

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Objetivo..... | 2 |
| 2. Aplicação..... | 2 |
| 3. Referências..... | 2 |
| 4. Documentos Complementares..... | 2 |
| 5. Definições e Siglas..... | 2 |
| 6. Equipamentos e Materiais..... | 3 |
| 7. Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante..... | 4 |
| 8. Diagnóstico de Morte Encefálica..... | 8 |
| 9. Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante..... | 10 |
| 10. Manutenção de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos para Transplante..... | 13 |
| 11. Extração de Órgãos e Tecidos para Transplante..... | 22 |
| 12. Liberação do Corpo do Doador Falecido aos Familiares..... | 24 |
| 13. Atribuições da OPO..... | 24 |
| 14. Rotina Operacional..... | 27 |
| 15. Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante..... | 27 |
| 16. Notificação de Doador de Múltiplos Órgãos a CNCDO-RS..... | 28 |
| 17. Potencial Doador em UTI Selecionado Fora do Hospital Sede..... | 28 |
| 18. Registros..... | 29 |
| 19. Histórico de Revisões..... | 29 |

1. Objetivo

Este documento tem por objetivo servir de orientador para as instituições vinculadas à OPO6, bem como formar a parceira com as CIHDOTT's reforçando e prestando os serviços de apoio sempre que necessário.

2. Aplicação

Este documento aplica-se em todos os hospitais de abrangência da OPO6 citado abaixo, mais propriamente as CIHDOTT's vinculadas.

3. Referências

Parte das referências mencionadas abaixo encontram-se em anexo a este documento e podem também ser visualizadas no site: www.hbb.com.br, navegar em serviços / OPO Organização de Procura de Órgãos e Tecidos.

Lei 9.434/97 – Dispõe da remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento;

MP 1.718/98 - Autorização familiar;

Resolução Nº 083/10-CIB/RS – Criação das OPOs no Estado do Rio Grande do Sul

Lei 10.211/01 - Decisão em RG e CNH perdem valor;

Decreto 2.268/97 - Cria o SNT e CNCDO;

Resolução CFM 1.480 - Define ME (morte encefálica);

Portaria nº 905/GM, de 16 de agosto de 2000;

Portaria GM/MS nº 1752, de 23 de setembro de 2005;

Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006;

Resolução CFM nº 1.826, de outubro de 2007;

Resolução COFEN nº 292/04 - normatiza a atuação do enfermeiro na Captação e Transplantes de Órgãos e Tecidos;

Portaria nº 511/10, de 27 de setembro de 2010;

Portaria nº 510/10, de 27 de setembro de 2010.

4. Documentos Complementares

Não Aplicável.

5. Definições e Siglas

A OPO é um órgão executivo da Comissão Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Suas atividades estão estabelecidas em observância à legislação vigente sobre

transplantes de órgãos e tecidos do corpo humano (vivo ou morto), com fins terapêuticos e científicos. A OPO tem como objetivo exercer atividades de identificação, manutenção e captação de potenciais doadores para fins de transplantes de órgãos e tecidos no âmbito de atuação da OPO designada pela Secretaria de Estado da Saúde (Central de Transplantes); divulgação da política de transplantes de órgãos e tecidos de modo a conscientizar progressivamente a comunidade interna e externa sobre sua importância; interação permanente com as áreas potenciais de doação e equipes de transplantes.

A OPO funciona ininterruptamente, tendo suas atividades centradas na atuação do Enfermeiro de Plantão.

Em outubro de 2010 o serviço foi criado e iniciou suas atividades com sede no Hospital Bruno Born, Lajeado.

OPO: Organização de Procura de Órgãos

ME: Morte Encefálica

PD: Potencial Doador

IML: Instituto Médico Legal

SVO: Serviço de verificação de óbito

CNCDO: Central de notificação, captação distribuição de órgãos

CIHDOTT: Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

MC: Morte Cefálica

6. Equipamentos e Materiais

Aparelho de Tomografia;

Aparelho Eco Doppler;

Eletroencefalograma;

Ventilador Mecânico

Monitor Multiparamétrico;

Caixa de Laparotomia exploradora;

Complemento de tórax, vascular adulto e infantil;

Caixa de microcirurgia e de captação de córnea;

Caixa do doador e receptor renal;

Serra de Gigli, Strik e de Osso;

Faca de Blair;

Afastador de finocheto grande;

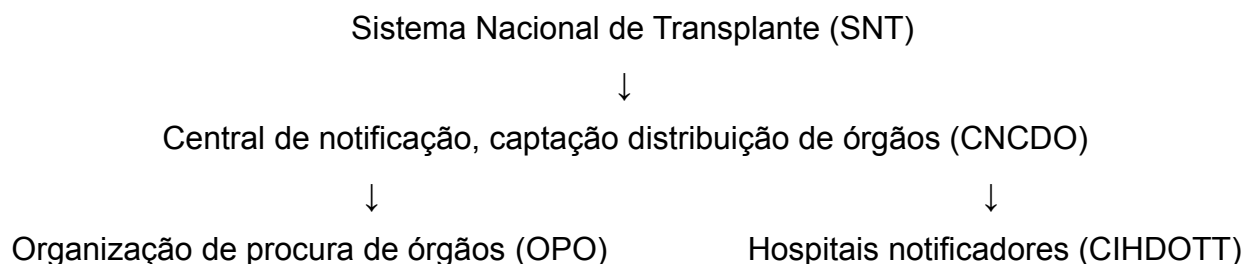
Elaborado por : Dra. Graziela D. Luckemeyer CREMERS:29256

Aprovado por :Dr. Cláudio A. Klein CREMERS:13460

Aspiradores potentes;
Bisturi elétrico;
Fios de sutura (prolene e nylon);
Campos;
Aventais;
Compressas grandes e pequenas;
Fita cardíaca;
Bacias;
Cuba rim;
Gazes, gancho, manopla, lâminas de bisturi nº 23, 20, 11;
Soluções fisiológicas de glicose, antissépticas, gelada e congeladas
Martelo;
Saco de coleta e materiais diversos....

7. Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

7.1 Organização estrutural do sistema de captação de órgãos



A obtenção de órgãos e tecidos para transplante no Brasil é normatizada pela Lei 9.434/97, conhecida como Lei dos Transplantes, que trata das questões legais relacionadas à remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, estabelece os critérios para o transplante com doador vivo e determina as sanções penais e administrativas pelo não cumprimento da mesma.

O Decreto-lei nº 2.268/97 cria o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) com implantação em todos os estados do Brasil, descentralizando o processo de doação- transplante. Esta mesma Lei definiu a doação presumida como forma de consentimento. Na doação presumida, o cidadão

contrário à doação, necessitava registrar a expressão “Não Doador de Órgãos e Tecidos” em algum documento de identificação, (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Logo, todo brasileiro que não registrasse essa negativa em vida era considerado um potencial doador.

