

Cuidados com o Paciente em Iminência de Morte Encefálica ou em Morte Encefálica

Última revisão: 15/04/2014
Estabelecido em: 10/05/2008

Responsáveis / Unidade

Simone Lino Mello – Médica | HJXXIII

Colaboradores

Lucas Rocha da Costa Filho – Acadêmico | UFMG
Rose Mary Ferreira Lisboa da Silva – Médica | UFMG

Validadores

Epotamenides Maria Good God – Médico | HJXXIII
Sergio Diniz Guerra – Médico | HJXXIII

Revisão Responsáveis / Unidade

Daniela Pagliari Oliveira – Médica | HJXXIII
Joana Beatriz Costa Lara Rocha – Psicóloga | HJXXIII
Marcelo Portes Rocha Martins – Médico | HJXXIII
Milza Cintra Januário – Médica | HJXXIII

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

O Brasil é o país que possui a maior Política Pública de Transplantes do mundo e está inserido neste contexto há quase 50 anos. 90 % destes procedimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No último ano houve um aumento de 5 % na realização de transplantes no Brasil.

A relação doador por milhão de população é atualmente de 11 doadores pmp. Entretanto estima-se que a taxa adequada seria de 22 doadores pmp. Em Minas Gerais esta relação foi de 10,1 doadores pmp em 2011, totalizando 193 doações efetivadas no Estado.

O diagnóstico de Morte Encefálica é normatizado pela Resolução do CFM No. 1480/1997 e uma sucessão de leis até a atual Lei 10.211 de março de 2002. O Hospital João XXIII, de acordo com dados do MG-Transplantes foi responsável por 16,6% das captações de órgãos em todo estado de MG. Contudo, em 2011 das 125 notificações de potenciais doadores de múltiplos órgãos, cerca de 50% tiveram o protocolo de morte encefálica concluídos e apenas 32 pacientes tiveram a doação de órgãos autorizada pela família.

Frente a este cenário, torna-se necessário viabilizar a adequada manutenção dos potenciais doadores para que se possa concluir um maior número de protocolos de Morte Encefálica e conseqüentemente aumentar o número de doações, contribuindo assim, para a diminuição do tempo de espera por um órgão no Estado de Minas Gerais.

OBJETIVOS

1. Capacitar a equipe médica para a busca ativa e identificação de pacientes em iminência de morte encefálica (IME);
2. Habilitar a equipe médica a realizar o protocolo de diagnóstico confirmatório de morte encefálica (PDcME);
3. Habilitar a equipe médica e de enfermagem a prever e reconhecer as principais complicações nos pacientes IME e ME para pronta reversão das mesmas;
4. Habilitar a equipe multidisciplinar para os cuidados intensivos ao paciente com IME e ME;
5. Habilitar a equipe médica e de enfermagem para estabelecer o diagnóstico de ME em, no máximo, 30 horas em pacientes com sedação prévia e em 12 horas naqueles sem exposição à sedação;
6. Habilitar a equipe de saúde quanto à consciência cívica do papel da doação;
7. Habilitar a equipe multidisciplinar a atuar interdisciplinarmente no acolhimento às famílias dos pacientes.

SIGLAS

BIC: Bomba de Infusão Contínua	SAV: Serviço de Assistência à Vida
CIHDOTT: Comissão intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	SEC: Setor de Emergências Clínicas
CNCDO: Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos	SRPO: Sala de Recuperação Pós-operatório
FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	UTI: Unidade de Terapia Intensiva
HJXXIII: Hospital de Pronto Socorro João XXIII	CPK: Creatinofosfoquinase
ME: Morte Encefálica	CPK-MB: Creatinofosfoquinase Fração MB
MG Tx: MG Transplantes	ALT: Alanina Aminotransferases
PIA: Pressão Intra-arterial	AST: Aspartoaminotransferases
PVC: Pressão Venosa Central	FA: Fosfatase Alcalina
	LDH: Desidrogenase Lática
	GGT: Gama Glutamil Transferase
	ECG: Escala de Coma de Glasgow ou Eletrocardiograma, dependendo do Contexto

