

Guía de instrucciones y procedimientos para la ablación de globos oculares para trasplante



CUCAIBA

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

CRITERIOS DE SELECCIÓN Y ACEPTACIÓN DEL DONANTE

Restricciones en el tiempo:

Finalizado el diagnóstico de muerte, los tejidos deberán ser extraídos en el menor tiempo posible, para preservar así, la integridad celular y minimizar la contaminación bacteriana post-mortem. Se podrá demorar la ablación hasta seis (6) horas si no es enfriado el cuerpo, o hasta doce (12) horas si el cadáver es colocado entre + 2°C y +8°C dentro de la primera hora postmortem.

Deberán arbitrarse las medidas para no superar las veinticuatro (24) horas desde el momento de la ablación hasta su procesamiento en el banco de tejidos.

Edad:

- a) Límite inferior: dos (2) años cumplidos.
- b) Límite superior: setenta (70) años cumplidos.

Criterios absolutos de exclusión del donante:

1. Causa de muerte desconocida.
2. Muerte por enfermedad del Sistema Nervioso Central de etiología desconocida:
 - Enfermedades neurodegenerativas: Parkinson, Alzheimer, Esclerosis Lateral Amiotrófica.
 - Enfermedades Desmielinizantes: Esclerosis Múltiple.
 - Demencias de etiología desconocida.
 - Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (donantes con la enfermedad o que son hijos de padre/madre con la enfermedad).
 - Panencefalitis esclerosante subaguda
 - Rubéola congénita.
 - Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - Síndrome de Reye s.
 - Síndrome de Guillán Barré.

3. Encefalitis, Meningitis, Endocarditis, Septicemia de etiología viral, fúngica o parasitaria.

4. Encefalitis, Meningitis, Endocarditis, Septicemia de etiología bacteriana, en la que no se haya cumplido tratamiento antibiótico adecuado (sensibilidad, dosis e intervalo) por un período de al menos cuarenta y ocho (48) horas, y no se evidencie algún signo de control del proceso infeccioso.

5. Enfermedades virales agudas como causa o complicación de la enfermedad actual: Hepatitis, Rabia, Infección Retroviral (HIV y HTLV), Influenza, Coronavirus, etc.

6. Inmunodeficiencias:

6.1. Déficit inmunitario primario o secundario (Causa desconocida, hemorragias, asociadas a linfomas y leucemias).

- Ataxia telangiectasia
- Síndrome de Wiscott-Aldrich, etc.

6.2.- Procesos hematológicos malignos (por desregulación hematopoyética)

- Leucemias
- Aplasia Medular
- Hemoglobinuria Paroxística Nocturna
- Policitemia vera
- Mielofibrosis
- Trombocitemia esencial
- Linfomas: Enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, linfoma de Burkitt,
- Micosis fungoide, Mieloma múltiple, Microglobulinemia, Enfermedad de la cadena pesada.
- Linfosarcomas.
- Los fallecidos por neoplasias pueden ser donantes de tejidos oculares (ej. cáncer de hígado, mama, pulmón, colon etc.), salvo que sean neoplasias de la estirpe sanguínea (leucemias, linfomas, etc., enunciados en el punto h).

7. Tumores del sistema nervioso central (SNC) que afecten la estructura ósea, el contenido orbitario o de Grado III o IV de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

8. Tuberculosis activa (se aceptarán donantes con historia pasada de TBC con tratamiento completo sin evidencia clínica de reactivación).