A doação presumida não encontrou respaldo na sociedade brasileira e, por isso, posteriormente foi publicada a Medida Provisória nº 1.718 de 06 de outubro de 1998, que tornou obrigatória a consulta familiar para autorização de doação de todos os “doadores presumidos”, o que já ocorria na prática. Assim, a Lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001, definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação; passando “a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, depender da autorização do cônjuge ou parente maior de idade, conforme (FM-018 Termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos) obedecida à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte”.

A lei brasileira é clara e exige o consentimento da família para a retirada de órgãos e tecidos para transplante, ou seja, a doação é do tipo consentida.

No Estado de Rio Grande do Sul, a atividade de captação de órgãos e tecidos para transplante foi repassada, pelas CNCDOs, para as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) criadas pela portaria GM 2600, de 21 de setembro de 2009 e da Resolução CIB/RS 083/2010, que dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Nacional de Transplantes.

As OPOs são entidades constituídas por um ou mais hospitais de sua área territorial, com atuação regionalizada, que trabalham na detecção e demais procedimentos para viabilização do potencial doador de órgãos e tecidos.

O conhecimento do processo doação-transplante e a execução adequada de todas as suas etapas possibilitam a obtenção de órgãos e tecidos com segurança e qualidade, a fim de serem disponibilizados para a realização dos transplantes. Além de possibilitar a qualidade dos órgãos, o conhecimento do processo evita o surgimento de inadequações que possam ser causas de questionamentos por parte dos familiares e, até, motivo de recusa de doação dos órgãos.

Assim, é de extrema importância que a família participe ativamente do processo ou que indique um representante legal para acompanhar todos os procedimentos, evidenciando a transparência do processo. Assim, o primeiro, e possivelmente o mais importante de todos os passos no complexo processo de doação-transplante, é a identificação dos potenciais doadores de órgãos e tecidos, etapa sem a qual as demais não ocorrerão.

7.2 Identificação de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos para Transplante

A identificação dos potenciais doadores se dá através da notificação passiva e da busca ativa. A notificação passiva corresponde à atitude da equipe multiprofissional das Instituições de Saúde em comunicar a CNCDO a existência do potencial doador. Já a busca ativa corresponde à visita às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e Pronto-Socorros (PS) realizada por enfermeiro ou médico da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) ou da OPO, para a identificação de possíveis doadores. Nessa visita, o profissional deve se identificar à equipe multiprofissional, explicar o motivo da visita, a importância do seu trabalho e, sempre que possível, fornecer material informativo sobre o processo de doação-transplante.

O paciente com suspeita de morte encefálica, ou seja, coma irreversível, aperceptivo, arreativo, de causa conhecida, Escala de Coma de Glasgow igual a 3, sem uso de drogas depressoras do sistema nervo central é identificado através de exame clínico de rotina realizado por médico da unidade. O hospital notifica o potencial doador de órgãos e tecidos para CNCDO e comunica a OPO sobre o processo.

A notificação é obrigatória (Lei 9.434/97).

IMPORTANTE: informar e esclarecer os familiares do potencial doador sobre o início do protocolo de confirmação da morte encefálica.

Uma vez identificado o potencial doador, segundo a Lei 9.434/97, “é obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) da Unidade Federada onde for feito o diagnóstico de morte encefálica, em pacientes por eles atendidos” (RHBB-565 Notificação de Abertura de Protocolo de Paciente em Possível Morte Encefálica). Esses estabelecimentos são denominados de notificantes, que é onde existe a possibilidade de ser encontrado um potencial doador. No Brasil, o número de doadores é insuficiente para atender a demanda crescente dos receptores que necessitam de um transplante. Isto ocorre devido ao número inexpressivo de notificações

de pacientes em morte encefálica as CNCDOs, pela recusa familiar à doação ou pela falta de condições clínicas dos possíveis doadores. Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o número de doadores efetivos no Brasil cresceu no primeiro semestre de 2010 para 9,9 por milhão da população (www.abto.org.br). Cita-se alguns exemplos, na Espanha o índice de doadores efetivos é de 34 pmp/ano e nos Estados Unidos da América fica em torno de 25 pmp/ano. No Estado do Rio Grande do Sul esse número é um pouco melhor com 11 a 12 doadores (pmp/ano), ainda insuficiente para suprir a lista de espera por órgãos, e muito abaixo da maioria dos países desenvolvidos.

A recusa familiar varia de 30 a 70% e também representa um obstáculo à efetivação da doação, como já citado anteriormente.

Estima-se que até 100 pacientes por ano em cada milhão de habitantes apresentem o diagnóstico de morte encefálica em consequência de acidentes e doenças cerebrovasculares, evidenciando assim, a existência de um grande número de potenciais doadores de órgãos na população brasileira. Entretanto, na América Latina – Brasil – a taxa de notificação de potenciais doadores é baixa, menos de 50 pmp/ano. Em países desenvolvidos o índice é de 50 a 60 pmp/ano e consegue-se obter de 20 a 40 doadores efetivos por milhão de habitantes por ano.

Após a notificação, uma série de ações devem ser instituídas visando à manutenção efetiva do potencial doador com o objetivo de preservar a qualidade de seus órgãos para transplante, além de evitar a parada cardíaca do mesmo.

Deve-se lembrar que o potencial doador é, por definição, um paciente gravíssimo e que necessita de cuidados intensivos. Assim, o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem os diversos órgãos e sistemas do paciente na condição de morte encefálica, pelos profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria da sobrevida do receptor e à qualidade do enxerto transplantado.

Uma vez identificado o potencial doador, inicia-se, imediatamente, a manutenção do mesmo, que consiste na aplicação de suporte clínico para manter os parâmetros hemodinâmicos próximos do normal, visando à viabilidade e qualidade dos órgãos para transplante.

8. Diagnóstico de Morte Encefálica

A morte encefálica (ME) compreende a parada completa e irreversível de todas as funções neurológicas intracranianas, considerando-se tanto os hemisférios cerebrais como o tronco encefálico.

Os potenciais doadores de órgãos para transplante têm sido os pacientes que evoluem para morte encefálica, portanto doadores com coração “batendo”, ou no caso de córneas, pele, ossos, vasos e valvas cardíacas, pacientes em parada cardiorrespiratória irreversível (morte sistêmica ou morte circulatória).

O conceito de morte encefálica surgiu na França, em 1959. No início daquele ano um grupo de neurocirurgiões franceses descreveu uma condição que eles denominaram de morte do sistema nervoso central. As características desse estado eram coma apneico persistente, ausência de reflexos do tronco encefálico, reflexos tendinosos associados e um cérebro eletricamente silencioso.

Em 1968, o [“ad hoc” Committee of the Harvard Medical School] examinou a definição de morte encefálica e publicou o conceito que alcançou reconhecimento mundial. Os quatro critérios de Harvard para morte encefálica eram: (1) ausência de responsividade cerebral; (2) ausência de movimentos induzidos ou espontâneos; (3) ausência de respiração espontânea; (4) ausência de reflexos tendinosos profundos e aqueles associados ao tronco encefálico. Um eletroencefalograma (EEG) isoelétrico foi julgado de “grande valor confirmatório”, mas a realização de um EEG não foi considerada mandatória.

