

Manutenção do Potencial Doador de Órgãos DIRETRIZES*

Dr. Luiz Antonio C. Sardinha

Profº Dr. Helder José Lessa Zambelli

Enfª Eliete Bombarda Bachega Montone

Enfª Luciana Aparecida dos Santos

Enfª Marcia Raquel Panunto Dias Cunha

Enfª Maria Valéria de Omena Athayde

Enfª Simey de Lima Lopes Rodrigues

Supervisão

Profº Dr. Sebastião Araújo

Contatos

(19) 3521-8000/ (19) 99748-9187/ FAX (19) 3521-7259

captacao@hc.unicamp.br

* Referências:

Westphal GA, Caldeira Filho M, Vieira KD, *et al.* Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. 2011; 23(3): 255-268.

Westphal GA, Caldeira Filho M, Vieira KD, *et al.* Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos. 2011; 23(3): 269-282.

Cuidados Básicos	
<input type="checkbox"/>	Elevar a cabeceira entre 30° e 45°
<input type="checkbox"/>	Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas
<input type="checkbox"/>	Aspirar tubo orotraqueal somente se houver secreção
<input type="checkbox"/>	Manter pressão do balonete do TOT entre 20 e 30 cmH ₂ O
<input type="checkbox"/>	Cateterização arterial (PAI , ΔPP)
<input type="checkbox"/>	Cateterização venosa central (PVC, SvcO ₂)
<input type="checkbox"/>	Cateterização vesical (controle de diurese)
<input type="checkbox"/>	Instalar termômetro central
<input type="checkbox"/>	Suporte nutricional enteral ou parenteral.
<input type="checkbox"/>	Manter 15 a 30% das calorias calculadas a partir do gasto energético basal definido pela equação de Harris-Benedict:
HOMEM	MULHER
$66 + (13,7 \times \text{peso atual (kg)}) + (5,0 \times \text{estatura (cm)}) - (6,8 \times \text{idade (anos)})$	$655 + (9,6 \times \text{peso atual (kg)}) + (1,7 \times \text{estatura (cm)}) - (4,7 \times \text{idade (anos)})$
<u>INICIAR APÓS 1º TESTE CLÍNICO</u>	
<input type="checkbox"/>	Metilprednisolona 15 mg/kg EV a cada 24 horas
<input type="checkbox"/>	Levotiroxina 1 a 2 µg/ kg por via enteral a cada 24 horas
<input type="checkbox"/>	Glicemia capilar 6/6 h (manter entre 140 e 180 mg/dl, avisar se >180mg/dl)
Solicitar Exames	
De 6/6h:	
<input type="checkbox"/>	Hemoglobina, Plaquetas, Glicemia, TAP.
<input type="checkbox"/>	Gasometria arterial.
<input type="checkbox"/>	Eletrólitos: sódio, potássio.
De 24/24 horas:	
<input type="checkbox"/>	Uréia, creatinina.
<input type="checkbox"/>	CK, CKMB e troponina.
<input type="checkbox"/>	AST, ALT, fosfatase alcalina, bilirrubinas.
<input type="checkbox"/>	Amilase.
<input type="checkbox"/>	Cálcio, magnésio, fósforo.
<input type="checkbox"/>	Raio X tórax, ECG
Uma vez:	
<input type="checkbox"/>	Hemocultura 2 amostras, uri/urocultura.
Se sangramento:	
<input type="checkbox"/>	TAP, TTPa, fibrinogênio e plaquetas
Se disponível no serviço:	
<input type="checkbox"/>	Ultrassom abdominal e ecocardiograma.
*** Caso haja necessidade de Transfusão Sanguínea, coletar <u>2 Tubos Secos</u> antes do procedimento e reservar para posterior processamento de sorologias ***	

CONTROLE DE TEMPERATURA CENTRAL

- ❑ Infundir somente líquidos aquecidos a 43°C.
- ❑ Não usar filtro HME. Usar umidificador aquecido.

