse de inmediato, independientemente del método pretendido para el parto, el grado de desprendimiento, o el desarrollo de choque.

En el desprendimiento moderado (es decir, separación de más de una cuarta parte pero menos de dos terceras partes de la superficie placentaria), debe escogerse operación cesárea (1) si ocurre sufrimiento fetal; (2) si el trabajo de parto eficaz no sigue inmediatamente después de la ruptura de las membranas, o (3) si es después de la ruptura de las membranas, o (3) si es improbable que el parto vaginal ocurra en el término de dos horas. En el desprendimiento intenso (separación de más de dos terceras partes de la superficie placentaria) ,debe seleccionarse operación cesárea solo(1) si el lactante todavía está vivo; (2) si el trabajo de parto eficaz no sigue inmediatamente después de la ruptura de las membranas, o (3) si no puede preverse el parto vaginal en el término de dos horas.

E. Mala posición y mala presentación: La posición posterior del mentón y la situación transversa en el trabajo de parto son por sí mismas indicaciones para operación cesárea; los esfuerzos para convertir estas posiciones en favorables casi siempre son inútiles y pueden ser muy traumáticas. La presentación de frente durante el trabajo de parto hace necesaria la operación cesárea a menos que sea satisfactorio un intento para la conversión a una posición occipital

O mentoanterior. La presentación de hombro y la presentación compuesta, son variaciones de la situación transversa y, con pocas excepciones, se tratan mejor mediante operación cesárea.

F. **Preeclampsia.** Eclampsia: Por supuesto, tiene como parte integral de su tratamiento la administración de fármacos, pero el recurso definitivo es el parto. Si no es posible la inducción del trabajo de parto la solución es una cesárea.

G. **Sufrimiento fetal;** El registro de la actividad fetal por medios electrónicos antes del trabajo de parto Técnicas sin y con tensión y durante éste han permitido detectar problemas fetales que de otra forma pasarían inadvertidos, y en consecuencia ha aumentado el número de cesáreas que se realizan con indicación de sufrimiento o riesgo fetal.

H. **Prolapso del cordón:** Esta complicación debe ser tratada -por el método más rápido, si las condiciones son tales que el parto vaginal inmediato sería peligroso para la madre o el producto, la paciente debe ser colocada en posición de trendelenburg, protegerse el cordón con los dedos índice y medio dentro de la cérvix entre la cabeza y la pared uterina, y llevarse a cabo operación cesárea sin cambiar la posición o alterar la protección digital

I. Diabetes eritroblastosis y otros estados peligrosos:

En procesos como la diabetes, la incompatibilidad Rh o el embarazo postérmino, por lo general se determina el bienestar fetal mediante pruebas sin tensión o pruebas con tensión de tolerancia a la oxitocina, o mediante estudios de estriol. Si parece estar comprometido el bienestar del feto, deberá decidirse primero, cuando interrumpir el embarazo y segundo como efectuarlo. En la mayor parte de las ocasiones, una prueba sin tensión seguida de una prueba de tolerancia a la oxitocina positiva (deceleración tardía de los ruidos cardíacos fetales) es indicación de cesárea. Si la prueba de tolerancia es negativa (ausencia de deceleraciones tardías de la frecuencia cardíaca) pero las concentraciones de estriol están disminuyendo, pudiera ser adecuada la inducción del trabajo de parto si las condiciones de la paciente son extremadamente favorables; deberán romperse las membranas e iniciar la estimulación con oxitocina si es necesario.

La operación cesárea debe emplearse si no puede preverse el parto vaginal en un tiempo razonable. La inducción es apropiada o no lo es: Si lo es, se debe proceder con el medio más eficaz; si no lo es, no debe hacerse el intento.

J. **Carcinoma de la cérvix:** Esta indicada la cesárea seguida de tratamiento definitivo, cuando se diagnostica carcinoma

Invasor de cuello uterino después de la semana de gestación.

- K. **El factor X:** Se pueden considerar como factores X a la primigesta de edad avanzada, aquella con problema previo de infertilidad, a la ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto y a la diabetes.
- L. **Distocia Cervical:** De hecho, la mayor parte de las embarazadas tienen distocia cervical por inercia uterina, pero algunas son el resultado de cicatrización cervical después de la cauterización o conización profundas, y algunas ocurren por insuficiencia de los mecanismos del borramiento cervical dependientes del tejido conjuntivo.
- M. **Incisión uterina previa:** Una incisión uterina previa como una miomectomía o sección cesárea previa, puede debilitar la pared uterina o predisponer la ruptura si se permite el trabajo de parto. La máxima anticuada pero arraigada: "Una vez una cesárea, siempre una cesárea tiene muchos partidarios. Sin embargo en la actualidad hay bastantes pruebas de que muchas cicatrices uterinas son realmente firmes y de que numerosas pacientes que han tenido una operación cesárea previa no complicada pueden dar a luz con facilidad y con menos riesgo por vía vaginal que por operación

Cesárea, las cuales son candidatas adecuadas para el parto vaginal; estas incluyen:

- 1) Aquellas cuya operación fue del tipo cervical baja (no clásica).
- 2) Aquellas que comienzan el trabajo de parto mucho antes de la fecha probable del parto.
- 3) Aquellas que entran a la sala de trabajo de parto con la cabeza bien encajada y la cérvix blanda, anterior borrada y dilatada cuando menos 3 cm. En tales casos es enteramente apropiado romper las membranas y esperar el progreso. Uno debe prepararse para operación cesárea inmediata si el sangrado vaginal, dolor etc. indican ruptura de la cicatriz.

En general ,la operación cesárea electiva repetida está indicada:

1. Para aquellas pacientes cuya primera operación cesárea se efectuó debido a desproporción cefalopélvica.
2. Para aquellas cuyo trabajo de parto es probable que sea prolongado y difícil.
3. Para aquellas que han tenido una operación cesárea clásica o miomectomias previas (a menos que pueda preverse con seguridad un trabajo de parto breve fácil y un parto vaginal no complicado)

4. Para aquellas que, después de llegar la viabilidad experimentan dolor persistente en la región de la incisión uterina y.
5. Para aquellas que están retrasadas una semana con un producto que se estima a término. Como la mayor parte de las cicatrices de cesárea cuando van a romperse lo hacen antes del inicio del trabajo de parto, se prefiere tomar decisiones, hasta fases tardías del embarazo; cuando puede valorarse el estado obstétrico en forma adecuada o hasta que la paciente ingresa en trabajo de parto.

El principal peligro en la ejecución de la operación cesárea electiva repetida es el cálculo erróneo de las fechas con el parto consiguiente de un lactante prematuro.

N. Otras Indicaciones:

Indicaciones raras e infrecuentes incluyen: Tumor que obstruya el conducto del parto, una operación vaginal plástica extensa previa, cardiopatía grave u otro estado debilitante en el cual pueda preverse que el parto vaginal impondría un mayor riesgo que la operación cesárea y herpes genital.

Contraindicaciones

La principal contraindicación para la operación cesárea es la ausencia de una indicación precisa. Infecciones piógenas abdominales, un feto anormal, falta de recursos o ayudantes apropiados son sugeridos como contraindicaciones. En cada caso, el riesgo de efectuar una operación indicada frente a una contraindicación sostenida debe compararse con las posibles consecuencias de no realizarla.

Preparación para operación cesárea.

