

LA CESÁREA EN EL BOVINO EN LA PRÁCTICA DE LA CLÍNICA RURAL

Bavera, Guillermo A. 1971. Gaceta Veterinaria, 33(257):591-603.
www.produccion-animal.com.ar / www.produccionbovina.com

Volver a: [Principal](#) > [Cría: parto](#)

INTRODUCCIÓN

No describiré en este trabajo la técnica de la operación cesárea en el vacuno, sino solamente algunas observaciones y apreciaciones personales sobre la cesárea conservadora y su técnica obtenidas sobre más de ciento cincuenta cesáreas efectuadas a través de la clínica rural ambulatoria. La mayor parte de ellas son sobre animales de raza Holando Argentino (actúo en una zona con gran cantidad de tambos), aunque también Shorthorn, Hereford, Aberdeen Angus y sus cruza.

OBJETIVOS

Mis objetivos al efectuar la operación con las observaciones que describiré son seguridad para la vida del animal y, dentro de las limitaciones de la clínica rural, para la fertilidad; rapidez en el trabajo y no concurrir nuevamente al establecimiento, dado las distancias y la pérdida de tiempo que esto significa para el profesional.

Considero que si bien el veterinario debe conocer, aunque sea en forma teórica, la mayor parte de las diversas técnicas, debe dominar bien por lo menos una de ellas. Particularmente empleo únicamente la técnica de Götze (posición del animal decúbiteo lateral derecho, laparotomía paramediana izquierda 5-10 cm por fuera de la vena mamaria anterior izquierda o abdominal subcutánea izquierda) con algunas modificaciones. A ella solamente me referiré.

He descartado totalmente las técnicas que se efectúan con el animal en pie por considerarlas más engorrosas para el veterinario rural y porque en una gran parte de los casos se debe trabajar sin ayudantes especializados, y hasta algunas veces he debido trabajar completamente solo, sin siquiera peones que ayudaran y a pleno campo. Para ser posible esto, el animal debe estar en decúbiteo.

Un error corriente es efectuar la operación cesárea como rutina. Si bien en muchos casos es más rápido, dado que con buena práctica en 20-30 minutos se puede efectuar una cesárea si no surgen complicaciones, que efectuar algunos partos distócicos, profesionalmente el primer paso debe ser extraer el ternero por sus vías naturales, y recién, en caso de comprobarse que esto no es posible, efectuar la cesárea. Al decir extracción por vías naturales me refiero a la corrección de malposiciones fetales y/o extracción con tracción y o episiotomía. En los últimos casos la fuerza de tracción máxima debe ser la que efectúen tres hombres, o se correrá el riesgo de dañar seriamente al animal. No efectúo fetotomía pues considero que ésta sí es una operación laboriosa que puede traer más injurias a la matriz que una cesárea, aunque algunos profesionales poseen gran práctica en este sistema y lo prefieren.

Por lo tanto, antes de efectuar una fetotomía, prefiero hacer una cesárea. Siempre antes de efectuar una cesárea, es necesario realizar una exploración vaginal y si se cree conveniente, también rectal.

Estado del animal

Por regla general se debe efectuar la operación cesárea únicamente en vacunos que se encuentren en pie o que puedan pararse, aunque sea con ayuda. Esto lo considero fundamental, pues además de ser un índice del estado en que se encuentra el animal, una gran parte del éxito de la operación radica en que se ponga de pie inmediatamente de concluida.

Sólo intervengo vacunos caídos cuando el animal muestra síntomas de encontrarse en buen estado, efectúa aún movimientos para pararse y no lleva mucho tiempo desde el momento en que comenzó los trabajos de parto. Siempre en estos casos advierto al dueño el riesgo existente para la vida del animal por las condiciones en que se halla y sólo la efectúo bajo su expreso consentimiento, dado que aumentan las posibilidades de muerte del animal al no pararse inmediatamente luego de la operación.

En animales que se encuentran en pie, la cesárea se puede efectuar sin mayores problemas para su vida aún cuando lleven varios días en trabajo de parto y esté el contenido uterino en putrefacción.

