

# Uso de Antibioticoterapia Profiláctica en la Histerectomía Vaginal (\*)

Por el *Dr. Enrique O. Samayoa (\*\*)*

A fines de 1973 y basado en la experiencia de autores extranjeros (1-3-4) -se presentó al Departamento de Ginecología y Obstetricia la inquietud de poner en práctica el uso de la antibioticoterapia profiláctica en las pacientes sometidas a histerectomías vaginales. Lo anterior se basó en el hecho de que a través de varios años hemos sido testigos de las severas complicaciones de tipo infeccioso post-operatorio, que estas pacientes han tenido a pesar de haber sido meticulosos en todo lo que estaba a nuestro alcance en el campo de asepsia o de técnicas quirúrgicas.

En varias oportunidades las pacientes sufrieron reintervenciones, las que variaron de simples exploraciones de cúpulas vaginales, a laparatomía exploradora en las que se encontraron colecciones purulentas en fondos de saco de Douglas como abscesos tubo-ováricos que requirieron su eliminación, fuere cual fuere la edad de la paciente. Para llegar a tal determinación se consideraba la complicación de la siguiente manera: 1) Todo incremento de temperatura de 38°C por 48 horas o más es complicación infecciosa mientras no se demuestre lo contrario (3-5-7-6). La presencia de leucocitosis con predominio de neutrófilos y la ausencia de evidencia de infección urinaria por el análisis respectivo, imponía la conducta de dar antibióticos de preferencia de amplio espectro, por el tipo de flora bacteriana que prepondera en la vagina (1-2). Si la temperatura persistía elevada por más de 48 horas se procedía a la exploración de cúpula y 3) ulteriormente a la Laparatomía mencionada. De esta manera los pacientes han llegado a permanecer hasta 45 días y algunas de ellas con mayores complicaciones como han sido la diseminación de proceso infeccioso en toda la cavidad abdominal hasta llegar a producir abscesos subdiafragmáticos que en más de una vez provocaron la muerte de la paciente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Por todo lo anterior se consideró el empleo profiláctico de antibióticos como medio práctico de evitar infecciones y de esta manera, disminuir los costos de hospitalización, por lo que es muy interesante el conocer los resultados obtenidos con antibioticoterapia profiláctica; se decidió que toda paciente sometida a histerectomía vaginal, sin importar su grado de procidencia uterina, de cisto o rectocele fuera candidata a ser incluida en el presente estudio.

Durante los meses comprendidos de enero a octubre de 1974, se histerectomizaron, vía vaginal con cobertura de antibióticos, a 15 pacientes.

---

(\*) Trabajo presentado en el Congreso Médico Nacional llevado a cabo en la ciudad de Choluteca - 7 de febrero de 1975. (\*\*) Catedrático de Gineco-Obstetricia y Jefe del Servicio de Ginecología del H.M.I.

Los antibióticos de elección fueron la Carbenicilina de Sodio y Cefalotina sódica las que se emplearon de la siguiente manera: durante el acto operatorio se instilaron por vía intravenosa, en solución de suero dextrosado al 5% de 500 cc, la cantidad de 2 gramos de uno u otro medicamento y a continuación se ordenaba 1 gr. cada 4 horas por 48 horas vía IM.

Las pacientes hysterectomizadas se dejaban además con cúpula vaginal abiertas (1-4), para permitir el drenaje y si el sangrado operatorio hubiera sido abundante, se recomendaba usar drenaje de Penrose en cúpula vaginal. No se dejó empaque vaginal y en lo posible se descartó el uso de la sonda vesical a menos que fuera un Cistocele III.