Prevenção da hipotermia	Tratamento da hipotermia ($T_{\text{Central}} < 35^{\circ}\text{C}$)
Aquecer o ar ambiente.	Todas as medidas para prevenção.
Infundir fluidos aquecidos a 43°C.	Irrigação gástrica e colônica com fluidos a 43°C.
Utilizar mantas térmicas.	Fluidos a 43°C em veia central (150-200ml/h).
Usar umidificador aquecido.	

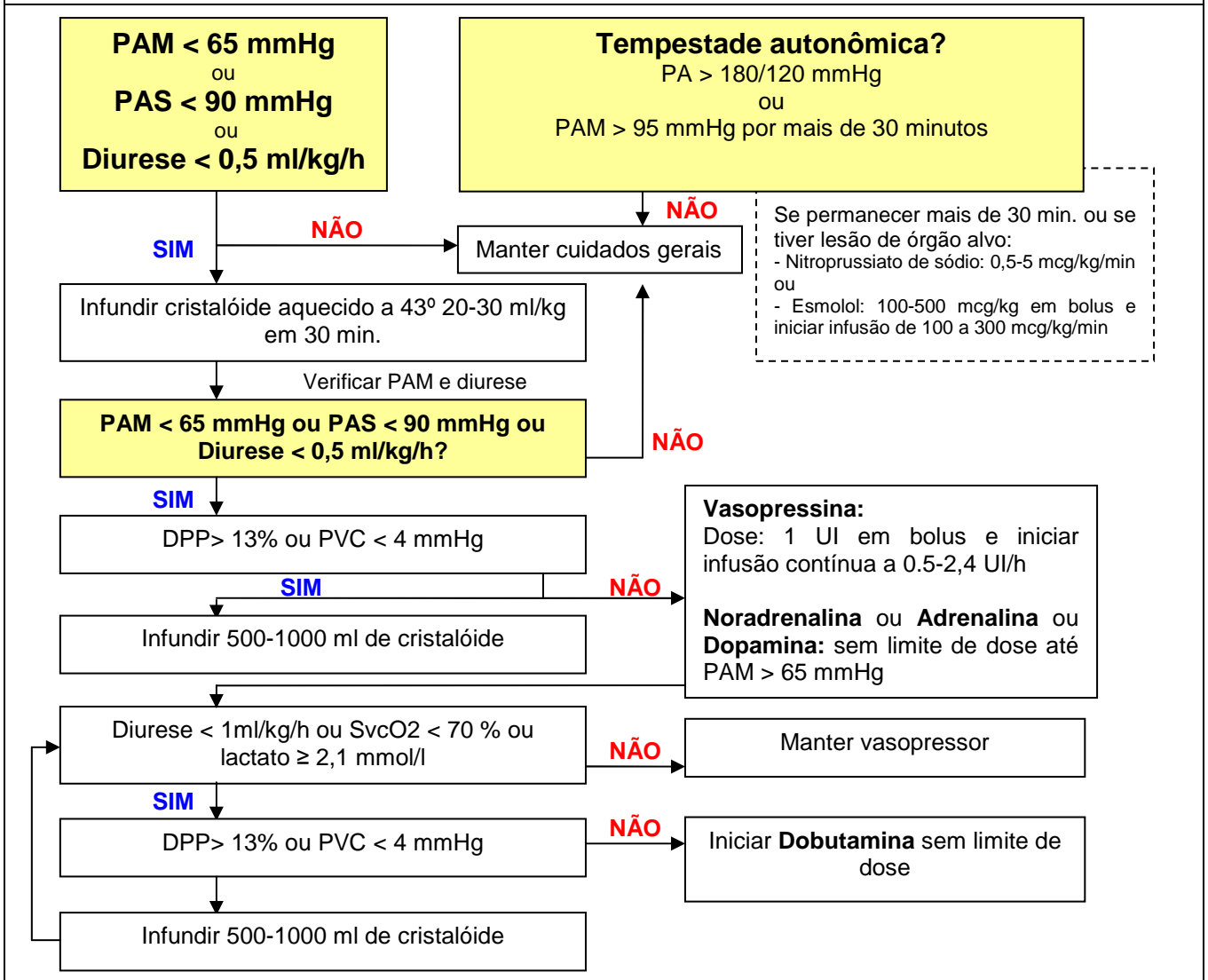
VENTILAÇÃO MECÂNICA

- ❑ Modo volume ou pressão controlada.
- ❑ Volume corrente (VC) 5 a 8 ml/kg de peso ideal.
- ❑ Ajustar FiO_2 para obter $\text{PaO}_2 \geq 60$ mmHg ou $\text{SaO}_2 > 90\%$.

Pulmão normal	LPA ou SDRA
PEEP 5 a 10 cmH_2O .	Titular PEEP conforme SaO_2 e quadro hemodinâmico.
Pplatô < 30 cmH_2O .	Pplatô < 30 cmH_2O .
	Manobras de recrutamento/ Prona/ NO inalável.

MANEJO HEMODINÂMICO

Objetivos: Manter PAM ≥ 65 e PAS ≥ 90 mmHg e Diurese $> 0,5$ ml/kg/h



BALANÇO HÍDRICO E DISTÚRBIOS ENDÓCRINO-METABÓLICOS

- Manter débito urinário entre 0,5 – 4 ml/kg/h.
- Manter o sódio sérico entre 130 e 150mEq/l.
- Manter níveis séricos normais de magnésio, fósforo, cálcio e potássio.
- Manter pH > 7,2.

Se diurese > 4 ml/kg/h:

DDAVP nasal: 10 a 20 mcg (1 a 2 borrifadas) de 1 a 2 vezes/dia.

DDAVP IV: 1-2 mcg em bolus 4/4h .

Vasopressina: em caso de hipotensão.

Se hipernatremia (>150 mEq/l):

SG 5% ou Salina 0,45% (+ DDAVP ou vasopressina se houver poliúria)

Se hipernatremia e hipovolemia:

Ringer lactato como expansor volêmico.

Se glicemia capilar > 180 mg/dl:

Infusão contínua de insulina + glicemia de h/h.

INFECÇÃO

- Repetir as culturas se houver suspeita clínica de infecção.