A identificação dos pacientes com Glasgow de 3, ou seja, sem abertura ocular, sem qualquer resposta motora e sem resposta verbal, possibilita, respeitadas as determinações da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480/97, a realização de exame clínico para investigação de morte encefálica (ME), (FM-017 Termo de Declaração de Morte Encefálica), cujos critérios estabelecidos para o diagnóstico atualmente aceitos são: (1) causa conhecida do coma; (2) causas do coma que devem ser excluídas durante o exame: hipotermia e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central; (3) elementos do exame neurológico: coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, oculocefálico, respostas às provas calóricas, reflexo de tosse e teste de apneia. Além das duas provas clínicas protocolares e padronizadas em todo território nacional, é obrigatória a realização de um exame complementar que vai caracterizar de forma inequívoca:

Elaborado por : Dra. Graziela D. Luckemeyer CREMERS:29256

(1) ausência de atividade eletrofisiológica; ou (2) ausência de atividade metabólica; ou (3) ausência de fluxo sanguíneo cerebral.

Interessa para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente, a arreatividade supraespinal. Consequentemente, não afasta esse diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos (“reflexos profundos”), cutâneo-abdominal, cutâneo plantar em flexão e extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores e reflexo tônico cervical. Esses reflexos podem permanecer por várias horas, mesmo após ter sido confirmada a morte encefálica clínica e gráfica. Os movimentos observados foram denominados de “sinais de Lázaro”. A presença desses “sinais de Lázaro” em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante pode confundir os médicos menos experientes; assim como, gerar desconforto, insegurança, desconfiança e dúvidas para os familiares; bem como para os profissionais da área de enfermagem que lidam com esses pacientes. A presença dos reflexos pode ser interpretada pela família e pelo profissional de saúde como sendo um indicativo de que a pessoa ainda está viva causando incredulidade em relação à efetividade do diagnóstico. Essa situação não contraindica a realização dos exames clínicos de morte encefálica ou invalidam tal diagnóstico.

Qualquer médico pode realizar os exames neurológicos de morte encefálica, sendo que pelo menos um desses exames deve ser realizado, preferencialmente, por um neurologista ou neurocirurgião. Além dos exames clínicos é necessária a realização de um exame gráfico. Após a confirmação, deve ser feito o registro em impresso próprio, que é padronizado para todo o território nacional (Termo de Declaração de Morte Encefálica), conforme modelo estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

A morte encefálica, mesmo sendo aceita como a morte do indivíduo pela comunidade científica mundial, ainda é pouco compreendida pela população que tem dificuldade em reconhecer que uma pessoa que apresenta batimentos cardíacos e está quente possa estar morta. O desconhecimento e a não aceitação dessa condição é compreensível, uma vez que, culturalmente, a morte é definida como a parada de todas as funções do corpo. O conceito de morte encefálica encontra resistência não só na população, mas também, entre os profissionais de saúde que assistem o potencial doador, e representa um obstáculo na aceitação da doação dos órgãos por uma boa parte das famílias. Entender e aceitar a morte

encefálica como morte, por parte de profissionais de saúde e população, é fundamental para o processo de doação. O valor legal do diagnóstico de morte por critério neurológico (morte encefálica) é o mesmo do diagnóstico de morte por critério cardiorrespiratório. A hora do óbito constante na declaração de óbito do paciente com diagnóstico de morte encefálica é a hora que terminou o protocolo (não interessa a hora em que o coração parou de bater).

9. A Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

A entrevista familiar é definida como sendo uma reunião entre os familiares do potencial doador e um ou mais profissionais da OPO ou da Comissão Intra- hospitalar de Doação de Órgão e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), a fim de obter o consentimento para a doação dos órgãos e tecidos.

Atualmente, a família é quem autoriza a doação dos órgãos e tecidos para transplante. A Lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001, definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação; sendo que a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

A entrevista familiar é um dos momentos mais delicados, no processo de doação e transplante, que o coordenador de transplante terá que realizar. Solicitar a doação dos órgãos a um familiar que acabou de perder um ente querido é um ato difícil e requer preparo por parte do entrevistador. A entrevista deve ser realizada em um local apropriado, longe da presença do doador; com todo o conforto possível, onde a família se sinta segura e acolhida.

É, também, uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, envolvendo aspectos éticos, legais e emocionais. A entrevista requer preparo por parte do profissional da captação, para elucidar dúvidas, compartilhar sentimentos e viabilizar o processo de doação.

Assim, a família emerge como um elemento central nesse processo; de um lado, ela é vista como o principal entrave à efetivação dos transplantes, de outro, ela é percebida como a vítima em todo o processo, crescendo-se a dor da perda brusca e traumática e o grande estresse que representa a decisão de doar. Para que a família possa tomar uma decisão

sobre a doação dos órgãos e tecidos de forma coerente e autônoma, faz-se necessário, além da informação, o esclarecimento de todo o processo de doação e suas implicações.

O consentimento livre e esclarecido é um processo compartilhado, de troca de informações e consenso mútuo, que se amálgama ao trabalho da assistência à saúde e se insere no bojo da relação vincular entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

Frequentemente, as pessoas não têm a informação de que precisam para tomar a decisão sobre a doação de órgãos ou não têm a compreensão clara do processo de doação, o que aumenta a chance de recusa por parte dos familiares. É nesse contexto de falta de informação da população em relação à doação de órgãos que a solicitação é realizada. As informações devem ser passadas de forma clara e objetiva e, em seguida, o entrevistador apresenta a possibilidade da doação dos órgãos para transplante. A família pode se manifestar de imediato, ou pedir um tempo para pensar, ou consultar outras pessoas do convívio do doador. Quando a família é contrária à doação, os motivos de recusa são apresentados ao profissional da CIHDOTT e o caso é encerrado junto à CNCDO.

9.1 Pontos Importantes da Entrevista Familiar:

- Situação familiar
- Família com ente querido hospitalizado. Morte súbita: AVC, TCE, FAF, Neoplasia SNC. Esperança em recuperação. Grande temor: a morte
- Contexto Familiar e Luto
- Negação
- Revolta
- Barganha
- Depressão
- Aceitação
- Características da entrevista
- Semiestruturada: Direção e Conteúdo

9.2 Causas de recusa familiar

- Negação do diagnóstico de morte encefálica

- Fé em milagres
- Revolta com relação ao atendimento no hospital
- Descrédito no sistema
- Ausência de manifestação em vida sobre doação de órgãos e tecidos
- Repulsa com relação à ideia de mutilação e deformação do corpo

9.3 Fatores que influenciam favoravelmente à doação

- Bom relacionamento entre a equipe médica e a família,
- Assistência médica adequada ao paciente,
- Conhecimento prévio da vontade do falecido.

