

Protocolo de Captação de Doadores de Tecidos Oculares para Transplante



018

ESTABELECIDO EM
10/03/2008

ÚLTIMA REVISÃO EM
18/06/2010

NOME DO TEMA //

Protocolo de Captação de Doadores de Tecidos Oculares para Transplante

RESPONSÁVEIS – UNIDADE //

Dra. Marcia Regina Issa Salomão Libânio – HJXXIII

COLABORADORES //

Dr. João Ângelo Miranda Siqueira

Dr. Joel Edmur Boteon

VALIDADORES //

Diretoria Técnica do Banco de Tecidos Oculares do Hospital João XXIII

Diretoria Técnica do Banco de Tecidos Oculares do Hospital João Penido

INTRODUÇÃO / RACIONAL //

Há no país, atualmente, mais de 23.000 pacientes aguardando por um transplante de córnea para a reabilitação visual. Desse total, 2500 se encontram no Estado de Minas Gerais. Muitos pacientes chegam a aguardar anos para a realização da cirurgia, e o principal entrave é o número insuficiente de doadores.

Todo paciente que vai a óbito constitui um potencial doador de tecidos oculares para transplante, não sendo necessário que o paciente esteja em morte encefálica. A notificação dos potenciais doadores é obrigatória por lei, devendo ser avisados à CNCDO e ao Banco de Olhos responsável pela área de abrangência.

A FHEMIG é uma das instituições com o maior potencial de captação de doadores de tecidos oculares em todo o país, sendo a única que conta com dois bancos de olhos credenciados pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

OBJETIVO //

Sistematizar o fluxo de notificação de potenciais doadores de tecidos oculares para transplante dentro da instituição, otimizando ao máximo a captação dos mesmos;

Aumentar o número de doações, reduzindo assim o número de pacientes na lista e o longo tempo de espera para a realização do transplante de córnea;

Captar, processar e avaliar os tecidos dentro das exigências técnicas e legais;

Obter excelência na qualidade dos tecidos oculares distribuídos para transplante e/ou implante;

Contribuir para a criação da cultura de doação de córneas dentro da instituição;

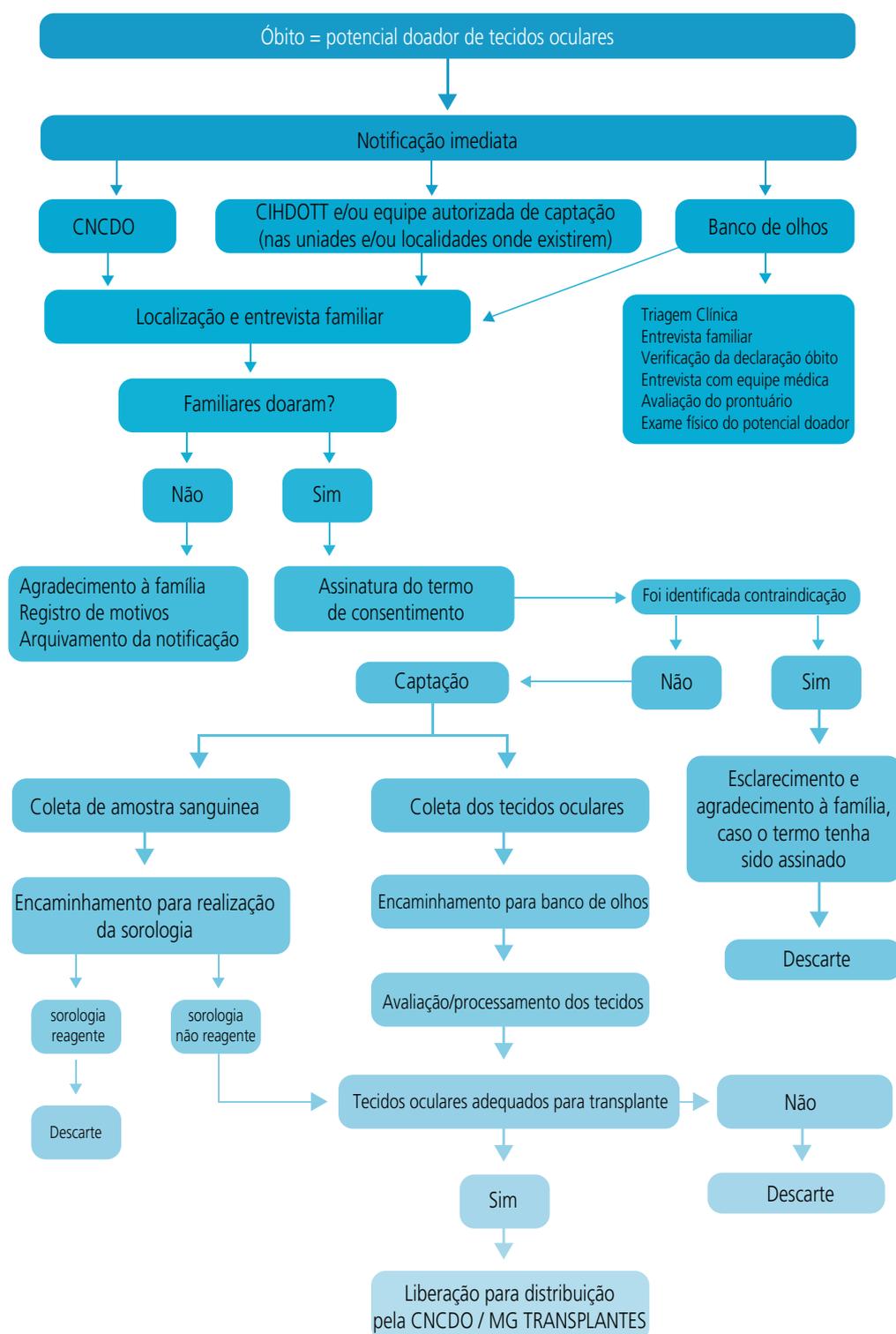
Ser reconhecido como serviço de referência a nível regional e nacional.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO //

