



Erick Eduardo Cabrera Pola.

Ana Gabriela Villafuerte.

Campus Villaflores.

Medicina Veterinaria y Zootecnia.

5to Cuatrimestre

14/04/2021

4.1 Cirugía estética, caudal y auricular

Amputación del pabellón de la oreja en perros Existen algunas razas de perros, cuyos estándares o patrones de perfección establece que se les debe amputar parcialmente el pabellón auricular con el fin de que estas permanezcan erectas y de mejorar la figura. principios fundamentales de la técnica; operación suele practicarse cuando los cachorros tienen dos o tres meses de edad; se puede efectuar en animales de edad mayor, pero se corre el riesgo de que dicha operación no cumpla la función estética que se busca, ya que después de los tres meses de edad hay mayor dificultad para la erección del cartílago auricular

Instrumentos de cirugía: pinzas L. Como medida pre anestésica se recomienda el empleo local de una solución anestésica y hemostática, para después pasar a la anestesia general, de acuerdo con el siguiente procedimiento: se inyecta en la parte externa del pabellón de la oreja, previa antisepsia con solución o tintura de benzal, solución de procaína con adrenalina compuesta de 0.04 g de procaína y 0.0001 g de clorhidrato de adrenalina por cada 2 dm; La dosis que requiere cada cachorro es variable, por lo que se aconseja seguir el procedimiento señalado en el capítulo de anestesia. Tomando en cuenta que los cachorros son muy sensibles, es indispensable seguir las normas establecidas para la inducción y mantenimiento; la anestesia bien administrada la soportan satisfactoriamente con un amplio margen de seguridad, siempre que no se llegue a la sobredosificación.

Para iniciar la anestesia se utiliza la vena cefálica del antebrazo izquierdo, o la satena del miembro posterior, pero el cirujano o el anestesista pueden elegir la vena que mejor les convenga, para facilitar de esta manera las maniobras subsecuentes. La aplicación ha de ser lenta y se suspende tan pronto como se haya perdido el reflejo oculopalpebral; el anestesista no retira la jeringa para que pueda continuar administrando el anestésico en pequeñas dosis tan pronto como se manifieste algún reflejo doloroso en el transcurso de la intervención; o sea que mantiene al animal en el primer plano de la anestesia quirúrgica. Se coloca al paciente en posición decúbito lateral se vuelve a hacer la antisepsia del pabellón de la oreja en su parte externa e interna, empleando tintura o solución de benzal

4.2 Operación cesárea

Anestesia: previo depilado de la región lumbosacra se hace antisepsia con tintura de yodo o tintura de benzal. Existen dos posiciones de la paciente para lograr que la aguja penetre con relativa facilidad en el espacio lumbosacro. La primera es colocando a la madre en decúbito lateral derecho, con la columna vertebral en posición normal al filo de la mesa; la segunda es flexionar la columna hasta reunir los cuatro miembros.

En algunas ocasiones la aguja se obstruye con fragmentos de tejidos arrastrados durante la punción, por lo que de preferencia deberán utilizarse agujas con mandril o en su defecto asegurarse que no se haya obstruido. Una dosis del anestésico mayor de la necesaria puede determinar graves accidentes, por lo que se deberá manejar este tipo de anestesia con las mayores precauciones. Como ejemplo podemos señalar razas y su dosificación. En algunos casos, se ha observado que la parálisis sensitivomotora alcanza las raíces del plexo braquial, provocando incoordinación motora y observándose anestesia de todo el tronco.

a). (el empleo de los separadores gosset queda a criterio del cirujano, ya que su empleo da rigidez en las paredes abdominales y dificulta las manipulaciones dentro de la cavidad abdominal para extraer los cuernos.)

c y d). Cuarto tiempo: en seguida el cirujano hace presión moderada con ambas manos, primero en un cuerno y luego en el otro, para acercar los fetos a la herida uterina y extraerlos. En caso que la placenta no se iquiera junto con el feto o alguno de los fetos se detuviera, se introducirán por la herida las pinzas de anillos o el fórceps, y se hará la extracción

4.3 Reducción de fracturas

El equipamiento básico para realizar un examen físico completo incluye un fonendoscopio, una linterna de punto, un martillo de percusión o similar, y agujas y/o catéteres estériles y jeringas (para la detección de los fluidos libres o de aire dentro del tórax o del abdomen) El examen ortopédico en particular Es probable que el examen y el tratamiento del lugar de la fractura (con la excepción del tratamiento temprano de la hemorragia y la cobertura de las heridas abiertas), sea lo menos prioritario comparado con la mayoría de otros sistemas.

La colocación temprana de férulas y de vendajes de sostén, ambos antes y después del examen de la extremidad afectada, tiene las siguientes ventajas:

- Estabilización de la fractura.
- Reducción del dolor.
- Reducción de más lesión en los tejidos blandos.
- Prevención o reducción del edema.
- Reducción del desgarro perióstico.
- Reducción del traumatismo autoinfligido.
- Ayuda a reducir el acortamiento y cabalgamiento de los extremos fracturados.

El diagnóstico clínico de una fractura es bastante sencillo y en la mayor parte de los casos no es el punto en discusión. Sin embargo lo que es verdaderamente importante de determinar es la extensión y el tipo de fractura. Para una valoración y clasificación apropiadas se necesitan radiografías. Hay que proteger el área hasta que se pueda realizar el examen radiográfico. • Radiografía de la región fracturada Sin duda, para realizar una correcta clasificación de la fractura, con vistas a su tratamiento quirúrgico, se necesitan radiografías de buena calidad en, al menos, dos planos de incidencia. Las radiografías proporcionan información vital para realizar un diagnóstico definitivo y programar tratamientos primarios y secundarios. Por lo tanto, ayudan a formular un pronóstico del retorno esperado a la función y a estimar el posible costo de la terapia.

- Planificación y planteo del tratamiento El plan de tratamiento se debe hacer luego del examen clínico completo y al diagnóstico de la fractura. No hay que retrasar las decisiones de la técnica a emplear hasta el momento en que estemos en el foco fracturaría, ni hay que iniciar la cirugía como único procedimiento quirúrgico previsto. Pueden encontrarse complicaciones que requieran un plan de modificación o un cambio al plan B, C o D, etc. Siempre hay que tener varias alternativas disponibles.

