

Vertical text or markings along the left edge of the page, possibly bleed-through from the reverse side.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL DE NUEVO LEON

HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No. 28

DR. IGNACIO MORONES PRIETO



PROFILAXIS ANTIBIOTICA CON CEFALOTINA
DOSIS UNICA EN CESAREA ELECTIVA

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. LUIS OSWALDO DE LA O PEREZ

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 2005

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL NORTE
HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No. 23
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

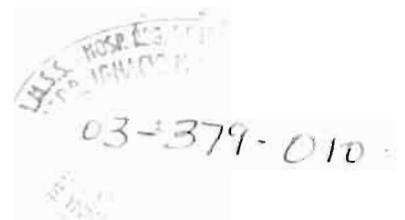


**PROFILAXIS ANTIBIOTICA CON CEFALOTINA
DOSIS UNICA EN CESAREA ELECTIVA**

**TESIS
PARA OBTENER TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTA
DR. LUIS OSWALDO DE LA O PEREZ.**

MONTERREY N. L. ENERO 2005.



HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No.
23
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

TESIS DE GRADO

DIRECTOR MEDICO

DR. MIGUEL ELOY TORCIDA

JEFE DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN MEDICA

DR. RAUL CORTES FLORES

INDICE

PORTADA.....	1
INDICE.....	3
AGRADECIMIENTO.....	5
IDENTIFICACIÓN.....	7
A)Título del proyecto	
B)Investigadores	
RESUMEN ESTRUCTURADO.....	10
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
A)Objetivo general	
B)Objetivos específicos	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CLASIFICACION DEL ESTUDIO.....	20
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	21
A)Criterios de inclusión	

B)Criterios de exclusión y eliminación

MUESTRA.....	22
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	23
PLAN DE ANÁLISIS.....	24
A)Instrumento de recolección	
B)Consentimiento informado.	
RESULTADOS.....	27
RESULTADOS EN GRAFICOS.....	29
A)Gráfico 1...Edad.....	30
B)Gráfico 2..Indicación cesarea grupo 1.....	31
C)Gráfico 3..Indicación cesarea grupo 2.....	32
D)Gráfico 4..Tipo de incisión.....	33
E)Gráfico 5..Método planificación.....	34
F)Gráfico 6..Sangrado.....	35
G)Gráfico 7..Tiempo quirúrgico.....	36
H)Gráfico 8..Seguimiento.....	37
I)Gráfico 9..Complicaciones.....	38
J)Gráfico10. Porcentaje heridas infectadas..	39
K)Tabla 11 y 12 Datos de complicaciones..	40
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42

DR. RAUL CORTES:

Estas palabras dedicadas para usted, en agradecimiento a su enseñanza, dirección y confianza para conmigo. Este trabajo que necesitó tiempo y esfuerzo no se hubiera completado sin su orientación.

Quisiera conservara esta tesis como logro del esfuerzo de ambos, así como aliciente para su objetivo, el cual siempre ha sido el de promover la investigación en nuestra institución.

Gracias al maestro, al tutor y sobre todo al amigo.

Luis De la O.

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por que ha estado conmigo siempre, de la mano, sosteniéndome y guiándome.

Porque me pone en el camino correcto, no en el que yo planeo.

Por que en su amor infinito no me olvida, poniendo en mi vida gente maravillosa como:

LUIS Y TERESA mis padres que son mi ejemplo:

De pareja..... juntos siempre y con amor.

De lucha..... nunca flaquear ni ante la distancia.

De trabajo..... cumplir siempre por duro que este sea.

De amor el cual se siente a su alrededor.

De fe nunca olvidar por quien y para que estamos aquí.

A mis hermanos IVAN Y ROBERTO por el cariño incondicional y por ser siempre participes de mi vida tanto en triunfos como en fracasos.

A mis maestros sin los cuales el llegar a las metas trazadas no sería posible y a mis amigos sin los cuales el sabor del triunfo no sería el mismo.

GRACIAS

LUIS

1. IDENTIFICACION

1.1 TITULO DEL PROYECTO **PROFILAXIS ANTIBIÓTICA CON CEFALOTINA DOSIS UNICA EN CESAREA ELECTIVA**

1.2 UNIDAD Y DEPARTAMENTOS DONDE SE REALIZARA EL PROYECTO

Unidad:

**HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES #23
IMSS. "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"**

Departamento:

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA.

Dirección: **FELIX U. GOMEZ Y CONSTITUCION.**

Ciudad: **MONTERREY** Estado: **NUEVO LEON**

Código Postal: **64000**

Fecha de elaboración del protocolo: **Diciembre 2003- Abril
2004**

1.3 INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Luis Oswaldo De la O Pérez.

Area de Adscripción: Departamento de Ginecología y Obstetricia
HRE # 23 IMSS

Domicilio: Av. Constitución y Félix U. Gómez.

Teléfono: 81404010

Domicilio Particular: Ruperto Mtz. 1901 Edif.20 Dpto.16 Col.
Obrera

Teléfono: 83 43 50 88

1.4 INVESTIGADORES ASOCIADOS

Nombre: DR. Ricardo Franco Medina.

Adscripción: Hospital Regional de Especialidades No. 23
Residente de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

Dirección: Félix U. Gómez y Constitución

Teléfono: 83 45 42 22 (est. 3129).

Nombre: DR Raúl Cortes Flores

Adscripción: Jefe de Investigación y Educación Médica.

Dirección: Hospital regional de especialidades No. 23

Av. Félix U. Gómez y Constitución.

Teléfono: 83 45 42 22 (ext 3129).

1.5 TESIS

Nombre: Luis Oswaldo De la O Pérez

Area de adscripción: Hospital Regional de Especialidades No. 23

Domicilio: Av. Félix U. Gómez y Constitución.

Tel: 83 45 42 22 (ext. 3129)

Domicilio Particular: Ruperto Mtz. 1901 Edif.20 Dpto.16

Col.Obrera

Tel. Particular:83 43 50 88

Grado a Obtener: Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

ASESOR DE TESIS Y RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre: DR. Raúl Cortes Flores

Area de adscripción: Jefe de Investigación y Educación médica.

Domicilio: Félix U. Gómez y Constitución

Tel: 83 45 42 22 (ext. 3129)

Centro Educativo: Hospital Regional de Especialidades No. 23
IMSS.

RESUMEN ESTRUCTURADO

PROFILAXIS ANTIBIOTICA CON CEFALOTINA DOSIS UNICA EN CESAREA ELECTIVA. Luis De la O , Raúl Cortés, Ricardo Franco, Araceli Hernández, Fidel García. Institución: Departamento de Obstetricia, Hospital Regional de Especialidades No.23 IMSS, Monterrey N. L.

