

Cole aqui o nome e o logotipo do Hospital antes de Xerocar

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Resolução do CFM nº 1.480 de 08/08/1997)

Nome:

Pai:

Mãe:

Idade: anos meses dias Data de nascimento: ____/____/____.

Sexo: M F Cor: A B N Registro hospitalar:

A. Causa do coma:

Não iniciar o protocolo de diagnóstico de morte encefálica se a causa do coma é desconhecida.

Não iniciar o protocolo de morte encefálica sem comunicar a parentes presentes ou parentes que possam ser contatados por telefone.

B. Afastar causas de interferência:

1 – O paciente está hipotérmico (temperatura retal abaixo de 32,2 ° C) ? () Sim () Não

2 – Está usando drogas depressoras do sistema nervoso central ou há possibilidade de intoxicação por drogas depressoras (sobretudo barbitúrico, opiáceo, diazepínico, curare)? () Sim () Não

3 – Está com distúrbio hemodinâmico, hipotensão, hipoxemia ou distúrbio metabólico grave e reversível capaz de comprometer a função encefálica e a resposta? () Sim () Não

Qualquer resposta positiva a um dos três itens acima interrompe o protocolo que só deve ser retomado depois de removida tal condição.

C. Exames neurológicos:

Devem ser realizados dois exames com intervalos mínimos estabelecidos de acordo com a idade. Os exames devem ser realizados por, no mínimo, dois médicos e um deles deve ser neurologista. Nenhum destes médicos pode fazer parte da equipe de remoção ou de transplante de órgãos.

PERÍODO DE OBSERVAÇÃO

| Idade | Intervalo mínimo de tempo entre os exames |
|---------------------------------|---|
| de 7 dias a 2 meses incompletos | 48 horas |
| de 2 meses a 1 ano incompleto | 24 horas |
| de 1 ano a 2 anos incompletos | 12 horas |
| acima de 2 anos | 6 horas |

Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções Sim/Não, obrigatoriamente, para todos os sete itens listados.

✓ **Coma aperceptivo e arreativo (Glasgow 3):**

Ausência de qualquer reação ou resposta motora à forte estimulação dolorosa da região lateral da nuca ou face, compressão supra orbitária, compressão do esterno ou do leito ungueal. Ausência de convulsões, tremores, postura em descerebração ou decorticação. Interesse apenas a reatividade supraespinal e, portanto, reações de atividade medular reflexa como reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo abdominal, cutâneo plantar em extensão ou flexão, cremastérico superficial e profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores e reflexo tônico cervical são todos sinais de reatividade infraespinal e não afastam o diagnóstico de morte encefálica.

✓ **Reflexo oculovestibular (prova calórica):**

1. Fazer uma otoscopia para certificar que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.
2. Elevar a cabeceira da cama para manter a cabeça elevada a 30° sem fletir o pescoço.
3. Usar 50 ml ou mais de soro fisiológico ou água próximo de 0° C em cada ouvido. Cortar um butterfly desprezando a agulha. Introduzir gentilmente este cateter no canal auditivo. Infundir o líquido lentamente com auxílio de uma seringa ou deixar correr de um equipo. Manter os olhos do paciente bem abertos e observar qualquer movimento de desvio ocular para o lado em que está sendo infundido o líquido frio. Manter a observação até dois minutos após fim da infusão. Antes de testar o outro lado deve-se esperar 10 minutos.

✓ **Pupilas fixas e arreativas:**

As pupilas devem estar fixas com dilatação média ou completa, na linha média, não apresentar qualquer resposta à estimulação por luz forte e direta sobre elas por 10 segundos, descartado efeito de atropina, anfetamina, midriáticos tópicos ou trauma ocular.

✓ **Reflexo córneo-palpebral:**

Estimulação da córnea com a ponta de uma gazinha ou "swab" de algodão não produz nenhuma resposta de defesa ou tentativa de fechamento ocular

✓ **Reflexo oculocefálico:**

A cabeça é movimentada, rodada, para os lados, ou fletida e estendida enquanto se observa se ocorre o movimento ocular na direção contrária. (Não deve ser realizado em casos de trauma com possibilidade de fratura cervical. Nestes casos o reflexo oculo-vestibular é suficiente)

✓ **Reflexo de tosse ou vômito:**

Nenhuma reação de tosse, náusea, sucção, mov. faciais ou deglutição ao movimentar o tubo traqueal, aspirar a traquéia com a sonda além do tubo ou estimular a faringe e laringe com uma sonda.

