

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán"

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL

Dr. Joaquín Hernández Torres,¹ Dr. Gilberto Pardo Gómez² y Dra. Isabel C. Acosta Guedes¹

RESUMEN

Se estudiaron retrospectivamente los expedientes clínicos de 155 pacientes a las que se les realizó histerectomía por vía abdominal o vaginal, en el Servicio de Cirugía General durante un período de 30 meses. Las pacientes se dividieron en 3 grupos según: a) recibieron antibioticoterapia perioperatoria, b) recibieron antibioticoterapia en el posoperatorio inmediato y c) no recibieron tratamiento antibiótico. Se analizó la tasa de infección de la herida quirúrgica, además de la relación de ésta con algunos factores, entre ellos el tiempo quirúrgico y la antisepsia vaginal. Se llevaron los resultados a tratamiento estadístico (chi cuadrado y *test* de Fisher) y se concluyó en que existe diferencia significativa entre la tasa de infección de la herida cuando se utiliza profilaxis perioperatoria (4,7 %) si se compara con las pacientes que no recibieron tratamiento antibiótico.

Descriptor DeCS: HISTERECTOMIA; HISTERECTOMIA VAGINAL; ANTIBIOTICOS/administración & dosificación; ANTIBIOTICOS/ uso terapéutico; INFECCION DE HERIDA OPERATORIA/prevención & control; PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

La frecuencia de complicaciones infecciosas en histerectomía abdominal y vaginal varía entre los diferentes autores y todos coinciden en que el riesgo es mayor en la vía vaginal¹ donde el tratamiento profiláctico con antibióticos puede disminuir marcadamente las complicaciones infecciosas.²

En la historia, cirugía e infección son vínculos que hasta hoy permanecen sin resolver en su totalidad. Clínicos e investigadores se han esforzado por combatir las

infecciones posquirúrgicas y así tratar de disminuir o anular los daños causados por éstas.

La utilización de antibióticos en la prevención de la infección de la herida ha suscitado controversias e informaciones contradictorias. Hoy día está demostrada la eficacia de la profilaxis perioperatoria en situaciones concretas y están bien establecidas las indicaciones y técnicas de su utilización.^{3,4}

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular.

Presentamos nuestros resultados al analizar la utilización o no de antibióticos en la histerectomía abdominal y vaginal; además de la influencia que ésta y otros factores pueden ejercer en la aparición de sepsis posoperatoria y en el comportamiento del tiempo hospitalario.

MÉTODOS

La muestra que se estudió comprendió 155 pacientes con afecciones ginecológicas, a las cuales se les efectuó histerectomía abdominal o vaginal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán", durante un período de 30 meses (enero de 1992 a junio de 1994), distribuidas en 3 grupos, según recibieron: a) profilaxis perioperatoria, b) antibioticoterapia en el posoperatorio inmediato y c) no recibieron tratamiento antibiótico alguno relacionado con la operación.

En la profilaxis perioperatoria se utilizó cefazolina con la dosis de 1 g durante la inducción anestésica o en el transoperatorio y luego cada 6 h hasta completar 24 h de profilaxis. El segundo grupo recibió el antibiótico en el posoperatorio inmediato y el tratamiento se prolongó por 5 d como promedio. El resto de las pacientes recibió tratamiento antibiótico por si aparecían complicaciones sépticas y se indicó por 7 a 10 d.

Días antes de la operación se lavó la vagina con alguna solución antiséptica. Se tomó el tiempo quirúrgico para valorar la posible relación de éste con la tasa de infección.

Las heridas abdominal y vaginal se examinaron a partir del tercer día del posoperatorio y con anterioridad, ante la presencia de fiebre durante el ingreso, y de forma ambulatoria a las 4 semanas del

alta hospitalaria y se consideró herida infectada aquella que drenara contenido purulento o cuyo exudado mostrara cultivo positivo.

En el estudio estadístico se aplicó la prueba de chi cuadrado y de probabilidad exacta de Fisher indicado para el estudio de frecuencias. Para todas las comparaciones efectuadas se ha elegido el nivel de significación del 5 %.

RESULTADOS

El promedio de edad del grupo estudiado fue de 44,2 años. La paciente más joven tenía 23 y la más anciana, 83 años.

En nuestro estudio 63 pacientes recibieron profilaxis antibiótica perioperatoria y apareció sepsis de la herida en 3 pacientes (4,7 %). Once pacientes recibieron antibióticos en el posoperatorio inmediato y ocurrió infección en 2 pacientes (18,1 %). Las 81 pacientes restantes no recibieron tratamiento antibiótico en relación con la operación y apareció la complicación infecciosa en 20 de ellas (24 %) (fig. 1).