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

1. Monitor padrão com módulos de entrada para registro eletrocardiográfico, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, pressão venosa central, pressão intra-arterial e temperatura corporal externa e interna;
2. Módulos e domes para entrada de dados de monitorização como os citados acima;
3. Cateteres em silicone com dupla via para linha venosa central e arterial pela técnica de Seldinger;
4. Bomba de infusão de medicamentos capaz de trabalhar com volumes pequenos como 0,5 ml/hora;
5. Cateteres para bomba de infusão para fluidos e medicamentos;
6. Estoque de equipo fotossensível;
7. Cateteres para infusão de medicamentos e suas adaptações de vias;
8. Estoque de agulhas (13x4, 25x7, 25x8 e 40x12);
9. Estoque de jelco (24, 22, 20, 18, 16 e 14);
10. Estoque de seringas (1, 3, 5, 10 e 20 ml);
11. Estoque de sondas nasogástricas (14, 16, 18 e 20);
12. Estoque de sonda vesical de demora e sistema coletor fechado (10, 12, 14 e 16);
13. Tubos orotraqueais (5, 5.5, 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5, 9 e 9.5);
14. Ventilador mecânico com capacidade de monitorizar volume e pressão;

15. Manta térmica para aquecimento através de circuito de ar;
16. Aparelho de microondas para aquecer fluidos;
17. Estoque de fita adesiva e fita antialérgica (micropore);
18. Estoque de pacotes de gazeinha, gaze aberta e compressas cirúrgicas estéreis;
19. Estoque de caixas de luvas de procedimentos;
20. Estoques de luvas estéreis (6.5, 7, 7.5, 8 e 8.5);
21. Estoque de gorro, máscaras descartáveis;
22. Estoque de capotes e campos estéreis para procedimentos;
23. Manter sempre duas bandejas de pequenos procedimentos disponíveis;
24. Estoque de soluções iodadas degermantes, tópicas, álcool 70% e clorexidine;
25. Estoque de soluções para infusão como: frascos de 500 e 1000 ml de água bidestilada, frascos de 500 ml de ringer lactato, soro glicosado isotônico e soro fisiológico 0,9%;
26. Estoque de substância de controle eletrolítico como:
 - a. NaCl 10% frascos de 10 ml. b. KCl 10% frascos de 10ml;
 - b. Sulfato de magnésio 50% frascos de 20 ml;
 - c. Gluconato de cálcio 10% frascos de 20 ml;
 - d. Bicarbonato de sódio 8,4 mEq frascos de 250 ml;
 - e. Glicose hipertônica 50% frascos de 10 e 20 ml;
 - f. Frasco ampola de insulina regular com 10 ml e 100U/ml;
27. Estoque de substâncias vasoativas:
 - a. Dobutamina 1 ampola de 20 ml (12,5mg/ml): cada duas ampolas diluídas em 460 ml de soro, correspondem a 1000 µg/ml;
 - b. Noradrenalina: 1 ampola (na forma de bitartarato) com 4 ml contém 4 mg. A ser preparada de acordo com a seguinte fórmula: velocidade de infusão (ml/h) = dose (µg/kg/min) x peso x 60 + concentração da solução em µg/ml;
 - c. Vasopressina: 1 ampola (8-arginina-vasopressina) com 1ml contém 20UI. A ser preparada de acordo com a seguinte forma. 1 ampola(20UI/ml) diluída em 240ml de soro glicosado a 5% e infudida na dose de 0,01 a 0,04 unidades/minutos;
 - d. Nitroprussiato de sódio: 1 frasco ampola = 50 mg + 2ml de SGI5% (diluyente). O cálculo da diluição para 24 horas deve ser feito conforme segue: peso do paciente x

taxa de infusão em ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) x 1,44 divididos por 25. Rediluir esse volume em SGI5% para completar o volume a ser usado em 24 horas;

