**PERGUNTAS E RESPOSTAS**

**O uso da anestesia intravenosa total (TIVA) tem diminuído nos últimos anos no Reino Unido.**
**Falso:** Embora o método mais comumente utilizado para manutenção da anestesia continue sendo a inalação de um agente volátil, o uso de anestesia intravenosa total (TIVA) tem mostrado aumento em uma auditoria recente das práticas anestésicas no Reino Unido. Isso demonstrou um aumento no uso de TIVA de 8% para 26% entre os anos de 2013 e 2021.

**O propofol é um agente hipnótico e analgésico eficaz.**
**Falso:** Embora o propofol seja um agente hipnótico muito eficaz, ele não proporciona analgesia. Consequentemente, são necessárias doses muito grandes de propofol para proporcionar uma perda efetiva da resposta a estímulos nocivos.

**O remifentanil é comumente usado junto com TIVA baseada em propofol, aumentando a dose de propofol necessária.**
**Falso:** O remifentanil é um opioide de ação ultra-rápida que é comumente usado junto com TIVA baseada em propofol, e ele diminui a dose de propofol necessária.

**O uso de TIVA diminui o risco de náuseas e vômitos pós-operatórios e o fenômeno de emergência.**
**Verdadeiro:** As vantagens do uso de TIVA incluem a redução de náuseas e vômitos pós-operatórios e a presença do fenômeno de emergência em crianças.

**TIVA é indicada em certos cenários clínicos, que incluem síndrome do QT longo, hipertermia maligna e em operações que utilizam potenciais evocados somatossensoriais e motores.**
**Verdadeiro:** Além dos benefícios inerentes da TIVA, ela também é indicada em certos cenários clínicos onde o uso de um agente volátil não é possível, incluindo síndrome do QT longo, hipertermia maligna e em operações que utilizam potenciais evocados somatossensoriais e motores.

**Os opioides sintéticos se ligam a receptores acoplados à proteína G.**
**Verdadeiro:** Os opioides sintéticos remifentanil, sufentanil, alfentanil e fentanil se ligam a receptores acoplados à proteína G.

**O tempo de meia-vida dependente do contexto (CSHT) é definido como o tempo que leva para a concentração plasmática reduzir 75% após a interrupção de uma infusão de duração especificada.**
**Falso:** O tempo de meia-vida dependente do contexto (CSHT) é definido como o tempo que leva para a concentração plasmática reduzir 50% após a interrupção de uma infusão de duração especificada.

**O tempo de decremento de 50% exibido em uma bomba de infusão controlada por alvo (TCI) é igual ao CSHT.**
**Verdadeiro:** As bombas TCI têm uma função de decremento incorporada que exibe o tempo estimado que levaria, após a interrupção da infusão, para a concentração plasmática atual cair para uma concentração plasmática escolhida. Isso pode ser útil ao titular infusões no final do procedimento para auxiliar uma emergência oportuna da anestesia. O tempo de decremento de 50% é igual ao CSHT.

**O remifentanil tem um CSHT de 6 minutos e é rapidamente metabolizado pelas esterases plasmáticas.**
**Falso:** O remifentanil é um analgésico opioide de ação ultra-rápida com um CSHT de cerca de 3 minutos devido à sua rápida metabolização pelas esterases plasmáticas.

**O alfentanil é um agonista puro do receptor mu dos opioides que tem uma potência de um quarto da do fentanil, uma duração de ação breve, é facilmente titulável e tem um pKa de 8.**
**Falso:** O alfentanil é um agonista puro do receptor mu dos opioides que tem uma potência de um quarto da do fentanil, uma duração de ação breve e é facilmente titulável. O alfentanil tem um pKa de 6,5, o que explica seu início rápido devido a uma grande proporção permanecendo não ionizada em pH fisiológico.

**Ao titrar para baixo uma combinação de propofol-alfentanil para TIVA no final da cirurgia, a infusão de propofol deve ser reduzida primeiro.**
**Falso:** A titulação para baixo no final da cirurgia com alfentanil deve ser realizada antes do propofol, devido ao seu tempo de meia-vida dependente do contexto (CSHT) mais longo. Essa sequência é oposta à TIVA baseada em propofol-remifentanil, onde a infusão de propofol é reduzida primeiro. CSHT após infusão de 3 horas para remifentanil: 3 minutos, alfentanil: 40 minutos, propofol: 9 minutos.