La figura 2 muestra que no hubo diferencia significativa en la tasa de infección cuando se aplicó, o no, la antisepsia vaginal (15,6 % y 18,65 respectivamente).

Al analizar la relación entre la duración de la operación y la aparición de infección, encontramos 15 pacientes con sepsis de la herida, cuando la operación demoró entre 1 y 2 h (fig. 3).

La figura 4 muestra el comportamiento del tiempo hospitalario. Cuando se utiliza la profilaxis éste fue menor (5,8 d) en comparación con las que recibieron antibióticos posoperatorio y las que no los recibieron (8,8 y 9 d respectivamente).

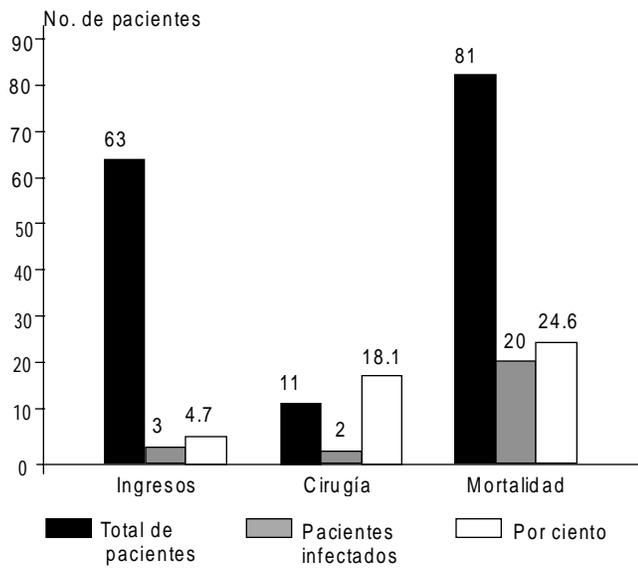


Fig. 1. Relación entre indicación de anti-biótico y tasa de infección.

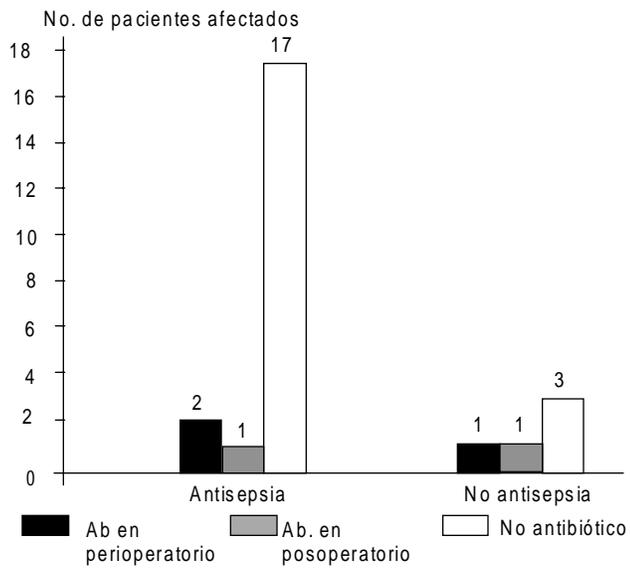


Fig.2. Relación entre antisepsia vaginal y aparición de infección.

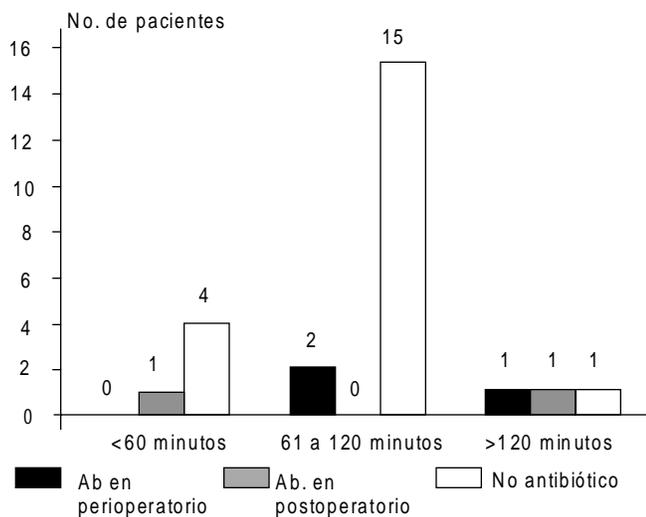


Fig.3. Relación entre tiempo quirúrgico y aparición de infección.