9. Intoxicación (envenenamiento) con sustancias tóxicas (plaguicidas, fármacos, nafta, kerosene, alimentos con bacterias patógenas, micotoxinas, etc.), lo que produce alteraciones del sistema hematopoyético, leucopenias, trombocitopenias y alteraciones en la agregación plaquetaria (esto afecta la inmunidad del donante con la consecuente alteración de las pruebas serológicas y trastornos hemorrágicos).
10. Ingestión o exposición a una sustancia (ej. cianuro, plomo, mercurio, oro) que puede transmitirse a los receptores en una dosis que pueda poner en peligro su salud.
11. Personas pertenecientes a grupos de alto riesgo para HIV y Hepatitis B y C.
12. Personas que se han inyectado drogas no terapéuticas en los últimos seis (6) meses por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea.
13. Hemofílicos o personas que han recibido transfusión de concentrados de factores de coagulación en los últimos tres (3) meses.
14. Personas que han tenido sexo a cambio de dinero o drogas en los últimos seis (6) meses.
15. Personas que han tenido sexo en los últimos seis (6) meses con alguna persona incluida en los ítems anteriores, o con alguna persona sospechosa de tener infección por HIV, VHB o VHC.
16. Hijos de madres con HIV mayores de dieciocho (18) meses que hayan sido alimentados con leche materna en los últimos doce (12) meses.
17. Personas que hayan sido víctima de una violación en los últimos seis (6) meses.
18. Personas que tuvieron o han sido tratadas por enfermedad de transmisión sexual en los últimos seis (6) meses.
19. Personas que se hayan realizado tatuajes, body piercing o acupuntura en los últimos seis (6) meses.
20. Personas con antecedentes carcelarios y/o correccionales o que han sido detenidas por más de setenta y dos (72) horas, en los últimos seis (6) meses.
21. Donantes que no presenten estudios serológicos previos a infusión de coloides y otras infusiones de componentes hemáticos en las últimas 48hs y/o cristaloideas en la última hora, como tratamiento de hemorragias profusas. Realizar cálculo de hemodilución.
22. Donantes que recibieron hormonas derivadas del crecimiento de pituitaria humana (pit-hGH) entre los años 1963 a 1985, debido al riesgo potencial de transmitir la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob.

23. Síndrome febril prolongado (mayor a diez (10) días) de causa desconocida.

24. Diarrea persistente de causa desconocida.

25. Pérdida de peso de causa desconocida.

26. Donantes con serología reactiva para:

- a) H.I.V. I y II
- b) H.T.L.V. I Y II
- c) Hepatitis B:
 - El HBs Ag (antígeno de superficie) reactivo excluye el donante.
 - El Anticuerpo Anticore (anti-HBc) reactivo con Anti HBs Ag negativo excluye el donante.
- d) Hepatitis C.
- e) Sífilis: Prueba no treponémica reactiva, confirmada con treponémica reactiva.
- f) Chagas: dos (2) pruebas reactivas y una (1) de ellas deberá ser IFI o ELISA.
- g) Covid: de acuerdo con Resolución INCUCAI N° 360/2021 o aquellas que la modifiquen o sustituyan.
- h) En caso de donantes de tejidos oculares, no será necesario realizar las serologías IgG ni IgM para brucelosis, toxoplasmosis ni citomegalovirus.

Cuando se efectúen las mismas, no se considerarán sus resultados para la distribución de tejidos oculares.

27. Enfermedades intrínsecas al ojo: conjuntivitis, uveítis, queratitis, escleritis.

28. Tumores malignos del segmento anterior o posterior del ojo, por ejemplo, melanoma, retinoblastoma o adenocarcinoma.

29. Infección activa por Herpes Simple y Zoster Oftálmico.

30. Intoxicación con Monóxido de Carbono (incendios, suicidios): No pueden ser tomados como donantes, ya que se altera la muestra de sangre. El monóxido de carbono compite por el oxígeno con las proteínas.

31. Situaciones de deterioro del tejido ocular:

- a) Electrocutados.
- b) Irradiación del tejido ocular.
- c) Intoxicación con Monóxido de Carbono.
- d) Síndrome Progeria (envejecimiento prematuro).

32.- Vacunación a microorganismos vivos atenuados (virales: Influenza inhalada atenuada, virus Varicela Zoster, Rotavirus, Sarampión, Paperas, Rubeola, Sabin, Cólera oral, Fiebre Amarilla, Viruela. Bacterianas: BCG y Salmonella Typhi oral) donde existe riesgo de transmisión, dentro de las cuatro (4) semanas (ocho (8) semanas para vacunación de Viruela).