Lugar

La operación cesárea se debe efectuar buscando no sólo conservar la vida del animal, sino su fertilidad. Por lo tanto, dentro de los límites que nos impone la clínica rural, debemos actuar con la mayor asepsia posible.

El lugar a elegir para voltear el animal dentro de lo posible debe ser con pasto corto (de preferencia cubierto con gramilla) y al reparo del viento. Se deben evitar los corrales por ser una gran fuente de contaminación. En caso de lluvia se deberá operar en tinglados o galpones.

Sujeción

Una vez volteado el animal, se atan sus dos miembros anteriores mediante una pasada de lazo y una media vuelta o "medio bozal" a la altura de la cuartilla para impedir que se salga; luego se pasa el lazo por debajo del cuello y se acercan los miembros al mismo, se pasa por dorsal del cuello y se ata la otra punta del lazo nuevamente a los miembros anteriores, de manera que queden ubicados bien por debajo del cuello. Los miembros posteriores se atan juntos también con una pasada de lazo y una media vuelta, sosteniéndolo un ayudante firmemente; la razón de esto la veremos más adelante. Luego se cubren los ojos del animal con una bolsa, con el fin de tranquilizarlo.

Este sistema de sujeción tiene la ventaja que nos independiza de postes u otros lugares fijos para atar el animal, lo que nos permite operar aún a pleno campo.

Campo operatorio

A continuación se prepara el campo operatorio. Recuerdo que estoy hablando de clínica rural y no de operaciones efectuadas en quirófanos con todas las comodidades, ayudantes especializados, tiempo y control postoperatorio necesarios.

No afeito el lugar, sino que corto el pelo con tijera curva, lo que se efectúa rápidamente. Es conveniente antes colocar una bolsa bajo el vientre y ubre de la vaca; luego de cortar el pelo, se pasa un cepillo para limpiar la zona y adyacencias de pelos sueltos y tierra. A continuación se retira la bolsa con la suciedad acumulada y se reemplaza por otra limpia.

Anestesia

Actualmente opero la mayor parte de los casos sin ningún tipo de anestesia. En clínica rural se trabaja con hembras que se encuentran, en el mejor de los casos, en trabajo de parto desde varias horas antes, cuando no más de un día. En la generalidad de los casos han intervenido profanos que han aumentado con sus maniobras el sufrimiento del animal y agravado los síntomas.

La mayor parte de los animales se encuentran en un estado de "stress" tal, que la incisión pasa prácticamente inadvertida o con un mínimo de sufrimiento. La experiencia me ha demostrado esto, pues sólo un porcentaje insignificante de animales demuestran un pequeño dolor únicamente durante la incisión, pero este sufrimiento es muy reducido y apenas se ha extraído el feto, cosa que se logra en pocos minutos, las posibles contracciones de la prensa abdominal cesan inmediatamente, teniéndose una laxitud casi total durante 20-30 minutos, tiempo más que suficiente para terminar las suturas. Recuérdese por otra parte, que la operación se efectúa en el medio ambiente en que vive el animal, lo que influye favorablemente sobre su estado y posterior recuperación.

La anestesia epidural la he dejado de usar en estos casos hace bastante tiempo, dado que, como dije antes, considero que una gran parte del éxito de la operación radica en que el animal se levante inmediatamente de terminada la misma. Además esta anestesia puede acarrear parálisis permanente de los miembros posteriores (como me han ocurrido casos y ocurren también en medicina humana) y baja de tensión sanguínea con riesgo de "shock".

También empleé tranquilizantes de diverso tipo, pero me surgía el mismo problema que con la anestesia epidural con respecto a la prontitud con que se levanta el animal. Empleando estos métodos de anestesia, he tenido casos lamentables en que hembras operadas exitosa y rápidamente, no se pusieron de pie luego de cesado el efecto de la anestesia. Estos animales vivieron de varios días a dos semanas, expulsaron las secundinas, comían y bebían, tenían temperatura normal e intentaban levantarse con los miembros anteriores, pero los posteriores se encontraban paralizados, muriendo finalmente. Estos resultados me han llevado a abandonar estos dos tipos de anestesia, y así he eliminado los problemas antedichos.

En caso de desear efectuar anestesia, recomiendo únicamente la anestesia local en la zona de incisión.