- A. Ultrasonograma: Si no se realizó en forma seriada durante el embarazo, es de desear antes de operaciones no urgentes a fin de determinar la posición y el tamaño del feto, así como descartar anomalías macroscópicas o gemelaridad y determinar la localización de la placenta:
- B. Tiempo de ejecución: La técnica cervical baja, que se prefiere para la mayor parte de las operaciones cesáreas es más fácil de efectuar si se han desarrollado los cambios del segmento uterino inferior del trabajo de parto temprano y el pliegue vesical del peritoneo ha avanzado hacia arriba; de ahí que para la operación cesárea

electiva repetida, puede ser deseable

Esperar el inicio del trabajo de parto. La espera también asegurará que el producto ha alcanzado el máximo desarrollo antes del parto. En relación a la hora del día, no debe efectuarse en forma deliberada la operación durante las horas libres si puede proponerse con seguridad hasta que se disponga de todo el personal y de recursos de laboratorio completos.

C. **Sangre para transfusión:** Salvo en caso de urgencia extraordinaria (cuando puede requerirse más sangre) deben tenerse a la mano dos unidades de sangre cruzada antes de la operación.

D. Preparación preoperatoria: Deben evitarse los sedantes antes de la operación, debe administrarse un antiácido una hora antes de la operación para reducir al mínimo los efectos de aspiración en caso de que ocurriera durante la anestesia. Debe estar colocada una aguja intra
venosa calibre 18 y estarse administrando solución de dextrosa al 5% antes del inicio de la operación. Debe colocarse una sonda de Foley, y haberse instilado 5 ml. de índigo carmín en la vejiga para facilitar el reconocimiento de cualquier lesión de la misma.

La preparación quirúrgica (afeitada, antisepsia, enema) es la misma que para cualquier otro procedimiento quirúrgico del abdomen.

Procedimientos.

- A. Anestesia: Suele preferirse anestesia general (inducción con tiopental, óxido nitroso con cloruro de succinilcolina) si puede preverse que el lactante nacerá en el término de 4-5 minutos.

Puede usarse anestesia epidural o raquídea lumbar si es probable un intervalo más largo o en una urgencia, si la paciente ha comido dentro de 4-6 horas del inicio del trabajo de parto. La principal objeción de la anestesia raquídea es que el útero está relativamente tenso, y el parto del producto puede ser más difícil; además no es rara la hipotensión, y los agentes vasopresores utilizados para controlarla pueden complicar la tendencia a la asfixia fetal por constricción de las arterias uterinas. (6).

- B. **Posición sobre la mesa:** El colocar a la paciente en la posición de Trendelenburg a un ángulo de 25 a 30° puede ser en extremo útil durante la disección del pliegue de la vejiga, y el desalojamiento de la cabeza fetal. Si la cabeza esta profundamente encajada, puede requerirse la presión desde abajo hacia arriba por un ayudante. La colocación de la paciente ligeramente inclinada hacia la

Izquierda lleva al útero hacia la izquierda de la línea media y reduce al mínimo la presión sobre la vena cava inferior con los resultados que eran de esperarse 06),

C. Incisión abdominal: Hay diversas opiniones al respecto: Un número cada vez mayor de obstetras utilizan la incisión transversa con o sin sección de los músculos rectos abdominales anteriores debido a que la dehiscencia de la herida y la posibilidad de hernia incisional postoperatoria son raras y el resultado es mejor desde el punto de vista estético. Otros incluyendo al autor, prefieren la incisión media suprapúbica debido a que es mucho más rápido y brinda una mejor exposición, de utilidad en presencia de hemorragia uterina o para un parto expedito (o para histerectomía si es necesario) (6).

D. Incisión Uterina: Antes de realizarla deben colocarse compresas abdominales húmedas a cada lado del útero a fin de absorber el líquido amniótico. También debe de terminarse el grado de dextrorrotación verificando la posición del ligamento redondo a cada lado para llevar a cabo la incisión en el centro. No debe corregirse la Torsión; en vez de esto, se ganará acceso a la línea media mediante retracción de la pared abdominal de la Paciente hacia la derecha (6)

- E. **Hemorragia Intensa:** El sangrado intenso de los grandes senos en la incisión uterina suele poder controlarse con pinzas grandes en T, pero los puntos de sangrado menor pueden dejarse para ser controlados cuando se coloquen las suturas de cierre. No es prudente colocar una empalizada de pinzas en la pared uterina porque, aun cuando esto comprime los vasos sangrantes en forma temporal, pudieran empezar a sangrar después de que la paciente está en la sala de recuperación (6).
- F. **Sutura de la incisión Uterina:** Las agujas atraumáticas causan menos sangrado y son útiles para colocar suturas en la pared uterina. Debe cerrarse todo el espesor del miometrio, y no se hace daño a la paciente si varias suturas profundas incluyen en miometrio.
- G. **Encuentro de la placenta:** Si la placenta se encuentra bajo la incisión uterina, el cirujano debe tratar de evitar perforarla o puede producirse sangrado fetal intenso. Deberá encontrarse un sitio óptimo para romper membranas rodeando la placenta.
- H. Parto. El operador extrae el producto y luego desprende y extrae la placenta. Después de la extracción de la placenta, debe administrarse

oxitocina. Esta puede

Darse mediante goteo intravenoso (10 unidades en 1.000 m... De solución de dextrosa en agua a 5%) a una velocidad

Lo suficientemente rápida para mantener una contracción firme. Si la operación se efectuó antes del inicio del trabajo de parto, debe pasarse un dedo a través de la cérvix para asegurarse de que está lo suficientemente abierta para la evacuación de los loquios e inmediatamente eliminarse el guante de esa mano que para evitar contaminación de la incisión.

Tipos de Operación Cesárea;

Los tipos de sección cesárea que se usan en la actualidad son:

- 1) Operación cesárea clásica.
- 2) Sección cesárea del segmento uterino inferior
- 3) Histerectomía cesareana y
- 4) Sección cesárea extraperitoneal.

La última, diseñada para pacientes infectadas o potencialmente infectadas, fue introducida antes de la era moderna de los antibióticos y transfusión sanguínea. En la actualidad la mayoría de los obstetras llevarán a cabo cesárea e histerectomía si el útero está francamente infectado; si esta potencialmente infectado, se preferirá una incisión cervical con cobertura mediante antibioticoterapia.

1.- Operación Cesárea Clásica

Esta es la más sencilla de ejecutar, también se asocia con la mayor pérdida de sangre, y deja una cicatriz que puede romperse en un embarazo ulterior. Más aun un asa de intestino delgado puede adherirse a la incisión uterina y predisponer a obstrucción intestinal.

Las indicaciones en la actualidad aceptadas para la operación cesárea clásica son: Placenta previa y situación transversa, algunos prefieren la operación cervical baja para ambos estados no obstante. También puede preferirse la operación cesárea clásica si hay necesidad de rapidez extrema, pues ofrece al medio más rápido de extraer el producto. Sin embargo, los peligros de este procedimiento deben ser comparados en el breve tiempo adicional requerido para separar la vejiga del segmento uterino inferior y hacer la incisión cervical baja semilunar transversa.

