

ANEXO A

INFRAESTRUCTURA FISICA MINIMA REQUERIDA PARA LOS CENTROS HOSPITALARIOS AUTORIZADOS PARA REALIZAR ABLACION, CONSERVACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS, CELULAS Y TEJIDOS

- a) Deben disponer de ambientes de naturaleza quirúrgica en el marco de la máxima asepsia, separados de otras áreas que por razones técnicas se exijan.
- b) Dos quirófanos como mínimo, completamente equipados, debiendo contar cada uno con máquina de anestesia, monitor cardiaco, oxímetro de pulso, capnógrafo, sistema de monitorización permanente de presión arterial media y presión venosa central y cuyo funcionamiento sea simultáneo.
- c) Unidad de cuidados intensivos.
- d) Unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- e) Laboratorio clínico y banco de sangre debidamente acreditados.

LOS BANCOS DE ORGANOS, CELULAS Y TEJIDOS DEBERAN DISPONER DE:

- a) Planta física adecuada separada de otras áreas que se requieran por razones técnicas.
- b) Instrumental quirúrgico necesario para la obtención de órganos y tejidos, así como material necesario para la conservación y transporte de los órganos y tejidos.
- c) Quirófano equipado para realizar la ablación de órganos y tejidos de cadáveres con muerte cerebral.
- d) Equipo y material de conservación para los órganos y tejidos ablacionados.
- e) Registro computarizado y clasificado de los órganos y tejidos obtenidos, así como de su distribución a los diferentes centros de trasplante.

ANEXO B

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO PARA MUERTE CEREBRAL

- a) Paciente en estado de coma de etiología conocida.

b) AUSENCIA DE MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTANEOS incluyendo movimientos de descerebración, decorticación y escalofríos, en ausencia de drogas relajantes musculares. Los reflejos espinales provocados por estímulos nociceptivos pueden estar presentes.

c) AUSENCIA DE REFLEJOS DEL TRONCO CEREBRAL

Falta de reflejos pupilar, corneal, faríngeo, laríngeo, traqueal y óculo-vestibular y falta de respuesta farmacológica en la frecuencia cardiaca a la atropina.

d) AUSENCIA DE RESPIRACION ESPONTANEA demostrada al no producirse ningún movimiento respiratorio por más de siete minutos. La prueba debe hacerse ventilando previamente al paciente con volúmenes normales y una fracción inspirada de oxígeno al 100%, durante 15 minutos; al cabo de este tiempo se administra oxígeno al 100% a razón de seis litros por minuto a través de un tubo en T conectado al tubo endotraqueal; si en el transcurso de la prueba surgieran arritmias o hipotensión arterial como resultado de la hipoxia se considerará prueba positiva y potencialmente recuperable al paciente, dando por terminada la prueba sin esperar que haya movimientos respiratorios espontáneos.

Si se dispone de gasometría arterial la presión parcial de anhídrido carbónico al final de la prueba debe ser superior a 50 mm de Hg y en pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica la presión parcial de oxígeno deberá ser inferior a 40 mm de Hg.

e) ELECTROENCEFALOGRAMA, es optativo, siendo obligado únicamente en casos de no disponer de gasometría arterial o cuando alguna de las anteriores pruebas no se han podido realizar.

II. Cuando los exámenes clínicos o ECG sean dudosos, se deberá documentar la muerte cerebral, sea por:

a. Cese en la circulación cerebral mediante angiografía o tomografía cerebral, o doppler transcraneal, o estudio radioisotópico o resonancia magnética.

b. Cese de actividad eléctrica cerebral mediante el uso de potenciales evocados.

III. Para que los criterios previamente mencionados tengan validez es necesario que el paciente no esté sometido a estados artificiales de hipotermia (temperatura inferior a 32,2 grados centígrados) ni esté bajo efectos de drogas o tóxicos del sistema nervioso central o con trastornos metabólicos reversibles.

IV. Cuando ni exista certeza en el diagnóstico de muerte cerebral, se realizarán dos series de observaciones sucesivas con un intervalo de treinta minutos entre una y otra.

- V. En niños de 2 a 12 meses de edad y en casos de lesiones anóxicas difusas del cerebro como consecuencia de paro cardiorespiratorio, el intervalo entre una observación y otra deberá ser de 24 horas.

- VI. En niños menores de 2 meses el intervalo deberá ser de 48 horas y en pacientes que hubiesen recibido drogas depresoras del sistema nervioso central, de 72 horas como mínimo.