Siempre que no se aplique anestesia, aconsejo inyectar un antibiótico o proteinoterapia inespecífica, diciéndole a los ayudantes y a quienes presencien la operación que es un anestésico. Con este tratamiento placebo para los presentes, se evita que lamenten un hipotético sufrimiento del animal, y por el contrario, los comentarios versarán sobre la eficacia de la simulada anestesia. Por otra parte, aplicando un antibiótico en este momento, se adelanta su acción en media a una hora, es decir, el tiempo que dure la operación.

Instrumental

El instrumental a emplear (tijera curva roma, bisturí curvo, dos pinzas Pean, una pinza 7 dientes de ratón, portaagujas y agujas curvas de sutura) se coloca en una bandeja con agua y desinfectante a base de amonios

cuaternarios. Es conveniente también proveerse de un balde con agua con el mismo tipo de desinfectante para lavarse los guantes durante la operación.

El veterinario se debe proveer de botas de goma, guardapolvo y/o delantal de hule o goma (este último no es aconsejable utilizarlo en épocas calurosas, sobre todo si es cerrado) y guante de tacto rectal por lo menos en la mano derecha y de cirugía en la izquierda.

TÉCNICA OPERATORIA

Incisión de la pared abdominal

Se repasa fuertemente la zona operatoria con un algodón embebido en desinfectante (Merthiolate, etc.) y luego con el mismo algodón se peinan en forma centrífuga los pelos de la zona cercana.

Recuérdese que la vena mamaria anterior izquierda emerge en el borde craneal de la mama a unos 5-8 cm de la línea alba y se dirige hacia craneal desviándose algo hacia afuera, con curso flexuoso.

Se realiza la incisión de la piel y tejido subcutáneo de unos 25-30 cm de longitud con bisturí curvo. Se efectúa paralela al plano medio o inclinada algo de dorso caudal a ventro craneal, luego de ubicar la vena mamaria, unos 5-10 cm en dorsal de ella, desde cerca de la parte lateral de la base de la ubre hasta cerca de la vena mamaria. En la zona craneal de la incisión se debe tener precaución, pues la vena mamaria está cubierta por el músculo cutáneo máximo que a veces se debe incidir en una pequeña porción y por lo tanto, al ocultar la vena, se corre el riesgo de lesionarla. En la zona de incisión no hay prácticamente vasos sanguíneos, excepto una pequeña afluyente de la mamaria, que se halla aproximadamente en mitad de la incisión, que se pinza luego de incindida la piel y luego se secciona. No es necesario ligarla.

La incisión efectuada de esta forma es suficiente para extraer un ternero normal por grande que sea. Si por error o por deformidad del feto, es necesario seccionar la vena mamaria para poder extraerlo, se liga con catgut. Esto no trae mayores problemas, pues las venas de ambos lados están en conexión por una anastomosis transversa en el borde anterior de la base de la mama y cada una de ellas se anastomosa por detrás con una rama de la vena pudenda externa (vena mamaria media). Esto hace, dado el calibre de estas venas, fácilmente derivable la corriente sanguínea de la vena seccionada.

Luego de incindida la piel, se hace lo propio con la túnica flava y el músculo recto del abdomen con sus vainas. Este músculo también puede separarse por divulsión con tijera roma en vez de incidirlo. Llegados al peritoneo, se pinza y haciendo un pequeño ojal, con cánula curva o con dos dedos colocados bajo el mismo, se incinde.

Al llegar a cavidad abdominal, pueden salir al exterior líquidos acumulados en la misma, hecho que no debe alarmar.

Ubicación del útero

Llegados así a cavidad abdominal, se introduce la mano derecha hacia caudal de la incisión, buscando el borde posterior libre del omento o epiplón mayor, que se lleva hacia craneal con el fin de dejar al descubierto la matriz.

En algunos casos puede ocurrir que esto no se pueda efectuar, por lo que hay que seccionar el omento mayor, lo que no ocasiona complicaciones. Hay casos en que la vejiga muy replecionada puede llegar a la zona de incisión y confundirse con el omento, por lo que se debe tener precaución. Esta confusión puede ocurrir en casos en que hay una gran acumulación de líquidos en cavidad abdominal y entre las hojas del omento mayor.