Al realizar el procedimiento clásico, se hace una incisión vertical en el cuerpo uterino; se utiliza un escalpelo para entrar a la cavidad uterina; y se agranda la incisión con tijeras para vendajes. Después de la extracción de la placenta y las membranas, el defecto uterino puede repararse con tres capas

De catgut crómico, No. 0 para las dos capas más profundas y No.00 para la sutura superficial y la unión de los bordes de la serosa, los puntos tipo "béisbol" reducen al mínimo la hemorragia de los bordes incisionales.

2. Operación Cesárea del Segmento Uterino Inferior. La

Incisión se efectúa en el segmento uterino inferior tanto transversalmente (Técnico de Kerr/como, menos a menudo, verticalmente (técnica de Kronig Beck) la técnica de Kerr posee la ventaja de requerir solamente una disección moderada de la vejiga a partir del miometrio subyacente.

Posee la desventaja de que, si la incisión se extiende lateralmente las laceraciones pueden relacionarse y afectar las ramas grandes de la arteria y vena uterinas.

La incisión vertical, posee la desventaja de que fácilmente puede extenderse hacia el cuerpo del útero. Es necesaria una disección extensa de la vejiga para mantener la incisión vertical en el interior del segmento uterino inferior. Más todavía, si la incisión se extiende en dirección hacia abajo, puede desgarrar a través del cérvix hacia el interior de la vagina y

Posiblemente implicar la vejiga: Generalmente la incisión transversa:

1. Provoca una menor pérdida de sangre
2. Resulta más fácil de reparar
3. Está localizada en un lugar con menor tendencia a la rotura durante un embarazo posterior,
4. No promueve adherencias del intestino o del momento al lugar de la incisión.

La incisión uterina, por lo general, es reparada utilizando dos capas de catgut crómico No. 0) es útil al obtener exposición para los pasos subsiguientes dejar largos los extremos de la primera sutura de la incisión, estos funcionan como suturas de levantamiento, y no deben ser cortados hasta que se concluya la peritonización)El repliegue peritoneal es suturado ya sea al colgajo peritoneal superior o a la pared uterina anterior inmediatamente arriba de la incisión uterina. El ligero escape a través de la incisión suele estar confinado a los espacios retroperitoneales.

Pronóstico

Los principales factores que afectan la curación de la incisión uterina son hemostasis, precisión de la oposición, calidad y cantidad del material de sutura, prevención de infección y estrangulación de tejido.

En un embarazo ulterior, el color en la zona de la cicatriz puede sugerir dehiscencia. Cerca de la mitad de todas las rupturas de cicatrices uterinas ocurren antes del inicio del trabajo de parto. La morbilidad de ruptura es alrededor de 1-2% de las cicatrices clásicas y más o menos de 0.5-1% en caso de operación cesa rea del segmento inferior. La ruptura de la cicatriz clásica suele ser desastrosa, ocurriendo en forma repentina total, y con rechazo parcial o total del feto hacia la cavidad abdominal.

El choque debido a hemorragia interna es un signo prominente. La ruptura de la cicatriz segmentaria inferior suele ser más sutil y se caracteriza principalmente por dolor, y en ocasiones por signos de sangrado interno bajo. Algunas rupturas son por completo asintomáticas, y durante la operación cesárea repetida, pueden notarse fen-straciones miometriales cubiertas solo por pertoneo visceral.)6).

Tasas de Mortalidad Maternas

Las tasas promedio de mortalidad maternas después de operación cesárea sugieren que el riesgo de la operación por si sola es muy pequeño. En general han variado de 40 80 por 100.000 casos. Es razonable concluir que el riesgo de muerte después de una cesárea es al menos del doble del consecutivo a un parto vaginal(6) .

34 Complicaciones

Mientras mayor tiempo dure la cirugía, mayor será el riesgo de complicaciones postoperatorias. "Una operación rápida pero correctamente realizada tiene muchas ventajas sobre otra que es correcta pero laboriosa y practicada en forma lenta" (6). Los desastres después de operación cesárea son raros. Algunos definitivamente no se pueden prevenir, otros son debidos de manera directa o técnica quirúrgica defectuosa, especialmente falta de atención a la hemostasia, Anestesia insuficiente o mal escogida, reposición inadecuada de sangre o transfusión de sangre mal cruzada, y tratamiento erróneo de la infección.

Hay gran variabilidad de complicaciones, hasta en los casos más favorables hay factores variables, incluyendo derrame de líquido amniótico y sangre en la cavidad peritoneal; facilidad o dificultad para extraer el producto a través de la incisión uterina; cantidad de sangrado de la incisión; y reacción de la paciente a la anestesia.

Los factores que contribuyen intensamente a las complicaciones postoperatorias son:

- Ruptura prolongada de las membranas
- Esfuerzos previos insatisfactorios para el parto vaginal.

-hemorragia

-Ruptura uterina

-presencia de infección postoperatoria e

-Innumerables problemas obstétricos que pueden haber comprometido a la paciente por los cuales se realizó operación cesárea de urgencia,

El hecho de la operación cesárea se realice de emergencia, favorece la infección postoperatoria por:

1. La premura con que se lava la piel de la paciente.
2. La premura con que se lava las manos el cirujano (21).

Endometritis.Post-Cesárea

Es la infección intrahospitalaria más común tratada por obstetricia.

Los factores de riesgo para la endometritis post-cesárea incluyen:

A.- Factores extrínsecos,

- 1.- El tiempo de labor previo a la operación cesárea
- 2.- La duración de la ruptura de membranas,
- 3.- El número de tactos vaginales preoperatoria (22)

B.- Factores intrínsecos.

Los componentes de defensa del huésped normal incluyen:

- El estado inmunológico de la parturienta
- La flora vaginal endógena y
- Los factores antimicrobianos de líquido amniótico.

Los factores intrínsecos que van afectar a los anteriores son

- (1) factor socio-económico,
- (2) Control pre-natal
- (3) Edad
- (4) Obesidad
- (5) Anemia.
- (6) Factores nutricionales;
- (7) Edad gestacional;
- (8) Duración pre-operatoria en el hospital;
- (9) Enfermedades sintémicas (2).

C. Otros Factores:

1. Número de tactos vaginales
2. Prolongación del tiempo de labor previo a la operación cesárea.
3. La poca limpieza del cirujano
4. La pobre técnica quirúrgica
5. Tiempo operatorio prolongado
6. Las pérdidas abundantes de sangre.
7. Estadía re-operatoria prolongada dentro del hospital.
8. La quimioterapia inmunosupresora(2)

Antibióticos Profilácticos

En el hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela antes de

1983, el uso de antibióticos profilácticos en operación cesárea era a criterio del médico tratante. En ese año (1983) se establece en ese centro como regla general, el uso de antibióticos profilácticos en todas las pacientes sometidas a operación cesárea.

Se ha encontrado que los antibióticos profilácticos son adecuados y reducen significativamente la frecuencia de morbilidad postcesárea (6). En pacientes con riesgo mínimo de infección no se recomiendan los antibióticos antes de la cesárea. Se incluye a pacientes con cesárea previa y a los que no se hace exploración vaginal después de su ingreso al hospital.

En pacientes con riesgo de infección deberá utilizarse antibióticos profilácticos (6).

En un esquema se incluye cefazolina (ancef Kefzol) y cefalotina (keflin) .Adminístrise 1 gr. de cefazolina 1 m al solicitar quirófano y 2 gr. de cefalotina IV a las 6,12 y 24 horas después de la dosis preoperatoria de ce fazolina.

