

A MORTE ENCEFÁLICA E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO BRASIL. QUAL O SEU CONHECIMENTO?

Desde a Antiguidade a morte esteve associada com a parada definitiva dos batimentos cardíacos, porém o avanço da medicina moderna tornou possível a manutenção artificial da vida de pacientes com lesões neurológicas graves nas unidades de terapia intensiva. Não obstante, os esforços para manter indefinidamente a vida de um paciente com enfermidade irreversível causam grande sofrimento à família e desacreditam a medicina. Em 1959, Mollaret e Goulon sugeriram existir uma forma de coma irreversível, que evoluiria invariavelmente para a parada cardíaca dentro de horas a dias. Nos anos seguintes o termo morte encefálica (ME) foi definido e, atualmente, a parada completa das funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, também é aceito como definição de morte em pacientes com mais de sete dias de vida na maioria dos países do mundo.

No Brasil esse conceito foi oficialmente reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1990. Sete anos mais tarde o próprio CFM definiu os critérios diagnósticos aceitos no país para a definição de ME. Coma profundo sem nenhuma reação a estímulos dolorosos, ausência de reflexos do tronco encefálico e ausência de movimentos respiratórios espontâneos (apneia) devem ser constatados para o diagnóstico. A causa da lesão neurológica determinante do coma (acidente vascular encefálico, trauma de crânio, meningoencefalite, parada cardiorrespiratória, etc.) deve ser conhecida. Nenhum distúrbio eletrolítico ou ácido-base grave pode estar presente. Os pacientes não podem estar sob efeito de drogas sedativas ou paralisantes neuromusculares e a temperatura corporal deve estar acima de 32°C (ausência de hipotermia grave). Duas provas clínicas confirmando o diagnóstico devem ser realizadas por dois médicos diferentes, sendo um deles neurologista, neurocirurgião ou neuropediatra. O intervalo entre os testes depende da idade do paciente e varia de 6 a 48 horas. A ausência de movimentos respiratórios deve ser confirmada pelo teste da apneia. Pelo menos um exame complementar (angiografia cerebral, cintilografia cerebral, doppler transcraniano ou eletroencefalograma) é obrigatório para confirmar o diagnóstico.

Caso o diagnóstico de ME seja confirmado pelos dois exames clínicos, pelo teste de apneia e pelo exame complementar, a notificação à Central Estadual de Transplantes é obrigatória e um termo de declaração de morte encefálica deve ser preenchido pelos médicos assistentes. Em caso de morte violenta, o Instituto Médico Legal (IML) deve ser notificado.

A Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), que já acompanhava todo o processo na busca de potenciais doadores, inicia neste momento a abordagem da família quanto à sua permissão para doar os órgãos. Neste contexto, o conhecimento e a participação de uma equipe multiprofissional se fazem necessários a fim de fornecer todo o suporte aos familiares do paciente, esclarecendo dúvidas, fornecendo apoio emocional e trabalhando no sentido de viabilizar, em conjunto com os demais setores do hospital, a adequada manutenção do potencial doador e preparar o bloco cirúrgico para a captação.

Um atendimento adequado, humanizado, feito com seriedade e respeito aos familiares durante todo o período de internação do paciente potencialmente doador, desde o primeiro atendimento no pronto-socorro até o setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), favorece a empatia, a confiança dos familiares nos profissionais e na instituição, tornando-se um diferencial ao sucesso do processo de doação.

Cabe ainda a esta Comissão sensibilizar os profissionais da área da saúde quanto ao tema. Nem todos devem ou têm que ser favoráveis à doação, mas devem conhecer todo o processo, para informar e esclarecer os familiares. O desconhecimento do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante interfere negativamente no número de doadores.

Em casos de a família negar-se a doar, a Resolução 1826/07 do CFM autoriza a interrupção dos meios artificiais de suporte da vida pelos médicos, após o pleno esclarecimento da família quanto à situação clínica irreversível do paciente; portanto essa conduta é amparada do ponto de vista ético e legal, e sua não concretização acarreta graves danos à sociedade como um todo, tendo-se em vista a grande carência de vagas em leitos de UTI em nosso país e os altos custos associados à manutenção de um cadáver por vários dias a semanas nessas unidades.

O desligamento dos aparelhos de suporte de vida absolutamente não significa a prática de eutanásia, pois no caso de morte encefálica não existe mais vida. Como já disse o poeta grego Píndaro: “*Tu curarás e não matarás, mas não tentes ressuscitar uma alma morta*”.

Cátia Millene Dell’ Agnolo

Mestre em Enfermagem – Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva e da CIHDOTT do Hospital Universitário de Maringá.

