

Pregunta: ¿Antibióticos en las cesáreas?

Actualización noviembre 2009

Dr Haroldo Capurro

RUTINA de ADMINISTRACION de ANTIBIÓTICOS en las CESAREAS

ANTECEDENTES

La operación cesárea tiene entre 5 y 20 veces mayor posibilidad de infectarse que el parto vaginal. Fiebre, endometritis, infección de la herida y bacteriemia son frecuentes aunque, también son probables las infecciones severas como la sepsis y los accesos pélvicos. Importantes factores asociados que incrementan el riesgo de infección en caso de la cesárea (incluyendo la de emergencia) son la duración del trabajo de parto previo, tactos vaginales repetidos, duración de la ruptura de las membranas y algunos factores otros con más débil asociación. Algunos principios generales pueden contribuir a disminuir la infección post-quirúrgica como ser la técnica quirúrgica utilizada, la antisepsia de la piel y la profilaxis con antibióticos (ATB) (1). Gould (2) en Inglaterra describe factores de riesgo de infección como, es la obesidad, la diabetes, patologías en general, tipo de incisión, la presión que se ejerce sobre la herida (venda, apósito), la aproximación del cierre de la herida, la profilaxis antibiótica y define a su vez estrategias para extremar los cuidados hospitalarios post-cesárea.

RESULTADOS

Antibiótico profiláctico versus NO antibiótico en las cesáreas

Hemos seleccionado como documento base, una revisión sistemática realizada por Smail y Hofmeyr (3) que incluyó 81 estudios clínicos randomizados que compararon la profilaxis antibiótica con placebo o no intervención, tanto en la cesárea electiva como las NO electivas.

Se estudiaron dos grupos que reunieron 23.073 mujeres y en ambos (cesárea electiva y no electiva) la reducción de la endometritis fue de 61% (RR = 0,39 IC 95% 0,31-0,53) mientras que la de la infección de la herida se redujo en 59% (RR = 0,41 IC 95% 0,29-0,43).

En la cesárea electiva, la reducción de la endometritis fue de 62% (RR = 0,38 IC 95% 0,22-0,64) y en la NO electiva 61% (RR = 0,39 IC 95% 0,34-0,46).

La infección de la herida se redujo en la cesárea electiva un 27% (RR = 0,73 IC 95% 0,53-0,99) y en la NO electiva un 64% (RR = 0,36 IC 95% 0,56-0,51).

Este documento es un instrumento de información, que no pretende reemplazar al profesional médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

Las diferencias en todos los resultados fueron estadísticamente significativas.

Un estudio más reciente realizado en Brasil (4) hace una revisión sobre la administración de antibióticos profilácticos en la cesáreas y los compara con un placebo. El descenso de la infección (incluyendo la endometritis y la infección de la herida quirúrgica) fue de 65% o sea en total la infección descendió de 11% a 5%. En 12 estudios clínicos randomizados se encontró que el mayor beneficio, fue en los casos de cesáreas no electivas.

En general, se concluye una importante reducción de la endometritis y la infección de la herida post-cesárea por lo que es una intervención altamente recomendable.

Diferentes esquemas de antibióticos

Rudge (5) realizó un estudio clínico randomizado controlado que analizó diferentes modelos de administración de ATBs y comparó sus resultados con la no administración de ATB (Grupo 1), con el fin de prevenir la infección post-cesárea. A los otros grupos se le administró esquemas diferentes: al Grupo 2, se le administró una sola dosis pre-operatoria de cefalozin y al Grupo 3 una sola dosis de cefalozin endovenosa intra-operatoria. Cada uno de los grupos reunieron 200 mujeres. Sus indicadores fueron la prevalencia de la infección de la herida, y la infección puerperal post-cesárea y los costos.

Los resultados mostraron que la administración de cefalozin reduce un 89% la infección puerperal en relación con el grupo que no recibió ATB. La reducción con penicilina fue de 78% pero las diferencias no fueron significativas. No hubo muertes maternas. Los costos usando cefalozin fueron similares a los de la administración de penicilina.

Tita (6) en Estados Unidos, estudió 3 períodos con diferentes esquemas de administración de ATB profilácticos post-cesárea. Se estudiaron casi 11.000 cesáreas de más de 24 semanas de gestación. Entre 1992-1996 se administró cefalosporina de 1er y 2da generación como profiláctico y luego se extendió el espectro agregándose doxicilina endovenosa y azitromicina oral (1997-1999) para luego (2001-2006) el esquema extendido se hizo rutina, sólo cambiando la vía de la azitromicina a endovenosa. La endometritis disminuyó en el período de aplicación del esquemas extendido (1997-1999) de 19,9% a 15,4% (RR = 0,77 IC95% 0,66-0,91), pero cuando se hizo rutina (2001-2006) la frecuencia de endometritis disminuyó al 6,3%.

Tipos de ATB como profilácticos para la operación cesárea.

Está demostrado que la profilaxis antibiótica en la operación cesárea es efectiva para reducir la morbilidad infecciosa, pero el régimen de tratamiento si bien se ha obtenido algunos esquemas exitosos (6) aún no se ha dilucidado, ni

Este documento es un instrumento de información, que no pretende reemplazar al profesional médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

el tipo, ni la dosis ni la vía de administración. El Objetivo del trabajo de Meyer (7) fue comparar la eficacia y costo de la profilaxis con cefalozina solo (2g) o adicionando al cefazoline (1g) y metronidazol (500 mg).

El total de mujeres estudiadas fue de 160 (81 para el primer grupo y 79 para el segundo). Los Resultados mostraron que el 23% del total de mujeres desarrollaron endometritis. Hubo una reducción significativa (14% versus 32%) de infecciones post-operatorias y de días de estada hospitalaria en el grupo al que se le administró cefalozina y metronidazol versus que el grupo al que se le administró solo cefazoline. El costo también fue inferior.

CONCLUSION

La profilaxis con antibióticos en la cesárea ya sea electiva o de emergencia es una recomendación positiva y al día de hoy está respaldada por la evidencia científica. Habría que ajustar el antibiótico más efectivo y seguro y el momento, dosis y vía de la administración.

BIBLOGRAFIA

- 1) Owen J, Andrews WW. Wound complications after cesarean section. Clin. Obstet Gynecol. 1994 Dec;37(4):842-855. Revision.
- 2) Gould D. Caesarean section, surgical site infection and wound management. Hurs Stand. 2007 Apr 18-24;21(32):57-8, 60,62 passim.
- 3) Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Review): In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Updated Software. A substantive amendment to this systematic review was last made on 05 March 2002.
- 4) Martins AC, Krauss-Silva L. Systematic Reviews of antibiotic prophylaxis in cesareans. Cad Saude Publica. 2006 Dec;22(12):1253-26.
- 5) Rudge MV, Atallah AN, Peracoli JC, Tristao Ada R, Mendonca Neto M. Randomized controlled trial on prevention of post-cesarean infection using penicillin and cephalothin in Brazil. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(8):945-48.
- 6) Tita AT, Hauth JC, Grimes A, Owen J, Stamm AM, Andrews WW. Decreasing of postcesarean endometritis with extended-spectrum antibiotics prophylaxis. Obstet Gynecol. 2008 Jan;111(1):51-6.
- 7) Meyer NL, Hosier KV, Scott K, Lipscom GH. Cefalozin versus cefalozina plus metronidazole for antibiotic prophylaxis at cesarean section. South Med J. 2003 Oct;96(10):992-5.

Este documento es un instrumento de información, que no pretende reemplazar al profesional médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

Este documento es un instrumento de información, que no pretende reemplazar al profesional médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.