Deben tomarse muestras para cultivo de microorganismos aerobios y anaerobios en la cavidad uterina, preferente mente a partir de un área seca, antes de la expulsión de la placenta (6).

Estudios

Pacientes afebriles que se les practicó cesárea de emergencia y se uso antibióticos pre-operatorios, disminuyó significativamente la incidencia de endometritis postoperatoria, comparado a las pacientes que no recibieron antibióticos (21).

Además hubo una significativa reducción en el número de días hospitalizados. (De $4.3 + 0.6$ días versus $5.1 + 1.3$ días con una desviación estándar de 0.05) entre ambos grupos de pacientes (21).

La irrigación con antibióticos durante la operación con cefoxitina, cefapirina, reduce significativamente el porcentaje de infección post-cesárea. Además es barata, simple, no incrementa sustancialmente el tiempo operatorio y ha sido recomendado para operación cesárea primaria o subsiguiente (15).

La irrigación con cefamándole, comparado con tres infusiones IV de cefornándole a 2 gr cada 6 horas; comenzando con el pinzamiento de cordón. Se encontró que el resultado es comparable en eficacia. El único posible beneficio de la irrigación es su bajo costo, de una sola dosis de antimierobianos (2 gr).

Comparado con 3 dosis (6 gr).Ellos también subieren que el mecanismo" de acción para la irrigación incluye

La absorción peritoneal para el cefornándole, lo cual resulta en concentraciones séricas bajas, pero suficientes para inhibir dos tercios de las bacterias responsables de la infección (14).

Las nuevas cefalosporinas de tercera generación ceftizoxime, cefoxitine y cefotaxime han sido recomendados como agente único, en el tratamiento de infecciones post-operatorias.

Este estudio comparó las cefalosporinas de tercera generación con el régimen de clindamicina más gentamicina, el resultado indica que este último régimen es más eficaz en el tratamiento de infecciones severas post -cesárea hasta que más datos clínicos estén disponibles

Ampicilina

Es un compuesto semi-sintético derivado del ácido 6-aminopenicilínico. Reprime la proliferación de bacterias gran positivo y gram-negativas. Es estable en medio ácido y bien absorbida en el conducto digestivo, elimina principalmente por riñón. La dosis para enfermedades leves o moderadas en adultos es de 2 a 4 gr. diarios, divididos en cuatro porciones iguales que se dan una cada -seis horas.

En infecciones graves, es preferible la vía parenteral en dosis de 4 a 8 gr. al día.

Penicilina G.

Es muy efectiva in vitro contra muchas especies (pero no contra todas) de cocos grampositivos y gramnegativos. Entre los estreptococos, los grupos A,C,G,H,L y M son muy susceptibles.

En la actualidad, por lo menos de 15 a 20 por 100 de los estafilococos aislados de individuos fuera de los hospitales son totalmente resistentes a la penicilina G; en los pacientes hospitalizadas, la frecuencia de tales cepas es de 90 a 95 por 100. Los gonococos son, en general sensibles a la penicilina G. Su mecanismo de acción es inhibiendo la síntesis de componentes de la pared celular bacteriana. Su excreción es principalmente por los riñones. La penicilina G en solución acuosa puede administrarse por las vías subcutánea, intramuscular, intravenosa e intrarraquídea (10).

Gentamicina

Su actividad es casi exclusivamente para bacterias gram negativas. Actúa inhibiendo la síntesis de proteína en microorganismos susceptibles, debe administrarse por vía parenteral. Es bactericida en concentraciones sobles o triples de los requeridos para la bacteriostasis. Es más activa en medios alcalinos.

La gentamicina se elimina con la orina por filtración glomerular. La dosis recomendada para adultos es de 3 a 5 mg Kg al día; un tercio cada 8 horas intramuscular. La actividad antibacteriana es aditiva con la de la ampicilina y de la Kanamicina contra *Proteus* y *Pseudomonas*.

Se produce un efecto supraaditivo en combinación con la cefalotina o penicilina contra enterococos, y con carbenicilona contra bacilos gramnegativos.

El empleo simultáneo de cloranfericol o una tetraciclina - junto con la gentamicina puede producir una disminución de la eficacia antimicrobiana (10).

Clondamicina

Aunque es cualitativamente similar a la lincomicina muestra en general actividad antimicrobiana in vitro. Es efectiva contra la mayor parte de cepas de *Estafilococcus aureus*, pero puede no inhibir cepas resistentes a la meticilina. Otros microorganismos sensibles incluyen *Streptococcus pneumoniae*, *pyogenes*, anaerobios y los del grupo viridans, y *Actinomyces israelii*. Es muy activa contra la mayor parte de cepas de bactericidas, especialmente *B. fragilis*, *bacteroides* y *Fusobacterium varium*. Cruza fácilmente la barrera placentaria.

La dosis bucal para adultos es de 150 a 300 mg cada seis horas; para infecciones graves, 300 a 450 mg cada seis -

Horas. Cuando resulta necesaria la vía parental, los adultos necesitan 600 mg. a 3.2 gr. al día, divididos en 3 a 4 inyecciones. Los efectos secundarios más frecuentes son: diarrea, colitis, exatema cutáneo, eritema exudativo multiforme, aumento reversible de SGOT y SGPT etc. Puede producirse tromboflebitis por la administración intravenosa.

V. H I P Ó T E S I S

1. Las pacientes manejadas con antibióticos profilácticos presentan infección post-cesárea con menor frecuencia que las que no reciben antibióticos.
2. La permanencia intrahospitalaria en días promedio, es menor en pacientes post-cesárea que reciben antibióticos profilácticos que las que no reciben.
3. Las pacientes post-cesárea que no reciben antibióticos profilácticos presentan complicaciones en general con mayor frecuencia que las que reciben antibióticos .
4. Aquellas pacientes con antecedentes de infección potencial previa, tienen mayor riesgo de infección post-quirúrgica.

IX METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Se hará un estudio retrospectivo, comparativo de 865 expedientes de pacientes con operación cesárea en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, de los cuales 410 corresponden a 1982 y 455 a 1986. Se obtendrá una muestra del 20% del universo, por medio de un muestreo a lazar sistemático, la cual corresponde a 82 y 91 expedientes respectivamente. La información se obtendrá por medio de una ficha de recolección de datos, la cual será elaborada de acuerdo a los objetivos de la investigación. Los datos recolectados serán ordenados en tablas estadísticas, con su respectivo análisis, descripción y conclusiones.

VARIABLES

- 1.- Edad de la paciente
Edad en años, anotada en el expediente

- 2.- Edad de procedencia
Donde habita permanentemente la paciente, clasificado como urbana y rural.

- 3.- Presencia de infección potencial:
 - a.- Rotura prematura de membranas
Cuando las membranas fueron rotas con más de 6 horas de evolución.
 - b.- Tactos múltiples, cuando se practicó examen vaginal seis o más veces a la paciente, previo a la cirugía.
 - c- Manejo empírico extra hospitalario, cuando la paciente estuvo atendida antes de su ingreso al hospital, por personal no profesional Ejem: partera.

- 4.- Infección post-cesárea
 - Endometritis
 - Infección de herida quirúrgica

- 5.- Antibióticos profilácticos
Los antibióticos utilizados

6.- Vía de administración

Es la vía que se utilizó para administrar los antibióticos profilácticos.

7.- Estancia intrahospitalaria post-operatoria

El tiempo en días que permanecieron las pacientes en el hospital después de la operación cesárea.

