

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
					CÓDIGO: RCC-13-INS-04
	Versión: 04				PÁGINA: 1 de 6
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐	OBSOLETO ☐		

LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1
CREDITACIÓN/REACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO
 (Lo que se verificará en la visita de inspección)

1. SERVICIOS PARA LA EVALUACIÓN PRE TRASPLANTE Y SEGUIMIENTO POS TRASPLANTE					
1) CONSULTA EXTERNA					
Cómo servicio organizado*				SI	NO
Es un servicio centralizado*					
Garantiza áreas físicas separadas para la atención de los pacientes					
Consulta de especialidades médicas*					
Gastroenterología/ Hepatología					
Garantiza áreas físicas separadas para la atención de los pacientes					
Consulta de especialidades quirúrgicas*					
Cirugía General					
Garantiza áreas físicas separadas para la atención de los pacientes					
Realiza: (garantizando el trato preferencial)**	Diario	Periódico	SI	NO	
Endoscopia					
Colonoscopia					
Espirometría					
Electrocardiograma					
Ecocardiograma con dobutamina					
2) HOSPITALIZACION					
Características de la habitación (para el paciente en pos trasplante)*				SI	NO
Individual					
Posibilidad de aislamiento					
Con baño exclusivo					
Sistema de presión positiva					
Extractor de aire					
Insumos descartables de contacto					
Personal a cargo del paciente trasplantado en hospitalización **					
Horario	≤ 8h	8-12h	12-24h	SI	NO
Médico especialista					
Médico posgradista					
Médico general					
Enfermería					
Auxiliar de enfermería					
Dispone de*					
Coche de paro					
Carro de curaciones					

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO		FECHA: 03-07-2018	
			CÓDIGO: RCC-13-INS-04	
	Versión: 04		PÁGINA: 2 de 6	
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐		

Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento**					
Horario	≤ 8h	8-12h	12-24h	SI	NO
Imagenología					
Banco de sangre					
Laboratorio					
Farmacia					

3) IMAGENOLOGÍA					
Cuenta con*				SI	NO
Es un servicio centralizado					
Realiza**	≤ 8h	8-12h	12-24h	SI	NO
Radiología					
Ecografía con disponibilidad inmediata					
Ecodoppler o cámara gamma					
Tomografía computarizada					
Angiografía					

4) SERVICIO DE PSIQUIATRIA / PSICOLOGÍA PARA TRASPLANTES		
Cuenta con*		SI NO
Es un servicio centralizado		
El profesional encargado para el programa de trasplante hepático es: (excluyente)*		
Psiquiatra		
Psicólogo		
Trabajadora Social		
Realiza*		
Evaluación pre trasplante		
Seguimiento post trasplante		

5) ANATOMIA PATOLOGICA		
*		SI NO
Es un servicio centralizado		
Realiza**		
Biopsias		
Biopsias por congelación		
Citologías		
Cuenta con**		
Disponibilidad permanente de diagnóstico especializado en patología hepática		

2. SERVICIOS PARA EL TRASPLANTE	
1) EMERGENCIA	

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
					CÓDIGO: RCC-13-INS-04
	Versión: 04				PÁGINA: 3 de 6
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐	OBSOLETO ☐		

Cómo servicio organizado*				SI	NO
Es un servicio centralizado					
Cuenta con atención de*		Constante	Llamada	SI	NO
Médico Especialista de Emergencias					
Posgradista (opcional)					
Médico General (opcional)					
Cuenta con*					
Cuarto crítico					
Respirador (es)					
Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento**					
Horario	≤8 h	8-12h	12-24h	SI	NO
Laboratorio					
Imagenología					
Banco de sangre					

2) LABORATORIO

Cuenta con*	SI	NO
Es un servicio centralizado		
Realiza**	SI	NO
Dosificación de inmunosupresores		
Dosificación de antibióticos		
Función hepática		
Proteína C reactiva		
Proteína S		
Antitrombina III		
Factor V de Leiden		
Serología**		
Virus de la inmunodeficiencia humana tipo I y II (VIH-I/II)		
Virus linfotrópico de células T humano Tipo I y II (HTLV-I/II)		
Citomegalovirus (CMV IgG/IgM/carga viral)		
Toxoplasma IgM IgG		
VDRL		
Virus Epstein -Barr (EBV Agudo, Ebna IgG, Vca IgG, carga viral)		
Chagas		
Herpes I y II (carga viral)		
Hepatitis B: VHB - antígeno de superficie (HBsAg)(a)		
VHB - antígeno core (HBcAc IgM/IgG)(b)		
VHB - anticuerpo de superficie (HBsAc)		
Hepatitis C (Hbc)		
Rubeola		
Screening drogas		

3) BLOQUE QUIRURGICO

	SI	NO
Es un servicio centralizado		

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO		FECHA: 03-07-2018
			CÓDIGO: RCC-13-INS-04
	Versión: 04		PÁGINA: 4 de 6
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐	

