

Protocolo Diagnóstico de MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLOGICOS



Proceso de Donación N°:	Fecha: / /	Hora: :
DATOS DEL DONANTE		
Apellido:	Nombre:	
Edad:	Sexo:	
DNI:	Establecimiento:	
Neurólogo:	MP:	

Evaluación del paciente

1.1) Causa del Coma:

1.2) Estudios Complementarios (neuroimágenes):

1.3) Medicación Depresora: (Droga, dosis diaria, cantidad total, fecha y hora de inicio y suspensión)

1.4) Otra Medicación de Importancia Neurológica: (relajantes musculares, anticonvulsivos, ATB ototóxicos):

1.5) Inicio de Apnea Definitiva: Fecha: Hora:

1.6) IA: / mm Hg 1.7) Temperatura: °C 1.8) PIC:

1.9) Diabetes Insípida: SI NO

1.10) Trastornos endocrino-metabólicos: SI NO

1.11) **Queda demostrado la existencia de un daño estructural e irreversible y de magnitud suficiente que justifique la muerte**: SI NO DUDOSO
Justificar conducta a seguir:

Examen Neurológico

2.1) Fondo de Ojo:

2.2) Reflejos de Tronco encefálico (+/-):

		Derecho	Izquierdo
Pupilas (tamaño y forma)			
Fotomotor			
Corneano			
Oculocefálicos			
Oculovestibulares			
Nauseoso		Deglutorio	
Mandibular		Frontal	
		Tusígeno	
		Cilioespinal	

2.3) Respuesta al Dolor: (describir detalladamente el tipo de estímulo empleado, el lugar de aplicación y la respuesta obtenida):

2.4) Tono muscular: Cuadriplejia Flácida: SI NO : Detallar:

2.5) Reflejos Osteo – Tendinosos. (+/-):

	Derecho	Izquierdo		Derecho	Izquierdo
Cúbito - Pronador			Tricipital		
Estilo Radial			Patelar		
Bicipital			Aquiliano		

2.6) Reflejos Superficiales:

	Derecho	Izquierdo
Plantar		
Cremasteriano		
Cutaneo - Abdominales		

2.7) Movimientos Atípicos o Posturas Anormales.

NO SI (Describirlos detalladamente ya sean espontáneos o provocados)

¿Pueden considerarse de origen espinal? : SI NO

Exámenes Complementarios

3.1) E.E.G.:

Fecha: _____ Hora: _____
 Actividad Eléctrica Cortical: Ausente Presente (detallar)

Si se indica repetir EEG:

Fecha: _____ Hora: _____
 Actividad Eléctrica Cortical: Ausente Presente (detallar)

3.2) Potenciales Evocados:

Fecha: _____ Hora: _____

PEAT:

PESS:

PEV:

3.3) Estudio de Flujo:

Fecha:

Hora:

Eco doppler Transcraneano

Angiografía digital

AngioTAC

Arteria	Flujo				
	Normal	Diástole reverberante	Espiga sistólica	Ausencia de flujo	Otro
Oftálmica Derecha					
Oftálmica Izquierda					
Cerebral Anterior Derecha					
Cerebral Anterior Izquierda					
Cerebral Media Derecha					
Cerebral Media Izquierda					
Basilar					
Vertebral Derecha					
Vertebral Izquierda					

3.4) Prueba de Oxigenación Apneica:

Fecha:

Hora:

PCO2 Inicial:

PCO2 Final:

Movimientos respiratorios durante el test: Ausentes

Presentes

No Operativa Detallar causa y conducta a seguir:

3.5) Otras:

Período de Observación

Luego de un periodo de observación de _____ horas se da por finalizado el mismo, al constatarse la persistencia de ausencia de actividad encefálica, acorde a lo estipulado por el Protocolo diagnóstico de muerte bajo criterio neurológico (Art. 23 - Ley 24.193), dándose por certificada la misma, a las . : _____ horas del día / / .

Observaciones:

Firma y Sello Neurólogo

Acta de certificación de muerte bajo criterios neurológicos.

(Art. 23 - Ley 24193).

Los que suscriben: _____ (Médico Neurólogo/Neurocirujano) y _____ (Médico), certifican la muerte por la cesación total e irreversible de las funciones encefálicas de:

Nombre:

Sexo:

Estado Civil:

Domicilio:

Hijo de:

Nacido en:

Ocurrida en:

Nacionalidad:

DNI:

y de:

el de de

La certificación de la muerte se realiza según el Art. 23 de la Ley 24.193 y acorde a lo reglamentado en el Anexo I de la Resolución nº 275/10 del Ministerio de Salud de la Nación, habiéndose verificado los signos clínicos y corroborado la inactividad encefálica luego de un periodo de observación de _____ horas y habiéndose constatado la misma de manera conjunta, firman el presente, en la ciudad de _____, a las _____ : _____ horas del día _____ de _____ de _____.

Médico Neurólogo / Neurocirujano

Médico Testigo