OBJETIVO: Demostrara la utilidad de la cefalotina intravenosa en dosis unica en cesárea electiva. **TIPO DE ESTUDIO:** Cuasiexperimento. **MATERIAL Y METODOS:** Entre Diciembre del 2003 y abril del 2004 se formaron 2 grupos, ambos con pacientes con embarazos de término e indicación de césarea electiva, el primero (grupo 1) recibió una dosis de 1 gramo de cefalotina intravenosa posterior al pinzamiento del cordón, el segundo (grupo 2) recibió ampicilina intravenosa 1 gramo cada 6 horas y amikacina 500mg intravenosa cada 12 horas en su internamiento y ampicilina 500mg cada 6 horas vía oral al egreso. Se determinaron edad materna y gestacional, paridad indicación de la cirugía, tipo de insición, duración del procedimiento, cirujano, sangrado, costo, complicaciones infecciosas. Se utilizó estadística descriptiva y ji al cuadrado. **RESULTADOS:** se evaluaron 50 pacientes en cada grupo, no existió diferencia significativa entre grupos en cuanto a edad materna y gestacional, así como paridad, duración del procedimiento y sangrado. El tipo de incisión predominante fue media en cada grupo. Cesárea iterativa fue la indicación más frecuente. Las cirugías fueron efectuadas por médico adscrito-residente y residente-interno de pregrado. El costo del manejo antibiótico en grupo uno fue de \$16.00 y de \$45.00 en el dos. La herida se infectó en un caso en el grupo uno y dos del dos, diferencia estadísticamente no significativa.

CONCLUSIONES: En nuestro hospital una de las tres principales indicaciones de cesárea es la iterativa, con base en los resultados obtenidos en cuanto a complicaciones y costo, así como la reducción en atención de enfermería, el presente esquema representa una alternativa de manejo en estos casos.

2. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

El factor de riesgo mas importante para la infección materna puerperal es el nacimiento por vía cesarea. En la literatura se comenta que el riesgo de infección aumenta hasta 20 veces cuando este se compara con el parto vía vaginal.

Actualmente la frecuencia de cesarea se encuentra entre el 20% al 40% del total de nacimientos, segun el país donde se obtengan los datos estadísticos.

En nuestro hospital la taza de cesareas se encuentra en el 40% del total de nacimientos , y las complicaciones infecciosas debido a ellas son una importante causa de morbilidad y morbilidad materna, la cual se encuentra en el 2% que es lo esperado según la estadística mundial. Así también tenemos el aumento en la estancia intrahospitalaria y por ende de los costos para el tratamiento de las mismas.

Las complicaciones que se presentan posterior a la realización de una cesarea, son : fiebre, infección de vías urinarias, endometritis, infección de herida quirúrgica asi como infecciones graves como choque séptico, absceso pélvico, fascitis necrotizante o tromboflebitis séptica pélvica.

Cuando los antibióticos profilácticos no se utilizan, se reporta la presencia de endometritis hasta en un 20 % - 80% de los casos, así como infección de herida quirúrgica hasta en un 25%. Los factores de riesgo para la aparición de cualquier complicación infecciosa posterior a operación cesarea encontramos, obesidad, técnica quirúrgica, técnicas

de asepsia, enfermedades concomitantes, anemia, cantidad de sangrado en el transquirúrgico, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto y su duración, exploraciones vaginales múltiples, infecciones vaginales en el momento del procedimiento, infección de vías urinarias, aplicación de anestesia general y el uso de monitoreo fetal invasivo.

Se conoce el origen polimicrobiano de las infecciones postcesarea, dentro de los cuales los principales patógenos aislados en pacientes con endometritis e infección de herida quirúrgica son, *Escherichia coli* y otros gram negativos aeróbicos, estreptococo del grupo B y otros cocos gram positivos, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus coagulasa* negativo, dentro de los microorganismos anaerobios están los *Peptoestreptococcus* y especies de bacteroides, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasmas* genitales y *Ureaplasma urealyticum*.

Como prevención para infección de herida quirúrgica en cualquier tipo de cirugía, se encuentra una asepsia adecuada de la piel, técnica quirúrgica óptima y profilaxis antibiótica. Este tema tan estudiado ya en la literatura y sin llegar a un

acuerdo del mejor antibiótico para ello, así como la dosis adecuada, vía de administración, tiempo de la administración, efectos secundarios, para madre y producto y la creación o no de resistencia bacteriana.

La Cefalotina antibiótico que se encuentra dentro del grupo de los B-lactámicos cefalosporina de primera generación, las cuales tienen un espectro amplio contra los microorganismos asociados a las complicaciones infecciosas postcesarea, su mecanismo de acción bactericida se debe a la inhibición de la síntesis de glucoproteínas esenciales para la formación de la pared celular bacteriana.

Por lo que es necesario tener un protocolo de manejo, que nos demuestre las bondades y ventajas del manejo de la profilaxis antibiótica en nuestro medio, con el medicamento que ofrezca más ventajas y menos complicaciones, así como lo tengamos en el cuadro básico en nuestra institución.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La profilaxis antibiótica se usa rutinariamente en nuestro hospital para el manejo de las pacientes que se intervienen quirúrgicamente, siendo este manejo a base de dos antibióticos principalmente amikacina y ampicilina , en multiples dosis y por vía intravenosa, aumentando así los costos en estos procedimientos. Conociendo el espectro de la cefalotina que abarca a los patógenos responsables de las infecciones postcesarea, y con la posibilidad de manejarse como dosis única , disminuyendo los costos en cuanto material y medicamentos utilizados, tiempo de atención por parte de personal de enfermería y mejorando o manteniendo el índice de morbimortalidad materna en nuestro hospital.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿ Es menor la morbilidad infecciosa en las pacientes sometidas a cesarea electiva en el HRE #23 con profilaxis a base de cefalotina dosis única, que las tratadas de manera convencional?

4. JUSTIFICACION:

Se requiere conocer la eficacia de la profilaxis antibiótica con dosis única de cefalotina en las pacientes sometidas a cesarea electiva, para comparar sus resultados contra la profilaxis antibiótica utilizada convencionalmente en nuestra institución. De esta manera tendremos una alternativa de igual o de mejores resultados y con una disminución significativa en costos, tiempo de atención del personal de enfermería y morbimortalidad materna .

5. OBJETIVO GENERAL:

Demostrar que es menor la morbilidad infecciosa de las pacientes sometidas a cesarea electiva en el HRE # 23, con cefalotina dosis única como profilaxis antibiótica , en comparación con el tratamiento convencional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- A) Conocer incidencia de complicaciones infecciosas post cesarea electiva.
- B) Definir el tratamiento de elección en la profilaxis antibiótica en cesareas electivas.

HIPOTESIS:

HO:

No es menor la morbimortalidad infecciosa en las pacientes sometidas a cesarea electiva en el HRE # 23, con cefalotina en dosis única como profilaxis antibiótica, en comparación con el tratamiento convencional.

HA:

Es menor la morbimortalidad infecciosa en las pacientes sometidas a cesarea electiva en el HRE # 23, con cefalotina D.U. como profilaxis antibiótica, en comparación con el tratamiento convencional.

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Se incluirá en el estudio a toda paciente que acuda al servicio de control prenatal la cual se programe para la realización de cesarea electiva , que cumpla con los criterios de inclusión del estudio y que acepte a participar en el protocolo mediante firma del consentimiento informado.