MATERIALS

1- Recursos Humanos:

- a- Se hará uso del personal de estadística del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, quien proporcionará los expedientes a estudiar.
- b- Un Médico Asesor del Estudio, especialista en G.O. y docente de la Facultad de Ciencias Médicas,
- c- Secretarias, personal de Biblioteca y otros, que en mayor o menor grado, ayudarán a realizar las actividades de la Investigación.

2- Recursos Materiales:

- a- Ficha o Instrumento de recolección de datos para cada expediente.
- b- Máquina de escribir
- c- Fotocopiadora
- d- Papel, lápices, borradores, folder,
- e- Otros.

DESCRIPCION, ANALISIS Y DISCUSION
DE CUADROS ESTADÍSTICOS

CUADRO N° 1 "A"

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL USO Y NO USO DE ANTIBIÓTICOS EN OPERACIÓN CESÁREA DURANTE EL AÑO 1982 (ENERO-DICIEMBRE) EN EL HOSPITAL DR LEONARDO MARTÍNEZ VALENZUELA, SAN PEDRO SULA, CORTES, EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD.

EDADES	N° PACIENTE	PORCENTAJE
10-14	1	1.22 %
15-19	26	31.71 %
20-24	31	37.80 %
25-29	11	13.41 %
30-34	5	6.10 %
35-39	8	9.76 %
40 y MAS	0	0
TOTAL	82	100 %

Se observa que el mayor número de cesáreas se realizó en aquellas pacientes entre los 20-24 años en 37.8 % y en las pacientes de 15-19 años en un 31.71% y sólo un 1.22% en pacientes de 40 y más años.

CUADRO N° 1 "B"

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL .UNO Y NOAJSO DE ANTIBIÓTICOS EN OPERACIÓN CESÁREA DURANTE EL AÑO 1986 (ENERO-DICIEMBRE) EN EL HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ VALENZUELA, SAN PEDRO SULA CORTES, EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD.

EDADES	N° PACIENTES	PORCENTAJE.
10-14	2	2.10 %
15-19	30	32.97 %
20-24	26	28.57 %
25-29	14	15.38 %
30-34	8	8.79 %
35-39	7	7.69 %
40 y MAS	4	4.40 %
TOTAL	91	100 %

Observamos que el mayor número de cesáreas se encuentran en los rangos de edad de 15-19 años en un 32.97% Seguido en un 28.57 % en pacientes de los 20-24 años; y solo en un 2.10% en pacientes de 10-14 años. En un 40.40 % en pacientes de 40 y más años.

CUADRO N° 2 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL LUGAR DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	N° PACIENTES	PORCENTAJE
URBANA	54	65.85 %
RURAL	28	34.15 %
TOTAL	82	100 %

Encontramos que el 57.14 % de las pacientes con operación cesárea provienen del área urbana.

CUADRO N° 2 "B"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL LUGAR DE PROCEDENCIA.

PROCEDENCIA	N° PACIENTES	PORCENTAJE
URBANA	52	57.14 %
RURAL	39	42.86 %
TOTAL	91	100 %

Encontramos que el 57.04% de las pacientes con operación cesárea provienen del área urbana.

CUADRO N° 3 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL TIEMPO

INTRA_HÓSPITALARIO POST-OPERATORIO.

TIEMPO EN DÍAS	N° PACIENTES	PORCENTAJE
1	0	0%
2	0	0%
3	22	26.83%
4	38	46.34%
5	12	14.63%
6 y más	10	12.20%
TOTAL	82	100 %

El 46.34 % de pacientes estuvo hospitalizada 4 días, el 26,83% 3 días y sólo en el 12.20% necesitó 6 y más días de hospitalización.

CUADRO N° 3 "B"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL TIEMPO INTRA-
HOSPITALARIO POST-OPERATORIO.

TIEMPO DE DÍA	N° PACIENTES	PORCENTAJE
1	0	0%
2	4	4.39 %
3	54	59.34 %
4	31	34.07 %
5	1	1.10 %
6 y más	1	1.10 %
TOTAL	91	100 %

El 59.34% de pacientes estuvo hospitalizada 3 días, el 34.07 % 4 días y solo en 1.10% necesitó 6 y más días de hospitalización.

CUADRO N° 4 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL USO Y NO USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS.

USO DE ANTIBIÓTICOS	N° PACIENTES	PORCENTAJE
SI	38 44	46.34 %
NO		53.66 %
TOTAL	82	100 %

El 53.66 % de pacientes no recibió antibióticos profilácticos.

CUADRO N° 4**"B"**

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL USO Y NO USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS.

USO DE ANTIBIÓTICOS	N° PACIENTES	PORCENTAJE
SI	78	85.71 %
NO	13	14.29 %
TOTAL	91	100 %

El 85.71 % de pacientes recibió antibióticos profilácticos.

CUADRO Nº 5 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, PRESENCIA DE INFECCIÓN POST-OPERATORIA
EN RELACIÓN AL USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS.

USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS	PRESENCIA DE INFECCIÓN	PORCENTAJE
SI	2	14.29 %
NO	12.	85.71 %
TOTAL	14	100 %

Observamos que de 82 pacientes en estudio, 14 se infectaron, de éstas el 85.71 % no recibieron antibióticos profilácticos y solo un 14.29% de pacientes infectadas había recibido antibióticos profilácticos.

CUADRO N° 5 "B"

OPERACIÓN CESÁREA, PRESENCIA DE INFECCIÓN POST OPERATORIA
EN RELACIÓN AL USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS.

USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS	PRESENCIA DE INFECCIÓN	PORCENTAJE
SI	1	25 %
NO	3	75 %
TOTAL	4	100 %

Observamos que de 91 pacientes en estudio, 4 sufrieron infección post-operatoria, de éstas el 75% no recibieron antibióticos profilácticos y solo el 25% de pacientes infectadas había recibido antibióticos, profilácticos.

CUADRO N° 6 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL ESQUEMA
TERAPÉUTICO INSTAURADO EN PACIENTES QUE SE
USO ANTIBIÓTICOS.

ESQUEMA TERAPEUTICO	N PACIENTES	PORCENTAJE [
Ampicilina	20	20.40 %
Penicilina cristali na +Cloranfenicol	8	9.96 %
Ampicilina _Gentami cina	7	8.54 %
Penicilina cristali na + ampicilina	2	2.44 %
Penicilina cristali na + gentamicina	1	1.22 %
Ninguno	44	53.66 %
TOTAL	82	100 %

De los pacientes que recibieron antibióticos
profilácticos,

El esquema terapéutico más utilizado fué en el 24.00 % de
los casos, la ampicilina como única droga. Seguida de
penicilina cristalina más cloranfenicol en el 9.96%
ampicilina más gentamicina en el 8.54 % penicilina
cristalina más ampicilina en el 2.44 %, penicilina
cristalina más gentamicina en el 1.22 %.

CUADRO N° 6 "B"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN AL ESQUEMA TERAPÉUTICO INSTAURADO
EN PACIENTES QUE SE USO ANTIBIÓTICOS

ESQUEMA TERAPEUTICO	N PACIENTES	PORCENTAJE
Ampicilina	63	69.32 %
Ampicilina + Genta- micina	12	13.20 %
Mefoxin	1	1.10 %
Penicilina cristali na + gentamicina	1	1.10 %
Ampicilina + Clorafe nicol	1	1.10 %
Ninguno	13	14.29 %
TOTAL	91	100 %

De los pacientes que recibieron antibióticos profilácticos, el esquema terapéutico más utilizado fué ampicilina, como única droga en 69.3 % ampicilina más gentamicina en el 13.20%, cefoxitina sódica en 1.00 %. Penicilina cristalina más gentamicina en 1.10 % y ampicilina más clorafenicl en el 1.10%

CUADRO N° 7 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN A LA VTA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS.

