

**PROCESSO SELETIVO PRORES/MV 2026/2**  
**ANESTESIOLOGIA VETERINÁRIA**

**PADRÃO RESPOSTA**

- 1) a) Ventilação e fluxo sanguíneo perfeitamente equilibrados, em uma determinada unidade do pulmão.  
b) A ventilação é maior do que o fluxo sanguíneo que passa para receber o oxigênio.

c) Há um maior fluxo de sangue em relação ao ar disponível para oxigená-lo. O sangue passa pelos capilares, não sendo completamente reoxigenado.

2) Shunt: ocorre quando o sangue passa pelos capilares pulmonares, mas não entra em contato com oxigênio, devido ao fato de o alvéolo correspondente apresentar-se colapsado ou cheio de líquido. Exemplo: atelectasia, pneumonia, edema pulmonar. Espaço morto: refere-se a soma do espaço morto anatômico (vias aéreas condutoras sem a presença dos alvéolos) com o espaço morto alveolar (alvéolos que recebem ar, mas que não têm fluxo sanguíneo para trocar gases). Exemplo: tromboembolismo, choque com débito cardíaco reduzido.

3) Potência: tem relação direta com a concentração alveolar mínima para determinar a quantidade de agente inalatório, necessário ao paciente em determinado momento. CAM: define-se como a concentração alveolar mínima em uma atmosfera, necessária para abolir os movimentos em resposta a um estímulo doloroso, em ao menos metade dos pacientes testados. Coeficiente de solubilidade: define-se pela quantidade de um anestésico dissolvido em dois meios diferentes, quando há um equilíbrio entre eles. O coeficiente de solubilidade sangue-gás traduz a pressão parcial deste, quando é estabelecido o equilíbrio entre o anestésico dissolvido no sangue e no ar alveolar. O isoflurano apresenta CAM de 1,4 V% no cão, sendo assim, mais potente que o sevoflurano, o qual apresenta CAM de 2,36V%. Em relação ao coeficiente de solubilidade, o isoflurano possui valor de 1,46, enquanto o sevoflurano de 0,68, indicando assim, que o sevoflurano apresenta capacidade de induzir plano anestésico mais rápido e recuperação mais rápida em relação ao isoflurano.

- 4) a) As variáveis que podem influenciar nos valores de pressão arterial são: resistência vascular sistêmica (RVS), débito cardíaco, frequência cardíaca e volume sistólico.

b) Os métodos são: Doppler (30-40% diâmetro do braço), determina pressão arterial sistólica; oscilométrico (30-40% diâmetro do braço), determina pressão arterial sistólica, diastólica e média por meio não invasivo; acesso arterial invasivo, determina pressão arterial sistólica, diastólica e média; acesso arterial invasivo, pelo esfigmomanômetro e coluna de ar, via sistema de torneira de três vias; avalia apenas PAM.

5) - Garantir plano anestésico adequado. - Instituir bloqueador neuromuscular, para o paciente não "brigar" com o aparelho. - Determinar a modalidade ventilatória: - Ventilação ciclada a volume: determinar a frequência respiratória (10-15 mpm); volume (10-15 ml/Kg); relação inspiração-expiração (1-2) e fração inspirada de oxigênio (40-100%). - Ventilação mecânica ciclada a pressão: ajusta-se a pressão de pico que pode variar entre 10-20 cmH<sub>2</sub>O, sendo o volume, consequência desta pressão determinada. As demais variáveis como frequência respiratória, relação inspiração-expiração e fração inspirada de oxigênio seguem o mesmo padrão descrito anteriormente. - Desmame da ventilação mecânica com ajuste da relação inspiração-expiração ou reduzir a frequência respiratória e reverter o bloqueador neuromuscular com neostigmina ou fisostigmina se houver necessidade.

