

1- Em relação à anestesia em ortopedia e traumatologia:

- a) Existem evidências suficientes para afirmarmos que a técnica anestésica influencia a mortalidade, morbidade cardiovascular e incidência de trombose venosa profunda. F V
- b) A utilização de anestesia regional diminui o aparecimento de disfunção cognitiva pós-operatória tardia. F V
- c) Em pacientes com grave escoliose torácica pode haver queda da capacidade vital com complacência pulmonar preservada. F V
- d) Anestesia regional diminui sobremaneira complicações pulmonares no pós-operatório. F V
- e) Perda visual no pós-operatório de cirurgias de coluna frequentemente associa-se à neuropatia isquêmica posterior do nervo óptico. F V

2- Homem de 45 anos, 1,70 m e 108 kg, índice de massa corpórea (IMC) = 37,4 kg.m⁻², 105 cm de circunferência abdominal, 45 cm de circunferência do pescoço, diabético tipo 2 em uso de metformina, e hipertenso em uso de atenolol e ramipril. Refere que ronca alto, e está sempre sonolento durante o dia. Será submetido a “sleeve” gástrico por via laparoscópica. Com relação a este paciente e à técnica anestésica a ser utilizada:

- a) De acordo com o questionário STOP-Bang, apresenta alto risco para apneia obstrutiva do sono. F V
- b) As doses de midazolam, succinilcolina, cisatracúrio, e fentanil devem ser calculadas com base no peso corporal ideal. F V
- c) Circunferência abdominal de 90 cm em homens está relacionada ao maior risco de complicações associado ao aumento do IMC. F V
- d) Índice apneia-hipopneia acima de 30 eventos por hora é sinal de alerta e preditor para dessaturação rápida e severa na indução anestésica. F V
- e) No intraoperatório deve ser mantida pressão expiratória final positiva (PEEP) de 8-10 cmH₂O, e qualquer hipotensão decorrente deste PEEP deve ser imediatamente tratada. F V

3- Os pacientes classificados como de alto risco para síndrome da apneia/hipopneia do sono se caracterizam por:

- a) São em geral do sexo feminino. F V
- b) Idade maior que 50 anos. F V
- c) Circunferência cervical maior que 40cm. F V
- d) Índice de Massa Corporal maior que 30 kg.m⁻². F V
- e) Tratamento da hipertensão arterial sistêmica. F V

4- Em relação à anestesia para cirurgias oftalmológicas:

- a) Os músculos extraoculares perfazem o total de seis: quatro músculos retos e dois oblíquos, além do músculo elevador da pálpebra. F V
- b) O nervo abducente (VI par) é responsável pela inervação do músculo reto lateral. F V
- c) O nervo oculomotor (III par) inerva os músculos retos medial, superior e inferior, o músculo oblíquo superior e o músculo elevador da pálpebra. F V
- d) O hematoma intraorbital é uma complicação comum dos bloqueios regionais, retrobulbar e, principalmente, peribulbar. F V
- e) O nervo troclear (IV par) inerva o músculo oblíquo inferior. F V

5- Você é solicitado a fazer uma sedação para uma criança de 5 meses, 4,8 Kg, que será submetida a uma endoscopia digestiva alta para tentativa de dilatação endoscópica de estenose hipertrófica de piloro. O gastroenterologista pediátrico informa que o procedimento é eletivo e será feito ambulatorialmente. Você faz um ultrassom gástrico e observa a seguinte imagem.



São pontos referentes à anestesia ambulatorial dessa criança:

- a) O jejum pré-operatório para sedação das crianças em regime ambulatorial é o mesmo que para cirurgias com internação. F V
- b) Pela imagem do ultrassom gástrico, pode-se induzir com segurança a criança sem necessidade de bloqueador neuromuscular F V
- c) Se esta criança nasceu de um parto prematuro, o procedimento não deve ser ambulatorial, porque ela tem em torno de 20 semanas pós conceptuais. F V
- d) Não se espera que um bebê de 5 meses apresente quadro de ansiedade pela separação e, portanto, não há necessidade de um dos pais presentes na indução. F V
- e) O objetivo na escolha dos anestésicos é a rápida recuperação do paciente, sem dor, sem náuseas e vômitos. F V