1 VIA DE ADMINIS TRACION	N PACIENTES	PORCENTAJE.
Intravenosa	38	42.20 %
Intramuscular	8	8.90 %
Oral	0	0 %
Ninguno	44	48.90 %
TOTAL	90	100 %

Se observa que en las pacientes que se utilizó antibióticos profilácticos, la vía más frecuente de administración corresponde a la intravenosa en un 42.20%, la intramuscular en el 8.9% y no se administró antibióticos profilácticos por la vía oral.

El total no es igual a la población en estudio debido a que un mismo paciente, puede tener una o más vías de administración de los antibióticos; según el esquema instaurado

CUADRO N° 7 " B"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN A LA VIA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS.

VIA DE ADMINIS TRACTON	N PACIENTES	PORCENTAJE
Intravenosa	78	75%
Intramuscular	13	12.50 %
Oral	0	0
Ninguna	13	12.50 %
TOTAL	104	100 % i

Se observa que en las pacientes que se utilizo antibióti-
cos profilácticos, la vía más frecuente de administración
corresponde a la intravenosa en un 75%, la intramuscular
en 12.5% y no se utilizó la vía oral.

El total no es igual a la población en estudio debido a
que un mismo paciente, puede tener una o más de
administración de los antibióticos, según el esquema
instaurado.

CUADRO N° 8 " A "

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA Y
TIPO DE INFECCIÓN POTENCIAL PREVIA.

INFECCIÓN POTENCIAL	N PACIENTES	PORCENTAJE.
Rotura Prematura de membranas	22	26.80 %
Tactos múltiples	5	6.10 %
Manejo empírico ex		
Trahospitalario	5	6.10 %
Ninguno	50	61%
TOTAL	82	100 %

Observamos que de las 82 pacientes en estudio, el 26.80% tuvo como antecedente de infección potencial previa, rotura prematura de membranas, el 6.10% tactos múltiples y en 6.10% manejo empírico extra hospitalario. En el 61% de los casos no hubo antecedente de infección potencial previa.

CUADRO N° 8 "B"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN A LA FECUENCIA Y TIPO DE INFECCIÓN POTENCIAL PREVIA.

INFECCIÓN POTENCIAL	N PACIENTES	PORCENTAJE
Ruptura prematura de membrana	26	28.57 %
Tactos múltiples	2	2.20 %
Manejo empírico extrahospitalario	0	0 %
Ninguno	65	7.43 %
TOTAL	91	100 %

Observamos que de las 91 pacientes en estudio, el 28.75% tuvo como antecedente de infección potencial previa la rotura prematura de membranas, en 2.20 % tactos múltiples y el resto de pacientes que corresponde al 71.43% no tuvo antecedente en infección potencial previa.

CUADRO N° 9 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, INFECCIÓN POST OPERATORIA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE INFECCIÓN POTENCIAL PREVIA EN RELACIÓN AL USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS.

USO DE ANTI BIOTICOS	PRESENCIA DE INFECCIÓN POTENCIAL	PORCENTAJE	INFECCIÓN POST OPE RATORIA.	PORCENTAJE
SI	23	7.88	0	90.62 %
No	9	%	3	9.38 %
TOTAL	32	100 %	3	100 %

Observamos que de las 82 pacientes en estudio, 32 tuvieron antecedentes de infección potencial previa, de estas el 71.88% de pacientes recibió antibióticos profilácticos y ninguna se infectó post-operatoriamente.

El 28.02 % de las pacientes no recibió antibióticos profilácticos, de éstas, tres pacientes se infectaron que corresponde el 9.38% de las 32 pacientes con antecedente de infección potencial previa.

CUADRO N° 9 "B"

OPERACIÓN CESÁREA, INFECCIÓN POST-OPERATORIA EN PACIENTES CON PRESENCIA DE INFECCIÓN POTENCIAL PREVIA EN RELACIÓN AL USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS.

USO DE ANTIBIÓTICOS	PRESENCIA DE INFECCIÓN POTENCIAL	PORCENTAJE	INFECCIÓN POST-OPERATORIA	PORCENTAJE
SI	27	96.43%	0	96.43 %
NO	1	3.57%	1	3.57 %
TOTAL	28	100	1	100

Observamos que de las 91 pacientes en estudio 28 tuvieron antecedentes de infección potencial previa, el 96.4% recibió antibióticos profilácticos y ninguna se infectó post-operatoriamente.

El 3.57 % de las pacientes no recibió antibióticos profilácticos de éstas una paciente se infectó, que corresponde al 3.57 % de las 28 pacientes con antecedente de infección potencial previa.

CUADRO N°10 "A"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA Y TIPO DE INFECCIÓN POST-OPERATORIA.

INFECCIÓN POSTO OPE	N PACIENTES	PORCENTAJE.
Endometritis	5	6.10 %
Infección de herida quirúrgica	9	10.98 %
Ninguna	68	82.92 %
TOTAL	82	100 %

Observamos que de las 82 pacientes en estudio, 14 se infectaron postoperatoriamente, de éstas el 6.10% presentó endometritis, el 10.98 tuvo infección de herida quirúrgica y en el 82.92% de las pacientes no hubo infección.

CUADRO N°10 "B"

OPERACIÓN CESÁREA, EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA Y TIPO DE INFECCIÓN POST OPERATORIA.

I INFECCION POST OPERATORIA	N PACIENTES	PORCENTAJE.
Endometritis	1	1.10 %
Infección de herida quirúrgica	3	3.30 %
Ninguna	87	95.60 %
TOTAL	91	100 %

Observamos que de las 91 pacientes en estudio, 4 se infectaron post-operatoriamente, de éstas el 1.10 % presentó endometritis, el 3.30 % tuvo infección de herida quirúrgica y en el 95.60% de las pacientes no hubo infección.

DISCUSION Y ANÁLISIS

- 1.- Se observa en la tabla 1 "A" y 1 "B" que en las pacientes entre 15 y 24 años se realizó el mayor porcentaje de cesárea, correspondiendo a un 69.51% para 1982 y 61.54 para 1986; deducimos que en este grupo de edad existe mayores factores de riesgo psicobológico, además no hay un adecuado control prenatal, falta de información general con respecto a educación sexual. Esta población es mayoritaria en nuestro medio por lo que las posibilidades de operación cesárea son mayores.
- 2.- Observamos que tanto en 1982 como en 1986 las pacientes en estudio provenían en su mayor porcentaje del área urbana. Ello es debido a que la población urbana tiene más acceso a los servicios de salud a la población urbana en esta región es mayoritaria.
- 3.- Tanto en 1982 como 1986, el mayor porcentaje de pacientes estuvo hospitalizado entre 3 y 4 días, correspondiendo a un 73.17% para 1982 y 93.41% para 1986. Es norma en el hospital Leonardo Martínez Valenzuela, hospitalizar por 3 días a las pacientes post-cesárea, y sólo se

Tienen 6 o más días en caso de presentar alguna infección, además se observa que para 1982 el 12.20% de pacientes necesitó hospitalización por 6 y" más días y sólo un 1.10% para 1986, esto se explica probablemente a que el uso de antibióticos profilácticos redujo los índices de infección post-operatoria y con ello los días de hospitalización.