9.4 Entrevista familiar – roteiro

1) Quando realizar?

Após a realização dos exames neurológicos, coleta de informações sobre o potencial doador, avaliação da condição emocional da família.

2) Onde realizar?

Local privativo,

Ambiente tranquilo - fora da UTI, PS, recepção.

3) Quem deve realizar?

Membro da CIHDOTT / OPO

Perfil do profissional: Ser discreto, Usar uma linguagem simples, Demonstrar empatia, Ser honesto e sensível, Transmitir segurança, Conhecer o processo de captação.

4) Com quem?

A entrevista para solicitação do consentimento familiar da doação deverá ser feita com o cônjuge, parente de primeiro ou segundo grau.

5) Como realizar?

O médico do paciente deverá fornecer as informações e esclarecer as dúvidas sobre a evolução do tratamento e estado atual, incluindo o diagnóstico de morte encefálica,

Tratar o assunto doação de maneira simples,

Conhecer as condições do paciente e as circunstâncias que cercaram a sua morte,

Informar-se sobre as condições emocionais da família,

Conhecer o que o médico do paciente disse à família, e o que esta compreendeu,

A família deve entender que morte encefálica é morte,

Não dizer o que eles devem fazer,

Não esperar que a família tenha reações lógicas ou seja objetiva,
Lembrar que a família encontra-se em estado de choque e despreparada para aceitar a morte,

A família necessita de tempo para aceitar a perda e para considerar a opção de doação,

Não demonstrar insensibilidade diante dos sentimentos da família,

Fornecer à família atendimento humanizado e diferenciado,

Estabelecer formas de contato entre a família e a OPO e vice-versa,

Não deixar de estar por perto após a entrevista sobre doação,

Ser honesto e não prometer o que não se pode cumprir,

Permitir que a família permaneça o maior tempo possível com seu ente querido,

Aceitar e apoiar a decisão da família,

Não ter medo de demonstrar suas emoções,

Responder as questões formuladas pelos familiares.

Antecipe-se a questões como:

Os órgãos e tecidos doados serão utilizados?

Haverá desfiguração do corpo?

Será um procedimento longo?

Haverá alguma despesa para a família?

Haverá alguma dor?

Qual será a sequência dos eventos?

Será dito quem serão os receptores?

10. Manutenção de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos para Transplante

Os doadores de órgãos e tecidos para transplante são pessoas com diagnóstico de morte encefálica, devendo ser mantidas com o coração batendo de forma artificial.

Um dos grandes problemas na manutenção dos potenciais doadores consiste em manter parâmetros hemodinâmicos estáveis com o propósito de tornar os órgãos viáveis para transplante.

Durante o processo de morte encefálica ocorre uma série de alterações fisiológicas que contribuem para instabilidade do doador, tais como:

1) Perda do controle hemodinâmico e da pressão arterial;

2) Perda da respiração espontânea;

- 3) Perda do controle do balanço hidroeletrólítico;
- 4) Perda do controle da temperatura;
- 5) Alterações do equilíbrio hormonal.

Para manter o controle dessas funções o mais próximo possível do normal, faz-se necessário o registro contínuo dos parâmetros hemodinâmicos, além de outros como temperatura, sódio, potássio, glicose...etc, dos potenciais doadores. Assim a assistência prestada deve incluir cuidados gerais e específicos, não devendo ser diferente da assistência prestada ao paciente em estado crítico.

* Cuidados gerais com o potencial doador de órgãos e tecidos

A assistência oferecida ao doador de múltiplos órgãos deve ser realizada preferencialmente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois requer uma vigilância constante por profissionais capacitados no manejo de doentes críticos. Para tal são essenciais os seguintes procedimentos:

- 1) acesso venoso central para infusão de drogas e líquidos, além de mensuração da pressão venosa central (PVC), para manutenção hemodinâmica;
- 2) monitorização contínua da frequência cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva, para manutenção hemodinâmica e suporte ventilatório;
- 3) sondagem vesical de demora para o controle da diurese;
- 4) sondagem gástrica com manutenção da dieta enteral, suspender e abrir para transporte e horas antes da cirurgia para retirada dos órgãos;
- 5) controle da temperatura;
- 6) higiene corporal;
- 7) aspiração do tubo endotraqueal e das vias aéreas superiores, para suporte ventilatório;
- 8) manter olhos fechados com gaze umedecida trocada a cada 2 horas, para viabilização da doação de córneas;
- 9) monitorização da gasometria, sódio, potássio e glicose a intervalos de 4 a 12 horas para correção dos distúrbios ácido-básicos, hidroeletrólíticos e metabólicos, além de adequar o suporte ventilatório.

10.1 Cuidados específicos com o potencial doador de órgãos e tecidos

A deterioração da função cardiovascular associada à hipertensão intracraniana, caracterizada pela descarga simpática, resulta na disfunção neurogênica do miocárdio e intensa vasoconstrição, seguida por depleção simpática e vasodilatação. Dessa forma, durante a assistência prestada ao doador de órgãos e tecidos, devem ser consideradas as seguintes alterações:

10.1.1 Hipotensão

Dos muitos desafios durante o cuidado com o doador, o mais comum é a hipotensão. A pressão arterial é definida pela pressão sistólica, diastólica e a pressão arterial média (PAM), sendo que a PAM é o parâmetro mais importante para manter a perfusão dos órgãos, devendo permanecer em torno de 80 mmHg. Em geral, a hipotensão pode ser resultado de um ou mais dos quatro tipos de choque: hipovolêmico, cardiogênico, obstrutivo ou distributivo. As causas obstrutivas de choque em doador são raras e podem incluir tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo e embolia pulmonar. Na evolução do doente em morte encefálica as causas comuns de choque hipovolêmico são: hemorragia pós-trauma, poliúria decorrente do diabetes insipidus, efeito residual de diuréticos e diurese osmótica secundária a hiperglicemia. Outra causa de hipotensão que deve ser considerada é o efeito residual de medicamentos administrados durante o tratamento de pacientes com TCE ou AVC. Esses incluem diuréticos e manitol, que podem produzir hipovolemia. Os barbitúricos, também utilizados no tratamento da elevação da pressão intracraniana (PIC), podem reduzir a contratilidade cardíaca e/ou causar vasodilatação. Essas medicações devem ser descontinuadas após a morte encefálica.