Garantiza la atención prioritaria para el uso del quirófano en cirugías de ablación y trasplante					
Espacio físico*					
Quirófanos especializados					
Dos quirófanos de acceso contiguo: uno de ablación y otro para cirugía de trasplante					
Acceso con facilidad a unidad de terapia intensiva					
Equipamiento: cuenta con**					
Intensificador de imágenes					
Analizador de gases y electrolitos					
Cobertor o colchon térmico					
Respirador portátil					
Material de sutura y hemostáticos					
Mesa para cirugía de banco con 3 taburetes					
Picadora de hielo					
Nevera portátil para conservación de órganos 90 cm x 50 cm					
Líquido de preservación*					
Stock suficiente					
Condiciones ideales de mantenimiento					
Instrumental quirúrgico: cuenta con**					
Set básico para cirugía de banco					
Set básico para cirugía de ablación					
Set de instrumental para implante hepático					
4) CUIDADOS INTENSIVOS O AREA DE CUIDADO EN EL POSTRASPLANTE INMEDIATO					
				SI	NO
Acceso facilitado a centro quirúrgico					
Acceso facilitado a hospitalización					
Cuenta con áreas para atención intensiva*					
Area de Aislamiento para el paciente trasplantado					
Horario*	≤ 8h	8-12h	12-24h	SI	NO
Médico especialista					
Médico posgradista					
Posee**					
Equipo básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato)					
Protocolo de manejo de cuidados postrasplante a la mano					
Toma para máquina de diálisis y máquina de diálisis					
Protocolo de manejo de paciente pos trasplantado hepático de fácil acceso					
Equipo mínimo para manejo de vía aérea (laringoscopia con hojas para adultos y niños, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, equipo de intubación)					
5) INSUMOS Y MEDICACIÓN					
Cuentan con suficiente cantidad para sustentar el inicio o continuación del programa de*				SI	NO
Medicación inmunosupresora					
Insumos para preservación de órganos (custodiol)					
Cuentan con un correcto almacenamiento de*				SI	NO

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO		FECHA: 03-07-2018	
			CÓDIGO: RCC-13-INS-04	
	Versión: 04		PÁGINA: 5 de 6	
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐		

La medicación que será utilizada durante el trasplante y en el postrasplante inmediato						
Insumo para preservación de los órganos						
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS						
1) CONTROL EPIDEMIOLOGICO						
A cargo de*				SI	NO	
Médico epidemiólogo						
Enfermera						
Realiza accionde de control de**			PROGRAMADA	OCASIONAL	SI	NO
Eliminación de desechos						
Control de infecciones en áreas críticas						
Cultivo de ambiente						
Notifica enfermedades de reporte obligatorio						
2) MANTENIMIENTO						
Señale (excluyentes)*:				SI	NO	
Cuentan con departamento propio de mantenimiento						
Servicio tercerizado						
El personal que realiza está a cargo de (excluyentes)*:						
Profesional						
Técnico						
Otro						
Realiza mantenimiento (verificar plan por equipos)*						
Correctivo						
Preventivo						
3) DERECHOS DEL PACIENTE						
SEÑALE*				SI	NO	
Se respeta el derecho del paciente a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele tenga el carácter confidencial						
Se cuenta con un espacio que facilite la privacidad destinado para la comunicación con los pacientes						
Se respeta el derecho del paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del establecimiento de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacidad y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.						
Cuenta el establecimiento con documento de consentimiento informado que describa*						
a. Objetivos de la intervención						

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
					CÓDIGO: RCC-13-INS-04
	Versión: 04				PÁGINA: 6 de 6
	PUBLICADO ☒ EN ANALISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐				

b. Características de la intervención		
c. Recuperación		
d. Nombres y firma del paciente		
e. Del profesional responsable		
f. Fecha de obtención del consentimiento.		

La institución presta atención respetuosa ante los valores, durante la realización de procedimientos, exploraciones y tratamientos*		
a. Ante los valores de los pacientes		
b. Ante las creencias		
c. Ante su intimidad		
Se respeta el derecho del paciente a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.		
Los pacientes en espera de trasplante y las personas trasplantadas en condiciones de emergencia, urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.		
Existe información disponible en carteleras, pantallas de promoción de la donación y trasplante		

4) CUIDADO AL PACIENTE		
El establecimiento dispone de procedimientos que definen el proceso para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y con el paciente correcto, que incluye*		
a. Identificación del área quirúrgica		
b. Verificación correcta de los documentos del paciente		
c. Funcionamiento correcto de los equipos		
Se identifica correctamente al paciente (utilizando identificadores) sin incluir el número de habitación		
El establecimiento dispone de normas y procedimientos para la higiene de manos, publicadas en las áreas relacionadas con el trasplante de órganos y tejidos		
La institución implementa medidas y procedimientos para*		
a. Reducir el riesgo de daño al paciente, producido por caídas		
b. Los protege contra agresiones físicas por parte de visitas, otros pacientes y del personal		