1. Equipe médica constituída por médicos especialistas em Oftalmologia, com experiência comprovada em doenças externas oculares e córnea, e capacitada para os procedimentos de processamento, avaliação e classificação de tecidos oculares doados para transplantes;
2. Equipe de enfermagem capacitada para as atividades de triagem clínica do doador, entrevista familiar, captação dos tecidos oculares, coleta de amostra sanguínea para sorologia, transporte e armazenamento dos tecidos, registros e outras rotinas relacionadas ao banco de olhos;
3. Equipe administrativa capacitada para o recebimento de notificações, correto preenchimento e arquivamento dos registros dos procedimentos e documentos exigidos pela legislação;
4. Laboratório de processamento de tecidos oculares com sistema de climatização, contendo:
 - a. Lâmpada de fenda com magnificação de 40 x;
 - b. Suporte para avaliação de córneas;
 - c. Câmara de segurança biológica classe II tipo A;
 - d. Dois refrigeradores com temperatura de 2 a 8° C, com possibilidade de registro de temperatura, de uso exclusivo para armazenamento dos tecidos oculares doados, sendo um para tecidos liberados e outro para não liberados ;
 - e. Material cirúrgico para a retirada e processamento dos tecidos oculares;
 - f. Recipientes isotérmicos para o transporte dos tecidos oculares.
5. Área administrativa contendo:

APÊNDICE I

FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE CÓRNEAS



APÊNDICE II

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Especificação das Atividades Essenciais Autorizadas para cada Equipe (CNCDO, Banco de Olhos, CIHDOTT e Equipe autorizada)

CNCDO

Recebimento de notificações de potenciais doadores de tecidos oculares para transplante;

1. Obtenção do consentimento da família.
Deverá ser checado se os familiares presentes estão aptos, do ponto de vista legal, para a assinatura do termo de consentimento. Ex: menores de idade somente poderão doar com o consentimento de ambos os pais;
O termo de autorização para doação deverá ser devidamente assinado pelo(s) responsável(is) e por duas testemunhas.
2. Questionamento, junto à família, do conhecimento de possíveis contraindicações para a efetivação da doação, explicando que tanto a doação quanto a utilização para transplante dependerão da triagem clínica do potencial doador e da avaliação dos tecidos doados.
3. Esclarecimento à família sobre as seguintes questões (ver APÊNDICE V, Termo de Consentimento):
 - Excepcionalmente poderá ocorrer hematoma ou sangramento na região palpebral do doador, apesar de todos os cuidados e medidas adotadas para evitar ou atenuá-los;
 - A natureza dos testes de triagem a serem realizados não tem por objetivo diagnosticar doenças anteriores do falecido, havendo a possibilidade de ocorrerem resultados falso-positivos;
 - Não será dado conhecimento à família do doador do(s) nome(s)
 - A utilização para fins científicos somente será permitida depois de esgotadas as possibilidades de utilização para transplante, conforme definido por lei;
 - As informações desse termo são de total responsabilidade do declarante, inclusive o grau de parentesco com o doador;
 - A autorização é motivada apenas por razões humanitárias, não devendo ser gerada expectativa de receber nenhuma forma de compensação.