- Manter ou iniciar antibioticoterapia no doador falecido caso haja indicação clínica.
- Informar culturas às eq. transplantadoras para programação da antibioticoterapia no receptor.

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

Transfundir hemácias se:

Hb ≤ 7 g/dl ou

Hb < 10 g/dl e instabilidade hemodinâmica.

Transfundir plaquetas se:

Sangramento ativo significativo associado a plaquetopenia (<100.000/mm³).

Plaquetopenia (< 50.000/mm³) c/ alto risco de sangramento e/ou pré-procedimento invasivo.

Transfundir PFC se:

Alto risco de sangramento.

Pré-procedimento invasivo.

Sangramento ativo significativo.

Transfundir crioprecipitado se fibrinogênio < 100 mg/dl mesmo após infusão de PFC e:

Alto risco de sangramento.

Pré-procedimento invasivo.

Sangramento ativo significativo.

MANEJO DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Taquiarritmias

Tratar conforme orientações da American Heart Association.

Bradiarritmias

Atropina não é eficaz.

Adrenalina (2-10 µg/min) ou dopamina (5-10 µg/kg/min).

Se baixo débito ou hipotensão: marca-passo transcutâneo provisório seguido de marca-passo transvenoso

Parada cardio-respiratória

Tratar conforme orientações da AHA.

Iniciar RCP e o transporte ao c. cirúrgico para a remoção dos órgãos viáveis.

Considerar instalação de cateter duplo-balão p/ preservação renal, ou o início de circulação extracorpórea por via femoral, caso haja impossibilidade de remoção ao CC ou indisponibilidade de eq. remoção.

Administrar 500 UI/kg de heparina sódica nas fases iniciais da RCP, sempre que for considerada a retirada e/ou perfusão imediata dos órgãos.