4.- En 1982 de las 82 pacientes en estudio, el 53.66% recibió antibióticos profilácticos a criterio médico, sin existir una norma para ello. Para 1986 y con un número de 91 pacientes el 85.71% de éstas recibió antibiótico terapia profiláctica en base a normas establecidas para este departamento. En vista que se observó que en los años anteriores, en pacientes que se utilizó antibióticos profilácticos, los índices de infección post-operatoria fueron menores.

5.- Observamos comparativamente que para 1982 los índices de infección post-operatoria eran altos correspondiendo a un 17.07%, no así para 1986 con un mayor número de pacientes en estudio, el índice de infección disminuyó a 4.4% de los casos. De las pacientes infectadas para 1982 el 85.71% no recibió antibióticos profilácticos, mientras que en 1986 se observó que del total de paciente

Infectada el 75% no recibió antibióticos profilácticos por lo que deducimos que la antibioticoterapia profiláctica es de utilidad cuando existen factores de riesgo de infección, ya sean ambientales o propios de la paciente.

6.- En las pacientes que se utilizó antibioticoterapia profiláctica; la cual corresponde para 1982 un 46.34% y para 1986 un 85.71%, el principal antibiótico usado para ambos años es la ampicilina como única droga, correspondiendo a 24.40% para 1982, aumentando su uso para 1986 a un 69.3% de los casos. Es importante señalar que la combinación de antibióticos para 1982 fue de 22.16%, reduciéndose en 1986 a un 15.40% de los casos. Ello se debió a que se observó que con la monoterapia se obtienen buenos resultados con un bajo costo y con menos factores de riesgo secundaria a fármacos.

Es preciso señalar que la literatura actual menciona el lavado de la cavidad abdominal trans-operatoria, lo cual no se practica en este hospital (15).

7.- Se observa que del total de pacientes para ambos años a quienes se aplicó antibióticos profilácticos, se uso

La vía intravenosa en la gran mayoría de casos, correspondiendo a 42.20% para 1982 y un 75% para 1986.

Aparentemente se observa un mayor porcentaje para 1986 pero recordemos que para este año el uso de antibióticos fué mayor. La vía intramuscular se usó en menor porcentaje y la vía oral no se uso. El fin de este cuadro es hacer notar la importancia que da el médico al factor preventivo en relación a una mayor efectividad de los antibióticos aplicados.

8.- Para 1982 del total de 82 pacientes, el 61% no tuvo antecedentes potenciales de infección y para 1986 el 71.43% de pacientes no tuvo antecedentes.

En general se observa que para 1986 la presencia de infección potencial disminuyó, siendo para ambos años y en similares porcentajes la rotura prematura de membranas la principal; correspondiendo a 1982 el 26.80% y para 1986 el 28.57% de las pacientes con presencia de infección potencial. Importante es hacer notar que el numero de tactos y el manejo empírico extrahospitalario disminuyó significativamente para 1986.

- Es probable que el establecimiento de normas en el departamento de Geneco-obstetricia y el aumento del control

Prenatal por parte de la población influya en ello.

- 9.- En el cuadro 9 "A" y 9 "B" observamos que para ambos grupos de pacientes, ninguna de estos con antecedentes de infección potencial previa, en quienes se usó antibióticos profilácticos se infectó post-operatoria mente y en el grupo de pacientes que no recibieron antibióticos profilácticos se infectó el 9.38% para 1982 y 3.57% para 1986.

Es notorio que el uso de antibióticos profilácticos en pacientes con presencia de infección potencial previa, es importante para prevenir infecciones post-quirúrgicas.

- 10- Los índices de infección post-operatoria para 1982 fue de 17.8% disminuyendo drásticamente en 1986 a un 4.40%. Ello se debió al uso por norma de la antibioticoterapia profiláctica, el mejoramiento del área física del hospital y del departamento de gineco-obstetricia en especial.

CONCLUSIONES

1. Las pacientes jóvenes representan el grupo de edad con más alto índice de operación cesárea.
2. La población femenina del área urbana por tener mayor acceso a los servicios de salud y ser mayoritaria en esta región representa el grupo social con mayores índices de operación cesárea.
3. El tiempo extrahospitalario post-operatorio se reduce con el uso de antibioticoterapia profiláctica.
4. El uso profiláctico de antibióticos post-cesárea, deben normalizarse en el 100% de las pacientes, ya que observamos que los índices de infección decayeron drásticamente. Cuando se normatizó el uso de antibióticos profilácticos.
5. La ampicilina en la monoterapia antibiótica profiláctica es efectiva en la mayoría de los casos que se usó, reduciendo el costo y los efectos secundarios en el paciente.
6. Es evidente que con la normatización de los antibióticos profilácticos post-cesárea, su uso se incrementó, aunque no en el 100% de los casos; ya que algunos médicos continúan insistiendo en criterios individuales.
7. No encontramos un esquema único de antibiótico terapia profiláctica Post-quirúrgica.

- 8.- La vía de administración de antibióticos más frecuente fue la intravenosa y consideramos que es la más adecuada y efectiva, durante la paciente esté hospitalizada.
9. Con el establecimiento de normas para el manejo intrahospitalario de las pacientes y un adecuado control prenatal, los índices desinfección potencial disminuyeron.
10. El uso de antibióticos profilácticos en pacientes con infección potencial previa disminuye los riesgos de infección post-cesárea.
11. La combinación de un adecuado uso de antibióticos profilácticos y mejoramiento en las medidas de higiene - en general, disminuyen el riesgo de infección post-operatoria.

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1.- Deben hacerse campañas sobre educación sexual, el embarazo como tal, en relación al control, sus riesgos, complicaciones y hacer énfasis en el período de edad más adecuado para el embarazo, haciendo uso para ello de la televisión, radio, medios escritos, dar información general a los estudiantes de todo nivel; y de esta forma abarcar a la población en general.
- 2.- Insistir en la planificación familiar.
- 3.- Adecuar e instruir debidamente a todo el personal de salud e insistir en el mejoramiento y creación de las instalaciones que prestan servicios de salud llegando a todas las áreas del país.
- 4.- Buscar los medios adecuados para que se cumpla en un 100% las normas de antibioticoterapia profiláctica establecidas para este centro hospitalario.
- 5.- Normatizar un esquema de antibioticoterapia profiláctica para aquellas pacientes sin antecedente de infección potencial, y otro esquema para pacientes con antecedentes de infección potencial previa.

- 6.- Toda paciente con antecedente de infección potencial previa
Debe instaurarse en esquema terapéutico profiláctico de inmediato.

- 7.-Deberá continuarse el manejo del paciente con la higiene adecuada y del edificio en general, principalmente sala de operaciones.

- 8.-Debe utilizarse el quirófano destinado para el área de obstetricia, siempre para disminuir el riesgo de infección por contaminación con pacientes de otras áreas quirúrgicas.

R E S U M E N

Se realizo un estudio retrospectivo comparativo, descriptivo y analítico sobre el uso de antibióticos profilácticos en el hospital Leonardo Martínez Valenzuela, San Pedro Sula, Cortés, en los años 1982 (enero-diciembre) y 1986 (enero-diciembre).