Diogo Fraxino de Almeida

Médico – Neurologista – Membro da CIHDOTT do Hospital Universitário de Maringá

BRAIN DEATH AND THE ORGANS DONATION PROCESS IN BRAZIL. WHAT DO YOU KNOW ABOUT IT?

Since ancient times death was associated with the definite stop of the heartbeat; however the progress of the modern medicine made possible the artificial maintenance of life of patients with serious neurological lesions in the intensive care units. Despite the efforts to maintain indefinitely the life of a patient with irreversible illness it can cause great suffering to the family and destroy confidence in medicine. In 1959, Mollaret and Goulon suggested there is a form of irreversible coma, which would invariably develop into a heart failure within hours or days. In the following years the term brain death (BD) was defined and, nowadays, the complete stop of the encephalon functions, including the brainstem it is also accepted as death definition in patients with more than seven days of life in most countries of the world.

In Brazil such concept was recognized officially by the Federal Council of Medicine (FCM) in 1990. Seven years later the same FCM defined the criteria accepted in the country for the definition of BD. Deep coma without any reaction to painful stimulus, absence of brainstem reflexes and absence of spontaneous breathing movements (apnea) should be confirmed for the diagnosis. The cause of the neurological lesion which is the determinant of coma (encephalic vascular accident, cranial trauma, meningoencephalitis, cardiac and pulmonary resuscitation (CPR), etc.) should be known. No electrolytic or serious acid-base disorder can be present. The patients cannot be under effect of sedative or neuromuscular neutralizing drugs and the corporal temperature should be above 32°C (absence of serious hypothermia). Two clinic proofs confirming the diagnosis should be accomplished by two different doctors, being one of them a neurologist, neurosurgeon or neuropediatrician. The interval among the tests depends on the patient's age and it varies from 6 to 48 hours. The absence of breathing movements should be confirmed by the apnea test. At least a complementary exam (cerebral angiography, cerebral scintigraphy, transcranial Doppler or EEG) is obligatory to confirm the diagnosis.

In case the diagnosis of BD is confirmed by the two clinical exams, the apnea test and the complementary exam, the notification to the State Headquarters of Transplants is obligatory and a term of declaration of brain death should be filled out by the assisting doctors. In case of violent death, the Legal Medical Institute (LMI) should be notified.

The Intra-hospital Committee on Organ and Tissue Transplant Donation (ICOTTD), which had already followed the whole process in the potentials donors' search, at this moment, starts to approach the family seeking permission for the organs donation. In this context, the knowledge and the participation of a multiprofessional team are necessary in order to supply the whole support to the patient's relatives, clearing doubts, providing emotional support and working in the sense of making possible, together with the other sections of the hospital, the potential donor's appropriate maintenance and to prepare the surgical center for the reception.

A humanized and appropriate assistance, carried out with seriousness and respect to the relatives during the whole period of hospitalization of the potentially donor, from the first assistance at the emergency room up to the section of Intensive Care Unit (ICU), favors the empathy, the relatives' trust in the professionals and in the institution, becoming a differential to the success of the donation process.

It is also up to this Committee to sensitize the health professionals with relationship to the theme. Nor all are or should be sympathetic to donation, but they should know the whole process, to inform the relatives. The ignorance on the process of donation of organs and tissues for transplant interferes negatively in the number of donors.

In cases when the family refuses to donate, the Resolution 1826/07 of FCM authorizes the interruption of the artificial ways of life support by the doctors, after full explanation to the family regarding the patient's irreversible clinical situation; therefore that conduct is aided from the ethical and legal point of view, and its non-materialization causes serious damages to the society as a whole, considering the great lack of beds in the ICU's in our country and the high costs associated to the maintenance of a cadaver by several days to weeks in those units.

Unplug the life support technology absolutely does not mean the euthanasia practice, because in the case of brain death there is no more life. As the Greek poet Píndaro said: *"You shall cure and not kill, but you shall not try to resuscitate a dead soul"*.

Cátia Millene Dell' Agnolo

MS in Nursing- Nurse of the Intensive Care Unit and of ICOTTD of the University Hospital of Maringá.

Diogo Fraxino of Almeida

Doctor - Neurologist - Member of ICOTTD of the University Hospital of Maringá

LA MUERTE ENCEFÁLICA Y EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN BRASIL. ¿CUÁL SU CONOCIMIENTO?