Dichas pacientes se dividirán por conveniencia en dos grupos, grupo 1 el cual constará de 50 pacientes y grupo 2 formado por 50 pacientes. Grupo 1 recibirá 1 gr de Cefalotina intravenosa, dosis única posterior al pinzamiento del cordón umbilical durante el acto quirúrgico. Grupo 2 recibirá 1 gr de Ampicilina intravenosa cada 6 horas y Amikacina 500mg intravenosos cada 12 horas en el postquirúrgico durante 48 horas y se dará de alta con Ampicilina 500mg cada 6 horas vía oral por 5 días (manejo convencional en nuestra institución).

Se pasará visita a los pisos de puerperio quirúrgico durante el tiempo de duración del estudio, tanto para captar los datos de las pacientes que hallan sido captadas, así como para el seguimiento y cumplimiento de las ordenes médicas en cuanto al manejo antibiótico, revisión de signos vitales y sintomatología agregada. Se les dará cita (fecha y hora) a los 7 días de la realización de la cirugía, para que acudan al seguimiento mediante retiro de puntos de sutura al servicio de urgencias, y-o en su defecto mediante los datos personales obtenidos captar vía telefónica a las faltantes.

Se les dará indicaciones precisa de acudir al servicio de urgencias mediante datos de alarma de proceso infecciosos , así como teléfono de los médicos residentes encargados del protocolo para cualquier duda o pregunta.

En caso de complicación se dará la atención convencional según protocolo de manejo para tal entidad en nuestra institución, captando los datos de la misma.

6.1 CLASIFICACION DEL DISEÑO DEL ESTUDIO:

- Cuasiexperimento
- Prospectivo
- Comparativo

6.2 POBLACION DE ESTUDIO:

Toda paciente sometida a cesarea electiva en el HRE #23, que acepte entrar al protocolo de estudios y que cumpla con los criterios de inclusión y no tenga criterios de eliminación y exclusión.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de Inclusión:

- a) Pacientes programadas para cesarea electiva
- b) Aceptación firmada de ingreso al protocolo.
- d) Embarazo de término
- e) No datos de infección materna.

Criterios de Exclusión:

- a) Factor de embarazo de alto riesgo tal como Diabetes mellitus, pacientes inmunosuprimidos, cardiópatas, o alguna enfermedad concomitante al momento de selección. de la muestra.
- b) Alergias a las cefalosporinas.
- c) Ruptura prematura de membranas.
- d) Trabajo de parto.
- e) Cesarea de emergencia por causa fetal o materna.
- f) Embarazo pretérmino.

Criterios de Eliminación:

- a) Casos con información incompleta.
- b) Utilización de otros antibiótico trans y postquirúrgico.
- c) Cambios de residencia de la paciente.
- d) Reacción anafiláctica al momento de la aplicación.

6.3 MUESTRA:

6.3.1 TECNICA MUESTRAL:

Se captaran todas las paciente programadas para cesarea electiva, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No.23, durante el periodo comprendido del 15 de Noviembre del 2003 al 30 de mayo del 2004, dandose seguimiento hasta siete días posterior al acto quirúrgico.

6.3.2 CALCULO TAMAÑO DE LA MUESTRA

Por conveniencia se tomaron 2 grupos de 50 pacientes cada uno, teniendo un total de 100 pacientes en el estudio.

6.4 VARIABLES DEL ESTUDIO:

TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
Dependiente	Morbilidad infecciosa	IVUS, Infección herida qx, endometritis	Nominal	Valoración clínica y de laboratorio.Expediente clínico
Independiente	cefalotina	1 gr de cefalotina sódica d.b.p. 3ml ampula	Nominal	Expediente clínico
Independiente	Amikacina , ampicilina	Ampicilina trihidratada tab 500mg y ampicilina sodica amps 1 grs. Amikacina sulfato amp 500mg	Nominal	Expediente clínico

Cefalotina D. U. En cesarea electiva

6.5 PLAN DE ANALISIS:

Se utilizaran medidas de tendencia central y prueba no paramétrica.

(Prueba de : Ji cuadrada)

6.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Nombre de la paciente:

Dirección:

Estado civil:

Edad:

Teléfono:

APP:

AGO: Menarca: Ritmo: Fecha última regla: Gesta:

Para: Abortos: Cesareas: Método planificación familiar:

Control prenatal:

Fecha de la Cesarea: Método planificación transquirúrgico:

Hora de la Cesarea: Cirujano:

Motivo de la Cesarea: Ayudante:

Duración de la cesarea: Anestesia:

Tipo de incisión: Cantidad de sangrado:

Cantidad de Sangrado:

Antibiótico (s) utilizados:

Fecha de retiro de puntos:

Se presentó fiebre puerperal:

Infección vías urinarias:

Corioamnioítis:

Infección de herida quirúrgica:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General de Especialidades # 23

DR. Ignacio Morones Prieto

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO A
PROTOCOLO DE ESTUDIO**

Por el presente escrito otorgo al personal medico del Hospital, mi consentimiento para la participacion del protocolo de estudio que se esta llevando acabo en las pacientes con cesarea electiva, del cual se me ha explicado detalladamente y he comprendido los motivos y necesidad de recibir profilaxis antibiotica.

Asi como el seguimiento que se me ha de dar en este hospital

Nombre completo, Cedula de afiliacion y Firma

TESTIGO

Monterrey, N.L. a _____ de _____ de 20_____.

RESULTADOS

Se ingresaron al estudio un total de 108 pacientes de las cuales se eliminaron 8 por presentar datos incompletos o confusos en el expediente , recibieron algún antibiótico que no se estaba comparando en el estudio o con enfermedad materna agregada.

De las 50 pacientes del grupo 1 la edad media se encontró entre los 20 a los 39 años, en el grupo 2 la media fue de los 20 a los 30 años, lo cual se encuentra representado en la gráfica 1.

En la gráfica número 2 muestra el diagnóstico por el cual se llevó acabo la cirugía electiva en el grupo 1, la gráfica número 3 muestra el mismo concepto pero en el grupo 2 ; en lo que se destaca que el principal diagnóstico para ambos grupos fue el de cesarea iterativa.

En cuanto a el tipo de incisión quirúrgica más utilizado, se muestra en la gráfica 4; El grupo 1 tuvo un total de 88% de incisión media contra un 86% en el grupo 2, el resto de las incisiones fueron de tipo pfannenstiel.

El método de planificación familiar transquirúrgico más utilizado en ambos grupos fue la salpingoclasia bilateral, un total de 12% del grupo 1 y 6% del grupo 2 no aceptaron método planificación transquirúrgico. Lo anterior se observa en la gráfica 5.

La gráfica 6 representa la cantidad de sangrado durante la cirugía, el cual en el 100% de las pacientes de ambos grupos fue menor de 500cc, lo cual no se consideraría un factor de riesgo para infección postcesarea.

El tiempo quirúrgico promedio fue menor de 1 hora en ambos grupos, presentándose este mayor de una hora en el 6% de los casos del grupo 1 y en el 2% de los casos del grupo 2. Representado en la gráfica 7.