Se analizan 173 expedientes de pacientes con operación cesárea, de los cuales 82 corresponden a 1982 y 91 a 1986, que significan el 20% del total de expedientes.

El uso de antibióticos profilácticos ascendió de un 46.34% en 1982 a 85.71% a 1986, siendo la ampicilina como única droga el principal antibiótico usado.

Observamos comparativamente que para 1982 los índices de infección post-operatoria eran altos correspondiendo a un 17.07% no así para 1986 con un mayor número de pacientes en estudio, el índice de infección disminuyó a 4.4% de los casos. De las pacientes infectadas para 1982 el 85.71% no Recibió antibióticos profilácticos, mientras que en 1986 se observó que del total de pacientes infectadas el 75% no recibió antibióticos profilácticos; por lo que deducimos

Que la antibioticoterapia profiláctica es de utilidad cuando existen factores de riesgo de infección, ya sean ambientales o propios de la paciente,

Es evidente que con la normatización de los antibióticos profilácticos post-cesárea, su uso se incrementó, aunque no el 100% de los casos; ya que algunos médicos continua insistiendo en criterios individuales.

La vía de administración de antibióticos más frecuentes fue la intravenosa y consideramos que es la más adecuada y efectiva, durante la paciente esté hospitalizada.

Con el establecimiento de normas para el manejo intrahospitalario de las pacientes y un adecuado control prenatal, índices de infección potencial disminuyeron.

El uso de antibióticos profilácticos en pacientes con infección potencial previa disminuye los riesgos de infección cesárea.

La combinación de un adecuado uso de antibióticos profilácticos y mejoramiento en las medidas de higiene en general disminuyen el riesgo de infección post-operatoria.

VII. - B I B L I O G R A F Í A

1. - Apuzzio, J.J. et al. "Comparative Clinical evaluation of ceftizoxime with clindamycin and gentamicin and cefoxitin in the treatment"(6): 518-22.
2. - Apuzzio, J.J. et al. "Comparative Clinical evaluation of tecarcillin plus clavulamicin plus gentamicin in treatment of post cesarean endomyometritis". Am. J. Med 1985 Nov. 29, 79 (5B): 164-7
3. - Benign, BB, et al, "A double blind controlled comparatison of penicillin and cefoxitin in the prevention of postoperative infection in patients undergoing cesarean section". Surg. Gynecol. Obstet 1986 Jan. 162 (1).
4. - Bourgeois, F.J. et al. Antibiotic irrigation prophylaxis in the highrisk cesarean section patient". Am. J. Obstet Gynecol, 1985. Set. 15 153 (2): 197-201.
5. - Blanco, J.D, et al. "Chlamydia trachomatis isolation In patients with endometritis after cesarean section". Am. J. Obstet Gynecol. 1985 jun. 1: 152- (3):278-9.

- 6.- Benson R.C. "El parto Quirúrgico" Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos 1983 3ra. Ed. 943-957.
7. - Diamond, M.P. ET. al. "Increased risk of endometritis and wound infection of ter. Cesarean section in insulin-dependent diabetic women". AM. J. Obstet Gynecol 1986 Aug 155 (2): 297-300.
8. - Doff, P. Pseudomembranes enterocolitis after cesarean delivery (letter) Am. J. Obstet Gynecol. 1985 dec.15; 153 (8): 926.
9. - Elliot, J.P. et. al. "Comparison of lavage or intravenous antibiotics at cesarean section" Obstet Gynecol 1986 Jan. 67 (1):29-32.
- 10.-Goodman L.S. "Antimicrobianos" Bases Farmacológicas de la Terapéutica 5a. Ed. 948-977.
- 11.-Hirsh, N.A. "Prophylactic antibiotic in obstetrics and gynecology" Am. J. Med. 1985 jun. 28: 78 (6B). 170-6 (93 ref).
- 12.-Jensen, L.P. et. al. "Prevention of endomyometritis by local application of antibiotic solution cesarean section. Am. J. Obstet Gynecol. 1985, Jul. 1, 152 (5)

565-9.

- 13.-'-'Kate V.L. et. al. "Perimortem cesarean delivery"
Obstet 1986, oct. 68 (4): 571-6 (50 ref)
- 14.-Leveno, K.J. et. al. "Perioperative antimicrobials at cesarean section: lavage versus three intravenous doses". Am. J. Obstet. Gynecol. 1984 jun. 15; 149 (4); 463-4.
- 15.-Levin, K.K. et. al. "Reduction of post-cesarean section infectious morbidity by means of antibiotic irrigation AM. J. Obstet Gynecol. 1983 oct. 1: 147-3(3): 273-7.
- 16.-Pritchard J.A. "Operación Cesárea y cesárea con histerectomía". Willians Obstetricia 2a. Ed. 888-906.
- 17.-Sachs, B.P. et. al. Cesarean section risk and benefits for mother and fetus "JAMA 1983 oct. 28; 250 (16): 2157-9.
- 18.-Saltzman, D.H. et.al. "Ticacillin plus clavalanic acid versus cefoxitin in the prophylaxis in infection after cesarean section" Am. J. Med 1985 Nov. 29, 79 (5B): 172-3

- 19.-Stiver, H.G. et. al. "Comparative cervical microflora shifts after cefoxitin agents infection following cesárea section" Am.J.Obstet Gynecol. 1984 aug. 1 149 (7) 718-21.
- 20.-Valenzuela, G. "Fertillity following cesarean section endoparametritis" Am.J.Obstet Gynecol. 1984 may. 15; 149 (2):231-2.
- 21.-Wallae, R.L. et. al. "The use of phrophylactic anti-biotic in patients undergoing emergency primary cesarean section". Ain.J.Obstet Gynecol. 1983, nov, 1, 147 (5). 533-6
22. -Yonecura, M.L.Risk f actors for posteesarean endomyrue-tritis" Am. J.Med, 1985 jun. 28; 78 (6B) 177-87 (108)

FICHA INDIVIDUAL DE RECOLECCIÓN DE DATOS AÑO 1982

1.-Nombre: _____

2.-Edad: _____

3.-Procedencia: urbana _____ rural _____

4.- Presencia de infección potencial:

a.- R.P.M. _____

b.- Tactos múltiples: Si _____ No _____

c- Manejo empírica extrahospitalario:

Si _____ No _____

5.- Uso de antibióticos profilácticos: Si _____ No _____

6.- Infección post-operatoria más frecuente

7.- Tiempo intrahospitalario post-operatorio

8.- Esquema terapéutico instaurado

9.- Vía de administración de los antibióticos usados:

oral: ____ I.M. _____ IV. _____

FECHA INDIVIDUAL DE RECOLECCIÓN DE DATOS AÑO 1986

1.-Nombre: _____

2.-Edad: _____

3.-Procedencia: urbana _____ rural _____

4.- Presencia de infección potencial:

a.- R.P.M. _____

b.- Tactos múltiples: Si _____ No _____

c- Manejo empírica extrahospitalario:

Si _____ No _____

5.- Uso de antibióticos profilácticos: Si _____ No _____

6.- Infección post-operatoria más frecuente

7.- Tiempo intrahospitalario post-operatorio

8.- Esquema terapéutico instaurado

9.- Vía de administración de los antibióticos

usados:

oral: ____ I.M. _____ IV. _____