De esta manera se observó una notable disminución de la incidencia de infecciones en comparación con 39 pacientes revisadas como casos controles de los cuales en 27 no se usó antibióticos y los 12 restantes recibieron profilácticamente otra clase de antibióticos. Los antibióticos usados en las 12 pacientes restantes fueron Ampicilina, Penicilina y quimioterápicos de tipo de Sulfasoxazol observándose también que estas pacientes fueron menos afectadas por los procesos infecciosos. Otros investigadores (5-6) han usado combinaciones de antibióticos como son la penicilina, tetraciclina o estreptomina y kanamicina (5) obteniendo una disminución de la incidencia de las infecciones en 20 a 7% (6). También ellos se han basado en el hecho de que las bacterias aisladas del tracto genital han sido preponderantemente anaeróbicos del tipo de los bacteroides y gram negativos como el E. Coli, proteus y Klebsiella. En medios más avanzados se ha tenido la ventaja de usar drogas del tipo de la clindamicina que es específico para infecciones por bacteroides, pero que desgraciadamente no hay en el mercado.

#### RESULTADOS:

Como puede verse en los resúmenes recogidos en las tablas que se presentan, la infección fue casi nula en las pacientes que fueron sometidas al presente estudio (tab. 2) haciendo notar que su pequeño número no puede tomarse como significativo para sacar conclusiones que deban tomarse como definitivas, pero sí son suficientemente ilustrativos los resultados, para desear que se continúe este estudio, que hasta el presente, demostró una notable economía por no haber implicado en ninguna de ellas internamientos mayores de 5 días.

Valga la observación que estas pacientes simultáneamente y en un 6% de los casos se les practicó además salpingo ooforectomía bilateral (Tabla 6). Como puede observarse (Tabla 2) sólo una de ellas presentó proceso febril significativo por tres días. Del grupo control, 12 recibieron antibióticos en la forma previamente indicada y de éstas un 75% se mantuvieron afebriles, las restantes tuvieron procesos sépticos de las cuales ninguna necesitó laparatomía. De las 27 pacientes controles sin antibióticos un 42.9% estuvieron afebriles y un significativo número de 57.2% presentaron significativas evidencias de infección, las cuales en algunas de las pacientes quirúrgicas repetidas como ser laparatomías, implicando estadios hospitalarios hasta por un máximo de 45 días (Tabla 2-3-4).

El grado de procidencia uterina no parece haber tenido una estrecha relación con la incidencia de infección post-operatoria, dado que algunas pacientes con histerocele Grado III tuvieron evolución similar a otras con histerocele I y lo que parece haber tenido una mayor relación con las complicaciones fue el grado de cistocele que algunas veces su reparación implicó mayor esfuerzo que la simple hysterectomía. Lo anterior se verifica al notar la relación que existe entre el tiempo de intervención y la incidencia de infecciones (Tabla 6).

TABLA 1

De 44 casos presentados 39 son casos controles de los que 12 también recibieron antibioticoterapia pero sin ajustarse a las normas aquí presentadas:

## DURACION DE CURSO FEBRIL EN CADA GRUPO

Paciente	Afebril	Fiebre de 38°C o más		
		1 día	2 días	3-15 días
Grupo control con antibióticos	6	3	2	1
Grupo control sin antibióticos	8	4	4	11
Grupo de estudio	14	0	0	1

TABLA 2

Los pacientes con proceso febril de 38°C o más, pero no mayor de 24 horas, no se consideraron infectadas porque hubo remisión espontánea de la fiebre, su condición se considera como posible consecuencia de deshidratación y hasta posible pneumonitis post-quirúrgica. Su incidencia unida a la de las pacientes afebriles se resume a continuación:

Clasificación	Pacientes	Afebril o temperatura 38-39°Cx24 Hrs.	%
Grupo control con antibióticos	12	9	75.6
Grupo control sin antibióticos	27	12	43.2
Grupo de estudio	15	14	93.0

TABLA 3

Las pacientes con proceso febril de 38°C o más, con duración de más de 48 horas requirieron desde institución de antibioticoterapia hasta laparatomía exploradora.

Clasificación	Nº total de pacientes	Con T mayor 38°C x 48 horas	%
Grupo control con antibióticos	12	3	25.0
Grupo control sin antibióticos	27	15	57.2
Grupo de estudio	15	1	6.6

TABLA 4

No todas las pacientes en quien se hizo exploración de cúpula vaginal se sometieron a laparatomía pero si todas las laparatomizadas fueron precedidas de exploración vaginal.