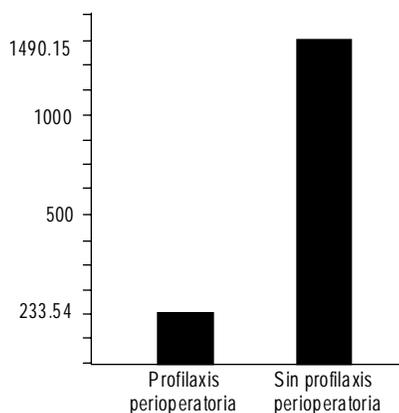


Fig.4. Estadía promedio.

DISCUSIÓN

Encontramos que la tasa de infección es mucho menor en las pacientes que recibieron profilaxis perioperatoria, lo cual concuerda con la literatura médica revisada.^{5,6}

Las complicaciones infecciosas, después de histerectomías, se deben con frecuencia a bacterias que provienen de la flora

vaginal^{7,8} por lo cual la reducción local de esta flora debe asociarse con la quimioprofilaxis sistémica.⁹

Se considera que el tiempo quirúrgico no es un factor de gran importancia en la aparición de sepsis quirúrgica, cuando se utiliza profilaxis perioperatoria.¹⁰ La mayoría de las pacientes que presentaron infección de la herida se operaron en un tiempo quirúrgico aceptable, pero no habían recibido antibióticos profilácticos.

En nuestro servicio el tiempo hospitalario promedio en las pacientes con evolución favorable es de 5 d. La no utilización de antibioticoprofilaxis conllevó a una tasa de infección mayor y por consiguiente a un incremento de 4 d como promedio en la permanencia hospitalaria.

De los datos expuestos podemos inferir que la no utilización de antibióticos perioperatorios significó un aumento de la tasa de infección y el tiempo hospitalario, por consiguiente un incremento de los costos hospitalarios.

SUMMARY

A retrospective study of the medical histories of 155 patients who underwent vaginal or abdominal hysterectomy at the General Surgery Service during 30 months was conducted. Patients were divided into 3 groups: a) patients who received perioperative antibiotic therapy, b) patients that were administered antibiotics therapy in the immediate postoperative and c) those under no antibiotics treatment. The surgical wound infection rate was analyzed as well as its relation with some factors, such as surgical time and vaginal antisepsis. The results were statistically treated (chi square and Fisher's test) and it was concluded that there is a significant difference between the wound infection rate of patients receiving perioperative prophylaxis (4.7 %) and those without antibiotics treatment.

Subject headings: HYSTERECTOMY; HYSTERECTOMY, VAGINAL; ANTIBIOTICS/administration & dosage; ANTIBIOTIC/therapeutic use; SURGICAL WOUND INFECTION/prevention & control; ANTIBIOTICS PROPHYLAXIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burke JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery* 1961;50:161-8.
2. Gómez Alonso F, Lozano Sánchez F, Abdel-Lah BA, García García J. Profilaxis antibiótica en cirugía abdominal. *Cir Esp* 1987;42(2):268-72.
3. Galash RP. Flora vaginal y su participación en enfermedades. *Clin Obst Gynecol*. 1976;19(1):61-78.
4. Packer AJ, Claric AM, Mullins P. Comparison of ceftriaxone and Ornidazole for prophylaxis of infection in vaginal hysterectomy. *Sydney. 32nd World Congress of Surgery*, 1978:92-5.
5. Gonen R, Samber Y, Levinski R. Effect of irrigation or intravenous antibiotics prophylaxis on infectious morbidity at cesarean section. *Obstet Gynecol* 1986;67(4):232.
6. Hamond KA. Prophylactic antibiotic in vaginal hysterectomy: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1982;37(4):207.
7. Franchi M, Scobardi E. Infections in obstetric gynecologic surgery: chemoantibiotic prophylaxis and therapy. A bibliographic review. *Ann Obst Gynecol Med Perinatol* 1990;111(5):26.
8. Leveno KJ, Qurk JG, Cunningham FG. Perioperative antimicrobial at cesarean section: leavage versus three intravenous doses. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149-463.
9. Lane J, Mercer MD, Harry J, Murphy MD, Mahomoud A. A comparison of cefonicid and cefoxitin for preventing infections after vaginal hysterectomy. *J Rep Med* 1988;33(2):223.
10. Munck AM, Munck Kaaluna JH. Preoperative clindamycin treatment and vaginal drainage in hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68:241-5.

Recibido: 7 de mayo de 1998. Aprobado: 15 de junio de 1998.

Dr. *Joaquín Hernández Torres*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán". Calle 26 y Boyeros, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.