- e. Dipirona sódica ampolas com 2 ml contendo 500 mg/ml. Diluir em 8 ml de ABD;
- f. Desmopressina (DDAVP). Spray nasal com 0,1 mg/ml ou ampola com 4 $\mu\text{g}/\text{ml}$;
- g. Ranitidina em ampolas contendo 50 mg a serem diluídas em 18 ml de ABD;
- h. Metilprednisolona 15mg/Kg diluída em 250ml de soro glicosado e infundida de forma contínua;
- i. Levotiroxina 1-2mcg/Kg que deverá ser administrada por via enteral com a observância de se suspender a dieta por 1h;

Equipes e Parceiros

O diagnóstico de suspeita de morte encefálica deve ser feito pelas equipes que prestam os primeiros atendimentos ao paciente no ambiente hospitalar, ou seja, nos ambientes da Emergência. O cuidado do potencial doador de múltiplos órgãos deve ser feito em ambiente de terapia intensiva sendo que no Hospital João XXIII existe leitos exclusivos para tal denominados leitos de Serviço de Assistência à Vida (SAV). Como um fio que une as pontas deste processo é necessário a ação de pessoas especificamente voltadas para tal objetivo e que compõem a Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT).

A CIHDOTT é formada por membros integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, que tem como objetivo principal a articulação junto a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), no intuito de promover a notificação das situações de possíveis doações de órgãos e tecidos.

Ela deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Cabe à CIHDOTT (em acordo com a PORTARIA GM nº 1.262 de 16 de junho de 2006): a) articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos; b) identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos; c) articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos; d) organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos; e) garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação; f) promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos; g) disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.

1. O Médico Intensivista e o médico horizontal do Serviço de Assistência à Vida (SAV):

- a. Responsável por manter a conduta mais atualizada em relação ao cuidado e manutenção dos pacientes em IME e ME;

- b. Garantir que o PDcME seja aberto e cumprido dentro dos prazos estabelecidos como padrão;
- c. Garantir a inserção nos ambientes mais adequados de pacientes em IME e ME de forma a viabilizar o cuidado mais adequado dos mesmos;
- d. Garantir transparência e lisura de todo o processo junto aos familiares;
- e. Ser referência para a CIHDOTT em casos de dúvidas e potenciais divergências de familiares durante o processo de abertura, preenchimento e fechamento de um protocolo de diagnóstico confirmatório de morte encefálica (PDcME) baseando-se sempre no conhecimento jurídico-científico atualizado sobre o assunto.

2. Médicos Plantonistas:

- a. Responsáveis pelos cuidados intensivos de cada um dos pacientes em IME e ME. Inclusive por transmitir às famílias informações sobre o andamento do processo;
- b. Responsável por articular o contato entre a família, a CIHDOTT, o CNCDO - o MG Transplantes e demais envolvidos no processo. Tem a função de gerar coesão e dinamismo ao processo no intuito de cumprir os prazos estabelecidos e viabilizar o sucesso do mesmo;

3. Neurologistas/Neurocirurgiões:

- a. São responsáveis técnico e legais por realizarem o segundo conjunto de testes neurológicos do PDcME além de confirmarem os laudos dos exames complementares.

4. Especialistas Afins:

- a. Médicos que eventualmente ou rotineiramente seja chamados a prestar algum atendimento ou parecer em relação ao potencial doador no intuito de aumentar a segurança do processo bem como a viabilidade das doações.

5. Médico do CNCDO - MG Transplantes:

- a. Representante da CNCDO com estreito relacionamento com a equipe da CIHDOTT e demais profissionais responsáveis pelos cuidados com pacientes em IME ou em ME.

6. Enfermeiro:

- a. Responsável pelo check list dos equipamentos;
- b. Responsável pela organização e gerenciamento da equipe de enfermagem por ocasião da admissão e manutenção dos pacientes em IME e ME;
- c. Responsável por receber equipes para visita técnica e treinamento dos acadêmicos de enfermagem.

