



**XVII SESIONES  
DE COMUNICACIONES**

---

**TÉCNICAS Y CIENTÍFICAS ESTUDIANTILES  
FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS**

---

**2018**

## ANESTESIA PARA AMPUTACION DE ALA EN CHUÑA PATAS ROJAS (*Cariama Cristata*). GENERALIDADES Y CASO CLÍNICO

Leguizamón Kotinovich Marilen<sup>1</sup>, Sosa Fabiana<sup>1</sup>, Ojeda Rocío<sup>1</sup>, Blanco Brundu Rosa<sup>1</sup>, Rosas Carolina<sup>2</sup>; Peralta Luis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Grupo Fauna Kuarahy, <sup>2</sup> Proyecto de Restauración de Fauna Amenazada en The Conservation Land Trust, <sup>3</sup>Hospital de Clínicas, F.C.V., U.N.NE.

[\\*marilenk22@gmail.com](mailto:*marilenk22@gmail.com)

El siguiente trabajo tiene como finalidad describir los aspectos fisiológicos, anatómicos y anestésicos que se tuvo en cuenta al momento de anestésiar a un ejemplar de la especie *Cariama Cristata* (chuña patas rojas) en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Veterinarias. Debido a particularidades anatómicas y fisiológicas, la anestesia en aves representa un desafío para los profesionales veterinarios. La laringe se visualiza muy fácilmente desde la cavidad bucal. La tráquea es muy larga (2,7 veces más larga y 1,29 veces más ancha que la de un mamífero de tamaño similar) y se halla constituida por anillos cartilagosos completos *por lo que* se intuban con tubo endotraqueal (TET) sin manguito de insuflación, lubricado con gel de lidocaína. Tienen un volumen corriente (volumen tidal) relativamente más grande, y una menor frecuencia respiratoria. El pulmón funciona como una estructura rígida y son los sacos aéreos los que se adaptan al cambio de volumen. No existe un diafragma funcional que separe tórax y abdomen, y aunque el pulmón no se colapse cuando se aborda el celoma, la performance respiratoria empeora por alteración de las presiones sobre los sacos aéreos como ante el decúbito supino. La frecuencia cardiaca es más elevada en comparación a la de los mamíferos. En cuanto a las indicaciones prequirúrgicas se debe tener en cuenta que excepto las aves rapaces, cuyos hábitos alimenticios le permiten soportar ayunos de hasta 12 hs, para el resto de las aves no se sugiere ayuno, con el fin de evitar hipoglucemia. El buche siempre debe estar vacío para evitar una posterior neumonía por aspiración. Se debe minimizar al máximo el estrés manteniendo el animal en la oscuridad y, para evitarlo durante la inducción, es aconsejable la administración intramuscular de agentes inmovilizadores a dosis bajas, que suelen permitir la intubación endotraqueal y brindan la posibilidad de completar el pasaje a un estado inconsciente, por medio de un anestésico inhalatorio posteriormente. Sólo en aquellos animales que puedan manejarse manualmente, podrá realizarse la inducción con anestésico inhalatorio sin previa premedicación. La temperatura se debe mantener entre 40-41°C usando fuentes de calor como mantas térmicas. El área quirúrgica se debe minimizar, sacando el mínimo de plumas para evitar la pérdida de calor corporal. Para desinfectar, está contraindicado el uso de alcohol porque al evaporarse disminuye la temperatura. Siempre debemos contar con una vía endovenosa permeable para mantener hidratado al paciente y facilitar la administración de fármacos durante el procedimiento, pudiendo realizarse en la vena yugular, braquial o metatarsiana medial. La anestesia inhalatoria es la más recomendada en aves permitiendo una rápida inducción y rápida recuperación. En este caso se utilizó un TET número 5 sin balón, un circuito anestésico de no rehinhalación con la mínima resistencia inspiratoria y expiratoria (circuito de bain) y la volatilización de isoflurano bajo los siguientes valores: inducción 5% CAM y mantenimiento con 1,5-2% CAM, con un flujo de oxígeno alrededor de 2 litros/minuto. Es necesario recordar que con este anestésico pueden darse cambios bruscos de plano y que no proporciona analgesia por lo cual debemos combinarlo con los analgésicos apropiados ya que la presencia de dolor ante una lesión o intervención quirúrgica afecta a la homeostasis y a la cicatrización de los tejidos, por lo que en este caso se combinó con bloqueo regional del plexo braquial por el tipo de intervención. La evaluación del plano de hipnosis se realizó controlando reflejo palpebral y corneal, reflejo de las alas y reflejo de los miembros pélvicos. En cuanto a la monitorización, se evaluó frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y temperatura corporal permitiendonos conocer el estado del paciente durante la anestesia. El periodo de intervención rondó las 2 horas promedio, manteniéndose todos los parámetros estables y la recuperación del ejemplar no presentó inconvenientes.

FORMA DE PRESENTACIÓN: PÓSTER