

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE ABLACION Y TRASPLANTE – I.N.A.T
FORM A9. CERTIFICADO MÉDICO DE MUERTE ENCEFÁLICA (LEY 6170/18)

Institución Responsable: _____
 Dirección _____ Tel. _____ Fax / E-mail _____

CERTIFICAMOS Y DECLARAMOS que _____
 C.I.Nº _____ edad _____ sexo _____ procedente de _____ internado/a en el _____
 presenta MUERTE ENCEFÁLICA, diagnóstica y establecida por los criterios aceptados de Muerte Encefálica y que han sido fehacientemente verificados y corroborados.
Fecha y hora de la declaración de muerte _____
Causa de Muerte Encefálica: _____

	1ra Evaluación	2da Evaluación
Fecha		
Hora		
Pre-Requisitos		
PA sistólica > 90 mmHg	PAS:	PAS:
SaO2 > 90% y eucapnia	SaO2: pH:	SaO2: pH:
Ausencia de hipotermia < 35º C.	Tº:	Tº:
Ausencia de trastornos endócrinos, electrolíticos, ácido base SEVEROS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ausencia de tóxicos, fármacos depresores del SNC, paralíticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Examen Clínico		
1. Coma profundo arreactivo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Reflejos de Tronco:		
Reflejo fotomotor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reflejo corneal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reflejo oculocefálico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reflejo oculovestibular (agua con hielo en ambos lados)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reflejo faríngeo (nauseoso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reflejo traqueal (tusígeno)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Respiración espontánea por encima de ARM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Prueba de Apnea (para detalles ver protocolo)		
PaCO2 de base		mmHg
PaO2 de base (se recomienda valor igual o superior a 200 mmHg)		mmHg
Hora desconexión del ventilador mecánico		
Duración de la prueba de apnea		min
SaO2 se mantuvo por encima de 90%	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
PaCO2 final (gasometría a los 8-10 minutos de desconexión de ARM)		mmHg
Se identificó esfuerzos respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Prueba de apnea compatible con muerte encefálica (PaCO2 final es superior a 60 mmHg o aumentó 20 mmHg por encima de la línea de base sin esfuerzo respiratorio observado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Método Auxiliar de Diagnóstico (solo en situaciones especiales)		
Firma y Sello de los Profesionales Responsables:		
	Neurólogo <input type="checkbox"/> Neurocirujano <input type="checkbox"/> Intensivista <input type="checkbox"/>	Médico a cargo del paciente