2. TRIAGEM CLÍNICA

Procedimentos necessários para uma triagem clínica adequada

1. Entrevista com os familiares do doador:
 - a. quando a entrevista não for realizada pela própria equipe do banco de olhos, as informações poderão ser cheçadas e/ou completadas nos casos em que houverem dúvidas e/ou informações incompletas;
2. Verificação da declaração de óbito;
3. Checagem de informações pertinentes com a equipe médica responsável pelo paciente;
4. Avaliação do prontuário do paciente (verificando a idade do doador e horário do óbito), incluindo exames laboratoriais;
5. Exame físico do potencial doador
6. Coleta da amostra sanguínea para sorologia;
7. Outras fontes disponíveis e/ou consideradas relevantes.

Havendo tempo disponível, as informações devem ser pesquisadas antes da enucleação (coleta dos globos oculares). Não havendo tempo disponível (com risco de extrapolar o prazo de seis horas após a parada cardiorrespiratória), a coleta da amostra sanguínea e enucleação deverão ser realizadas primeiro e as informações serão cheçadas posteriormente;

Todas as informações deverão ser registradas em formulários padronizados, segundo orientações do banco de olhos responsável pela área de abrangência;

Nos casos em que a entrevista familiar e triagem clínica não forem realizadas pelas equipes próprias dos bancos de olhos, deverá ser repassada uma cópia do termo de consentimento e do formulário padronizado contendo as informações sobre o doador;

Nos casos em que a coleta dos tecidos oculares e a amostra sanguínea não for realizada pela equipe própria do banco de tecidos oculares, também deverá ser enviado formulário com os dados sobre a coleta, acompanhando os tecidos e amostra sanguínea, devidamente acondicionados, segundo as orientações do banco responsável pela área de abrangência.

Testes sorológicos a serem realizados:

- Anti-HIV 1 e 2;
- HBsAg;
- Anti-HBc total;
- Anti-HCV.

APÊNDICE IV

CONTRAINDICAÇÕES PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:

Morte de causa desconhecida;
Hepatite viral aguda;
Sepse;
Raiva;
AIDS ou Infecção por HIV;
Doença de Creutzfeldt-Jakob;
Panencefalite sub-aguda esclerosante;
Rubéola congênita;
Linfomas ativos disseminados;
Leucemias;
Síndrome de Reye;
Encefalite viral aguda;
Encefalite de origem desconhecida;
Encefalopatia progressiva;
Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
Doença neurológica de diagnóstico indeterminado;
Endocardite bacteriana ou fúngica ativa;
Receptores do hormônio do crescimento derivado da pituitária humana (nos anos de 1963-1985);
Uso de drogas endovenosas para finalidades não terapêuticas.

- **Histórico ocular:**

Retinoblastoma;
Tumores malignos do segmento anterior ocular ou adenocarcinoma no olho;
Ceratocône ou ceratoglobo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS:

Nestes casos, as informações devem ser anotadas, a doação deve ser efetivada e as córneas e escleras serão avaliadas pela equipe do banco de olhos, ficando sua liberação a critério do responsável técnico pelo banco:

- História de inflamação no olho;
- História de cirurgia ocular e/ou aplicação de laser no olho;
- Hepatite viral crônica B ou C;
- Demência;

- História de transfusão de sangue;
- Infusão de coloides e/ou cristaloides nas últimas 72 horas antes da parada cardiorrespiratória;
- Comportamento de risco.