33. Síndromes Hemorrágicos (en general requieren transfusión de concentrados de factores de coagulación y además no se puede garantizar la reparación estética oculopalpebral del cadáver): Hemofilia, Síndrome de Marfán, Coagulopatías.

34. Trombopenias y trombocitopatías (Púrpura Trombótica Trombocitopénica).

35. Púrpura Trombopénica idiopática, Lupus Eritematoso Sistémico.

36. Trombocitopenia Congénita, Hemoglobinuria Paroxística Nocturna, Sme. Urémico Hemolítico, etc.

37. Obesidad mórbida: no se puede garantizar la reparación estética oculopalpebral del cadáver.

Criterios relativos de exclusión del donante

(no transmiten enfermedad de un donante a un receptor, pero pueden afectar la integridad del tejido):

1. Pacientes deshidratados y/o desnutridos (se verificará a simple vista en la inspección del cuerpo del donante si el globo ocular examinado desde su lateral mantiene su morfología convexa. Es decir, que la córnea no debe estar aplana-da ni cóncava).

2. Internación mayor a cuatro (4) semanas en caso de que el paciente no pueda pestañear (ej. coma)

La experiencia adquirida evidencia que los globos oculares ablacionados a donantes referidos en los puntos 5.1 y 5.2 presentaron una evaluación general regular o mala. Cabe mencionar que el tejido corneal está constituido en un 80 % por agua y que presenta un metabolismo activo cuya fuente de energía es el oxígeno atmosférico, y el oxígeno y glucosa provenientes del humor acuoso, necesarios para mantener la transparencia corneal.

Criterios Oftalmológicos absolutos de exclusión para Queratoplastia Penetrante y Lamelar Anterior

(afectan la integridad del tejido):

- Receptores de injerto de córnea, esclera, amnios o limbo.
- Cirugía refractiva (miopía, hipermetropía y astigmatismo, anillos intraestromales).
- Nubécula o leucoma corneal central.
- Pterigion mayor a 2 mm
- Arco Senil mayor a 1 mm. en 360°
- Malformaciones, degeneraciones, distrofias, ectasias o vascularización corneal.
- Córnea clara menor 7.5 mm

Criterios Oftalmológicos absolutos de exclusión para Queratoplastia Endotelial (afectan la integridad del tejido):

- Recuento endotelial menor a 2000 cél/mm²
- Pliegues gruesos en Descemet.
- Desprendimiento o desgarros endoteliales.
- Snail- tracks.
- Degeneraciones y distrofias endoteliales (Fuchs, deg. Edematosa).
- Endotelio sano menor 7.5 mm

Criterios de exclusión para injerto escleral (puede transmitir enfermedad de un donante a un receptor):

- Neoplasias

Normativa relacionada:

RESOLUCIÓN INCUCAI DE APROBACIÓN ANEXO:

[res_incucai_140.22.pdf](#) (argentina.gob.ar)

ANEXO ÚNICO NORMAS Y PROCEDIMIENTOS CONCERNIENTES A LAS ACTIVIDADES DE BANCOS DE TEJIDOS OCULARES:

[res_incucai_140.22_anexo.pdf](#) (argentina.gob.ar)

Pruebas Serológicas

Obtención de las muestras de sangre

Es recomendable obtener las muestras de sangre lo más pronto posible, siempre antes de las 6 horas post mortem, ya que la hemólisis y los productos de degradación tisular pueden ser causantes de falsos positivos en las pruebas serológicas.

Las muestras de sangre se deben recoger antes de la extracción del globo ocular o tejido corneal. Las pruebas serológicas deben realizarse sobre el suero o el plasma del donante, no deberán realizarse en otros fluidos o secreciones (humor acuoso o vítreo)

Las pruebas serológicas exigidas son:

- VIH 1 y 2 (en caso de resultado positivo la donación está contraindicada)
- Hepatitis B Antígeno de superficie (HbsAg) Contraindicación

Nota: El resultado positivo de AcCore de la Hepatitis B exige la realización de pruebas complementarias.

