

466 QUESTÕES

1. Pacientes em posição prona para cirurgias de craniotomia têm menor risco de lesão ocular pois os olhos estão mais afastados do campo operatório.
2. A pressão arterial sistólica deve ser mantida acima de 110 mmHg durante essas cirurgias.
3. Um valor do Índice Bispectral (BIS) < 40 é desejável durante a cirurgia para reduzir o risco de despertar intraoperatório.
4. Manter valores de PaO₂ > 8 KPa (60 mmHg) evita hipóxia cerebral.
5. Uma pressão arterial intraoperatória média > 65 mmHg garante a preservação da perfusão cerebral.
6. O propofol não tem efeito nas leituras do potencial motor evocado (PEM).
7. Podem ocorrer lesões na cavidade oral ao utilizar os PEMs.
8. As leituras do potencial evocado somatossensitivo (PESS) são afetadas pela hipotermia.
9. O relaxamento muscular é crucial para otimizar os PEMs.
10. Os nervos tibial e radial são locais comuns para monitorização do PESS.
11. Fixar a cabeça do paciente em uma posição flexionada com pinos Mayfield reduz o risco de obstrução venosa.
12. O uso de remifentanil pode intensificar os efeitos dos relaxantes musculares.
13. A hipotermia intraoperatória é benéfica pois reduz a taxa metabólica cerebral.
14. A escolha dos anestésicos intraoperatórios deve visar um despertar e retorno funcional lentos para não ocorrer movimentação do paciente no período pós-operatório imediato.
15. O remifentanil tem um efeito anestésico sinérgico quando utilizado com uma infusão de propofol.
16. Se houver suspeita de embolia aérea venosa intraoperatória, deve-se colocar o paciente em posição de cefaloacive.
17. A eletroencefalografia (EEG) pode ser utilizada para reduzir o risco de despertar intraoperatório.
18. Grandes sangramentos intraoperatórios estão associados a um maior risco de hematoma pós-operatório.
19. Hipertensão pós-operatória é comum e deve ser permitida como resposta da autorregulação para manter a perfusão cerebral.
20. Uma indicação importante de embolia aérea venosa é a hipertensão e a taquicardia abruptas.

RESPOSTAS

1. Falsa. A posição prona aumenta o risco de lesão ocular por dois motivos: pressão direta no globo e perfusão comprometida resultando em neuropatia óptica isquêmica.
2. Falsa. Os níveis de pressão arterial devem ser baseados na pressão arterial basal do paciente e, preferencialmente, mantidos dentro de 20% dos valores pré-operatórios do paciente.
3. Falsa. Valores do BIS entre 40-60 são adequados no intraoperatório. Abaixo de 40 a profundidade anestésica é acentuada, podendo ocorrer hipotensão e piora da monitorização neurológica intraoperatória (MNIO).
4. Falsa. PaO₂ > 13 KPa (97 mmHg) é ideal em pacientes com função respiratória normal, podendo ocorrer relativa hipóxia cerebral se o alvo for PaO₂ > 8 KPa (60 mmHg).
5. Falsa. Os níveis de pressão arterial devem ser baseados na pressão arterial basal do paciente e, preferencialmente, mantidos dentro de 20% dos valores pré-operatórios do paciente. Em pacientes hipertensos, os limites da autorregulação cerebral podem ser maiores, necessitando, dessa forma, níveis mais altos no intraoperatório.
6. Falsa. O propofol tem algum efeito, mas menor do que os agentes inalatórios e, se forem evitadas grandes variações na concentração do propofol, seu impacto é mínimo.
7. Verdadeira. Podem ocorrer lesões de mordidas na língua e lacerações labiais. Dessa forma, normalmente insere-se um dispositivo para bloquear a mordida.
8. Verdadeira. Todas as monitorizações neurológicas intraoperatórias (MNIOs) podem ser afetadas pela hipotermia.
9. Falsa. O relaxamento muscular deve ser evitado, após a dose inicial de intubação, para facilitar a calibração e a monitorização dos PEMs intraoperatórios. Monitorização neuromuscular quantitativa calibrada deve ser usada desde a indução para garantir a reversão adequada do bloqueio neuromuscular antes do início do PEM.
10. Falsa. Os nervos tibial e ulnar/mediano são comumente utilizados para monitorização do PESS.
11. Falsa. Os pinos Mayfield são usados para fixar e estabilizar com segurança a cabeça do paciente. A fixação com o pescoço fletido pode causar obstrução venosa, a qual pode ser difícil de detectar devido ao campo cirúrgico e à incapacidade de inspecionar a cabeça e o pescoço durante a cirurgia.
12. Falsa. Embora o remifentanil melhore a tolerância ao tubo e reduza a necessidade adicional de relaxantes musculares, ele não intensifica diretamente a profundidade do bloqueio neuromuscular.
13. Falsa. A hipotermia pode interferir na monitorização neuromuscular intraoperatória e causar alteração no sinal, o qual pode ser mal interpretado.

14. Falsa. Apesar dos vários esforços feitos para reduzir a chance de lesão neurológica intraoperatória, é importante ser capaz de testar e detectar rapidamente quaisquer déficits se uma reoperação de urgência for necessária para resolver o problema.
15. Verdadeira. Quando utilizados concomitantemente, os efeitos do remifentanil e do propofol são mais intensos do que a soma dos efeitos individuais, caracterizando um sinergismo.
16. Falsa. O paciente deve ser posicionado em cefalodeclive para aumentar a pressão venosa acima da pressão no sítio cirúrgico e reduzir a entrada de ar.
17. Verdadeira. A interpretação do EEG pode facilitar na avaliação da profundidade anestésica e, portanto, auxiliar o anestesista a reduzir o risco de despertar intraoperatório.
18. Verdadeira. Existe um risco maior de hematoma após grandes perdas sanguíneas intraoperatórias.
19. Falsa. A hipertensão no período pós-operatório deve ser evitada pois aumenta o risco de formação de hematoma.
20. Falsa. A embolia aérea venosa é, em sua essência, uma embolia pulmonar. A deterioração ocorre por causa de uma obstrução do fluxo sanguíneo do lado direito para o lado esquerdo do coração. Isso se manifesta como hipotensão, queda no CO₂ expirado e arritmias cardíacas.