Pueden producirse en muy pocos casos, en este momento, algunas contracciones de la prensa abdominal que logran expulsar a través de la incisión algunas asas intestinales. Este problema se soluciona fácilmente con la mano o con toallas hasta tanto se obture la incisión con la matriz. También por las contracciones o por existir timpanismo en la panza, es posible la salida al exterior de parte del rumen, que se debe volver por presión al interior. En caso de no poderse reducir su exteriorización, se debe colocar al animal en decúbito dorsal, y en esta posición abocar la matriz a la incisión. Estas son prácticamente las dos únicas complicaciones en este paso, y quizá las mayores de la operación. Ambas se solucionan perfectamente de la manera explicada y atrayendo rápidamente la matriz a la boca de la incisión, oclusionándola con ella. Una vez extraído el feto, las vísceras dejan de hacer presión, dado que queda mayor espacio en el abdomen, y por otra parte, cesan automáticamente las contracciones de la prensa abdominal si las hay.

En un solo caso debí punzar el rumen para que salieran los gases, lo que efectué por el mismo lugar de la laparotomía, efectuando luego una doble sutura serosa-serosa, continuando luego la operación normalmente y recuperándose perfectamente el animal.

Para buscar la matriz se introduce la mano enguantada en la cavidad abdominal, colocándola por debajo del útero, y atrayéndola hacia la abertura.

Incisión del útero

El lugar de elección para efectuar la incisión del útero es la curvatura mayor, lo más alejado posible del extremo del cuerno, es decir, tratando de hacerla sobre la parte más ancha del útero, de manera que el feto no tenga que circular para ser extraído por partes angostas, lo que desgarraría el útero. La curvatura mayor es la parte que generalmente queda abocada a la incisión pero si no se la puede efectuar en ese lugar, la realizo en el que me quede más cómodo, tratando de evitar las carúnculas.

En todos los casos hay que hacer lo posible para que los líquidos existentes dentro de la matriz caigan al exterior, es decir, hacer la incisión con la matriz bien abocada a la abertura de la pared abdominal.

En caso de que sea imposible abocar bien la matriz a la incisión, la acerco lo más posible, efectúo una pequeña incisión y por allí introduzco la mano con guante de tacto, busco un miembro del feto, corto las membranas que lo envuelven, deslizo la mano sobre el mismo hasta llegar a la pezuña, y cubriéndola con la palma de la mano, para evitar lesiones de la matriz, flexiono el miembro y traccionando de él aboco completamente la matriz a la abertura de los planos musculares, completando recién entonces la incisión del útero.

En los casos de torsión de matriz que por los métodos clásicos no haya sido posible reducirla, se debe tener en cuenta que la mayor parte de las veces, si no ha habido ruptura de las bolsas, los líquidos fetales se encuentran dentro de la matriz en su totalidad aún, y al incidirla se expulsan violentamente.

Extracción del feto

Una vez incidida la matriz, sobre una parte del feto, de preferencia un miembro, se incinden las placentas y se extraen ambos miembros en la forma indicada anteriormente. Si los extraídos son los miembros anteriores, es necesario introducir nuevamente el brazo con el fin de ubicar en correcta posición la cabeza y guiarla durante la extracción del feto.

A continuación se atan en proximal de los nudos los miembros extraídos con cuerdas finas limpias. Aconsejo las de polietileno por su fácil limpieza. Un ayudante tracciona. Si se trata de los miembros posteriores se pueden atar juntos; si son los anteriores es conveniente atarlos por separado, para ir enhebrando el cuerpo en la incisión mediante tracciones alternas de cada uno, y que la cabeza, guiada por la mano del operador, o por una tercera sogá enlazada en la mandíbula, pase la incisión.

Si es necesario se puede ampliar en este momento la incisión, ya sea del útero y/o de la pared abdominal. Generalmente la extracción del feto amplía la incisión del útero.

Placentas

Extraído el ternero, la vaca se relaja y queda completamente tranquila. Se extrae la matriz fuera de la cavidad abdominal, lo suficiente para que obture la incisión no permitiendo salir vísceras, que, por otra parte, ya no hacen presión, y que la incisión de la matriz quede bien a la vista para su sutura sin necesidad de ayudantes que colaboren.