7. Auxiliares e Técnicos de Enfermagem:

- a. Profissionais treinados para lidar com pacientes de terapia intensiva. Devem ser dinâmicos e bem dispostos, mantendo os cuidados e a monitoração contínua desses pacientes, entendendo a importância do seu trabalho;
- b. Equipe treinada para a função de multiplicadores quanto a importância do atendimento adequado a esse grupo de pacientes.

8. Fisioterapeutas:

- a. Envolvidos no auxílio aos pacientes com complicações respiratórias como por exemplo: os que sofreram trauma torácico associado, aqueles com produção abundante de secreção seja por infecção ou outras razões, aqueles com quadros de atelectasia e outros cujo médico assistente julgar necessário solicitar apoio.

9. Psicólogos:

- a. Responsável pelo auxílio e apoio às famílias e aos profissionais diante das perdas desde o momento da admissão;
- b. Devem estar disponíveis durante as visitas e durante o boletim médico;
- c. Atender os filhos menores de pacientes em IME e ME e estabelecer junto às famílias a possibilidade ou não de visita;
- d. Psicólogo da CIHDOTT: realizar entrevista familiar e assinar termo de autorização de doação de órgãos e tecidos.

10. Assistente Social:

- a. Responsável pelo acolhimento de famílias sem recursos e vindas do interior;
- b. Responsável pelas informações de procedimentos junto ao IML e ações em cartório no caso de morte não violenta.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Fluxograma de pacientes com iminência de morte encefálica e morte encefálica Hospital João XXIII – FHEMIG

O paciente em IME e ME é um paciente crítico que necessita de cuidados intensivos e vigilância constante do quadro neurológico. Deverão ser conduzidos para um setor apropriado sempre que possível (SAV/UTI) e sempre deverão receber monitorização invasiva e mantidos sem sedo-analgesia. Tal conduta tem como objetivo: a) permitir o diagnóstico clínico precoce de coma arresposivo; b) gerar intervenções de manutenção que permitam agilizar o processo de abertura e fechamento do PDcME; c) garantir efetivação de doações de órgãos e tecidos de qualidade. Entende-se por IME os seguintes quadros neurológicos:

1. Coma profundo em ventilação mecânica com dano neurológico catastrófico de causa definida;
2. Paciente em ECG 3 ou que tenham perda progressiva de 3 dos 6 reflexos de tronco ou tenham E0M0B0R0 no FOUR score;
3. E/ou paciente com dano neurológico catastrófico e ECG 4 (por exemplo, PAF transcraniano, HSAE Fisher 4 que não serão candidatos a intervenção neurocirúrgica.

Transferência do paciente em IME e ME para setor apropriado: SAV ou UTI

1. Não é necessário que o paciente esteja identificado para transferência para a SAV/UTI. No entanto, a abertura de protocolo de morte encefálica só será realizada após identificação do paciente conforme prevê a legislação;
2. Pacientes menores de 14 anos não devem ser encaminhados à SAV. Todo PDcME será realizado na UTI pediátrica;
3. Pacientes entre 14 e 18 anos devem ser encaminhados preferencialmente à UTI pediátrica. Não havendo vaga disponível na UTI pediátrica, estes pacientes deverão ser encaminhados à SAV;
4. Pacientes entre 18 e 65 anos devem ser encaminhados preferencialmente à SAV. Havendo vagas disponíveis poderão ser encaminhados à UTI adulto;
5. Pacientes acima de 65 anos, deverão ter seus PDcME realizados no setor de atendimento inicial. Casos de exceção deverão ser discutidos com CNCDO-MGT/CIHDOTT;
6. Os leitos de SAV e UTI deverão ser destinados a paciente com maior probabilidade de efetivar a doação de múltiplos órgãos e tecidos;
7. O tempo de internação no hospital não deve ser critério de admissão na SAV e UTI;
8. O uso de sedação não deve postergar a transferência do paciente à SAV;
9. O tempo de suspensão de sedação, necessário para o início do protocolo de diagnóstico de morte encefálica deverá ser cumprido na SAV/UTI para que paciente possa receber o suporte de manutenção adequado;
10. Havendo melhora neurológica durante a internação na SAV, que leve à exclusão do paciente da condição de IME e/ou ME, o mesmo deverá ser imediatamente transferido para a SEC ou UTI, conforme disponibilidade de vagas;
11. Terão prioridade absoluta de transferência para a SAV os pacientes que estiverem nos setores da emergência do Hospital João XXIII (Sala 1: Politraumatizados, Sala 7: Emergências Clínicas);
12. Pacientes na Sala de Recuperação pós-anestésica devem ser prioritariamente

