

## TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA -

RESOLUÇÃO CFM 2.173/2017

## DADOS DA INSTITUIÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

## DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

Mãe: \_\_\_\_\_

Documento nº \_\_\_\_\_ Nº do Protuário: \_\_\_\_\_

## CAUSA DO COMA

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundário: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Confirmação: ( ) TC ( ) RM ( ) Angiografia ( ) Liqueur ( ) EEG ( ) Outro: \_\_\_\_\_

## PRÉ-REQUISITOS

Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica?	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de hipotermia?	( ) SIM ( ) NÃO
Tratamento e observação hospitalar $\geq 6$ horas ou $\geq 24$ horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica?	( ) SIM ( ) NÃO
Temperatura corporal $> 35^{\circ}\text{C}$ + $\text{SaO}_2 > 94\%$ + $\text{PAS} \geq 100$ mmHg ou PA média $\geq 65$ mmHg ou pela faixa etária ( $< 16$ anos)?	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares?	( ) SIM ( ) NÃO

## 1º EXAME CLÍNICO EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):

DATA: _____ HORA: _____ TEMP (°C): _____	DIREITO	ESQUERDO
PA (mmHg): _____ Sat: _____ % PAM _____		
Coma não perceptivo? ( ) SIM ( ) NÃO		
Pupila fixa e arreativa	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo da tosse	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	

JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura identificada: \_\_\_\_\_

## TESTE DE APNÉIA (examinador 1 ou 2)

PA (mmHg): \_\_\_\_\_ TEMP (°C): \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

PaCO<sub>2</sub> inicial: \_\_\_\_\_ final: \_\_\_\_\_ PaO<sub>2</sub> inicial: \_\_\_\_\_ final: \_\_\_\_\_Ausência de movimentos respiratórios com PaCO<sub>2</sub>  $> 55$  mmHg? ( ) SIM ( ) NÃO

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura identificada: \_\_\_\_\_

## 2º EXAME CLÍNICO EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):

DATA: _____ HORA: _____ TEMP (°C): _____	DIREITO	ESQUERDO
PA (mmHg): _____ Sat: _____ % PAM _____		
Coma não perceptivo? ( ) SIM ( ) NÃO		
Pupila fixa e arreativa	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT
Ausência de reflexo da tosse	( ) SIM ( ) NÃO ( ) NT	

JUSTIFIQUE O MOTIVO DE NÃO TER TESTADO O REFLEXO: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura identificada: \_\_\_\_\_

## EXAME COMPLEMENTAR

PA (mmHg): \_\_\_\_\_ TEMP (°C): \_\_\_\_\_ SAT: \_\_\_\_\_ % DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Tipo: ( ) DTC ( ) EEG ( ) Angiografia ( ) Cintilografia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica? ( ) SIM ( ) NÃO

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura identificada: \_\_\_\_\_



# CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Idade	Pressão arterial (mmHg)	
	Sistólica	PAM
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 anos a 15 anos	90	65
16 anos em diante	100	65

# INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS:

INTERVALOS	MÍNIMO
7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 24 meses incompletos	12 horas
Mais de 24 meses	1 hora

# TÉCNICA

- Técnica.
  - Ventilação com FIO<sub>2</sub> de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir PaO<sub>2</sub> preferencialmente igual ou maior a 200 mmHg e idealmente PaCO<sub>2</sub> entre 35 e 45 mmHg.
  - Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial).
  - Desconectar ventilação mecânica.
  - Estabelecer fluxo contínuo de O<sub>2</sub> 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 H<sub>2</sub>O).
  - Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever elevação da PaCO<sub>2</sub> de 3 mmHg/min em adultos e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário
  - Colher gasometria arterial final.
  - Reconectar ventilação mecânica.
- 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 PaCO<sub>2</sub> final for inferior a 56 mmHg, após a melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o teste.

# C. Interpretação dos resultados

- Teste positivo (presença de apneia) – PaCO<sub>2</sub> final superior a 55 mmHg, sem movimentos respiratórios, mesmo que o teste tenha sido interrompido antes dos dez minutos previstos
- Teste inconclusivo – PaCO<sub>2</sub> final menor que 56 mmHg, sem movimentos respiratórios.
- Teste negativo (ausência de apneia) – presença de movimentos respiratórios, mesmo débeis, com qualquer valor de PaCO<sub>2</sub>. Atentar para o fato de que em pacientes magros ou crianças os batimentos cardíacos podem mimetizar movimentos respiratórios débeis.