O tratamento da hipotensão consiste na reposição de volume intravenoso (ringer lactato ou solução isotônica de cloreto de sódio) de forma a manter o balanço hídrico do paciente sempre positivo e uma PAM por volta de 80 mmHg. Faz-se necessário monitorar a pressão venosa central (PVC) para evitar sobrecarga cardíaca e edema pulmonar por excessiva infusão de líquidos. Se a reposição volêmica não for suficiente para manter o padrão hemodinâmico adequado, que consiste em PAM igual a 80 mmHg, pressão sistólica maior ou igual a 100 mmHg, frequência cardíaca entre 60 a 120 batimentos por minuto e PVC de 6 a 10 mmHg (normovolemia), faz-se necessário o uso de drogas vasoativas como a dopamina (preferencialmente) até 10 mcg/kg/min e a noradrenalina até alcançar o efeito clínico desejado, não sendo determinado o limite máximo de sua dose de infusão. A solução padrão

de dopamina consiste na diluição de cinco ampolas (10 ml em cada ampola) em 200 ml de soro glicosado a 5%; e a de noradrenalina consiste na diluição de duas ampolas (4 ml em cada ampola) em 250 ml de soro glicosado a 5%, devendo ser administradas através de bomba de infusão e, idealmente, por acesso venoso central.

10.1.2 Alterações nos fluidos, eletrólitos e metabolismo dos doadores de órgãos e tecidos.

As alterações nos fluidos, eletrólitos e metabolismo são comumente encontradas nos doadores. Essas alterações podem resultar do tratamento do paciente, do dano neurológico ou dos efeitos da morte encefálica. Por exemplo, a água livre do plasma é reduzida produzindo hipernatremia em consequência do tratamento da hipertensão intracraniana após trauma de crânio e a hiponatremia em decorrência da inadequada secreção do hormônio antidiurético (ADH).

As alterações mais frequentes nos doadores são a hipernatremia em 59% dos casos, hiponatremia em 38%, hipercalemia 39%, hipocalemia 91%, hipopotassemia 66% e diabetes insipidus 9 a 87%, além de hiperglicemia. De longe, as alterações mais comuns observadas no nosso dia a dia são: sódio alto, potássio baixo e glicose alta.

Havendo necessidade de correção dos distúrbios deve-se iniciar imediatamente, pois com frequência os doadores apresentam alterações, como a hipocalemia severa que se não corrigida, pode desencadear arritmias e até parada cardíaca.

Na hipernatremia com sódio maior que 160 mmol/L está indicada a infusão de água livre via sonda gástrica ou solução de cloreto de sódio a 0,45%. A hipernatremia deve ser corrigida em todos os doadores, pois níveis de sódio maiores que 155 mmol/L estão relacionados com a disfunção hepática e perda do enxerto no receptor. Associada à correção do sódio, deve-se proceder à normalização sérica dos níveis de cálcio, fósforo, potássio, magnésio e glicose.

Na hiperglicemia devemos realizar controle com glicemia capilar de horário e instituir o tratamento com insulina regular, se necessário, para manter níveis glicêmicos entre 100 e 200 mg/dl. Em doadores com glicemia entre 80 e 120 mg/dl deve-se manter o suporte calórico com soro glicosado e dieta enteral.

Na presença de diabetes insipidus quando a densidade urinária for menor que 1005 e a diurese for superior a 300 ml/h ou 4 ml/kg/h (em adulto e criança) e quando o sódio estiver

elevado, está indicada a reposição com solução de cloreto de sódio a 0,45%, soro glicosado a 5% e água livre via SNG em igual volume de urina perdido por hora. Com ressalvas, considerar, também, a administração de desmopressina (intravenosa ou nasal) a cada seis horas na dosagem de 1 a 4 mcg para manter diurese menor que 4 ml/kg/h, no adulto, e de 0,25 a 1 mcg na criança. O uso da desmopressina (DDAVP) é controverso, pois alguns estudos sugerem redução da função renal pós-transplante.

10.1.3 Distúrbio ácido-básico

A acidose metabólica pode produzir uma série de alterações fisiológicas nos doadores de órgãos, como diminuição da contratilidade cardíaca (especialmente com pH abaixo de 7,2), arritmias, redução do fluxo de sangue para os rins e fígado, diminuição da resposta cardiovascular às catecolaminas; resistência à insulina, que pode levar à hiperglicemia e pode causar ou piorar a poliúria.

O tratamento da acidose consiste na identificação e correção da causa e, se necessário, na infusão de bicarbonato de sódio (NaHCO₃). É importante realizar a gasometria arterial e avaliar a ocorrência de acidose respiratória, cujo tratamento é feito através de mudanças nos parâmetros do ventilador, como, por exemplo, o aumento da frequência respiratória.

10.1.4 Hipotermia

Com a morte encefálica, o controle hipotalâmico de regulação da temperatura corporal é perdido e a hipotermia se instala com o resfriamento dos tecidos do corpo. Em temperaturas abaixo de 34°C pode ocorrer vasoconstrição arterial, arritmias cardíacas, diminuição da ligação do oxigênio com a hemoglobina ocasionando a redução da disponibilidade de oxigênio para todas as células, aumento da viscosidade do sangue e diminuição da contratilidade cardíaca.

O tratamento da hipotermia consiste em manter a temperatura do doador acima dos 34°C, através do uso de cobertores, manta térmica e infusão de líquidos aquecidos. Na prática, frequentemente, observa-se o uso de focos de luz direcionados para a região do tórax e do abdome do doador.

Lembre-se: mantenha o doador bem aquecido, pois a correção da hipotermia não é fácil.

10.1.5 Ventilação mecânica

A inadequada ventilação do doador pode causar dano significativo e levar à perda dos órgãos. A adequada oxigenação tecidual é obtida através dos seguintes parâmetros ventilatórios: volume corrente entre 8 e 12 ml/kg de peso; fração inspiratória de oxigênio (FiO₂) inferior a 0,5 (50%), maior se necessário; pressão arterial de oxigênio (PaO₂) maior ou igual a 80 mmHg; saturação arterial de oxigênio (SatO₂) superior a 95%; pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) entre 35 e 45 mmHg, e pressão expiratória positiva (PEEP) só se necessário ou até 5 cm H₂O e pH de 7,35 a 7,45.

Para recém-nascido manter: PaO₂ 50-70 mmHg, Sat. O₂ 92-93% e PaCO₂ 45-55 mmHg. Para crianças, PaO₂ maior que 60 mmHg, Sat. O₂ maior que 90% e PaCO₂ 35-45 mmHg.

10.1.6 Tratamento de infecções

Está indicada a investigação de infecção em todos os doadores de órgãos e tecidos. A infecção no doador não representa uma contraindicação para a doação dos órgãos, mas a terapia com antibiótico deve ser iniciada nos casos comprovados ou na suspeita de infecção. A duração da terapia dependerá do agente infeccioso e a conduta deve ser tomada em conjunto com a equipe de transplante e a Comissão de Infecção Hospitalar.

É recomendado o uso de antibióticos de largo espectro para prevenir e/ou tratar as infecções. O uso de antibiótico deve considerar situações de infecção identificada (pneumonia, infecção urinária) com ou sem culturas positivas.

É importante realizar investigação com RX de tórax, urina tipo I, urocultura, hemocultura e cultura de secreção traqueal.