Desde la Antigüedad la muerte estuvo asociada con la parada definitiva de los ritmos cardíacos, sin embargo el avance de la medicina moderna tornó posible el mantenimiento artificial de la vida de pacientes con lesiones neurológicas graves en las Unidades de Cuidados Intensivos. No obstante, los esfuerzos para mantener indefinidamente la vida de un paciente con enfermedad irreversible causan gran sufrimiento a la familia y desacreditan la medicina. En 1959, Mollaret y Goulon sugirieron existir una forma de coma irreversible, que evolucionaría invariablemente para la parada cardíaca dentro de horas a días. En los años siguientes el término muerte encefálica (ME) fue definido y, actualmente, la parada completa de las funciones del encéfalo, incluyendo el tronco encefálico, también es aceptado como definición de muerte en pacientes con más de siete días de vida en la mayoría de los países del mundo.

En Brasil ese concepto fue oficialmente reconocido por el Consejo Federal de Medicina (CFM) en 1990. Siete años más tarde el propio CFM definió los criterios de los diagnósticos aceptados en el país para la definición de ME. Coma profundo sin ninguna reacción a estímulos dolorosos, ausencia de reflejos del tronco encefálico y ausencia de movimientos respiratorios espontáneos (apnea) deben ser constatados para el diagnóstico. La causa de la lesión neurológica determinante del coma (accidente vascular encefálico, trauma de cráneo, meningoencefalite, parada cardiorrespiratoria, etc.) debe ser conocida. Ningún disturbio electrolítico o ácido-base grave puede estar presente. Los pacientes no pueden estar bajo el efecto de drogas sedantes o paralizantes neuromusculares y la temperatura corporal debe estar arriba de 32°C (ausencia de hipotermia grave). Dos pruebas clínicas confirmando el diagnóstico deben ser realizadas por dos médicos diferentes, siendo uno de ellos neurólogo, neurocirujano o neuropediatra. El intervalo entre los tests depende de la edad del paciente y varía de 6 a 48 horas. La ausencia de movimientos respiratorios debe ser confirmada por el test de la apnea. Por lo menos un examen complementario (angiografía cerebral, cintilografía cerebral, doppler transcraniano o electroencefalograma) es obligatorio para confirmar el diagnóstico.

Caso el diagnóstico de ME sea confirmado por los dos exámenes clínicos, por el test de apnea y por el examen complementario, la notificación a la Central Estatal de Transplantes es obligatoria y un término de declaración de muerte encefálica debe ser rellenado por los médicos asistentes. En caso de muerte violenta, el Servicio Médico Legal (SML) debe ser notificado.

La Comisión Intra-hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Transplantes (CIHDOTT), que ya acompañaba todo el proceso en la búsqueda de potenciales donantes, inicia en este momento el abordaje de la familia en cuanto a su permisión para donar los órganos. En este contexto, el conocimiento y la participación de un equipo multiprofesional se hacen necesarios a fin de proporcionar todo el soporte a los familiares del paciente, aclarando dudas, proporcionando apoyo emocional y trabajando en el sentido de hacer viable, en conjunto con los demás sectores del hospital, el adecuado mantenimiento del potencial donante y preparar el bloque quirúrgico para la captación.

Una atención adecuada, humanizada, hecha con seriedad y respeto a los familiares durante todo el período de internación del paciente potencialmente donador, desde la primera atención en el hospital de urgencias hasta el sector de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), favorece la empatía, la confianza de los familiares en los profesionales y en la institución, tornándose un diferencial al éxito del proceso de donación.

Cabe aun a esta Comisión sensibilizar a los profesionales del área de la salud en cuanto al tema. Ni todos deben o tienen que ser favorables a la donación, pero deben conocer todo el proceso,

para informar y aclarar los familiares. El desconocimiento del proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante interfiere negativamente en el número de donantes.

En casos de que la familia se niegue a donar, la Resolución 1826/07 del CFM autoriza la interrupción de los medios artificiales de soporte de la vida por los médicos, después del pleno esclarecimiento de la familia en cuanto a la situación clínica irreversible del paciente; por lo tanto esa conducta es amparada del punto de vista ético y legal, y su no concretización acarrea graves daños a la sociedad como un todo, teniéndose en vista la gran carencia de plazas en lechos de UCI en nuestro país y los altos costos asociados al mantenimiento de un cadáver por varios días a semanas en esas unidades.

La desconexión de los aparatos de soporte de vida absolutamente no significa la práctica de eutanasia, pues en el caso de muerte encefálica no existe más vida. Como ya dijo el poeta griego Píndaro: “*Tú curarás y no matarás, pero no intentes resucitar un alma muerta*”.

Cátia Millene Dell’ Agnolo

Máster en Enfermería – Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos y de la CIHDOTT del Hospital Universitario de Maringá.

Diogo Fraxino de Almeida

Médico – Neurólogo – Miembro de la CIHDOTT del Hospital Universitario de Maringá