

ABERTURA DE PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO

Miriam Sanches do Nascimento Silveira; Fabiana Pereira Leite Paschoal; Laís Paes de Almeida Zanfirvo

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pela Covid -19, impactou negativamente o cenário de transplantes adulto e pediátrico no Brasil. A notificação de potenciais doadores em 2019 foi de 11.399, reduzindo em 2020 para 10.639. Foram convertidos para doadores efetivos 3.768 em 2019 e 3.330 em 2020. Em relação ao transplante de órgãos sólidos, foram transplantadas 486 crianças em 2020, número 17% menor que em 2019.

Em 2021, no período de janeiro a março, o número absoluto de doadores pediátricos com menos de 6 anos foi de 4 doadores no estado de São Paulo e 16 no Brasil, representando 2% entre todos os doadores. Não foram encontrados dados sobre potenciais doadores em fase neonatal (até 27 dias) e lactente (28 dias a 2 anos).

A morte encefálica é a perda completa e irreversível das funções encefálicas, ou seja, a cessação das atividades corticais e de tronco encefálico. No Brasil, a Lei Nº 9.434, de fevereiro de 1997 que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento, também determina que compete ao Conselho Federal de Medicina (CFM) definir critérios para o diagnóstico de Morte Encefálica (ME).

O protocolo de identificação de ME deve ser iniciado em todos os pacientes em coma não perceptivo, com reatividade supraespinal ausente e apnéia persistente, desde que atendam os seguintes pré-requisitos: Lesão encefálica de causa conhecida e irreversível, ausência de fatores tratáveis que confundam o diagnóstico de ME; Período de internação hospitalar mínimo de 6 horas ou 24 horas se a causa primária for encefalopatia hipóxico-iscêmica; Temperatura corporal acima de 35°C; Saturação arterial acima de 94%; Pressão arterial sistólica 60mmHg e PAM 43mmHg em pacientes com até 5 meses incompletos, variando de acordo com faixa etária. Para determinar a ME, deve-se realizar dois exames clínicos e um complementar, todos feitos por médicos diferentes e capacitados, com intervalo de acordo com a faixa etária do paciente.

CASO CLÍNICO

A.M.S.S. sexo masculino, nascido a termo, pesando 2960g, comprimento de 49 cm. Perímetro cefálico de 31 cm, sofreu lesão hipóxica cerebral causada por complicações no trabalho de parto, apresentou APGAR 2/6 ao nascimento, FC<100 e apnéia, foi encaminhado para a UTI neonatal, onde foram realizadas manobras de RCP, evoluiu para intubação sob ventilação mecânica e iniciou protocolo de hipotermia. Após 19 horas do nascimento realizou ultrassonografia transfontanelar onde notou-se fluxo reverso da diástole das artérias cerebrais, corroborando quadro clínico de anóxia neonatal.

No 6º dia após o nascimento foi realizada uma tomografia computadorizada que evidenciou um acidente vascular isquêmico agudo com edema cerebral difuso associado. Em avaliação realizada pelo neurologista, constatou como aperceptivo, pupilas 2mm fixas, reflexo fotomotor ausente, assim como córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo calórico e reflexo de tosse. Também constatou reflexos primitivos abolidos (babkin, preensão palmar e plantar, sucção). Durante o exame físico apresentou reflexos osteotendíneos hipotativos globalmente, reflexo cutâneo plantar em extensão bilateral e ereção peniana reflexa, caracterizando os reflexos espinais involuntários comum em pacientes com morte encefálica.

A equipe da UTI Neonatal solicitou apoio da Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes (CIHT) para acompanhar o caso. Na primeira abordagem ao paciente, verificou-se que o lactente apresentava como aperceptivo e todos os pré-requisitos para início do protocolo estavam de acordo. Ao ser questionada sobre caso a médica pediátrica intensivista relatou que a família realizava visitas regulares e estava ciente da gravidade do quadro clínico, portanto a família foi solicitada ao hospital para uma conversa e esclarecimento sobre o protocolo de ME e suas etapas.