Las placentas, en casos que llevan mucho tiempo con el feto muerto, salen junto con él o se pueden extraer fácilmente. En casos de ternero vivo o que lleve muy poco tiempo de muerto, las pares no se pueden extraer. Entonces se recortan con tijera, cuidando de no herir las carúnculas. En estos casos las placentas se eliminan por vagina. Nunca he tenido problemas de retención de pares.

En este momento efectuar una exploración de la matriz para asegurarse que no estemos en presencia de una gestación de mellizos.

Sutura de la matriz

Llegados a este punto, conviene cambiar la bolsa que se encuentra en el suelo para retirar los restos y sangre acumulada. Dado que a continuación se debe suturar y que esta operación no precisa movimientos grandes, pero si es larga, es conveniente que el profesional continúe la operación sentado en un banco bajo, cajón u otro elemento disponible.

Se procede a suturar la matriz con aguja curva con catgut cromado N° 2 con sutura serosa-serosa continua de colchonero invaginada. Es más conveniente que la de Lembert, pues al tomar la pared de la matriz en forma paralela a la incisión, el miometrio y la serosa resisten mejor la tracción. Se debe cuidar que el catgut sólo penetre y se deslice por dentro de la capa muscular. Empleo catgut packesteril en vez del que viene en tubos por ser más económico. Un solo plano de sutura es suficiente. Se debe comenzar a suturar desde caudal, puesto que a veces la matriz comienza a reducirse rápidamente, y la parte que primero se reintroduce en cavidad abdominal es la posterior. Se debe tomar la pared uterina a más de dos centímetros del borde de la herida. Si hay un excesivo

relajamiento de la matriz, se puede inyectar en la pared uterina 100 unidades oxitócicas (10 cm^3 a la concentración normal de plaza de hipofisina u oxitocina). A medida que se va suturando, se van introduciendo las partes de placentas que restan y las carúnculas que sobresalen.

Después de promediar la sutura, se procede a la introducción en la matriz de algunos pesarios preferentemente que contengan antibióticos de amplio espectro y enzimas proteolíticas en un medio efervescentes. La efervescencia desarrollada por el excipiente y la acción proteolítica de la enzima contribuyen a la difusión de los agentes antibacterianos en toda la cavidad uterina, aún en presencia de exudados y sangre, facilitando además su eliminación. Se deben colocar 3 a 5 pesarios según criterio clínico, tratando, en caso de que las pares no hayan sido extraídas, que la mayoría de los pesarios queden entre ellas y la pared uterina y alguno entre las placentas. Con este tratamiento nunca he tenido casos de metritis purulentas, a pesar que en gran parte de los casos la mucosa uterina estaba seriamente dañada y el contenido uterino en avanzado estado de descomposición.

Sutura de la pared abdominal

A continuación se rocía la matriz con antibiótico en aerosol, se reintroduce en la cavidad abdominal, se repliega el omento mayor cubriéndolo lo mismo que a las asas intestinales (en el caso de que el omento no haya tenido que ser seccionado) y se procede a suturar en un solo plano peritoneo, vainas del recto, músculo y túnica flava. Esta sutura se efectúa con aguja curva con puntos continuos con catgut cromado N° 4 packesteril. La sutura debe comenzar desde la parte caudal de la incisión. Corno luego de extraído el feto la posición de los planos musculares varía, quedan algo cubiertos por piel en el borde posterior de la incisión. Para poder trabajar cómodo, en este momento el ayudante que sostiene los miembros posteriores tracciona fuertemente de la soga, colocándolos en tensión. En esta forma, la piel deja al descubierto la incisión de los planos profundos en su parte caudal. Cuando se sutura en el ángulo craneal se amaina la tensión, pero siempre atento el ayudante para prevenir patadas o movimientos, si bien son raros.

Se debe tratar de suturar también peritoneo, pero si éste se ha retraído y es difícil suturarlo, no hay mayores problemas en dejarlo. Se habla de que dejándolo sin suturar se producen adherencias; no he podido efectuar ninguna autopsia de vacas suturadas en esta forma, pero sí puedo decir que han gozado de perfecta salud y las que no se enviaron por razones económicas a faena, han tenido pariciones posteriores normales.