# D. Formas alternativas de realização do teste de apneia.

Em alguns pacientes as condições respiratórias não permitem a obtenção de uma persistente elevação da PaCO<sub>2</sub>, sem hipóxia concomitante. Nessas situações, pode-se realizar teste de apneia utilizando a seguinte metodologia, que considera as alternativas para pacientes que não toleraram a desconexão do ventilador:

- Conectar ao tubo orotraqueal uma "peça em T" acoplada a uma válvula de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP – continuous positive airway pressure) com 10 cm H<sub>2</sub>O e fluxo de oxigênio a 12 L/minuto.
- Realizar teste de apneia em equipamento específico para ventilação não invasiva, que permita conexão com fluxo de oxigênio suplementar, colocar em modo CPAP a 10 cm H<sub>2</sub>O e fluxo de oxigênio entre 10-12 L/minuto. O teste de apneia não deve ser realizado em ventiladores que não garantam fluxo de oxigênio no modo CPAP, o que resulta em hipoxemia.

# INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1) Comunicação aos Familiares ou Responsável Legal - Os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, o modo de determiná-la e também sobre os resultados de cada uma das etapas de sua determinação. Esse esclarecimento é de responsabilidade da equipe médica assistente do paciente ou, na sua impossibilidade, da equipe de determinação da ME. Será admitida a presença de médico de confiança da família do paciente para acompanhar os procedimentos de determinação de ME, desde que a demora no comparecimento desse profissional não inviabilize o diagnóstico. Os contatos com o médico escolhido serão de responsabilidade dos familiares ou do responsável legal. O profissional indicado deverá comparecer nos horários estabelecidos pela equipe de determinação da ME.

2 Termo de Declaração de Morte Encefálica - A decisão quanto à doação de órgãos somente deverá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais do paciente após o diagnóstico da ME e a comunicação da situação a eles.

A equipe médica que determinou a morte encefálica (ME) deverá registrar as conclusões dos exames clínicos e os resultados dos exames complementares no Termo de Declaração de Morte Encefálica (DME) ao término de cada etapa e comunicá-la ao médico assistente do paciente ou a seu substituto.

Esse termo deverá ser preenchido em duas vias.

A 1ª via deverá ser arquivada no prontuário do paciente, junto com o(s) laudo(s) de exame(s) complementar(es) utilizados na sua determinação.

A 2ª via ou cópia deverá ser encaminhada à Central Estadual de Transplantes (CET), complementarmente à notificação da ME, nos termos da Lei nº 9434/1997, art. 13.

Nos casos de morte por causa externa, uma cópia da declaração será necessariamente encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML).

A Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes (CIHOTT), a

Organização de Procura de Órgãos (OPO) ou a CET deverão ser obrigatoriamente comunicadas nas seguintes situações: a) possível morte encefálica (início do provável ME (1º exame clínico e teste de apneia compatíveis) e; c) após confirmação da ME (término da determinação com o 2º exame clínico e exame complementar confirmatórios).

A Declaração de Óbito (DO) deverá ser preenchida pelo médico legista nos casos de morte por causas externas (acidente, suicídio ou homicídio), confirmada ou suspeita. Nas demais situações caberá aos médicos que determinaram o diagnóstico de ME ou aos médicos assistentes ou seus substitutos preenchê-la. A data e a hora da morte a serem registradas na DO deverão ser as do último procedimento de determinação da ME, registradas no Termo de Declaração de Morte Encefálica (DME).

Constatada a ME, o médico tem autoridade ética e legal para suspender procedimentos de suporte terapêutico em uso e assim deverá proceder, exceto se doador de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano para transplante, quando deverá aguardar a retirada dos mesmos ou a recusa à doação (Resolução CFM nº 1.826/2007). Essa decisão deverá ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a ME aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

Decreto 9175/2017- Art 19 Parágrafo único – Nos casos em que a doação não for viável, por quaisquer motivos o suporte terapêutico artificial ao funcionamento dos órgãos será descontinuado hipótese em que o corpo será entregue aos familiares e/ou a instituição responsável pela necrópsia.