- Hepatitis C (donación contraindicada)
- Treponema Pallidum (pruebas para detectar Ac, específico para T, P) Contraindicación.
- HTLV I y II (en donantes que viven o proceden de zonas de alta incidencia, sus compañeros sexuales o sus hijos) Contraindicación
- CHAGAS

Prueba serológica	Resultados	Distribución
HIV I y II	Positivo	No
HTLV I y II	Positivo	No
VDRL	Positivo	No
HCV	Positivo	No
Hbs.Ag	Positivo	No
Anticore	Positivo	Realizar Anti Hbs.Ag
Anti Hbs.Ag	Positivo	Si
Anti Hbs.Ag	Negativo	No
CMV Ig M	Positivo	No
CMV Ig G	Positivo	Si
Hudlesson	Positivo Títulos menores a 1/100	Si
Hudlesson	Positivo Títulos mayores a 1/100	No

Es necesario contar con 10 ml (min. 5 ml) de sangre en tubo preferentemente de vidrio y fraccionado en 2 tubos para mayor seguridad.

El método empleado para obtener sangre del cadáver es la punción intra cardíaca.

Se pueden usar las vías subclavia, femoral y vale la toma desde cualquier vaso accesible.

Para realizar la punción intracardiaca se debe palpar el ángulo de Louis del esternón.

Inmediatamente por debajo, está el 2do espacio intercostal, palpar el 3ro y el 4to., y a esta altura, a dos centímetros del reborde intercostal punzar con aguja raquídea 18 G. Ir retirando y aspirando hasta que la sangre comience a entrar en la jeringa.

No olvidar rotular los tubos.

Los tubos deben ser secos, sin aditamento alguno, y deben ser enviados lo antes posible al laboratorio para su procesamiento.

Donación y obtención de tejido ocular

Consentimiento informado

Previamente a la extracción de tejido se obtendrá el consentimiento informado para la donación, que deberá estar debidamente firmado por los familiares del donante potencial.

El documento del consentimiento informado para la donación se deberá incluir en la historia clínica del donante, por lo que debe ser enviado a la Guardia Operativa del Servicio Provincial de Procuración.

En los casos de fallecimientos sometidos a investigación judicial se contará con la autorización de la autoridad legal competente, previa a la extracción. El/la ablacionista debe estar en contacto permanente con la Guardia Operativa del Servicio Provincial de Procuración a los fines de conocer todos los detalles referentes a la autorización judicial.

Documentación relacionada:

- [Protocolo de coordinador donante 1 \(gba.gov.ar\)](http://gba.gov.ar)
- [OP5 1 \(gba.gov.ar\)](http://gba.gov.ar)
- [OP 7 para casos con intervención judicial 1 \(gba.gov.ar\)](http://gba.gov.ar)

Certificación de la muerte

Tanto en los casos de donación de tejidos como en los donantes multiorgánicos el certificado de defunción debe haber sido emitido y firmado por un facultativo ajeno al equipo de ablación. Este certificado luego será incorporado a la historia

clínica del donante por parte de la Guardia Operativa del SPPOyT.

Identificación del donante

Antes de la extracción se deben tomar las debidas precauciones para asegurar la correcta identificación del donante. Luego se debe verificar en SINTYRA el nº de proceso de donación (PD) para poder completar la documentación y etiquetas necesarias.

Revisión de la Historia Clínica

Es importante establecer las condiciones sociales y médicas del donante previas a su muerte para poder determinar la seguridad y probable eficacia del tejido.

