



## PRESENÇA DE LESÃO ENCEFÁLICA

De causa conhecida, irreversível e capaz de provocar quadro clínico.

Confirmado por exames de  
neuroimagem **COM LAUDO**

1. Pupilas fixas e arreativas
2. Retirar drogas depressoras do SNC (sedação) por no mínimo 10 horas → reavaliar.
3. Suspeita de M.E – ABRIR PROTOCOLO
4. Realizar 2 exames clínicos com intervalo mínimo de 1 hora;

### EXAME CLÍNICO:

- A. COMA NÃO PERCEPTIVO.
- B. AUSÊNCIA DE REFLEXOS DE TRONCO CEREBRAL
  - 1) Ausência do reflexo foto-motor;
  - 2) Ausência de reflexo córneo-palpebral;
  - 3) Ausência do reflexo óculo-cefálico;
  - 4) Ausência do reflexo vestibulo-calórico
  - 5) Ausência do reflexo de tosse;
- C. TESTE DA APNÉIA

1) Ausência do reflexo foto-motor: as pupilas deverão estar fixas e sem resposta à estimulação luminosa intensa (lanterna), podendo ter contorno irregular, diâmetros variáveis ou assimétricos

2) Ausência de resposta de piscamento à estimulação direta do canto lateral inferior da córnea com gotejamento de soro fisiológico gelado ou algodão embebido em soro fisiológico ou água destilada.

3) Ausência do reflexo óculo-cefálico - ausência de desvio do(s) olho(s) durante a movimentação rápida da cabeça no sentido lateral e vertical. Não realizar em pacientes com lesão de coluna cervical suspeitada ou confirmada.

4) Ausência do reflexo vestibulo-calórico - ausência de desvio do(s) olho(s) durante um minuto de observação, após irrigação do conduto auditivo externo com 50 a 100 ml de água fria ( $\pm 5^\circ\text{C}$ ), com a cabeça colocada em posição supina e a  $30^\circ$ . O intervalo mínimo do exame entre ambos os lados deve ser de três minutos. Realizar otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do conduto auditivo externo por cerume

5) Ausência de tosse ou bradicardia reflexa à estimulação traqueal com uma cânula de aspiração.

## TESTE DE APNÉIA

Após a estimulação máxima do centro respiratório pela hipercapnia ( $\text{PaCO}_2$  superior a 55 mmHg). A metodologia proposta permite a obtenção dessa estimulação máxima, prevenindo a ocorrência de hipóxia concomitante e minimizando o risco de intercorrências.

### A. Técnica – Teste de Apnéia

- 1) Ventilação com  $\text{FiO}_2$  de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir  $\text{PaO}_2$  igual ou maior a 200 mmHg e  $\text{PaCO}_2$  entre 35 e 45 mmHg.
- 2) Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial).
- 3) Desconectar ventilação mecânica.
- 4) Estabelecer fluxo contínuo de  $\text{O}_2$  por um cateter intratraqueal ao nível da carina (6 L/min), ou tubo T (12 L/min) ou CPAP (até 12 L/min + até 10 cm  $\text{H}_2\text{O}$ ).
- 5) Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever elevação da  $\text{PaCO}_2$  de 3 mmHg/min em adultos e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário.
- 6) Colher gasometria arterial final.
- 7) Reconectar ventilação mecânica.

### B. Interrupção do teste.

Caso ocorra hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou PA média < que 65 mmHg), hipoxemia significativa ou arritmia cardíaca, deverá ser colhida uma gasometria arterial e reconectado o respirador, interrompendo-se o teste.

Se o  $\text{PaCO}_2$  final for inferior a 56 mmHg, após a melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o teste.

### C. Interpretação dos resultados.

- 1) Teste positivo (presença de apneia) -  $\text{PaCO}_2$  final superior a 55 mmHg, sem movimentos respiratórios, mesmo que o teste tenha sido interrompido antes dos dez minutos previstos.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017

## REPETIÇÃO DO EXAME CLÍNICO (2º EXAME)

Na repetição do exame clínico (segundo exame) por outro médico será utilizada a mesma técnica do primeiro exame. Não é necessário repetir o teste de apneia quando o resultado do primeiro teste for positivo (ausência de movimentos respiratórios na vigência de hipercapnia documentada).

O intervalo mínimo de tempo a ser observado entre 1º e 2º exame clínico é de **uma hora** nos pacientes com idade igual ou maior a dois anos de idade.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017



### EXAMES COMPLEMENTARES PARA DIAGNÓSTICO DE M.E

A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e as disponibilidades locais, devendo ser justificada no prontuário.

- Para o diagnóstico complementar – Doppler, EEG, arteriografia, cintilografia radioisotópica cerebral, entrar em contato com a equipe da neurologia do NOPO – Núcleo de Organização de Procura de Órgãos do Distrito Federal/Hospital de Base, quando necessário nos telefones 99175-2718 ou 3550-8832.

### EXAMES COMPLEMENTARES PARA DIAGNÓSTICO DE M.E

- 1) **Angiografia cerebral** – demonstra a ausência de fluxo intracraniano;
- 2) **Eletroencefalograma** - constatar a presença de inatividade elétrica ou silêncio elétrico cerebral (ausência de atividade elétrica cerebral com potencial superior a 2  $\mu$ V) conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica;
- 3) **Doppler Transcraniano** - constatar a ausência de fluxo sanguíneo intracraniano pela presença de fluxo diastólico reverberante e pequenos picos sistólicos na fase inicial da sístole, conforme estabelecido pelo Departamento Científico de Neurosonologia da Academia Brasileira de Neurologia.
- 4) **Cintilografia, SPECT Cerebral** - ausência de perfusão ou metabolismo encefálico, conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira Medicina Nuclear. A metodologia a ser utilizada na realização do exame deverá ser específica para determinação de ME e o laudo deverá ser elaborado por escrito e assinado por profissional com comprovada experiência e capacitado no exame nessa situação clínica.