6) - Cuidados pré-anestésicos:

- Jejum.
  - Avaliação física: FC, TPC, f, coloração de mucosas, desidratação.
  - Confirmar peso do paciente (balança ou fita).
  - Escolher ambiente calmo e livre de sujidades ou materiais que possam lesionar o paciente.
- Protocolo de anestesia:
- Sedativos:

- Fenotiazínicos, após 30-45 min alfa dois agonistas.
- Alfa dois agonistas isolados (xilazina ou detomidina) ou associados ao butorfanol.
- Tricotomia do local de realização de acesso venoso (jugular), posterior botão anestésico para cateterização e escolha do cateter de diâmetro compatível; fixação do cateter.
- Cuidados transanestésicos:
  - Fluidoterapia de manutenção.
  - Monitoração estágio da anestesia.
  - Fornecimento de oxigênio 100% (cilindro de oxigênio), via sonda nasal.
  - Monitoração da anestesia: FC, TPC, f, PAS.
  - Contenção física complementar.
- Manutenção anestésica:
  - Bolus de alfa dois agonista (1/3 a 1/2 da dose da MPA) ou após confirmação da sedação infusão contínua de detomidina ou xilazina isolados ou em associadas ao butorfanol (taxas que evitem decúbito do paciente).
  - Bloqueio locorregional mentoniano, com lidocaína s/v.
- Cuidados pós-anestesia:
  - Recuperação do paciente.
  - Controle da dor (AINE).
  - Antibioticoterapia.
  - Monitoração peristaltismo, principalmente quando houver alfa dois ou opioide no protocolo de anestesia.

7) Fármacos: lidocaína s/v 7-10 mg/Kg ou bupivacaína ou ropivacaína 2 mg/Kg.

Mecanismo de ação: bloqueio dos canais de sódio de forma reversível.

Bloqueios regionais: lembrar da tricotomia e assepsia da região a ser bloqueada.

- Paravertebral proximal: anestesia dos segmentos nervosos próximos a emergência do forame intervertebral. Os processos transversos das vértebras L1, L2 e L3 são identificados. Os pontos de introdução da agulha situam-se a aproximadamente 5 cm da linha média. Introduz-se uma agulha longa, perpendicular à coluna, na borda cranial do processo transverso de L1, ou seja, no espaço entre L1 e T13. É administrado anestésico local, ventral ao processo transverso para anestesiá-lo o ramo dorsal do nervo. Na sequência, avança-se a agulha até ultrapassar o ligamento intertransverso, ventral ao processo transverso, afim de bloquear o ramo ventral do nervo. O mesmo procedimento é realizado entre as vértebras L1 e L2 e L2 e L3. Administra-se aproximadamente 10 ml por ponto de bloqueio.

- Paravertebral distal: procura-se bloquear os mesmos segmentos nervosos supracitados na técnica paravertebral proximal, entretanto alguns centímetros após emergirem dos forames intervertebrais, nas regiões dorsal e ventral das extremidades dos processos transversos. A agulha é inserida na posição horizontal, sobre e sob o processo transverso de L1 para bloquear T13, em L2 para bloquear L1 e em L4 para bloquear L2. Administra-se aproximadamente 10 ml por ponto de bloqueio.

- L invertido: traça-se uma linha imaginária, caudal a borda da última costela e ventral aos processos transversos das vértebras lombares. Administra-se o anestésico local com agulha de maior comprimento ou cânula específica, nesta linha imaginária, objetivando bloquear as porções mais superficiais como pele e região subcutânea e as regiões mais profundas que determinam os músculos oblíquo abdominal externo, interno e músculo transverso do abdômen. O bloqueio acontecerá na sombra desta linha bloqueada. O volume de anestésico local é maior em relação as demais técnicas, geralmente aproximando-se da dose tóxica.

8) Definem-se como impulsos ectópicos que tem origem em locais diferentes que não sejam o nó sinoatrial, geralmente associados a tecidos atriais ou ventriculares doentes. Causas comuns à sua ocorrência relacionadas a cardiomiopatia, fibrose, isquemia. Podem ser causadas por fármacos, hipóxia ou distúrbios metabólicos. As

contrações ventriculares prematuras aparecem precocemente no ciclo cardíaco, apresentam complexo QRS de formato bizarro, sem onda P associada ou antecedente. O tratamento consiste na avaliação da causa base, geralmente ajustar plano de anestesia, tratar distúrbios do equilíbrio ácido-base, e administração de lidocaína sem vasoconstritor, pela via intravenosa, na dose de 1-2 mg/Kg, caso necessário instituir infusão contínua na taxa de 50 mcg/Kg/min. A lidocaína é indicada quando os CVP ocorrem acima de 15 vezes por minuto, quando diminui a pressão arterial ou quando aparecem aos pares.