Se debe prestar especial atención a los siguientes datos y anotar en el OP5:

- causa de muerte y factores asociados
- historia médica pasada y reciente
- Fecha y hora de la muerte encefálica y/o hora de paro cardiaco.
- Datos del paciente

Datos importantes a tener en cuenta:

Para la donación de ojos el factor más importante es el período de tiempo en que ha estado isquémica la córnea. Así es que el tiempo que hay que anotar es el tiempo en que la sangre ha dejado de circular irreversiblemente (en el caso de un donante multiorgánico el tiempo de clampeo o “cron_clamp”).

Para asegurar la exclusión por septicemia en el donante en el momento de la muerte se deben hacer análisis de laboratorio recientes.

Se deben analizar e interpretar los resultados de cultivos sanguíneos, las curvas de temperatura de los últimos días y los recuentos de la serie blanca.

Hablar con el médico que lo trató y tener una idea de sus impresiones clínicas, anotar la cantidad y fecha de transfusiones.

Para menores de 12 años se debe obtener una muestra pretransfusional para saber si el niño/a ha recibido alguna transfusión sanguínea durante el último ingreso.

Los siguientes productos sanguíneos son equivalentes a 1 unidad de sangre completa: 1 bolsa de células rojas, 1 unidad de plasma congelado fresco, 500 ml

de albúmina al 5 %, 5 unidades de plaquetas, 10 unidades de crioprecipitado.

La hemodilución puede tener efecto en la validez de la serología tras la transfusión. Como norma general se debe tener una muestra pre transfusión para evaluar si un donante adulto ha recibido 4 o más unidades de sangre completa (o equivalente) dentro de las 48 horas precedentes a la parada de la función circulatoria. (Anexo 1 para cálculo de hemodilución).

Modelo de cálculo de hemodilución

Fecha y hora de extracción de sangre:

 / / :

Peso:

 Kg

VP

Volumen plasmático

Peso del donante / 0,025 =

 ml

VS

Volumen sanguíneo

Peso del donante / 0,015 =

 ml

A

Volumen de sangre transfundida

en las 48 horas previas a la muestra de sangre

 ml

B

Volumen total de coloides transfundidos

en las 48 horas previas

 ml

C

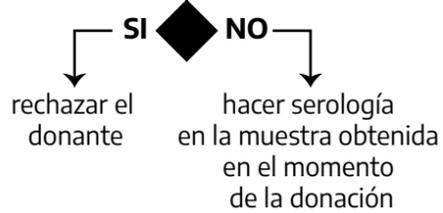
Volumen de cristaloides transfundidos

1 hora antes de la muestra de sangre

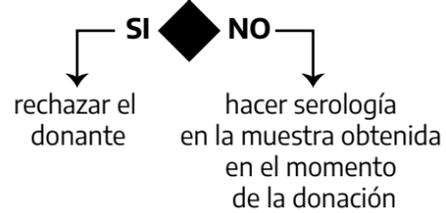
 ml

Determinación de la posible hemodilución

B + C mayor que VP



A + B mayor que VS



Preparación sugerida del donante

Antes de la muerte

Si el donante se encuentra en estado de coma o en mantenimiento con respiración asistida (muerte cerebral), es necesario aplicar un lubricante o gotas de solución salina balanceada para mantener la integridad de la córnea. En este estado hay poca o nula producción de lágrimas.

Debe asegurarse que los párpados permanezcan cerrados para prevenir la desecación del epitelio antes de la enucleación.

Después de la muerte

- Elevar la cabeza del donante si se considera necesario (los ojos inyectados u ojos rojos a menudo son una señal de que el donante sangrara durante la enucleación, esto se puede reducir por elevación).
- Deberá continuarse con la irrigación con solución fisiológica y mantener los párpados cerrados.
- Pueden ponerse gasas humedecidas en solución fisiológica o bolsas de hielo sobre los párpados cerrados, cuidando que los mismos no queden entrecerrados y contacte entonces la gasa con el epitelio corneal.

