

## Perguntas e Respostas

Ventilação mecânica em altas configurações ( $FiO_2 > 90\%$ ,  $P_{plat} > 30 \text{ cmH}_2\text{O}$ ) por 7 dias ou mais é uma contraindicação absoluta para iniciar ECMO.

Falso: Ventilação mecânica em altas configurações ( $FiO_2 > 90\%$ ,  $P_{plat} > 30 \text{ cmH}_2\text{O}$ ) por 7 dias ou mais é uma contraindicação relativa para iniciar ECMO.

O  $CO_2$  é principalmente eliminado pela bomba de ECMO.

Falso: A eliminação de  $CO_2$  é principalmente alcançada pela regulação do fluxo de varredura na unidade de troca gasosa sanguínea.

Um Escore de Murray  $> 3$  fornece uma indicação mais forte do que uma relação  $P/F < 80 \text{ mmHg}$  para iniciar o tratamento com ECMO.

Falso: Até o momento, não existem limites claros nem escores específicos para determinar o momento do tratamento com ECMO.

A deterioração da membrana do oxigenador é indicada por um aumento súbito em  $\Delta p$  ( $P_{in} - P_{out}$ )

Verdadeiro: Um aumento em  $\Delta p$  pode indicar deterioração da membrana (por exemplo, trombose) e, portanto, uma piora na eficácia do oxigenador, podendo requerer a substituição do componente.

ECMO V-V fornece suporte permanente em casos de SARA.

Falso: ECMO V-V, assim como ECMO V-A, só pode fornecer suporte orgânico temporário (pulmões e/ou coração e vice-versa) para um processo patológico reversível ou como ponte para transplante de órgão.

Bombas centrífugas substituíram bombas de roletes nos circuitos modernos de ECMO.

Verdadeiro: Bombas centrífugas são mais comuns atualmente e parecem causar menos hemólise do que bombas de roletes.

SpO<sub>2</sub> < 95% constitui 2 pontos no Escore de Murray e é útil para orientar o início do ECMO V-V.

Falso: SpO<sub>2</sub> não faz parte do Escore de Murray. Os parâmetros clínicos do Escore de Murray incluem relação P/F, infiltrados pulmonares em RX de tórax, PEEP e Complacência pulmonar.

ECMO V-A é indicado em câncer de pulmão metastático.

Falso: Câncer de pulmão metastático, que é uma patologia em estágio final e não reversível, contraindica o início do tratamento com ECMO.

Uma pressão de saída de 500 mmHg na cânula de retorno é geralmente aceitável.

Falso: A pressão de saída não deve exceder 400 mmHg.

O circuito ECMO V-A consiste em um sistema "em paralelo" que desvia tanto o coração quanto os pulmões.

Verdadeiro: ECMO V-A desvia tanto o coração quanto os pulmões, substituindo suas funções.

ECMO V-V é uma opção viável quando ambos os sistemas respiratório e cardiovascular precisam ser suportados.

Falso: Quando tanto o coração quanto os pulmões precisam ser temporariamente substituídos em função, para permitir a recuperação, ECMO V-A é geralmente indicado.

Um fluxo sanguíneo de 3,5 L/min é apropriado para suportar a função cardiovascular em um adulto de 80 kg

Verdadeiro: Cerca de 3-4 L/min seria um fluxo sanguíneo correto para um adulto de 80 kg, considerando que os mesmos valores se aplicam grosseiramente ao considerar o DC.

Um nível de sedação de RASS -3 ou -4 é requerido para todos os pacientes recebendo suporte ECMO.

Falso: sedação, analgesia e, em alguns casos, paralisia devem visar a um RASS de 0 ou -1, o que provou ser suficiente para gerenciar pacientes em ECMO.

A recusa do paciente é uma contraindicação relativa para iniciar o tratamento com ECMO, que é potencialmente salva-vidas.

Falso: a recusa do paciente é uma contraindicação absoluta para iniciar ECMO.

ECPR provou trazer benefícios de sobrevivência a curto e longo prazo quando comparado com RCP convencional.

Verdadeiro: Em pacientes selecionados (condições cardíacas reversíveis) ECPR permite que os esforços de ressuscitação sejam realizados enquanto permite perfusão de órgãos finais.

ECMO V-V é uma opção em falha cardíaca após falha do enxerto de transplante primário.

Falso: Neste cenário, ECMO V-A é a modalidade indicada (suporte cardiovascular).

Paralisia com NMBAs é obrigatória para todos os pacientes em ECMO.

Falso: Indicações para relaxamento muscular incluem movimentos excessivos interferindo no fluxo e pressões do ECMO, representando um risco para decanulação acidental, e assincronias paciente-ventilador.

FdO<sub>2</sub> é ajustado através do componente de bomba do circuito ECMO.

Falso: A porcentagem da fração de oxigênio entregue (FdO<sub>2</sub>) é ajustada através do misturador de ar oxigênio, e pode variar de 21%, mistura de O<sub>2</sub>/ar a 100% O<sub>2</sub>.

A membrana ECMO tende a reter a maioria dos sedativos comuns, analgésicos e medicamentos administrados em pacientes de UTI "clássicos".

Verdadeiro: Este efeito colateral deve sempre ser levado em conta, pois muitas vezes determina a necessidade de doses maiores.

Cânulas de reinfusão tipicamente apresentam apenas um único orifício na ponta.

Verdadeiro: Essas cânulas também são chamadas de "estágio único"; essa configuração permite limitar turbulências de fluxo.