Referências:

- Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado - RBT 2020 (JAN/DEZ) – ABTO. Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/08/2020_populacao_1.pdf. Acesso em: 19 jun 2021.
- Registro Brasileiro de Transplantes. RBT - 2021 - (JAN/MAR) – ABTO. Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2021/05/RBT-1-trimestre-2021-final_POPULACAO_compressed-1.pdf. Acesso em: 19 jun 2021.
- Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.
- SENNÁ, C. V. A.; MARTINS, T.; KNIHS, N. da S.; MAGALHÃES, A. L. P.; PAIM, S. M. S. Fragilidades e potencialidades vivenciadas pela equipe de saúde no processo de transplante de órgãos: visão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 22, 2020. DOI: 10.5216/ree.v22.58317. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/enf/article/view/58317>. Acesso em: 14 set. 2021.

Durante a conversa, estavam presentes os pais do paciente, a pediatra intensivista e um membro da CIHT. Foram descritas as etapas do protocolo e os testes necessários. Ao questionar se havia alguma dúvida sobre o processo, a família apenas questionou o tempo para o término do protocolo. Sendo assim, iniciou-se o protocolo de morte encefálica aos 45 dias de vida, sendo definido como lactente.

Foram realizados os testes de reflexo fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo calórico e de tosse, sendo todos ausentes. Prosseguindo então para o teste de apnéia, onde foi fornecido O₂ a 100% por 10 minutos provocando uma hiperóxia de 199,2 mmHg, seguido da desconexão da ventilação mecânica com fornecimento de O₂ a 6 L/min. Foi observado por 10 minutos, onde não houve instabilidade hemodinâmica nem incursão respiratória, ao término foi evidenciado a retenção de CO₂ (84,2 mmHg). O lactente apresentou reflexos medulares cutâneo plantar em extensão bilateral durante o teste de apnéia. O resultado do primeiro exame clínico foi comunicado a família, que solicitou receber informações apenas ao término de todo o protocolo.

O exame complementar de imagem realizado foi o eletroencefalograma, que visa identificar a atividade elétrica cerebral. Realizado beira leito por um período superior a 30 minutos de registro contínuo, neste momento a família estava presente em horário de visita, foi ofertado a possibilidade de presenciar a realização do exame, mas se recusaram. O resultado foi um traçado compatível com silêncio elétrico cerebral inclusive com estimulação sonora e dolorosa.

O segundo exame clínico foi realizado por outro profissional médico com o intervalo de 24 horas, conforme a faixa etária de 7 dias até 2 meses incompletos, foram repetidos todos os testes clínicos, exceto de apnéia. Evidenciou-se a ausência de todos os reflexos, sendo compatível com morte encefálica.

Ao concluir o diagnóstico de ME, a equipe presente na UTI Neonatal foi reunida e realizaram uma roda de oração com o terço e ungião do lactente, como símbolo de um ritual de passagem. Os dispositivos foram retirados pelos técnicos de enfermagem, o ventilador mecânico foi desligado pela médica, após o lactente ser extubado a equipe continuou reunida aguardando a parada cardíaca. Nos primeiros 4 minutos seguintes da descontinuação do suporte terapêutico o lactente apresentou reflexos medulares vigorosos de flexão, comovendo a equipe em um misto de tristeza e aflição, acompanhada da lágrimas. Aos poucos os sinais vitais foram diminuindo, o lactente rendeu e a parada cardíaca ocorreu em 8 minutos. A família foi solicitada ao término do protocolo de ME, conforme combinado previamente e comunicada do óbito.

Este relato expõe um desafio para a equipe que apesar da experiência em protocolos de ME, nunca haviam vivenciado um protocolo em um lactente, a dificuldade se da pois o adocencimento nessa fase é uma quebra na linha de uma vida que estaria apenas começando.

Os reflexos medulares são comuns em pacientes em ME e não afastam o diagnóstico, porém dificultam a compreensão da morte por parte dos familiares que estão em um momento de fragilidade frente ao paciente grave, e neste caso intensificado pelo período do puerpério. Associado a presença de movimentos respiratórios gerados pela ventilação mecânica e a frequência cardíaca proveniente de um órgão autônomo, corroboram para que ocorram questionamentos sobre a morte e sentimentos de insegurança na família, dificultando o processo de diagnóstico.

Senna, traz a importância do potencial doador estar assistido por profissionais intensivistas treinados e que compreendam o processo de transplante, com conhecimento sobre a fisiopatologia da morte encefálica e as implicações clínicas para garantir uma assistência de qualidade ao potencial doador e aos familiares, garantindo esclarecimento de todos os questionamentos presentes.