La gráfica 8 nos muestra los datos de las pacientes que acudieron a retiro de puntos a la institución, 76% del grupo 1 y 80% del grupo 2, el resto se contactó vía telefónica.

Las pacientes que presentaron alguna complicación se esquematizan en la gráfica 9, donde el grupo 1 presenta 2% de infección de herida quirúrgica de dicha paciente se contactó vía telefónica; Y en el grupo 2 se tuvieron dos pacientes con complicaciones, una se contactó vía telefónica y otra acudió al hospital la cual requirió internamiento, curaciones y resutura, ya que presentó dehiscencia de herida quirúrgica, esto corresponde al 4%. Esta misma paciente presentó fiebre puerperal por lo que se captó como tal.

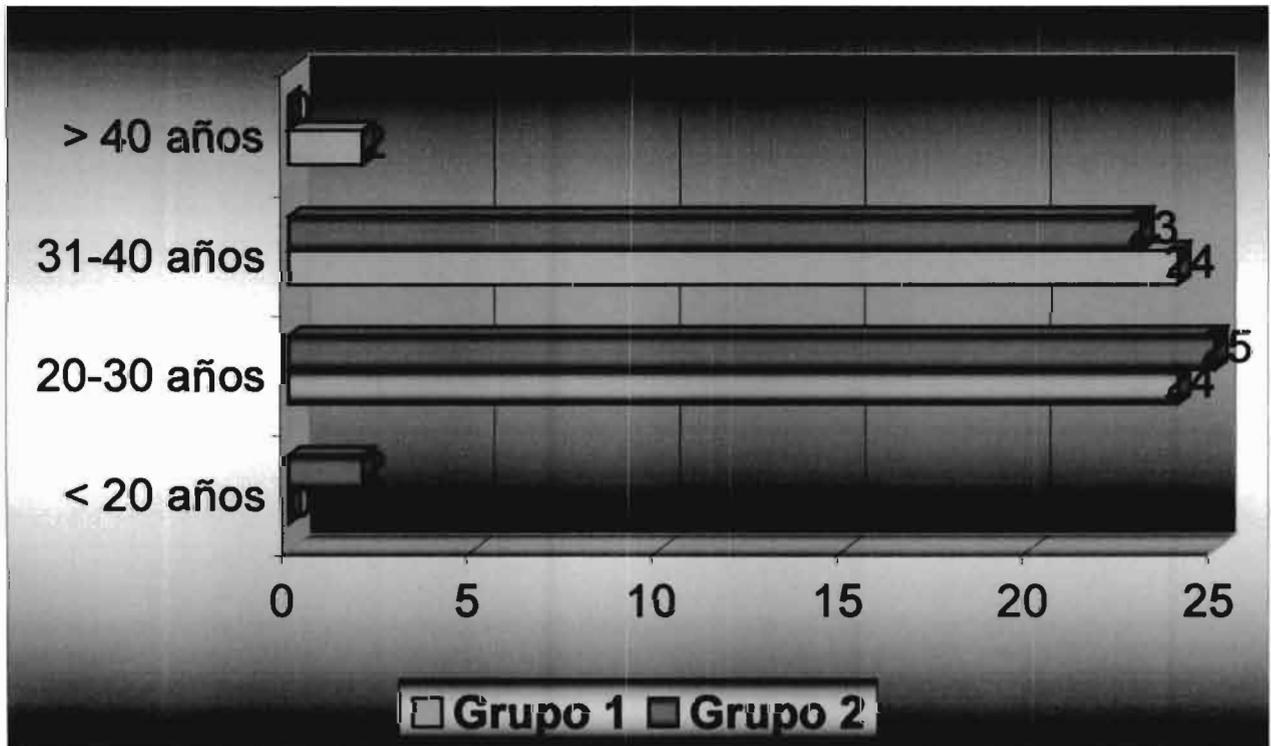
La gráfica 10 muestra el total de heridas quirúrgicas infectadas de ambos grupos que dan un 3% del total, lo cual es lo esperado según la literatura mundial.

La tabla 1 y 2 muestran los casos de las tres pacientes que presentaron algún tipo de complicación y los datos en cuanto a tipo de incisión, método de planificación y cirujano. Una de ellas presentó infección de herida quirúrgica más fiebre puerperal, mientras que las otras dos presentaron infección de herida quirúrgica.

