

# DOSCIENTAS CINCUENTA CESAREAS POR LOS METODOS COMBINADOS DE SARDIÑAS Y FUAD FERREIRA

Doctor **Alberto Duarte Contreras**, \*\*

## I. *Introducción*

Deseamos comentar los resultados materno infantiles de la operación hecha con la microincisión de Sardiñas (1) combinada con la sutura uterina de Fuad Ferreira (2) en doscientos cincuenta casos en que la hemos practicado.

## II. *Material*

Las doscientas cincuenta historias de cesáreas que presentamos, comprenden la totalidad de las que he-

mos practicado en clientela particular y en clientela civil tanto en la Fundación Virgilio Barco como en el Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta. Han sido hechas en el tiempo comprendido entre el 1º de febrero de 1956 y el 30 de enero del presente año.

Hemos podido controlar en repetidas oportunidades a la mayoría de las madres y a sus hijos cuando regresan a los servicios hospitalarios o cuando vuelven a nuestra consulta particular.

## III. *Comentario*

Las edades de las gestantes que necesitaron cesárea fueron:

Entre 15 y 20 años	54	61.60%
Entre 21 y 30 años	103	41.20%
Entre 31 y 40 años	85	34.00%
De más de 40 años	8	3.20%

La paridad fue:

Primíparas	38	15.20%
Múltiparas	212	84.80%

Se había practicado cesárea anterior en 39 gestantes, así:

Una cesárea anterior	20	51.28%
Dos cesáreas anteriores	11	28.20%
Tres cesáreas anteriores	6	15.38%
Cuatro cesáreas anteriores	2	5.14%

\*\* Médico Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta, Colombia.

Médico Jefe del Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta.

La edad del embarazo fue:

De menos de 34 semanas	23	9.20%
De 34 a 39 semanas	52	20.80%
De 40 semanas	175	70.00%

Se practicó:

Como operación obstétrica selectiva en	32	12.80%
Como operación de urgencia en	228	87.20%

IV. *Casística*

Indicación	Casos	%
Desproporción céfalo pélvica	35	14.20
Sufrimiento fetal	35	14.00
Placenta previa	33	13.20
Trabajo prolongado	26	10.40
Situación transversa	18	7.20
Distocia cervical	12	4.80
Presentación de cara	12	4.80
Abruptio placentae	10	4.00
Presentación de frente	8	3.20
Procidencia de cordón	8	3.20
En eclámpticas	7	2.80
Inminencia ruptura uterina	6	2.40
Distocia de partes blandas	6	2.40
Corrección reciente prolapso genital	6	2.40
Pelvis en primigestantes	5	2.00
T. B. C. evolutiva	4	1.60
Fetos gigantes (en diabéticas)	4	1.60
Eritroblastosis fetal	3	1.20
Cerclage anterior cuello uterino	2	0.80
Endocarditis reumática	2	0.80
En bronconeumónica	1	0.40
Fractura reciente de la pelvis	1	0.40
Carcinoma de cuello	1	0.40
Total	250	100.00

### V. Técnica operatoria

Para abrir la pared abdominal hacemos la microincisión de Sardinias (1) (3) iniciándola sobre el límite superior del monte de Venuis y llegando a dos centímetros por encima del límite anterior de la vulva. Practicamos siempre la episiotomía de los músculos rectos del abdomen; abrimos el segmento inferior transversalmente divulsionando sus fibras. Para la extracción del feto, el ayudante nos hace siempre un Kristeller suave y en la sutura del útero seguimos sistemáticamente la técnica preconizada por Fuad Ferreira, o sea la sutura del segmento en un solo plano

na, no porque los casos hayan sido seleccionados para este tipo de cesárea, sino porque hemos extremado los cuidados que la medicina ha puesto en nuestras manos tanto para prevenir como para tratar las complicaciones.

Y complicaciones se nos han presentado: todas las inherentes a esta cirugía de urgencia: vómitos, shock, íleus paralítico, hemorragias, infección de la herida quirúrgica; pero en forma alguna podemos culpar de ellas a la técnica usada.

Las complicaciones postoperatorias que se nos han presentado son las siguientes:

Complicación	Casos	%
Schock quirúrgico	1	0.4
Illeus paralítico	1	0.4
Hemorragia por mala contracción	1	0.4
Shock hemorrágico	2	0.8
Emesis	3	1.2
Infección de la herida quirúrgica	9	3.6
Total	17	6.8

con puntos separados hechos con hilo de algodón o con catgut cromado 00.