Clasificación	Total de Explor. de cúpula			Laparatomía	
	pacientes	Nº Pac.	%	Pacientes	%
Grupo control con antibióticos	12	1	8.3	0	0
Grupo control sin antibióticos	27	4	14.4	3	11
Grupo de estudio	15	1	6.6	0	0

TABLA 5

De la clasificación de la relajación del suelo pélvico nos limitamos a clasificar el histerocele y cisto rectocele en el grupo control. Por haber sido el primer grupo sometidos a salpingooforectomías vaginales, en un 60% de los casos, interesaba demostrar solamente el grado de histerocele.

Grupo	Histerocele			Cistocele			Rectocele			total Procidencia
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	
Control con antibióticos	1	3	3	0	3	4	1	1	5	4
Control sin antibióticos	2	11	7	1	6	12	7	8	4	7
Estudio	3	8	2	—	—	—	—	—	—	2

TABLA 6

El tiempo empleado en las intervenciones quirúrgicas demostró ser factor determinante en las infecciones post-operatorias no así el grado de procedencia uterina.

Nº	Edad	Hís.	Císt.	Rec.	Rec.	Hr.	Tiempo Mnt.	Procesos febriles mayores de 48 horas	Profilaxis ó con antibióticos
1	51	III	III	III	III	2	45	38° a 39° C por 5 días	Sí
2	43	III	Estudio			2	15	38° a 39° C por 5 días	Sí
3	46	I	I	III	III	3	0	Laparatomía y hospitalización por 45 días	No
4	48	II	III	I	I	1	45	38° a 39° C y laparatomizada	No
5	44	II	III	I	I	1	45	38° a 39° C y laparatomizada	No
6	64	III	II	II	II	2	00	38° C por 4 días	No
7	60	III	III	I	I	1	10	38° a 39° C exploración cúpula vaginal	No
8	49		Procidencia			2	20	38° a 39° C y laparatomizada	No
9	68					2	25	38° a 39° C por 5 días	No
10	38		Genital			1	35	38° a 39° C por 12 días	No
11	63					?	?	38° a 39° C por 6 días	No
12	62		Total			1	15	38° a 39° C por 5 días	No

## RECOMENDACIONES:

Está más que probado por las publicaciones internacionales (1-3-4-5-6) que la aplicación de antibioticoterapia profiláctica tiene un resultado positivo en la histerectomía vaginal y que los argumentos habidos en relación, a que el uso de antibióticos pueda dar lugar a super-infecciones, cuando se usan profilácticamente, aquí no tienen mayor aceptación por el hecho de que se considera que este tipo de cirugía se verifica en campo contaminado.

En conclusión el presente estudio se ha presentado para motivar, a aquellos que han tenido problemas de esta índole, a que hagan estudios similares y poder encontrar una terapéutica médico-quirúrgico que resuelva la situación de internamientos prolongados por complicaciones post-operatorias infecciosas, en pacientes que han ingresado en satisfactorias condiciones de salud, y que algunas veces se han obtenido en ellas resultados fatales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—WHECLESS, C. R.: Postoperative pelvic infections. *Cl. Obstet. Gynecol.* Vol. 16, N<sup>o</sup> 2, June 73.
- 2.—SWENSON, R. M.; MICHELSON, T. C.; DAILY, M. J.; APAULDING, E. H.: Anaerobia bacterial infections of the female genital tract. *Obstet. and Gynec.* 42:538, 1973.
- 3.—ROSENHEIN, G. E.: Prophylactic antibiotics in elective abdominal histectomy. *Am. J. Obstet. and Gynecol.* Vol. 119, N<sup>o</sup> 3, June 1, 1974.
- 4.—ALLEN, J. L.; RAMPONE, J. E.; WHEELESS, C. R.: Of a prophylactic antibiotic in elective mayor Gynecol. Operations. *Obstet. and Gynecol.* Vol. 39, N<sup>o</sup> 2, febrero 1972.
- 5.—BOLLING, D. R.; PIUMKETT, G. D.: Prophylactic antibiotics for vaginal hysterectomies. *Obstet. and Gynecol.* Vol. 41, N<sup>o</sup> 3, May 1973.