Na ausência de infecções, é recomendável o uso de antibióticos profiláticos, como cefalosporinas, ou de acordo com os protocolos estabelecidos pela Comissão de Infecção Hospitalar.

10.1.7 Proteção ocular

As pálpebras do doador devem ser mantidas fechadas para evitar o ressecamento da córnea por exposição à luz. A melhor forma de manter as córneas viáveis para transplante é colocar gazes umedecidas com solução salina a 0,9% (soro fisiológico) ou usar finas tiras de esparadrapo. Lembrar de trocar de tempos em tempos.

10.1.8 Nutrição no doador de órgãos e tecidos

Elaborado por : Dra. Graziela D. Luckemeyer CREMERS:29256

Aprovado por :Dr. Cláudio A. Klein CREMERS:13460

Durante o processo de manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante, está indicada a infusão intravenosa de solução glicosada. A nutrição enteral deve ser iniciada ou continuada até o momento que o doador for encaminhado para o bloco cirúrgico. A nutrição parenteral não está indicada, porém, quando já iniciada a infusão, ela não deverá ser interrompida.

10.2 Exames laboratoriais de rotina do doador de órgãos e tecidos

Os exames do doador de órgãos incluem a investigação das seguintes funções:

- Cardíaca – CPK e CK-MB (creatinino- fosfoquinase e sua fração MB);
- Hepática – TGO/AST (aspartato amino-transferase), TGP/ALT (alanina amino-transferase), bilirrubinas e gama GT (gama glutamil-transferase);
- Pancreática – amilase, fosfatase alcalina e glicemia;
- Renal – ureia, creatinina, urina tipo I;
- Pulmonar – gases arteriais;
- Eletrólitos – sódio, potássio, cálcio;
- Hematologia – hemograma completo e plaquetas;
- Tipagem sanguínea – grupo ABO;
- Sorologias – anti-HIV, anti-HTLV, HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBs, Anti-HCV, CMV, chagas, toxoplasmose e lues (sífilis);
- Culturas – hemocultura.

Cabe ressaltar que na manutenção do potencial doador há necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional, com o desenvolvimento de atividades específicas e complementares, como por exemplo, o enfermeiro realiza a prescrição de enfermagem, controles de UTI e auxilia a equipe médica no momento da confirmação do diagnóstico de morte encefálica; o médico prescreve medicações, solicita e avalia exames, o serviço social proporciona o acolhimento e suporte psicoemocional à família do potencial doador.

10.3 Contraindicações para doação de órgãos

10.3.1 Absoluta- condições pré-existentes do doador:

1. Sorologias positivas para HIV e HTLV I e II.

2. Sepse: - ativa e não controlada bacteriana

- choque séptico
- falência de múltiplos órgãos
- micro-organismos multirresistentes
- infecções sistêmicas virais ou fúngicas
- Tuberculose ativa.

3. Tumores malignos, exceto carcinomas basocelulares de pele, carcinoma in situ de colo uterino e alguns tumores primitivos do SNC.

Em relação aos tumores malignos, deve-se ter atenção com as metástases de tumores germinativos que podem se manifestar com sangramento intracerebral, simulando hemorragia espontânea. A pesquisa de gonadotrofina coriônica é de grande auxílio. A anatomia patológica de um tumor faz-se sempre necessária antes do implante de órgãos.

Tumores do Sistema Nervoso Central Que Excluem o Doador:

- Astrocitoma anaplásico (grau III);
- Glioblastoma multiforme;
- Meduloblastoma;
- Oligodendroglioma anaplásico (Schmidt C e D);
- Ependioma maligno;
- Pineoblastoma;
- Meningeoma anaplásico e maligno;
- Sarcoma intracranial;
- Tumor de células germinais (exceto teratoma bem diferenciado);
- Cordoma;
- Linfoma cerebral primário;
- Astrocitoma de baixo grau (grau II).

10.3.2 Alterações que não excluem o doador

1. Tumores do Sistema Nervoso Central:

- Meningioma benigno;
- Adenoma de hipófise;

- Schwannoma de acústico;
- Craniofaringeoma;
- Astrocitoma pleiocítico (grau I);
- Cisto epidermoide;
- Cisto coloide do III ventrículo;
- Papiloma de plexo coroide;
- Hemangioblastoma;
- Tumor de células ganglionais;
- Pineocitomas;
- Oligodendroglioma de baixo grau (Schmidt A e B);
- Ependimoma;
- Teratoma bem diferenciado.
- Tumores Que o Doador Pode Ser Considerado:
- Astrocitoma de baixo grau;
- Gliomatose cerebri.

2. Os marcadores virais da hepatite B e C (VHB e VHC) são admissíveis em doadores de órgãos para aqueles receptores que forem portadores dos mesmos marcadores, mas a doação de tecidos está excluída nesses casos.

3. Não contraindica o transplante a presença de soropositividade para:

- Citomegalovirus humano;
- Vírus de Epstein - Barr;
- Treponema pallidum;
- Toxoplasma gondii;
- Trypanossomna cruzi;
- Echinococcus granulosus;
- Microbactéria ;
- Outras infestações parasitárias.

4. Sepse: manifestações sistêmicas de infecção podem constituir contraindicação temporária.

- Bacteremia com estabilidade hemodinâmica e sem disfunção multiorgânica em tratamento com antimicrobianos e com boa resposta clínica. O receptor deverá

Elaborado por : Dra. Graziela D. Luckemeyer CREMERS:29256

Aprovado por :Dr. Cláudio A. Klein CREMERS:13460

continuar o tratamento durante o tempo adequado ao sítio da infecção e ao agente identificado;

- Meningite bacteriana, desde que haja identificação do agente etiológico e seu tratamento adequado; não haja foco extrameninge e a função dos órgãos a serem transplantados esteja preservada.

11. Extração de Órgãos e Tecidos para Transplante

A retirada é realizada em centro cirúrgico, respeitando-se as técnicas de assepsia. O doador com diagnóstico de morte encefálica pode doar órgãos e tecidos como: coração, pulmões, fígado, pâncreas, rins, valvas do coração, olhos, pele, ossos, tendões, cartilagem veias e artérias. Para que a cirurgia de captação de órgãos e tecidos seja realizada é necessário um centro cirúrgico bem equipado e materiais essenciais: caixa de laparotomia exploradora, complemento de tórax, complemento vascular adulto e infantil, caixa de microcirurgia e de captação de córnea; caixa do doador e receptor renal, serra de gigli, serra de strik, faca de blair, afastador de finocheto grande, dois aspiradores potentes, bisturi elétrico, fios de sutura (prolene e nylon), campos, aventais, compressas grandes e pequenas, fita cardíaca, bacias, cuba rim, cera de osso, gazes, campos de mesa, gancho, manopla, lâminas de bisturi nº 23, 20, 11, versel loop, elástico, solução fisiológica gelada e congelada, solução de glicose, sonda uretral nº 08, soluções antissépticas, martelo, sacos de coleta, materiais diversos, etc..