encaminhados à UTI;

13. Os pacientes da UTI que iniciarem suporte de manutenção e PDcME deverão completá-lo preferencialmente neste setor;

14. Caso haja demanda de vagas na UTI, e vaga disponível na SAV, os pacientes internados na UTI deverão ser encaminhados à SAV para realização do PDcME e continuidade dos cuidados de manutenção.

Manutenção de pacientes com iminência de morte encefálica e morte encefálica HOSPITAL JOÃO XXIII – FHEMIG

O paciente em IME e ME evoluem com tempestade simpática e adrenérgica responsável por desencadear falência de múltiplos órgãos. No intuito de garantir a manutenção dos órgãos algumas intervenções devem ser precoces e agressivas.

1. Monitorização invasiva é parte fundamental do cuidado deste paciente, no entanto a transferência para o setor apropriado – SAV/UTI - não deve ser postergada em hipótese nenhuma pela ausência de acesso venoso central, monitorização da pressão intra-arterial ou qualquer outro dispositivo de monitorização;
2. É de extrema importância garantir ao paciente um adequado FAST HUG associado a proteção de córneas com lubrificantes e lágrimas artificiais. Ou seja deve-se manter suporte nutricional com 30% do aporte energético calórico básico diário. Realizar profilaxia de úlceras de estresse, tromboembolismo, úlcera de decúbito e córneas;
3. O suporte inotrópico e cronotrópico do paciente em IME e ME é responsável por garantir órgãos e tecidos de qualidade gerando melhor funcionalidade do enxerto. Neste sentido é importante manter o paciente aquecido com boa perfusão tecidual e sem anasarca;
4. Portanto é alvo do processo de manutenção de pacientes em IME e ME manter glicemias entre 180-200mcg/dL, eletrólitos dentro da normalidade tolerando um sódio de 150mg/DI como ideal, PAM em torno de 65-70mmHg, SVO2 65-70mmHg, lactato normal, débito urinário menor que 300ml/h, PaO2 em torno de 60mmHg, PaCo2 em torno de 35-40mmHg;
5. Deve-se instituir ventilação protetora no intuito de evitar lesões associadas a ventilação mecânica. Caso o paciente apresente distúrbios ventilatórios deverá receber os cuidados necessários para garantir adequada oxigenação dos órgãos e tecidos e permitir a conclusão do PDcME;
6. Há recomendações para introdução precoce de reposição hormonal com DDAVP nos casos de diurese maior que 300ml/h, metilprednisolona na dose de 15mg/Kg infundida de forma contínua para minimizar efeitos sobre a hiperglicemia. Também recomendamos a administração de 1-2mcg/kg de hormônio tireoidiano por via enteral, respeitando um intervalo de 1h sem dieta após a administração. A insulinização continua deverá sempre ser realizada para

manter a glicemia dentro dos alvos estabelecidos;