RESULTADOS GRAFICOS

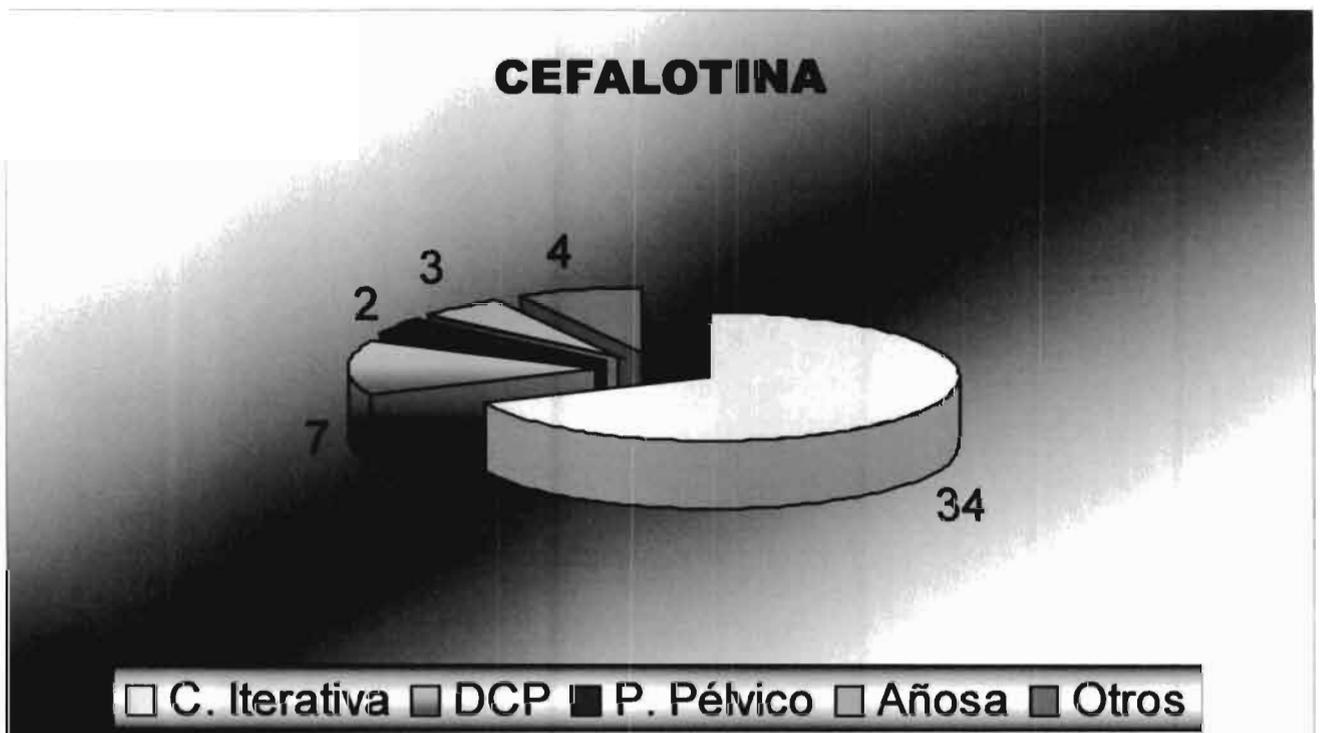
GRAFICA No 1

EDAD



GRAFICA No. 2

Indicación de cesarea en grupo 1



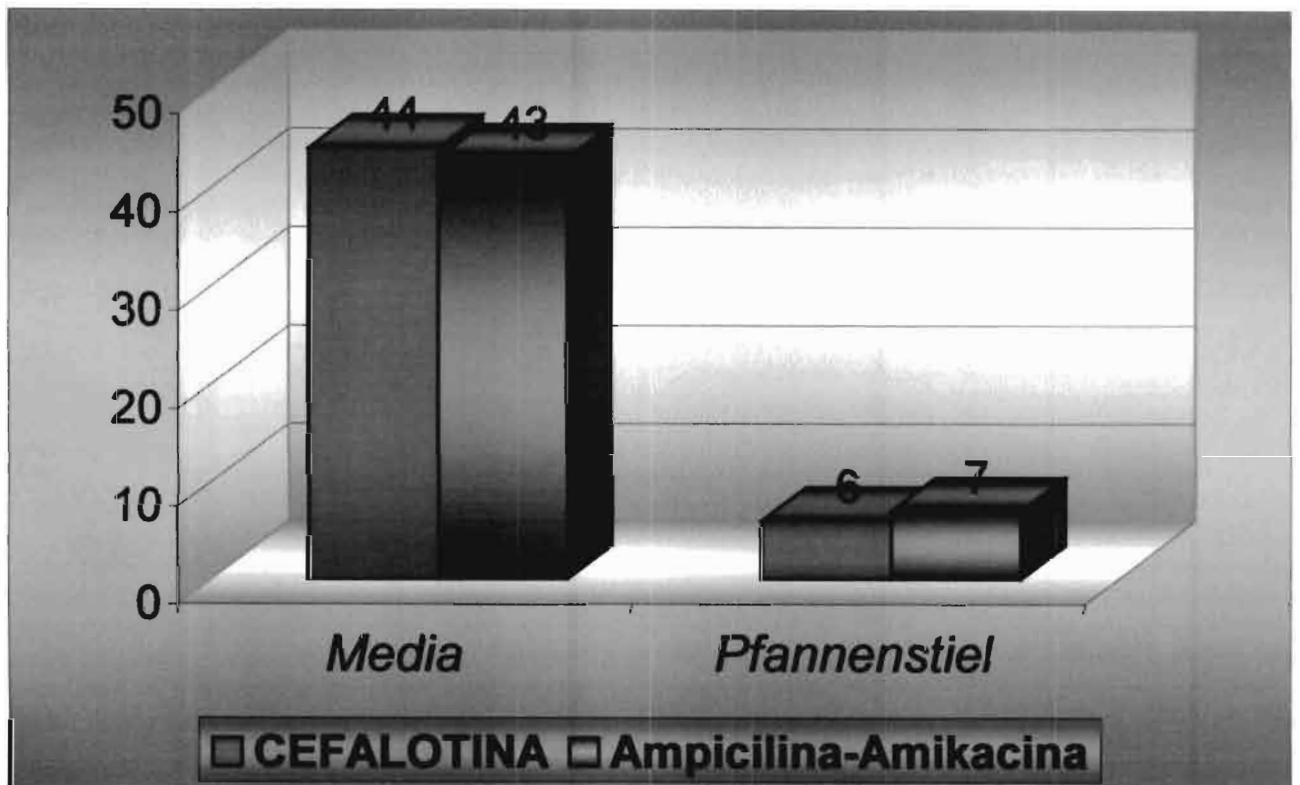
GRAFICA No. 3

Indicación de cesarea en Grupo 2



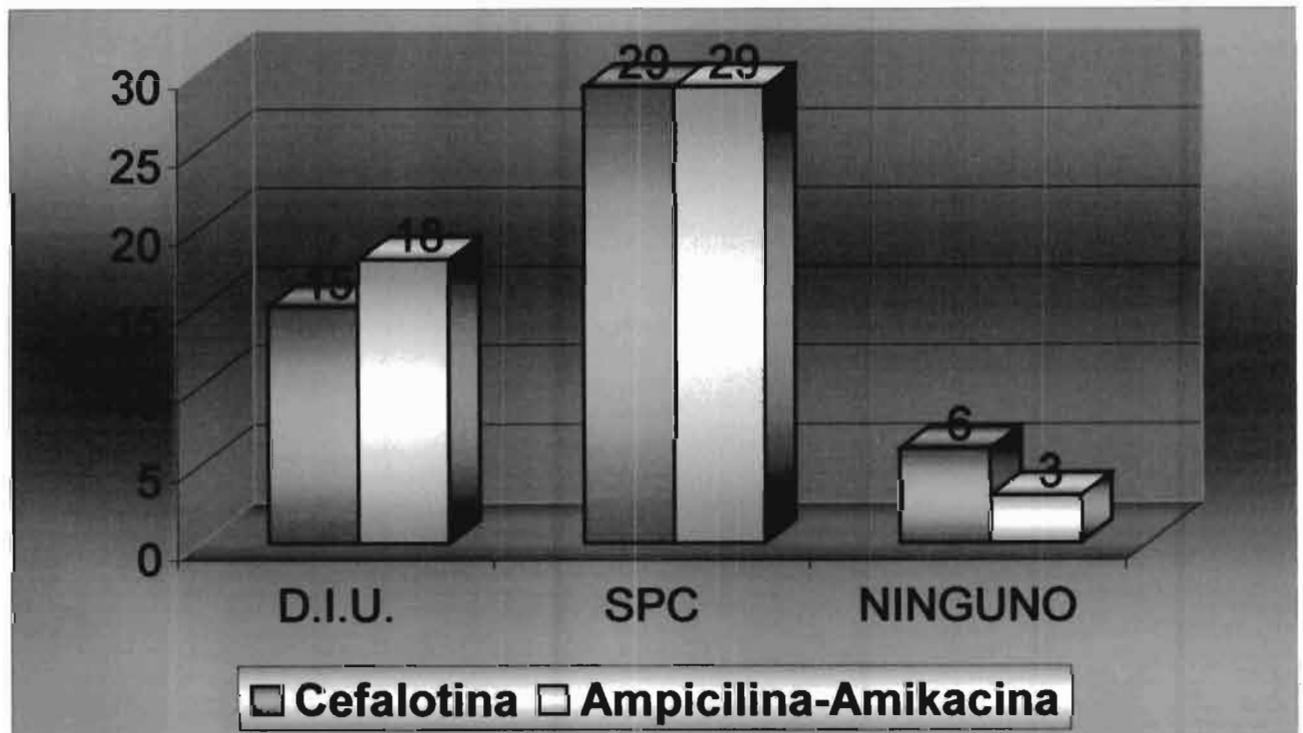
GRAFICA No. 4

Incisión



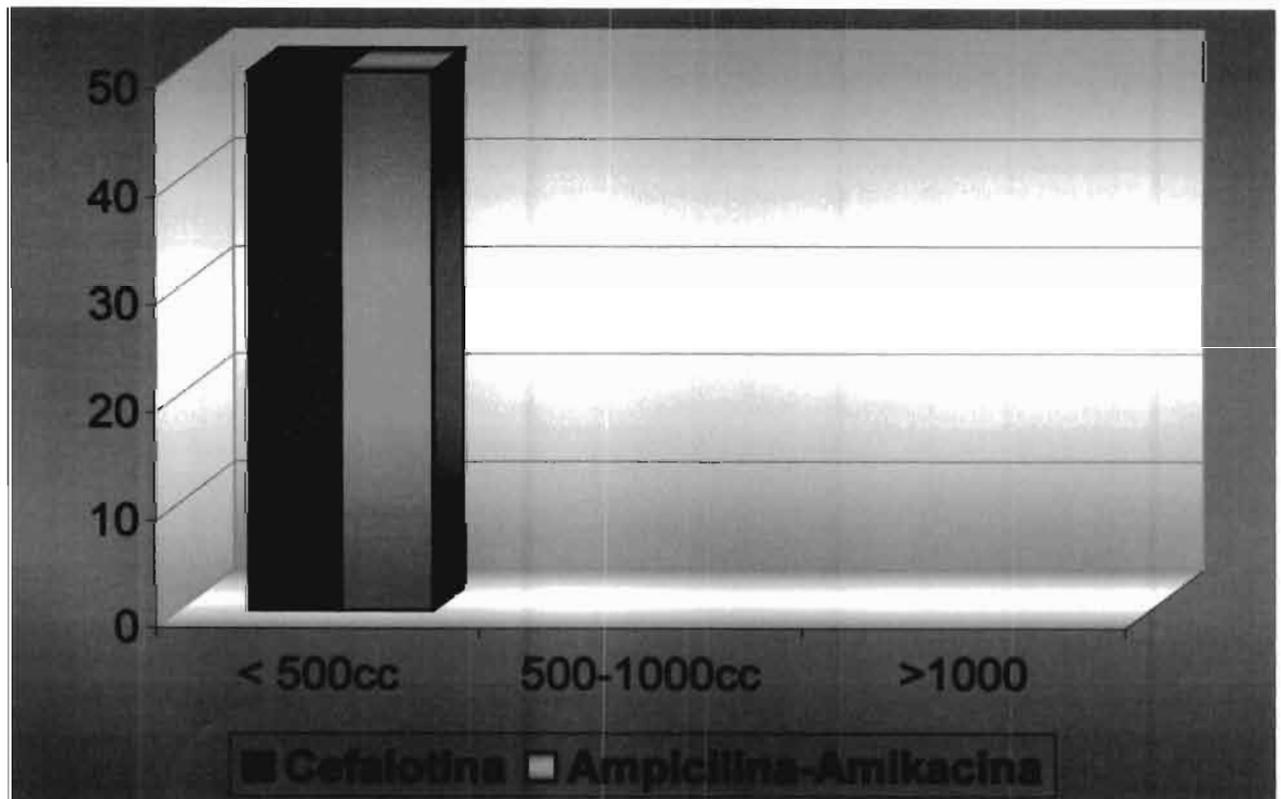
GRAFICA No. 5

Método planificación familiar transquirúrgico



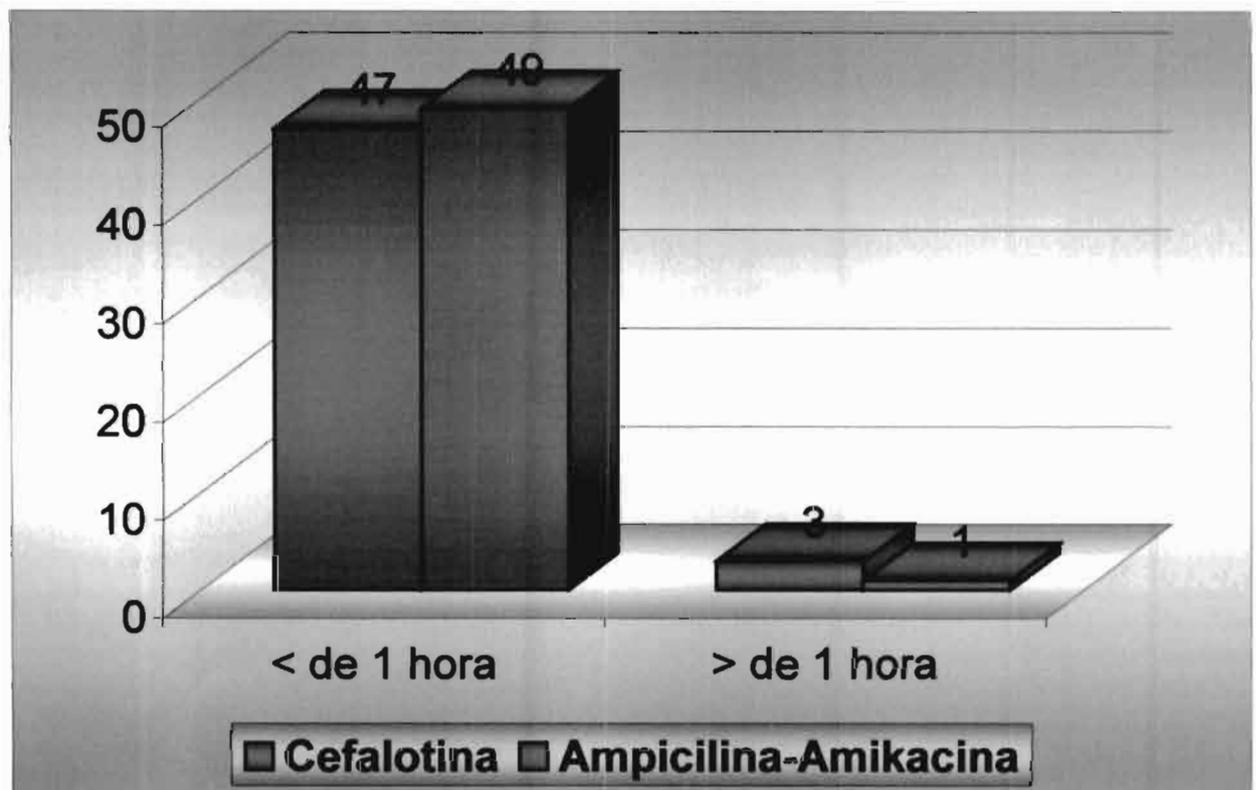
GRAFICA No. 6

Sangrado



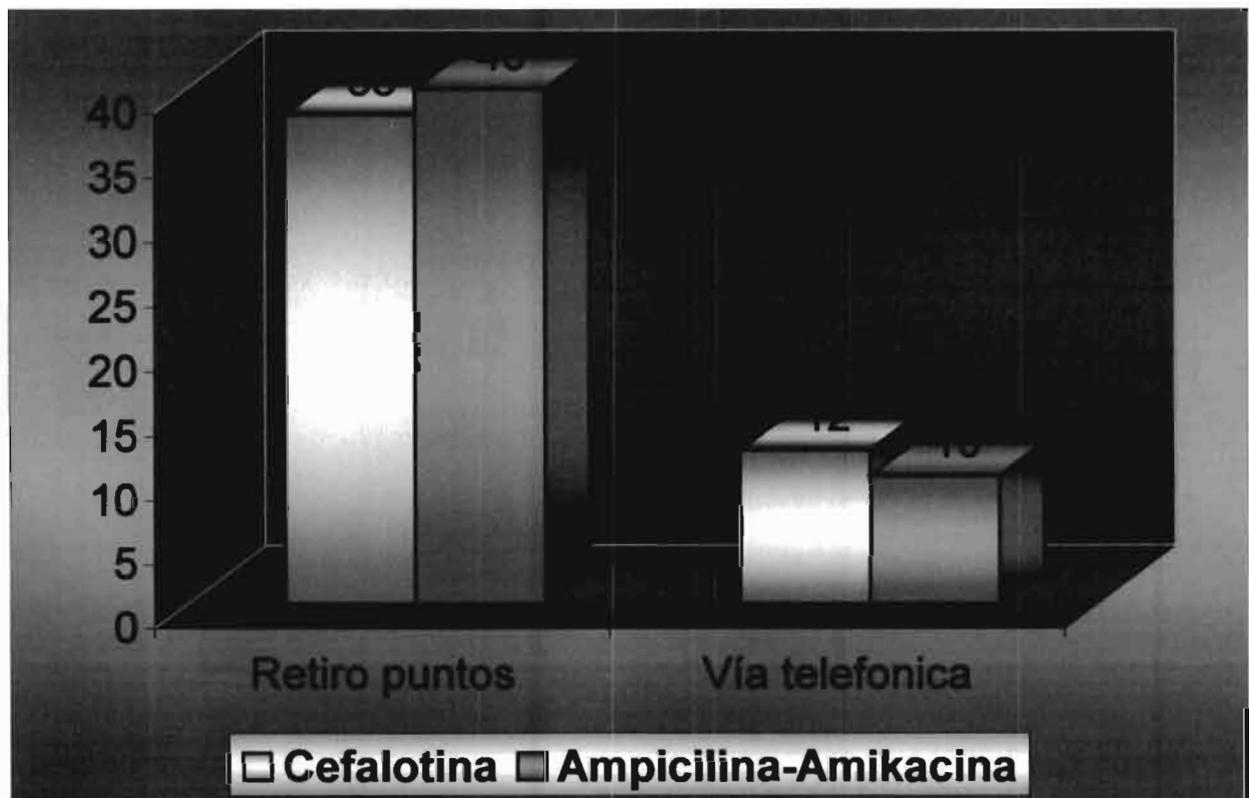
GRAFICA No. 7

Duración de la cirugía



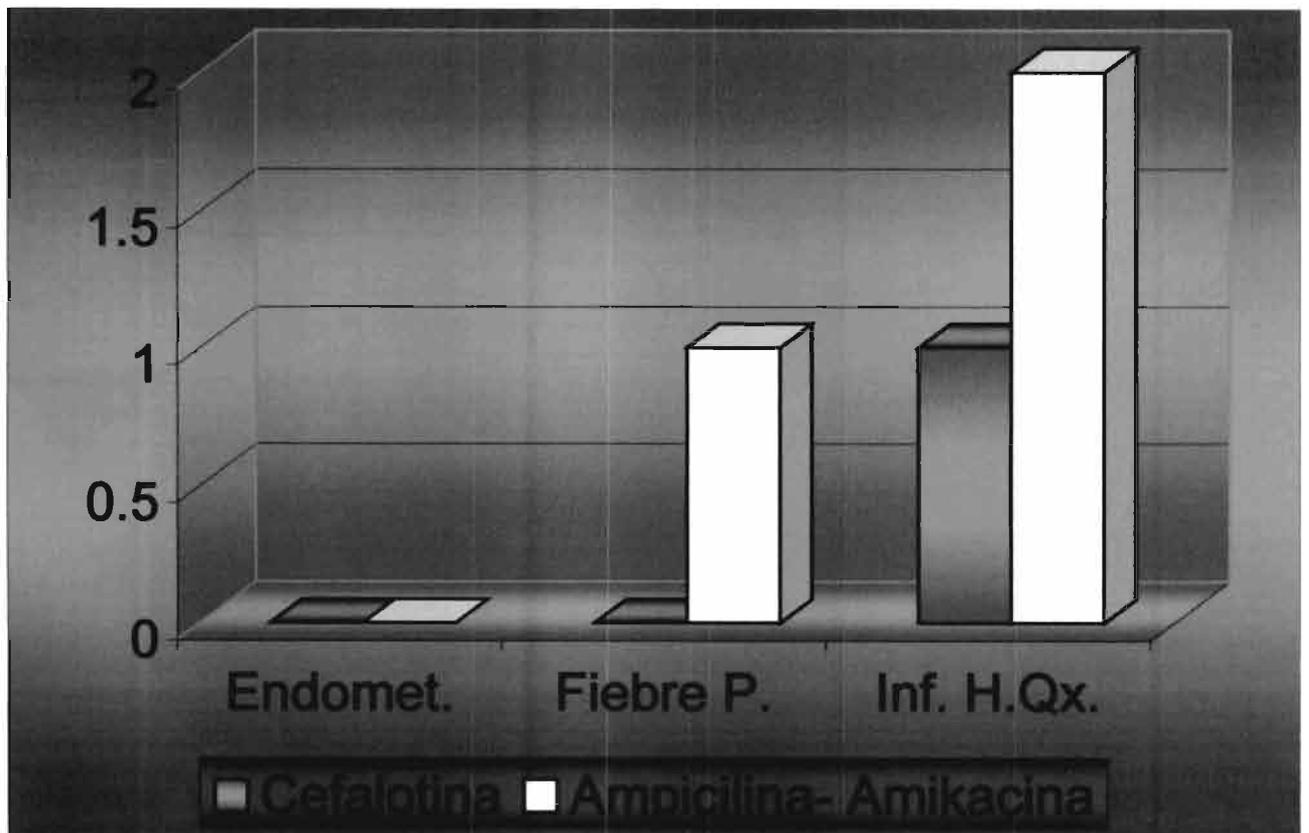
GRAFICA No. 8

Asistencia a retiro de puntos



GRAFICA No. 9

Complicaciones



GRAFICA No.10

Heridas Infeccionadas

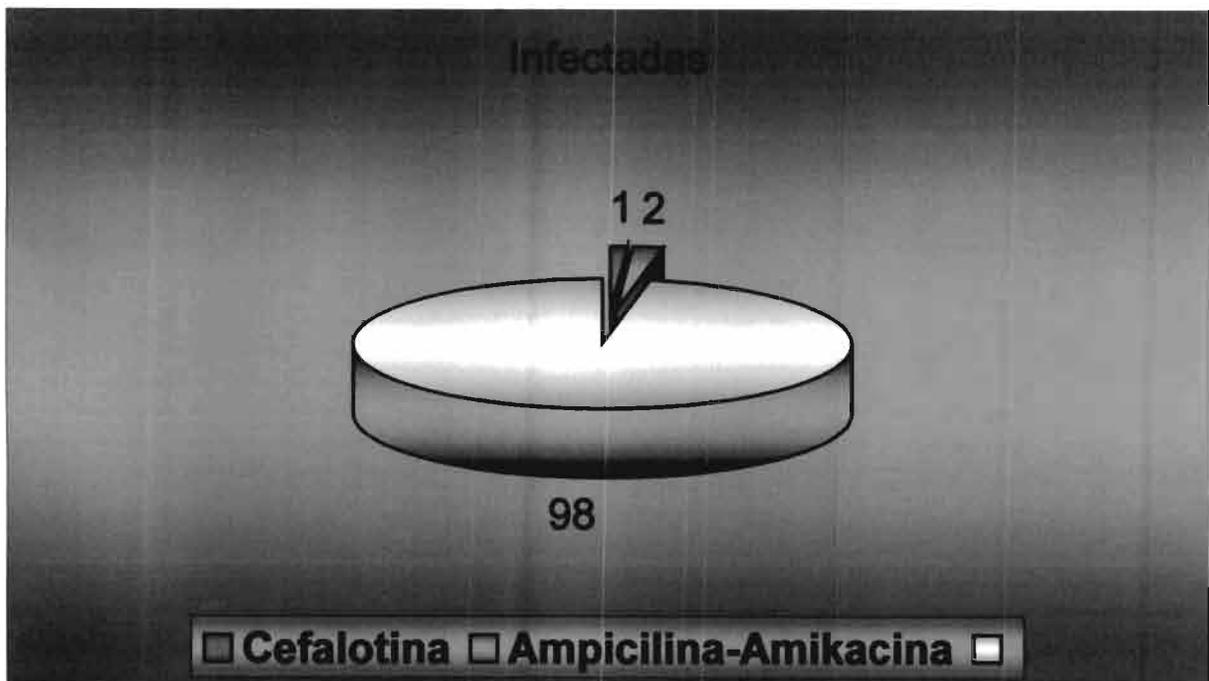


TABLA No.1

Complicaciones

	GRUPO I	GRUPO II
Fiebre puerperal	0	1
Infección de vías urinarias	0	0
Endometritis	0	0
Infección de herida quirúrgica	1	2
Total	1	3

TABLA No.2

Datos de pacientes Infectadas

	Tipo incisión	Cirujano	Método planificación familiar	Control prenatal	Hospitalización
Gpo 1	Pfannenstiel	R3	SPC	>5	NO
Gpo 2	Pfannen.	R3	DIU	7	SI
	Media	R3	SPC	3	NO

CONCLUSIONES

El nacimiento vía abdominal en nuestro país y por ende en nuestra institución es elevado, se habla del 40% del total de nacimientos, teniendo en cuenta que en promedio tenemos un total de 22 mil nacimientos anuales.