Durante o procedimento de retirada de múltiplos órgãos é essencial a presença do anestesiológico para a manutenção hemodinâmica do doador. É de extrema importância, também, a participação de um circulante de sala habilidoso, bem como a presença do coordenador de sala (profissional da CIHDOTT) para que a cirurgia transcorra sem prejuízos para as equipes de transplantes.

Vale lembrar que a captação de globos oculares, à exceção dos demais órgãos e tecidos, não necessita de centro cirúrgico. O procedimento cirúrgico para a retirada da córnea pode ser por enucleação simples ou por excisão corneana in situ. A face do doador deve ser preparada com substância antisséptica e em seguida, o globo ocular é irrigado abundantemente com solução salina. A colocação de campo oftálmico estéril é necessária para garantir um procedimento com menor risco de contaminação, o blefaróstato de Jaffe é utilizado para manter as pálpebras abertas. A enucleação é realizada com tenotomia de 360°

e isolamento dos músculos retos, o globo ocular enucleado é mantido em uma câmara úmida com a córnea em posição superior. Após a extração, a cavidade é preenchida com gazes ou algodão embebido em solução salina, e, em seguida a pálpebra é suturada. Em nosso meio, dá-se preferência pela captação do globo como um todo, o que traz a vantagem de permitir o processamento da esclera.

Na excisão corneana in situ, após a realização dos procedimentos descritos anteriormente, realiza-se peritomia 360° e, com uma lâmina de bisturi nº 11, delimita-se a esclera a 3mm do limbo (região localizada entre a córnea e a esclera), inicia-se a incisão que serve como guia da retirada da córnea, cuidadosamente colocada no meio de preservação. A vantagem dessa técnica permite a imersão imediata da córnea no meio de preservação.

Após enucleação ou excisão in situ, o tecido ocular é colocado imediatamente em caixa térmica e conservado a uma temperatura interna de 2°C a 8°C, controlada com termômetro digital, para o transporte até o banco de olhos. O material essencial para a captação de globos oculares é composto pela caixa de enucleação que deve conter: pinça pean 14cm, blefarostato de tamanho médio, pinça de conjuntiva, tesoura reta e curva, gancho de estrabismo, kelly mosquito 12cm, colher de enucleação, tesoura para enucleação 12cm, tesoura universal de córnea curva, cabo de bisturi nº 3 e a caixa para material cirúrgico furada. Além do material cirúrgico é necessário: Fio de sutura mononylon nº 5.0, luvas de procedimento e estéril, tubo com gel seco para coleta de amostra de sangue (sorologias), gazes, solução salina 0,9%, solução antisséptica, seringas, agulhas, lâmina de bisturi nº 15, campo oftálmico e avental estéril, máscara, gorro e caixa térmica com gelo para transportar o tecido captado.

12. Liberação do Corpo do Doador Falecido aos Familiares

O corpo do falecido deve ser entregue à família condignamente recomposto (Lei nº 9.434/97). O profissional da CIHDOTT respeita esse compromisso com rigor. Além disso, são dadas todas as orientações necessárias sobre a liberação do corpo do falecido nos serviços de Liberação Policial, Instituto Médico Legal (morte violenta) e Serviço de Verificação de Óbito (óbito de causa bem definida).

13. Atribuições da OPO

- Organizar logísticas de procura de doadores;
- Criar rotinas para oferecer apoio aos familiares de pacientes falecidos;

Elaborado por : Dra. Graziela D. Luckemeyer CREMERS:29256

-Articular-se com as equipes médicas para identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

-Agilizar verificação de Morte Encefálica;

-Viabilizar a realização do diagnóstico da Morte Encefálica;

-Notificar e promover o registro de todos casos de Morte Encefálica, mesmo daqueles não doadores; com registro dos motivos de não-doação;

-Manter o registro do número de óbitos ocorridos nas instituições sob abrangência com levantamento dos casos de coma e GLASGOW (menor ou igual a sete) que evoluem para óbito;

-Promover e organizar ambientes e rotinas para acolhimento às famílias de doadores antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito hospitalar ;

-Participar das entrevistas familiares quando solicitado;

-Articular-se com o IML e o SVO para agilizarem o processo de necropsia dos doadores;

-Articular-se com a CNCDOs, CIHDOTTs e bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgão e tecidos;

-Orientar e capacitar o arquivamento dos documentos originais relativos à doação de acordo com LEI N° . 9.434 de 1997;

-Manter os registros de suas internações e atividades diárias;

-Apresentar mensalmente os relatórios de produção a CNCDO;

13.1 Região de Abrangência da OPO6 Lajeado:

-Centro-Oeste;

-Missioneira;

-Vales.

13.2 Relação das UTIs de Abrangência de nível II

| UTIs | Leitos UTIs Credenciados SUS |
|--|-------------------------------------|
| Sociedade Beneficência de Caridade – Lajeado* | 10 |
| Associação Franciscana de Assistência a Saúde – Estrela* | 7 |
| Hospital Santa Cruz - UNISC - Santa Cruz do Sul* | 6 |
| Hospital Astrogildo de Azevedo – Santa Maria* | 2 |
| Hospital Universitário - Santa Maria* | 14 |
| Hospital Vida e Saúde – Santa Rosa | 10 |
| Hospital Santo Ângelo – Santo Ângelo | 10 |
| Hospital de Caridade de Ijuí - Ijuí | 15 |

Elaborado por : Dra. Graziela D. Luckemeyer CREMERS:29256

| | |
|---|----|
| Hospital de Caridade e Beneficência HCB -Cachoeira do Sul* | 8 |
| Hospital Ivan Goulart - São Borja | 7 |
| Santa Casa de Caridade de Uruguaiana – Uruguaiana | 12 |
| Hospital Santa Lúcia - Cruz Alta | 8 |
| Hospital São Vicente de Paulo -Três de Maio | 6 |
| Hospital Santa Casa de Caridade de Alegrete - Alegrete | 8 |
| Associação Hospitalar de Caridade Três Passos – Três Passos | 10 |

*** UTIs selecionadas para busca ativa.**

As UTIs de Lajeado, Estrela, Santa Cruz do Sul, Cachoeira do Sul e Santa Maria terão monitoramento diário realizado através de contato telefônico e visitas presenciais três vezes por semana realizadas pela enfermeira da OPO6.

As demais UTIs receberão assessoria e acompanhamento técnico, sob solicitação da Central de Transplantes conforme demanda.

13.3 Ações da OPO6

Visita aos hospitais da área de abrangência para apresentação da OPO e suas qualificações (diretor clínico, técnico, médico responsável CIHDOTT, médico coordenador UTI);

Após, inicia-se monitoramento diário por telefone, e visitas presenciais semanais três vezes por semana às UTIs das seguintes cidades:

- Estrela
- Santa Cruz do Sul
- Lajeado
- Cachoeira do Sul
- Santa Maria

Nas UTIs não selecionadas, contato semanal para monitorização e auxílio, via telefone e e-mail, e , conforme necessidade, participação presencial.

