
 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
	Versión: 04				CÓDIGO: RCC-13-INS-03
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 1 de 6
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 5
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					
Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento**					

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
	Versión: 04				CÓDIGO: RCC-13-INS-03
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 2 de 6
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Cómo servicio organizado*	SI	NO
Es un servicio centralizado		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO	FECHA: 03-07-2018
	Versión: 04	CÓDIGO: RCC-13-INS-03
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 3 de 6


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			
Garantiza la atención prioritaria para el uso del quirófano en cirugías de ablación y trasplante			
Espacio físico*			

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
	Versión: 04				CÓDIGO: RCC-13-INS-03
	PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 4 de 6
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


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

	SI	NO
Cuentan con suficiente cantidad para sustentar el inicio o continuación del programa de*		
Medicación inmunosupresora		
Insumos para preservación de órganos (custodiol)		
Cuentan con un correcto almacenamiento de*		
La medicación que será utilizada durante el trasplante y en el postrasplante inmediato		
Insumo para preservación de los órganos		

 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
	Versión: 04	CÓDIGO: RCC-13-INS-03
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 5 de 6

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

1) CONTROL EPIDEMIOLÓGICO


A cargo de*			SI	NO
Médico epidemiólogo				
Enfermera				
Realiza acciones 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		
b. Características de la intervención		
c. Recuperación		
d. Nombres y firma del paciente		
e. Del profesional responsable		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	INSTRUMENTO GUÍA PARA LA VISITA DE INSPECCIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
					CÓDIGO: RCC-13-INS-03
	Versión: 04				PÁGINA: 6 de 6
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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		