7. Os níveis de hemoglobina e hematócrito do paciente em IME e ME deverá estar em torno de 7g/Dl e 21 %. Estes pacientes poderão receber transfusões para tal otimização sempre que necessário. Distúrbios de coagulação deverão ser tratados sempre que houver sangramentos aparentes. Os casos sem sangramentos deverão seguir as recomendações existentes para pacientes críticos;
8. A abertura do PDcME deverá ser feita assim que se constatar a presença de coma arresposivo com causa definida na ausência de hipotermia grave (ou seja temperatura axilar > 32,2 C) e ausência de drogas sedativas nas últimas 24h;
9. Na abertura do protocolo de morte encefálica o médico assistente deverá proceder a coleta de revisão laboratorial completa incluindo função hepática, fósforo e cálcio iônico, CK total/MB e troponina. Esta revisão será repetida a cada 24h durante o tempo de manutenção do possível doador de múltiplos órgãos e tecidos;
10. No momento de abertura do PDc ME cabe ao médico assistente solicitar um ecocardiograma e comunicar ao CNCDO - MG Transplantes a necessidade de coleta de sorologias para vírus B, C, HIV, HTLV, Chagas, Sífilis e realização do EEG quando for o caso;
11. Em qualquer momento caso o potencial doador venha a apresentar critérios clínicos de infecção, baseando-se no sítio suspeito de infecção, deverá ser colhido três hemoculturas, aspirado traqueal, pontas e refluídos nos cateteres que tiverem mais de 72h de implantação. Esta ação será seguida de introdução de antibioticoterapia de amplo espectro guiado sítio e tempo de internação;
12. O primeiro conjunto de testes do PDCME deverá ser realizado pelo médico assistente. Se confirmatório motivará a realização de um exame complementar capaz de demonstrar ausência de atividade elétrica ou metabólica ou de perfusão cerebral: angiotomografia computadorizada, ecodoppler transcraniano, EEG entre outros (conforme resolução nº 1.480/97 do CFM, Art. 6º);
13. O segundo conjunto de testes do PDcME será realizado pelo Neurologista / Neurocirurgião escalado para a atividade. Em adultos este conjunto deverá ser realizado 6h após o primeiro conjunto de testes. Em crianças o tempo varia de acordo com a idade: a) de 7 dias a 2 meses incompletos: 48 horas após o primeiro; b) de 2 meses a 1 ano incompleto: 24 horas após o primeiro; c) de 1 ano a 2 anos incompletos: 12 horas após o primeiro; d) acima de 2 anos: 6 horas após o primeiro teste;
14. O diagnóstico definitivo de ME será dado ao final do PDcME, ou seja, após a realização dos 2 conjuntos de testes neurológicos e do exame complementar. Neste momento, o médico assistente constatará no prontuário o óbito do paciente. Esta data e horário deverá constar na Declaração de Óbito quando

necessário. Tal ação será acompanhada da comunicação do encerramento do PDcME à CIHDOTT e aos familiares;

15. Após o fechamento do PDcME a CIHDOTT fará a abordagem da família do potencial doador de múltiplos órgãos. Esta abordagem deve incluir uma marcação temporal para as decisões da família quanto à doação de órgãos e tecidos no sentido de garantir, o quanto antes, a retirada dos mesmos;
16. Assim que disponível, e o quanto antes, a decisão da família deve ser registrada em prontuário e divulgada pela CIHDOTT ao médico assistente e médico do CNCDO - MG Transplantes;
17. Frente ao registro em prontuário feito pela CIHDOTT a equipe assistente deverá:
 - a. Manter os doadores de múltiplos órgãos e tecidos, cobrar do CNCDO – MG Transplante definição de momento de retirada e conduzir o doador de múltiplos órgãos e tecidos ao bloco cirúrgico.
 - b. Interromper o suporte ao NÃO doador de múltiplos órgãos e tecidos, conforme consulta ao CFM (Processo-consulta nº 7,311/97). Tal procedimento deverá ser explicado, como todos os outros, de forma humanitária e solidária a família e se justifica em função da irreversibilidade do caso.
 - c. A Declaração de Óbito do doador e NÃO doador de órgãos e tecidos que morreu em decorrência de condições clínicas e naturais será fornecida pelo médico assistente, no momento do encaminhamento para o bloco cirúrgico ou da interrupção do suporte intensivo, respectivamente.
 - d. A Declaração de Óbito do doador e NÃO doador de múltiplos órgãos e tecidos que morreu de causas violenta e/ou acidental será fornecida pelo Instituto Médico Legal.
 - e. O horário do óbito sempre se refere ao horário de encerramento do PDcME.
 - f. Em quaisquer situações eventuais em que o ato operatório de retirada de órgãos e tecidos tenha que ser interrompido, o suporte anestésico deverá ser interrompido, e o cadáver encaminhado ao necrotério e IML.