En el postoperatorio damos dieta blanda a las 24 horas y dieta completa a las 48 horas. Usamos la deambulación a las 48 horas como regla general. No administramos derivados de la Ergonovina como profiláctico (4) y restringimos su uso lo mismo que el de los antibióticos a los casos en los cuales se hacen indispensables.

### VI. Efectos sobre la madre

En la casuística que presentamos, no hemos tenido mortalidad mater-

La infección de la herida quirúrgica en su límite inferior se nos presentó de manera inusitada en las primeras cesáreas practicadas (cinco casos en las diez primeras cesáreas); nos dimos cabal cuenta entonces de que al llevar la incisión de piel hasta el límite anterior vulvar y cortar el tejido adiposo que está inmediatamente por debajo, se nos presentaba esta complicación; mas no obstante haber corregido este detalle de técnica, se nos infectaron cuatro más. Este índice (3.6%) lo consideramos aún como elevado.

Gran ventaja tiene esta incisión: si el acto quirúrgico se complica y el campo nos parece un poco reducido, podemos fácilmente y a la mayor brevedad, ampliar por el límite superior. En nuestra casuística tuvimos que ampliarlo siete veces, (2.8%) así:

Cuatro veces por fetos grandes de diabéticas	1.6%
Tres veces en placentas previas centrales totales	1.2%

Como anestesia empleamos:

Raquídea en	47 casos	18.8 %
General. Ciclo-Oxígeno en	203 casos	81.20%

En cuanto a la estética de esta incisión basta decir cuánto significa pa-

La totalidad de los nacidos vivos, a excepción de uno muerto en la sala quirúrgica por aspiración masiva de meconio, fueron trasladados de inmediato a los servicios de recién nacidos donde fueron tratados uno y vigilados otros por el personal especializado.

Hemos obtenido cinco mortinatos, así:

Indicación obstétrica	Casos	%
En operadas por Abruptio placentae	2	0.8
En operadas por Procidencia de cordón	2	0.8
En operadas por Situación Transversa	1	0.4
Total	5	2.0

ra una señora tener una herida totalmente oculta.

#### VII. Efectos sobre el recién nacido.

A la mayoría de las gestantes a quienes vamos a practicar la operación cesárea le aplicamos por vía muscular o venosa la sal sódica del ácido pangámico (B15) con el objeto de que haya una mayor y mejor utilización del Oxígeno circulante y evitar o tratar así la anoxia fetal (5) - (6).

Estas muertes fatales transcurrieron en el lapso comprendido entre el examen obstétrico en que decidimos la conducta quirúrgica y el momento de iniciar la intervención; y como causa principal podemos aducir el avanzado estado de anoxia en que encontramos al feto, mas la indecisión a practicar la cesárea oportunamente.

De los 245 productos obtenidos vivos, tuvimos una mortalidad neonatal

temprana de siete casos (2.8%), repartidos así:

Comparando esta mortalidad perinatal con la que presentan otras Ins-

Causa de mortalidad	Nº casos	que murieron a los
Aspiración masiva del meconio	1	15 minutos
Eritroblastosis fetal	1	2 horas
Anoxia por placenta previa	1	2 horas
Membrana hialina	1	18 horas
Hemorragia intracraneana	1	54 horas
Inmadurez respiratoria	1	60 horas
De madre diabética	1	78 horas

Tenemos la siguiente mortalidad perinatal:

Componente fetal	5	2.0%
Componente muerte temprana	7	2.8%
Mortalidad perinatal global	12	4.8%

No debemos olvidar que muchas de estas gestantes llegan a nuestros servicios hospitalarios o buscan atención obstétrica sin haber tenido atención alguna prenatal y después de haber sido atendidas por comadronas empíricas quienes a más de maniobras bruscas suministran altas y repetidas dosis de occitócicos y luego abandonan el parto con un trabajo prolongado y en estado de gran sufrimiento fetal, a más de infecciones amnióticas en muchos de los casos.

tituciones colombianas, tenemos los siguientes datos:

En el Instituto Materno Infantil de Bogotá (8) (11) 5.39%

En el Instituto del Seguro Social de Bogotá (9) 5.30%.

En la Clínica Primero de Mayo de Bogotá (10) 5.80%.