Previo a la preparación

- Revisar datos médicos del donante
- Establecer el consentimiento
- Completar todos los requisitos legales
- Identificar adecuadamente al donante, concordando el consentimiento con el nombre del fallecido
- Asegurarse que el material no haya caducado y los paquetes estériles se encuentren intactos
- Desenvolver una bata quirúrgica y usar la envoltura como base estéril para el área de trabajo
- Colocarse la bata, máscara quirúrgica, gorro y guantes

Obtención de tejido

Inspección del cadáver

Inspección general

- Debe inspeccionarse todo el cuerpo tratando de detectar lesiones (venopunturas en abuso de drogas, infecciones locales, quemaduras, escaras, tatuajes, etc.) color (ictericia) etc.
- Debe tenerse la precaución de identificar el cuerpo. Debe recabarse información acerca de la causa primaria de muerte y verificar antecedentes en la historia clínica, si existe, o realizar un interrogatorio a familiares y / o profesionales cercanos al donante.

Inspección local

- Antes de realizar la ablación debe realizarse una evaluación microscópica de los globos oculares.
- Ha de observarse claridad de las córneas, la presencia de defectos epiteliales o cuerpos extraños, color de la esclera, la presencia de Pterigion que comprometa gran parte de la córnea, etc.

Lavado y aclarado

- Abrir los párpados cuidadosamente (primero el derecho) e irrigar vigorosamente con solución salina balanceada estéril retirando todos los restos, moco y material extraño del saco corneal y conjuntival. Repetir en el ojo izquierdo.
- La irrigación en este momento puede prevenir el daño a la córnea, durante la preparación de la piel, en caso de que haya restos extraños bajo los párpados. La irrigación reducirá también la contaminación microbiana.
- Realizar un campo quirúrgico lavando la piel de los párpados, cejas, y pómulos con un antiséptico incoloro (si se utilizan sustancias yodadas recordar lavarlas para que el cadáver quede estéticamente normal). Usar torundas anchas empezando centralmente y trabajando hacia fuera, cubriendo las cejas, el puente de la nariz y las áreas temporales de los párpados.
- Ninguna de las sustancias debe entrar en contacto con los ojos ya que puede lesionar las córneas.

- Prestar especial atención a las pestañas. No repetir el trazo sobre la misma área.
- Repetir ojo izquierdo.
- Repetir la preparación de la piel con povidona yodada en cada ojo. Los párpados pueden encubrir contaminantes.
- Cambio de guantes.
- Colocar un campo estéril alrededor de los ojos y preparar la mesa con campo estéril para el instrumental. En caso de enucleación, colocar dos recipientes estériles con
- las tapas aflojadas en el borde del área de trabajo.
- El ablacionista debe estar vestido con ropa estéril (camisolín, botas, gorro barbijo).
- Deben prever la posibilidad de cambio de guantes según las circunstancias de la ablación. No siempre se cuenta con ayuda por lo que deben cambiarse los guantes si se los ha contaminado.
- El donante está ahora preparado para la enucleación o escisión

Procedimiento sugerido para la enucleación

Preparar dos recipientes estériles colocando una gasa de algodón de 10 x 10 en la tapa y luego usar unas pinzas mosquito para colocar 2 gasas de algodón de 5 x 5 como protector acolchado en cada container.

Colocar paño estéril sobre el donante y aislar el O.D.

Colocar el blefarostato para mantener los párpados separados. Mientras se inserta el espéculo hay que tener cuidado de no levantar la superficie epitelial.

Usando una pinza de conjuntiva o de dientes pequeños y una tijera de conjuntiva se realiza una peritomía tan próxima del limbo como sea posible en los 360 grados alrededor de la córnea cuidadosamente ya que una gran tracción puede causar pliegues y sufrimientos de la córnea, por lo que se aconseja se realice con la menor tensión posible.

Donantes con órbitas pequeñas como en los niños o muy ancianos usar blefarostato más pequeño y retirarlo antes de la extracción.

Es necesario disecar la conjuntiva y la cápsula de Tenon con tijera en los cuatro cuadrantes para facilitar el acceso a los músculos oculares.