APÊNDICE V

MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DOAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES PARA FINS DE TRANSPLANTES

Pelo presente instrumento, eu, _____
 natural de _____ RG nº _____
 emitido por: _____
 CPF _____ residente e domiciliado à _____
 bairro _____ na cidade de _____
 Estado de _____ CEP _____ telefone _____
 na qualidade de _____ (cônjuge, ascendente ou descendente),
 responsável pelo paciente _____
 natural de _____
 data de nascimento ____/____/____ RG nº: _____
 CPF: _____ residente e domiciliado à _____

 filiação _____

autorizo, por minha inteira responsabilidade e por livre e espontânea vontade, o procedimento de retirada dos globos oculares e amostra sanguínea para realização de exames sorológicos, para fins de transplantes, objetivos terapêuticos e fins científicos, em conformidade com as disposições da Lei nº 9.434 de 04/02/1997, Lei nº 10.211 de 23/03/2001 e o Decreto nº 2.2.68 de 30/06/1997 e toda a legislação pertinente.

- Fica ressalvado que a utilização para fins científicos somente será permitida depois de esgotadas as possibilidades de utilização para transplante, conforme a Portaria GM nº 263 de 31/03/1999.
- Excepcionalmente poderá ocorrer hematoma ou sangramento na região palpebral do doador, apesar de todos os cuidados e medidas adotadas para evitar ou atenuá-los.
- A natureza dos testes de triagem a serem realizados não tem por objetivo diagnosticar doenças anteriores do falecido, havendo a possibilidade de ocorrerem resultados falso-positivos.
- Não será dado conhecimento à família do doador do(s) nome(s) do(s) receptor(es).
- As informações deste termo são de total responsabilidade do declarante, inclusive o grau de parentesco com o doador
- Ênfase que esta autorização é motivada apenas por razões humanitárias, sem expectativa de receber nenhuma forma de compensação.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável
 (cônjuge, ascendente ou descendente)

Assinatura e carimbo do responsável
 pela entrevista familiar

Testemunhas:

Nome: _____

Carteira de Identidade: _____ Fone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Carteira de Identidade: _____ Fone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Carteira de Identidade: _____ Fone: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

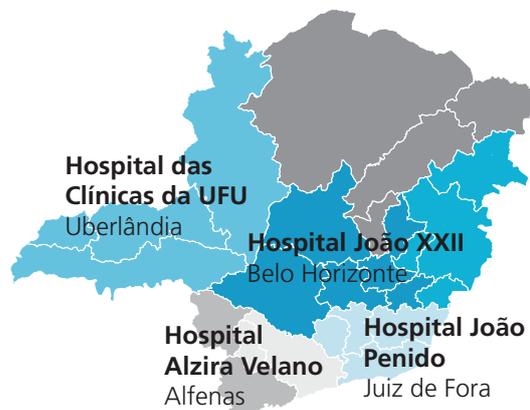
APÊNDICE VI

ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS REGIONAIS DA CNCDO / MG TRANSPLANTES, E DOS BANCOS DE TECIDOS OCULARES NO ESTADO DE MINAS GERAIS

REGIONAIS DA CNCDO / MG TRANSPLANTES



BANCOS DE OLHOS/MINAS GERAIS



APÊNDICE VIII

UNIDADES DA FHEMIG POR ÁREA DE ABRANGÊNCIA

(CNCDO REGIONAIS E BANCOS DE TECIDOS OCULARES NO ESTADO DE MINAS GERAIS)

REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

- Centro Mineiro de Toxicomania;
- Centro Psíquico de Adolescência e Infância;
- Hospital Infantil João Paulo II;
- Hospital Alberto Cavalcanti;
- Hospital Cristiano Machado;
- Hospital de Pronto Socorro Risoleta Tolentino Neves;
- Hospital Eduardo de Menezes;
- Hospital Galba Veloso;
- Hospital João XXIII;
- Hospital Júlia Kubitschek;
- Hospital Maria Amélia Lins;
- Instituto Raul Soares;
- Maternidade Odete Valadares;
- Casa de Saúde Santa Isabel; UAPU.

ZONA DA MATA

- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena;
- Hospital Regional de Barbacena;
- Hospital Regional João Penido;
- Casa de Saúde Padre Damião.

REGIÃO OESTE

- Hospital Regional Antônio Dias.

REGIÃO SUL

- Casa de Saúde Santa Fé;
- Casa de Saúde São Francisco de Assis.