El peso de los productos obtenidos en las 250 cesáreas practicadas y en relación con la mortalidad perinatal y con la causa de salida del servicio es el siguiente:

Columna	Peso en gramos	Total casos	Nacidos		Salen del Servicio	
			Vivos	Mortinatos	Mortinonatos	Vivos
1	De 1000 a 1500	1	1		1	0
2	De 1501 a 2000	4	3	1	1	2
3	De 2001 a 2500	18	17	1	1	16
4	De 2501 a 3000	70	69	1	1	68
5	De 3001 a 3500	104	102	2	1	101
6	De 3501 a 4000	46	46	0	1	45
7	De 4001 a 5200	7	7	0	1	6
	Total	250	245	5	7	238

El mortineonato de la primera columna se debió a inmadurez respiratoria; el de la segunda a Anoxia por placenta previa; el de la tercera a Membrana hialina; el de la cuarta a aspiración masiva de meconio; el de la quinta a Eritroblastosis tipo hidropígeno; el de la sexta a hemorragia intracraneana; y el de la séptima es un hijo de diabética.

A todos los nacidos vivos les practicamos el Test de Apgar y encontramos lo siguiente:

### VIII. Conclusiones

La cesárea tipo Sardiñas Fuad Ferreira

a) da una cicatriz estética;

b) da seguridad absoluta ya inmediata para la atención del parto quirúrgico, como remota para futuros embarazos y partos naturales;

c) es perfectamente inocua tanto para la madre como para el recién nacido.

Clasificación del Test de Apgar	Total casos	Mortineonatos		Salen del Servicio		Vivos	
		Total	%	Total	%	Total	%
0/10	1	1	100				
2/10	3	3	100				
4/10	2	2	100				
6/10	6	1	16.7	5		83.3	
8/10	50			50		100	
10/10	183			183		100	
Total	145	7	2.8	238		97.2	

O sea, todos aquellos que al nacer tuvieron una calificación de Apgar inferior a 6/10 murieron tempranamente; de los seis nacidos vivos con Apgar 6/10, sobrevivieron cinco y solamente se presentó una muerte perinatal temprana; en tanto que los calificados con un Apgar 8/10 o más sobrevivieron en totalidad y salieron del servicio vivos y sanos.

### IX. Resumen

Se presenta una estadística de 250 cesáreas hechas con las técnicas combinadas de Sardiñas-Fuad Ferreira.

Se analizan los efectos sobre la madre y el recién nacido.

Se dan conclusiones.

**BIBLIOGRAFIA**

1. SARDIÑAS ALFREDO: Memorias del Segundo Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología, Panamá, Febrero 1956. Pág. 395. **La operación cesárea y la microincisión.**
2. FUAD FERREIRA: Aspectos técnicos de cesárea segmentaria. **Maternidad e infancia.** Vol. 17, oct.-dic. 1958. Nº 4, pág. 405.
3. PORTOCARRERO RODRIGO: La cesárea por el Método Sardiñas. **Memorias del Segundo Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología.** Panamá. Pág 403. 1956.
4. C. A. D. RINGROSE: The OObstetrcial use of Ergot. **The Canadian méd. as. Jour.** Vol. 87. Nº 13. 1952. Pág. 712.
5. DUARTE CONTRERAS ALBERTO: Posibles usos del Acido Pangámico en Obstetricia. **Rev. Col. Obst. y Gin.** Vol. X. Nº 6.
6. SARDIÑAS ALFREDO: La B15 y la Anoxia en Obstetricia. **Memorias del III Congreso Latinoamericano de Obs. y Gin.** México. 1958. Vol. 2, pág. 384.
8. DELGADO CALDERON ERNESTO. Mortalidad perinatal en la Operación Cesárea. **Rev. Col. Obst. y Gin.** Vol 12 Nº 5, pág. 473. 1951.
9. OFMAN JOSE: Consideraciones sobre cesáreas practicadas en el I.C. S.S. **Rev. Col. Obst. y Gin.** Vol. V. Nº 1953. Pág. 43.
10. MARTINEZ SAENZ CARLOS: Operación Cesárea en la "Primero de Mayo". **Memorias de la Primera Convención de Obst. y Gin.** Bogotá, 1953, pág. 61.
11. CAPASO CAMILO: Consideraciones sobre 3.000 partos. **Rev. Col. Obst. y Gin.** Vol IV. Nº 3, 1952, pág. 713.