

**1 -** Homem de 85 anos, 1,67 m, 70 kg, hipertenso, será submetido à prostatectomia radical por videolaparoscopia sob anestesia venosa total com propofol e remifentanil. Sobre os modelos farmacocinéticos e sua performance:

- a) No modelo farmacocinético de Marsh para o propofol, o anestesista insere os dados do peso e da concentração plasmática desejada.  F  V
- b) O modelo farmacocinético Minto do remifentanil utiliza a equação de James, considerando idade, altura e peso real do paciente para o cálculo da concentração plasmática no sítio efetor.  F  V
- c) São consideradas três medidas para avaliação de performance de um modelo farmacocinético: média da performance de erro (MDPE), média absoluta da performance de erro (MDAPE) e divergência.  F  V
- d) Na anestesia venosa em alça fechada, a monitorização eletroencefalográfica apresenta os sinais de superficialização ou de aprofundamento do nível de anestesia orientando a velocidade de infusão dos anestésicos.  F  V
- e) Fármacos com  $t_{1/2ke0}$  curtos possuem  $ke0$  altos e início de ação rápido e vice-versa, denotando, então, que o  $t_{1/2ke0}$  representa o tempo para que ocorra a metade do fenômeno de equilíbrio, se a concentração plasmática for mantida constante.  F  V

**2 -** Homem, 58 anos, 1,70 m e 70 Kg, será submetido à correção de hérnia inguinal bilateral. Indicada a realização do bloqueio no plano fascial do músculo transverso abdominal (TAP *block*) com ultrassom para a analgesia pós-operatória:

- a) O TAP *block* produz analgesia da pele, músculos, peritônios parietal e visceral.  F  V
- b) A inervação da face anterior da parede abdominal se dá por meio das seis últimas raízes torácicas e primeira lombar.  F  V
- c) O anestésico local deve ser administrado no espaço interfascial entre os músculos oblíquo interno e o transverso abdominal.  F  V
- d) A analgesia pelo TAP *block* se estende por toda a parede abdominal, dispensando a necessidade de realizar o bloqueio bilateralmente.  F  V
- e) Na imagem de ultrassom na abordagem clássica deve-se visualizar: subcutâneo, músculo oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso do abdome e cavidade abdominal.  F  V

**3** – Mulher, 56 anos, 54 kg e 1,55 m, está internada na UTI há 26 dias devido a complicações após cirurgia abdominal. Será submetida à laparotomia exploradora. Os exames laboratoriais evidenciam: hemoglobina de 8,6 g.dL<sup>-1</sup>, albumina de 2,3 g.dL<sup>-1</sup>, desidrogenase láctica de 250 U.L<sup>-1</sup>, ureia de 70 mg.dL<sup>-1</sup>, creatinina de 1,5 mg.dL<sup>-1</sup>, Na<sup>+</sup> de 132 mEq.L<sup>-1</sup>, K<sup>+</sup> de 4,2 mEq.L<sup>-1</sup>, Cl<sup>-</sup> de 100 mEq.L<sup>-1</sup>, pH de 7,25, PaCO<sub>2</sub> de 38 mmHg, PaO<sub>2</sub> de 100 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> de 16 mEq.L<sup>-1</sup>, BE de -9. Qual alteração laboratorial indica que o paciente apresenta retenção de ácidos não voláteis a despeito de anion gap aparentemente normal?

- a) Ureia de 78 mg.dL<sup>-1</sup>  F  V
- b) Cloro de 100 mEq.L<sup>-1</sup>  F  V
- c) Albumina de 2,3 g.dL<sup>-1</sup>  F  V
- d) Hemoglobina de 8,9 g.dL<sup>-1</sup>  F  V
- e) Desidrogenase láctica de 250 U.L<sup>-1</sup>  F  V

**4** - Em relação à avaliação da volemia, podemos afirmar:

- a) Pressão venosa central (PVC) e pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) são consideradas bons preditores de fluidorresponsividade, já que refletem variações do volume diastólico final.  F  V
- b) Medida da área ventricular esquerda pelo ecotransesofágico é um parâmetro de extrema confiança em fluidorresponsividade.  F  V
- c) Volume diastólico final do ventrículo direito indexado (VDFVD) medido por meio do cateter da artéria pulmonar é considerado superior à pressão venosa central (PVC) e pressão da artéria pulmonar.  F  V
- d) Ritmo cardíaco normal e ventilação espontânea com 8 a 10 mL.Kg<sup>-1</sup> são necessários para obtenção de indicadores dinâmicos de fluidorresponsividade.  F  V
- e) Fluidorresponsividade não é sinônimo de hipovolemia.  F  V

5 - Mulher, 38 anos, 66 Kg, 1,58 m, vítima de queda da própria altura, apresenta fratura proximal do úmero. Será submetida a tratamento cirúrgico da fratura. Com relação à técnica adequada:

- a) A via interescalênica para bloqueio do plexo braquial tipicamente permite a anestesia das regiões supridas pelo nervo axilar, supraescapular, radial, mediano e musculocutâneo.  F  V
- b) A abordagem interescalênica para bloqueio do plexo braquial está indicada para procedimentos envolvendo o úmero até a região do cotovelo.  F  V
- c) Para realização do bloqueio interescalênico guiado por ultrassonografia, o transdutor deve ser colocado no nível da 8ª vértebra cervical.  F  V
- d) A ocorrência de rouquidão e síndrome de Horner são complicações da abordagem interescalênica do bloqueio do plexo braquial.  F  V
- e) Bloqueio do nervo frênico é frequente na abordagem interescalênica para bloqueio do plexo braquial.  F  V