A continuación se rocía la sutura con antibiótico en aerosol. Desde hace varios años empleo una sutura de refuerzo sobrepuesta a la anterior. Es una sutura de colchonero continua invaginada (semejante a la empleada en la matriz) efectuada con catgut cromado N° 4 packesteril y con los puntos a 1-2 cm de la anterior. La parte del catgut que queda bajo la túnica flava es la paralela a la incisión y la que queda a la vista cruza a ésta. Primero la paso totalmente a todo lo largo de la incisión y luego, traccionando el catgut en cada punto, voy afrontando los planos, de manera que la primera sutura queda totalmente invaginada y oculta y solamente se encuentra en tensión la segunda. De esta manera no hay peligro de eventraciones, y en la práctica nunca las he tenido.

En esta segunda sutura presto la mayor atención a tomar la túnica flava y parte del músculo recto del abdomen. Se debe efectuar con un carrete nuevo de catgut, puesto que como se tensa al final, se necesita bastante largo. Se debe graduar la tensión al ajustar los puntos a la resistencia del catgut, de manera que éste no se rompa. De ocurrir es necesario anudar en el punto donde se rompió y efectuar nuevamente el resto de la sutura.

Con los restos de catgut (hasta el momento se han empleado tres carretes) se sutura el cutáneo máximo si ha sido necesario incindirlos. En general es conveniente que queden los cabos de los nudos cortos para tratar de dejar la menor cantidad de material extraño en la herida. Se efectúa una nueva rociada con antibiótico en aerosol.

Drenaje y sutura de piel

A continuación se coloca una mecha para drenaje sobre la herida. Empleo una cinta de tela blanca de unos 4-5 cm de ancho y del largo necesario embebida en desinfectante, de manera que sobresalga por ambos ángulos de la herida unos 8-10 cm. Se pinza a la piel en ambos ángulos y se procede a suturar piel con seda N° 7 a puntos en "U" separados, dejando un pequeño espacio en los ángulos. Se debe tener especial precaución de no tomar también la mecha. Luego de efectuado el primer punto, se saca la pinza que sostiene la mecha en ese ángulo.

Una vez terminada la sutura de piel, se retira la otra pinza y se comprueba que la mecha no esté fijada a ningún punto. De estarlo es necesario retirar los puntos uno a uno hasta encontrar el que la fija.

Se le explica al propietario que a los 8 días debe retirarla, cortando al ras de piel uno de los extremos de la mecha y traccionando del otro.

Algunas veces durante la cicatrización la vaca, lamiéndose, se saca la mecha, lo que no ocasiona complicaciones.

Si no se coloca mecha, es bastante importante el edema de declive que se produce por delante de la ubre y en la zona umbilical, pudiendo llegar al pecho, sobre todo en animales con gran tejido adiposo. En gran parte de los casos se produce un pequeño edema a pesar de la mecha, pero que en pocos días desaparece. De todos modos se debe advertir al propietario para que no se alarme.

Los puntos de piel no los retiro, dado que me significarían un nuevo viaje al establecimiento. Nunca he tenido problemas; desaparecen por sí solos con el tiempo.

Tratamiento

Se procede con un cepillo de paja y agua a limpiar la zona, y si es época de miasis, se coloca algún curabichera o repelente. En general en estos casos prefiero los en polvo.

De acuerdo a lo observado en el animal durante la operación, y a las condiciones de limpieza en que se desarrolló la misma (viento, tierra, estado del contenido uterino, etc.), se inyectan más antibióticos. El aplicado como tratamiento placebo para los presentes, puede ser de acción retardada (penicilina-estreptomicina) y luego en este momento empleo una dosis alta de ataque de tetraciclinas (oxitetraciclina, etc.) que aplico por única vez.

Puesta en pie

Efectuado esto, la operación se puede considerar concluida. Se sueltan las ataduras del animal y se lo hace parar. En caso de que no lo haga, un sistema que me ha resultado útil es cambiar el decúbito derecho por el izquierdo, haciéndolo rotar por sobre el dorso. Se ponen de pie inmediatamente, hecho que como expresé, considero de la mayor importancia. Un balde de agua fría en la cabeza ayuda.