El diagnóstico mas frecuente para nacimiento vía abdominal electivo es la cesarea iterativa, y éste es el grupo de pacientes que seleccionadas como en nuestro grupo de estudio, deben de tener el menor porcentaje de complicaciones postquirúrgicas, con una adecuada profilaxis antibiótica.

Las infecciones de herida quirúrgica se presentan de un 2 a un 3% en eventos obstétricos abdominales, frecuencia que fue compatible con el 3% que obtuvimos en nuestro estudio.

La presencia de herida quirúrgica se presenta posterior a las primeras 48 horas de la intervención quirúrgica, por lo que las pacientes acudieron a atención posterior a haber sido dadas de alta, ya que en nuestra institución son vigiladas 48 horas posterior al evento quirúrgico.

El diagnóstico se realizó mediante observación directa de la herida quirúrgica infectada en una paciente del grupo 2, en los otros dos casos fue la paciente por vía telefónica quien nos comentó que acudieron con médico particular quien recetó medicamento antibiótico vía oral no especificado para infección de herida quirúrgica, no requiriendo curaciones u otro procedimiento.

Los resultados en ambos grupos de estudio con una diferencia mínima al tener 1 caso de infección de herida quirúrgica en el grupo 1 y dos casos en grupo 2. Diferencia estadísticamente no significativa con una $p > .05$.

En cuanto a la tolerancia y reacciones medicamentosas no se tuvo ninguna en ambos grupos, pero si una diferencia importante en cuanto a costos, el cual para pacientes del grupo uno el costo del manejo antibiótico fue de \$16.00 por paciente, mientras que para el grupo 2 fue de \$45.00 por pacientes. Lo anterior aunado al instrumental utilizado y al tiempo de enfermería utilizado para la aplicación de múltiples dosis de estos medicamentos.

En nuestra institución el manejo profiláctico con antibióticos para cesareas en general es el mismo, en este estudio demostramos que el uso de un antibiótico cefalotina en dosis única para pacientes seleccionadas puede ser tan efectivo como el ya establecido, pero teniendo las ventajas de la disminución de los costos por paciente, así como la carga de trabajo para el personal de enfermería.

Por lo anterior creemos firmemente en esta opción terapéutica para la profilaxis antibiótica en cesarea electiva, así como se abre el campo para investigación ya sea en un estudio con una muestra mas grande y como estudio doble ciego para darle mayor soporte a esta opción terapéutica, sin olvidar que esta al alcance en nuestra institución.