**O sufentanil é um potente derivado do fentanil com uma potência de 5 a 10 vezes maior que a do fentanil, um início mais lento que o alfentanil e um CSHT mais curto que o alfentanil.**
**Verdadeiro:** O sufentanil é um potente derivado do fentanil com uma potência de 5 a 10 vezes maior que a do fentanil. Ele tem um início mais lento que o alfentanil. Ao comparar o CSHT do sufentanil com o alfentanil, o sufentanil tem um CSHT mais curto que o alfentanil. CSHT após 3 horas para sufentanil: 30 minutos, CSHT após 3 horas para alfentanil: 40 minutos.

**O fentanil tem um tempo de meia-vida dependente do contexto (CSHT) que sobe rapidamente após apenas 1 hora de infusão para 260 minutos.**
**Falso:** O fentanil tem um tempo de meia-vida dependente do contexto (CSHT) que sobe para 260 minutos após 8 horas de infusão, o que significa que seu uso para o componente analgésico da TIVA exige uma titulação cuidadosa para proporcionar o perfil de recuperação mais favorável.

**O fentanil pode ser administrado por uma infusão manual ou controlada por alvo, com o modelo de infusão controlada por alvo descrito por Minto.**
**Falso:** Bombas comerciais de infusão controlada por alvo (TCI) frequentemente não são configuradas para TCI de fentanil, mas receitas para administração de fentanil com infusões manuais foram descritas.

**O fentanil pode ser uma boa opção em situações onde o despertar rápido não é uma prioridade e uma dor pós-operatória significativa é antecipada.**
**Verdadeiro:** Embora o fentanil seja o opioide "de curta duração" menos adequado para uso intraoperatório, ele pode ser útil em operações onde o despertar rápido e a extubação não são uma prioridade e uma dor significativa é antecipada.

**A clonidina e a dexmedetomidina são os agonistas alfa 2 mais amplamente usados, sendo que a clonidina tem uma meia-vida mais longa.**
**Verdadeiro:** A dexmedetomidina é um agonista alfa 2 altamente seletivo que tem uma meia-vida mais curta que a clonidina. Seu início de ação é inferior a 5 minutos, com seu efeito máximo ocorrendo dentro de 15 minutos. A clonidina tem uma meia-vida mais longa, portanto pode ter um papel maior no período pós-operatório.

**A dexmedetomidina demonstrou não ter impacto na recuperação após anestesia quando usada como droga adjuvante.**
**Falso:** A dexmedetomidina pode ter efeitos sedativos que podem influenciar a recuperação após a anestesia quando usada como droga adjuvante. Uma redução na taxa de infusão é necessária antes do final do procedimento devido ao seu CSHT de até 250 minutos após uma infusão de 8 horas.

**A ketamina é um antagonista não competitivo do receptor NMDA, um potente analgésico e agente anestésico dissociativo, com efeitos colaterais que incluem secreções das vias aéreas reduzidas, náusea e alucinações.**
**Falso:** A ketamina é um antagonista não competitivo do receptor NMDA, um potente analgésico e agente anestésico dissociativo, com efeitos colaterais que incluem aumento das secreções das vias aéreas, náusea e alucinações.

**A administração de magnésio demonstrou um efeito poupador de propofol, reduzindo as infusões de manutenção de TIVA mantidas com propofol em 50%.**
**Falso:** A administração de magnésio tem um efeito poupador de propofol, reduzindo as infusões de manutenção de TIVA mantidas com propofol em 15-20%.

**A lidocaína tem um índice terapêutico estreito e requer monitoramento cuidadoso se utilizada como infusão pós-operatória.**
**Verdadeiro:** Uma infusão de no máximo 1,5 mg/kg/h por no máximo 24 horas é recomendada e requer supervisão próxima em leito monitorado devido ao seu índice terapêutico estreito.