PRECAUCIONES POSTOPERATORIAS

Precaución postoperatoria es no dar al animal alimentos timpanizantes, y no juntarlo a otros animales por 24-48 horas, pues se corre el riesgo de que al percibir olor a sangre lo molesten y lo monten, pudiendo llegar a matarlo. Si es vaca lechera de gran producción, se deben tomar las precauciones clásicas para evitar el síndrome "vaca caída", debiéndose descargar la ubre algo para disminuir la tracción de la misma sobre la sutura.

Es conveniente que el animal operado camine, es decir, dejarla en un potrero y no en el corral.

Tratamientos postoperatorios no son necesarios. El ternero puede mamar o el ordeño se puede efectuar normalmente.

COMPLICACIONES Y ESTADÍSTICAS

Complicaciones postoperatorias he tenido una miasis (por descuido del propietario) y dos abscesos.

Estos abscesos se produjeron en dos años distintos en dos vacas del mismo propietario, y los atribuyo a la falta de absorción del catgut, dado que cuando los abrí, unos 30 días después de la operación, extraje trozos de varios centímetros de catgut en perfecto estado. Es de destacar que la primera de estas vacas parió posteriormente en forma normal; la segunda ha sido operada recientemente.

Tres vacas han muerto entre los 3 y 5 días de la operación, pero desconozco la causa, dado que los propietarios me informaron varios días después de la muerte, cuando ya no era posible efectuar una autopsia.

Si se efectúa la operación cesárea en la forma indicada y en los animales que estén en las condiciones antedichas, no hay mortalidad durante la operación y la postoperatoria no supera el 2 %.

EL TERNERO

En caso de que se extraiga el ternero vivo, a veces está semiahogado por la introducción en las vías respiratorias de líquidos fetales. Para extraerlos, lo mejor es tomar al ternero por los miembros posteriores y girar, de manera que por fuerza centrífuga los despidan y limpie sus vías respiratorias. Como es de suponer, para efectuar esto es necesario una persona de cierta fuerza. Si no la hay en el lugar de la operación, se toma el ternero por los miembros posteriores entre una o dos personas, y levantándolo, se lo sacude de arriba-abajo con movimientos bruscos, de manera de lograr el mismo efecto que con el método anterior.

Es conveniente arrojarle un balde agua fría con fuerza, lo mismo que cepillarlo o masajearlo con una bolsa para activar la circulación.

Se puede efectuar respiración artificial presionando alternadamente sobre la pared costal con el ternero en decúbito lateral y luego levantando un miembro anterior. También efectuar medicación cardiocirculatoria.

DESTINO

Si no es animal de mucho valor, y dado que la fertilidad puede quedar comprometida, aconsejo su engorde y venta para consumo. Si es hembra de tambo, luego de terminada su lactación. En todos los casos en que el problema era la vaca (pelvis estrecha generalmente) y no el ternero se debe aconsejar su venta.

Aquellos animales que no fueron vendidos por sus propietarios tuvieron pariciones posteriores normales.

BIBLIOGRAFÍA

- BENESCH, F.: Tratado de obstetricia y ginecología veterinarias. Ed. Labor, 2ª ed., págs. 450, 459 y sigts. Barcelona (España), 1963.
- BERGE, E. y WESTHUES, M.: Técnica operatoria veterinaria. Ed. Labor, 291 ed., Barcelona (España), 1961.
- LITTER, M.: Farmacología. Ed. El Ateneo, 21ª ed., Buenos Aires, 1963.
- PRIMER CONGRESO DE CIRUGÍA EN BOVINOS. Coordinador: Dr. PABLO VIDELA. La Plata, septiembre de 1968.
- SISSON, S. y GROSSMAN, D.: Anatomía de los animales domésticos. Ed. Salvat, 4ª ed., Barcelona (España), 1959.
- VIDELA, P. D.: Curso Internacional de Cirugía en Bovinos. La Plata, septiembre de 1969.
- WRIGHT, J. Anestesia Veterinaria. Ed. Acribia, Zaragoza (España), 1958.

Volver a: [Principal](#) > [Cría: parto](#)