Auxílio às CIHDOTTs, para protocolar processo de doação.

Envio mensal dos relatórios à CNCDO.

Educação médica e da equipe de enfermagem quanto a MC e processo de doação de múltiplos órgãos.

13.4 Atribuições dos componentes da OPO

13.4.1 Médicos OPO

Elaborar protocolos de ações da OPO6;

Gerenciar a equipe;

Realizar acompanhamento clínico dos pacientes em protocolo de MC e doação das UTIs selecionadas.

13.4.2 Enfermeiro OPO

Participar da elaboração dos protocolos da OPO6;

Realizar visitas presenciais nas UTIs selecionadas conforme preestabelecido;

Monitorar os paciente em MC ;

Se solicitada, participar no protocolo de MC e no processo da doação;

Monitoramento diário dos pacientes em glasgow < ou = 7 e glasgow 3.

Realizar palestras e treinamentos, referentes ao processo de doação de órgãos nas instituições de abrangência da OPO6 e na comunidade.

13.4.3 Auxiliar Administrativa

Manter atualizada legislação referente a CHIDOTT e OPO;

Realizar contato telefônico com UTIs, caso enfermeira não esteja disponível;

Manter relatórios atualizados;

Agendar visita das equipes às instituições de abrangência e outras;

Realizar atas das reuniões;

Enviar relatórios mensais 'a CNCDO;

Agendar visita com os hospitais selecionados solicitando presença do diretor técnico, chefe de UTI e coordenador da CIHDOTT.

14. Rotina Operacional:

14.1 Busca Ativa de Potencial Doador (PD).

Definição: Proceder à procura e identificação de potenciais doadores de órgãos/tecidos, dentro da área de captação da OPO-6.

Responsável: Enfermeiro da OPO.

Operação:

- ✓ Realizar busca de potenciais doadores diariamente.
- ✓ Apresentar-se ao enfermeiro e médico da unidade e explicar o motivo da visita.
- ✓ Registrar horário da busca, nome do enfermeiro ou médico da unidade.
- ✓ Identificar paciente com Glasgow 3 e/ ou pacientes com Glasgow menor ou igual a 7.
- ✓ Em pacientes com sinais clínicos de morte encefálica, verificar se já aberto protocolo de morte encefálica.

- ✓ Se já iniciado, verificar andamento.
- ✓ Se não iniciado, entrar em contato com CIHDOTT para iniciá-lo prontamente.
- ✓ Acompanhar andamento do protocolo e manutenção do potencial doador.

14.2 Transferência de Potencial Doador

Definição: Estabelecer diretrizes para a transferência de potenciais doadores quando necessário.

Responsável: Enfermaria e Médico da OPO.

Operação:

- ✓ Verificar necessidade de transferência do potencial doador para concluir o protocolo de morte encefálica e/ou manter potencial doador.
- ✓ Viabilizar transferência para hospital de referência mais próximo do local em questão.

15. Entrevista Familiar de Solicitação de Doação de Órgãos/ Tecidos para Transplante Quando Solicitado pela CIHDOTT Local.

Definição: Solicitar a doação de órgãos/tecidos aos responsáveis legais e orientação de todos os procedimentos e rotina.

Responsáveis: Enfermeira da OPO e Psicóloga das CIHDOTT

Operação:

- ✓ Solicitar a presença dos familiares do potencial doador por via telefônica ou pessoalmente.
- ✓ Receber os familiares, fazer análise da estrutura familiar e/ou responsáveis legais.
- ✓ Avisar o Enfermeiro da OPO da chegada dos familiares.
- ✓ Providenciar local privativo para realizar a entrevista.
- ✓ Apresentar-se aos familiares pelo nome e cumprimentar a todos individualmente.
- ✓ Verificar o grau de compreensão dos familiares em relação ao diagnóstico de morte encefálica de seu parente e esclarecer dúvidas pertinentes.
- ✓ Apresentar, aos familiares, a possibilidade da doação de órgãos/tecidos para transplante.
- ✓ Informar que a doação é de responsabilidade dos familiares.
- ✓ Solicitar a doação de órgãos, explicando todos os procedimentos e rotinas.
- ✓ Preencher documentação de doação em duas vias e checar grau de parentesco dos familiares através do documento de identidade.
- ✓ Esclarecer aos familiares que eles não conhecerão os receptores.
- ✓ Esclarecer que a extração dos órgãos não deforma a aparência do falecido.
- ✓ Fornecer aos familiares impresso de orientações e telefones para contato.

- ✓ Preencher impresso de entrevista familiar e deixar no prontuário do potencial doador.
- ✓ Acompanhar a entrevista de solicitação de doação de órgãos/tecidos.

16. Notificação de Doador de Múltiplos Órgãos a CNCDO-RS

Definição: Estabelecer as orientações quanto à notificação do doador de múltiplos órgãos a CNCDO-RS pela Organização de Procura de Órgãos 6- Lajeado

Responsável: Enfermeiro OPO

Operação:

- ✓ Checar nome do doador, tipagem, sorologia, bioquímica completa e órgãos doados.
- ✓ Preencher a ficha de informações sobre o doador de múltiplos órgãos, com dados atualizados.
- ✓ Colocar o horário e o local da extração.
- ✓ Conferir as informações detalhadamente.
- ✓ Enviar relatório mensal e/ou conforme demanda a CNCDO-RS.

17. Potencial Doador em UTI Selecionado Fora do Hospital Sede

Definição: Estabelecer diretrizes para a viabilização de PD em UTI dos hospitais selecionados para supervisão OPO-6, conforme orientação da Central estadual de Transplantes.

Responsável: Enfermeiro da OPO

Operação:

- ✓ Receber a notificação do potencial doador.
- ✓ Acompanhar e, se solicitado, auxiliar no processo de doação e seu desenvolvimento.

18. Registros

- RHBB-003 Registros de cuidados;
- RHBB-004 Evolução de Enfermagem;
- RHBB-008 Balanço Hídrico;
- RHBB-009 Evolução Médica;
- RHBB-554 Controle de Glasgow;
- RHBB-555 Escala de Glasgow;
- RHBB-556 Escala de Glasgow – UTI;
- RHBB-557 Controle de Potencial Doador-ME;
- RHBB-559 Escala de Glasgow – Pediatria;

RHBB-565 Notificação de Abertura de Protocolo de Paciente em Possível M. E.;
RHBB-566 Estatística OPO 6;
FM-017 Termo de Declaração de Morte Encefálica;
FM-018 Termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos;
Relatório Mensal ao CNCDO.

19. Histórico de Revisões

| Revisão | Data | Criação ou Descrição da Alteração |
|---------|------------|-----------------------------------|
| 00 | 11/11/2010 | Criação |