✓ **Teste de apnéia:**

Este teste deve ser o último a ser realizado. Antes de iniciá-lo deve-se ajustar os parâmetros do ventilador para obter uma PaCO₂ em torno de 45 mmHg:

1. Aumentar a concentração de oxigênio no ventilador para 100% por pelo menos 10 minutos.

2. Opcionalmente pode-se fazer uma gasometria com estes parâmetros para documentar o nível de PaCO₂ antes do início da prova. Pode ser interessante manter um Jelco intra-arterial (artéria radial) acoplado a um tree-way para facilitar a coleta das gasometrias.

3. Desconectar o ventilador (marcar o tempo) e instalar uma sonda traqueal fina profundamente na traquéia com um fluxo de oxigênio de 6 litros/minuto em adultos e fluxos proporcionais menores em crianças (cerca de 1 litro por cada 5 Kg por minuto).

4. Observar atentamente o aparecimento de qualquer movimento respiratório por 10 minutos ou até que o PaCO₂ suba acima de 55 mmHg. A prova deve ser interrompida se ocorrer insaturação grave (< 75 %) com bradicardia ou hipotensão, mas só é considerada válida se constatada a persistência da apnéia em vigência da PaCO₂ > 55 mmHg.

Primeiro exame clínico neurológico (idealmente feito por dois médicos, sendo um neurologista)

| | | | |
|--------------------------|---------------|--|-----------------|
| Data: ___/___/___. | Hora: ___:___ | Coma aperceptivo | () Sim () Não |
| Médico (s): | | Pupilas médias ou midriáticas e arreativas | () Sim () Não |
| | | Ausência de reflexo córneo-palpebral | () Sim () Não |
| Endereço(s) e telefones: | | Ausência de reflexos óculo-cefálicos | () Sim () Não |
| | | Ausência de resposta às provas calóricas | () Sim () Não |
| | | Ausência de reflexo de tosse | () Sim () Não |
| Assinatura (s) e CRM: | | Apnéia | () Sim () Não |
| | | PaCO ₂ ao término do teste de apnéia: _____ mm Hg | |

Segundo exame clínico neurológico (idealmente feito por dois médicos, sendo um neurologista)

| | | | |
|--------------------------|---------------|--|-----------------|
| Data: ___/___/___. | Hora: ___:___ | Coma aperceptivo | () Sim () Não |
| Médico (s): | | Pupilas médias ou midriáticas, arreativas | () Sim () Não |
| | | Ausência de reflexo córneo-palpebral | () Sim () Não |
| Endereço(s) e telefones: | | Ausência de reflexos óculo-cefálicos | () Sim () Não |
| | | Ausência de resposta à prova calórica | () Sim () Não |
| | | Ausência de reflexo de tosse | () Sim () Não |
| Assinatura (s) e CRM: | | Apnéia | () Sim () Não |
| | | PaCO ₂ ao término do teste de apnéia: _____ mm Hg | |

D. Exame complementar:

Indicar o exame realizado e anexar o laudo com identificação do médico responsável.

- Para os pacientes acima de 2 anos: um dos exames citados abaixo
- Entre 1 ano e 2 anos incompletos: um dos exames citados abaixo.
Quando se opta pelo EEG são necessários dois exames com 12 horas de intervalo entre eles.
- Entre de 2 meses e 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalos de 24 horas entre um e outro.
- Entre 7 dias e 2 meses incompletos: dois eletroencefalogramas com intervalos de 48 horas entre um e outro.

| | | | | |
|---|---|--|---|----------------------|
| 1. EEG () único () dois com ___ horas de intervalo | 2. Angiografia cerebral | 3. Cintilografia radioisotópica com tecnécio | 4. Monitorização da pressão intracraniana | 5. Potencial evocado |
| 6. Tomografia computadorizada com xenônio | 7. Ultra-sonografia com Doppler transcraniano | 8. Tomografia por emissão de foton único ou por emissão de pósitrons | 9. Extração cerebral de oxigênio. | 10. Outro (citar): |

Exame(s) realizado(s):

Data 1^o: ___/___/___ Hora: ___:___Data 2^o: ___/___/___ Hora: ___:___

Médico que fez o(s) exame(s) e assinou o(s) laudo(s):

CRM: _____

Transcrição da conclusão final do(s) laudo(s):

Às ___:___ horas do dia ___ de _____ de ___ completou-se este protocolo e concluiu-se que o paciente acima identificado _____ em morte encefálica conforme a resolução nº 1.480 de 08/08/1997 do Conselho Federal de Medicina.

Este resultado foi comunicado à família por

• _____

às ___:___ horas de ___/___/___.

Este resultado foi comunicado à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos por _____

às ___:___ horas do dia ___/___/___.

Cópia deste termo deve ser enviada ao mesmo órgão.

Modelos desse protocolo em tamanho A4 podem ser obtidas em:
<http://www.blackbook.com.br/download/folhaprotocolomortecerebral.pdf>