REFERENCIAS:

1. Kaiser AB. Antimicrobial prophylaxis in surgery. *N.Engl J Med* 1986;315:1129-38.
2. Bagratee JS, Moodley J, Kleinsmidt I, Zawwuilski W. A Randomised controlled trial of antibiotic prophylaxis in elective cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1981;57:277-82.
3. Duff P, Smith PN, Keiser JF. Antibiotics Prophylaxis in low risk cesarean section. *J Reprod Med* 1982;27:132-8.
4. Acog Practice Bulletin No.47, Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery *Obstet Gynecol.* 2003;102:875-82.
5. Bagratee JS, Moodley J, Kleinschmidt W. A randomized controlled trial of antibiotic prophylaxis in elective cesarean delivery. *BJOG* 2001; 108: 143-8.
6. Carlson C, Duff P. Antibiotic prophylaxis for cesarean delivery: is an extended spectrum necessary? *Obstet Gynecol* 1990;76,343-6.
7. Faro S, Martens MG, Hammill HA, Riddle G, Tortolero G. Antibiotic prophylaxis: is there a difference? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162, 900-7; discussion 907-9.

Encuadernaciones Profesionales

Tacuba 1645 Ote. Centro Monterrey, N.L.
Tels.: 8344-65-25 y 8989-60-89