ITENS DE CONTROLE

1. Número total de óbitos, protocolos abertos, protocolos fechados, doações efetivadas.
2. Número de doações efetivadas/protocolos abertos.

REFERÊNCIAS

	Grau de Recomendação/Nível de Evidência
1. Pereira, WA. História dos Transplantes in Pereira, WA. Manual de Transplante de órgãos e tecidos. Guanabara Koogan. 2004. 3 ed. p. 1-8.	D
2. Cardoso, MA e Matos, NA. Aspectos legais e éticos in Pereira, WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. Guanabara Koogan. 2004. 3 ed. p. 9-57.	D
3. ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. 2006. Ano XII. Nº. 1. B 4. Almenar-Pertejo, M, Almenar, L, Martinez-Dolz, L, Campos, J, Galán, J, Gironés, P, Salvador, A. Study of the evolution of the clinical profile of heart donors. Transplantation Proceedings. 2006; 38, 2529–2530.	
5. Pereira, WA, Fernandes, RC, Soler, WV. I reunião de diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. 2003. Campos do Jordão – São Paulo.	D
6. Ribeiro de Castro, MC, Nothen, RR. Atividade de doação de órgãos em unidades de tratamento intensivo (UTIs). 2005. Publicação da ABTO.	D
7. Wijdicks, EFM and Atkinson, JLD. Brain Pathophysiologic Responses to Brain Death in Brain Death. 2001. p. 29-43.	D
8. Schnuelle P, Berger S, De Boer J, et al: Effects of catecholamine application to -dead donors on graft survival in solid organ transplantation. Transplantation 72: 455, 2001.	B
9. Marques RG, Rogers J, Chavin KD, et al: Does treatment of cadaveric organ donors with desmopressin increase the likelihood of pancreas graft thrombosis? Results of a preliminary study. Transplant Proc 36: 1048, 2004.	C
10. Roels L, Pirenne J, Delooz H, et al: Effect of triiodothyronine replacement therapy on maintenance characteristics and organ availability in hemodynamically unstable donors. Transplant Proc 32: 1564, 2000.	C
11. Perez-Blanco A, Caturla-Such J, Canovas-Robles J, et al: Efficiency of triiodothyronine treatment on organ donor hemodynamic management and adenine nucleotide concentration. Intensive Care Med 31: 943, 2005.	B

LINKS

- I – www.abto.org.br
- II – www.unos.org
- III – www.transweb.org
- IV – www.msc.es/ont/ing
- V – www.eurotransplant.nl
- VI - www.portalmedico.org.br
- VII – www.irwinandrippe.com

TEXTO SUBSIDIÁRIO

Dinâmica

Todo conhecimento científico é dinâmico. Os protocolos em qualquer área seguem como guia de ação e sistematização do conhecimento daquele momento. A proposta da equipe é que o protocolo seja revisto e reapresentado a cada dois anos.

Contexto

A existência de um serviço “especializado” não é uma condição para o acompanhamento adequado de um paciente em IME ou em ME. Eles podem ser bem atendidos na Sala de Emergência, na Sala de Recuperação Pós Operatória e na Unidade de Terapia Intensiva. A criação da SAV no HJXXIII foi uma alternativa pela alta demanda por leitos na UTI e rotatividade nos demais setores. No entanto, o atendimento do paciente em IME ou ME independe do espaço físico. Este protocolo serve para sistematizar o cuidado e conduta de todas as equipes de atuação seja específica ou não.