Aislar con el gancho de estrabismo sucesivamente los cuatro músculos rectos y

seccionarlos cerca de su inserción.

En caso de no cortar el recto lateral tomarlo con una pinza mosquito cerca de su inserción y utilizarlo como manija para guiar el globo, localizar oblicuo mayor y menor y separarlos como a los otros músculos si no se habían cortado ya con los músculos rectos.

Si se va a utilizar una cuchara de enucleación, insértela dentro de la órbita por el lado medial mientras se aplica una suave presión con el mango hacia arriba, y la tijera de nervio óptico debe ingresar semiabierto por el lado lateral. Corte el nervio óptico aplicando una suave presión hacia arriba y dejando un remanente de 3 a 6 mm. unido al globo con cuchara.

Importante: debe tenerse cuidado de no tocar la córnea con ningún instrumento y mantenerse la forma del globo ocular sin alterar la presión intraocular.

Una vez que el nervio óptico ha sido seccionado, levante cuidadosamente el globo de la órbita, cortando los tejidos residuales con la tijera de enucleación. Hay que ser cuidadoso para no cortar ninguna pestaña en este momento.



Traslade cuidadosamente el globo a un recipiente estéril de boca ancha con la córnea hacia arriba y gasas envolviendo al globo. Una vez recogidos ambos globos oculares en contenedores esterilizados, la parte estéril del procedimiento se ha terminado y se puede irrigar. Irrigue con solución salina balanceada

sobre la córnea de modo que la gasa quede húmeda pero **nunca** el ojo sumergido en el líquido.

Coloque esta CAMARA HUMEDA para su traslado al Banco de Tejidos Oculares en una caja de tergopol con hielo (no utilizar hielo seco) y adherir el frasco con cinta a las paredes del recipiente. Rotular con etiqueta para frasco de urocultivo.

Ojo Derecho	Ojo izquierdo
<i>fecha y hora ablación:</i>	<i>fecha y hora ablación:</i>
PD Nro: <input type="text"/>	PD Nro: <input type="text"/>
<i>Institución que genera</i>	<i>Institución que genera</i>
<i>Edad</i>	<i>Edad</i>

Importante: independientemente del diseño (que puede variar) la etiqueta identificatoria de los frascos de urocultivo debe estar completa en todos sus campos: indicar ojo derecho u ojo izquierdo, N° PD (proceso de donación), fecha y hora de ablación, institución generadora y edad del donante.

Reconstrucción temporaria

Debe restituirse la apariencia del cadáver.

Introduzca bolitas de algodón o gasas húmedas en la cavidad orbitaria. Retire el blefarostato de los párpados y ciérrelos. Ayúdese con hisopos, coloque el párpado superior sobre el inferior y únalos con pegamento instantáneo.

Si quedan restos de sangre o de sustancias con yodo, lave con jabón o use algodón con alcohol.

Mantenga la cabeza levantada para evitar el edema o cambios de coloración de la piel durante el procedimiento o el transporte.

Deje el área en la condición en que la encontró cuando comenzó.

Complicaciones post enucleación

El sangrado post enucleación es una complicación común. Ocurre en donantes que recibieron tratamiento anticoagulante o que tienen alta presión intravascular al momento de la muerte

Las maniobras hemostáticas por compresión en el fondo de la órbita fuerzan a la sangre a infiltrar los tejidos vecinos, dando como resultado un cambio de coloración en la piel y edema.

Cauterización química o ligadura de vasos han sido utilizadas con éxito para detener el sangrado. Si no dispone de estos medios, deje que la sangre fluya hasta que la presión disminuya.

Cuidado del donante después de la extracción

Cuando se ha completado la extracción, se debe preparar el cuerpo del donante hasta lograr su configuración anatómica inicial, para ser devuelto a sus familiares o dejar bajo custodia del patólogo u otra autoridad competente.

0 800 222 0101

www.cucaiba.gba.gov.ar



CUCAIBA

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**