Neste sentido este protocolo pode ser considerado como um roteiro para a equipe clínica da FHEMIG que lida diariamente com pacientes nesse estado. É preciso identificá-los e iniciar um suporte intensivo adequado e específico, submetê-lo ao protocolo diagnóstico de morte encefálica de acordo com Resolução do CFM Nº. 1.480/1997, e mantê-lo no melhor equilíbrio sistêmico até a retirada dos órgãos e tecidos.

O Serviço de Assistência à Vida (SAV) funciona nas dependências do Hospital João XXIII, na mesma área física do Setor de Emergências Clínicas (SEC), com dois leitos e infra-estrutura e equipe técnica de terapia intensiva. A responsabilidade técnica deste setor recai sobre o médico horizontal que coordena os setores SAV e SEC. Este profissional está comprometido com a busca ativa por possíveis pacientes em IME e ME em conjunto com a CIHDOTT. Deverá desempenhar ações de capacitação da equipe e educação permanente e contribuir para a atualização dos protocolos.

Comportamento Frente À Família

As famílias que estão diante de tragédias pessoais, vivendo a perda inesperada de entes queridos, devem ser tratadas por profissionais treinados, através de equipes interdisciplinares, com envolvimento permanente das equipes de psicologia e do serviço social. As visitas abertas

principalmente aos parentes de primeiro grau não interferem na dinâmica dos cuidados, muito pelo contrário. Atualmente, protocolos como os da American Heart Association do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) estimulam, em alguns casos, a presença de membros da família durante as tentativas de RCP. A presença da família observando os cuidados ao paciente em IME e em ME tanto possibilita a abstração sobre o que é a ME, quanto a observação do empenho da equipe interdisciplinar no acompanhamento do seu ente querido. Esse acompanhamento tende a funcionar como um estímulo às autorizações para a doação de órgãos quando a CIHDOTT é notificada e entra em contato com as famílias.

A entrevista para doação de órgãos tem como objetivo oferecer à família a possibilidade de transformar a tragédia da perda de um ente querido em um ato nobre de doação, atenuando a dor e confortando os familiares. Deve ser realizada por profissionais capacitados e que tenham poder de persuasão, uma postura que inspire confiança e respeito, disponibilidade e

compromisso com o trabalho, equilíbrio emocional e que acredite no processo doação – transplante.

O médico e os profissionais de saúde que salvam vidas diante da morte inevitável

Como profissional de saúde, o médico tem como objetivo principal salvar vidas. Às vezes, a impressão que se tem de um paciente em IME e ME é de se cuidar do fim e não do começo. Cuidar de um paciente em IME ou em ME é cuidar de uma família que precisa do alívio do diagnóstico, é ajudar a salvar outras vidas. Vidas de pessoas que aguardam nas filas de transplantes e cuja única alternativa para continuar a viver, com qualidade e produtividade, é recebendo um transplante. Aquele paciente em IME ou em ME pode ser um doador. O profissional de saúde que compreende isso e abraça a causa, sem preconceito, entende que o seu dever ético, profissional, técnico-científico e, acima de tudo, cívico.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL RECOMENDADA

1. Wijdicks, EFM. Brain Death. 2001. Lippincott Williams & Wilkins.
2. Nothen, RR. A Doação de Órgãos no Cenário da Unidade de Terapia Intensiva. ABTO. AMIB. 2005.
3. Iwin and Rippe's. Intensive Care Medicine. 2008.
4. Braunfeld, MY. Cadaveric donor. 2004. Anesthesiology Clin N Am. 22: 625-631.
5. Pereira, W. Manual Transplante de Órgãos e Tecidos. 2004.