

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO</b>	<b>FECHA:</b> 07-07-2020
	<b>Versión: 02</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-376
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 1 de 5

## REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDÍACO ADULTO Y PEDIATRICO

### FORMULARIO 002.CAR

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	
Nombre/Razón Social:	
Ciudad:	Provincia:
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Nombre de la Máxima Autoridad:	
N° Permiso de funcionamiento:	
Categoría: Red Pública Integral de Salud:	Red Privada Complementaria:
Acreditación:	Re acreditación:

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
<b>IMPORTANTE:</b> En el caso de re acreditación, es necesario enviar únicamente la documentación que haya perdido vigencia, así como DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.

	SI	NO
Formulario 001. "Solicitud de acreditación"		
Formulario 002.CAR "Requerimientos para acreditación y re acreditación en el programa de trasplante cardiaco adulto y pediátrico"		
Análisis estadístico de la actividad trasplantológica realizada durante los dos últimos años de acreditación; cumplimiento de al menos el 70% del plan de identificación de donantes (en el caso de contar con la acreditación en programa de donación) y realización de trasplantes; en este último se deberá explicitar: análisis de sobrevida; incidencia de rechazo; complicaciones post trasplante regularidad en la disponibilidad de medicamentos. (en caso de RE ACREDITACIÓN)		

EN CASO DE RE ACREDITACIÓN				
Nº Trasplantes en los 2 últimos años	% Sobrevida del injerto	% Sobrevida del paciente	% Complicaciones	Nº. de profesionales que culminan su entrenamiento y se acreditan como cirujanos de apoyo

2.1. LISTA DE CHEQUEO DE LOS REQUISITOS DOCUMENTALES INSTITUCIONALES NECESARIOS		
SE ANEXA	SI	NO
1. Permiso de funcionamiento del establecimiento de salud vigente.		
2. Copia del acto jurídico de creación de la entidad solicitante o copia simple de la escritura de constitución en caso de tratarse de una compañía.		
3. Copia del Registro Único de Contribuyentes		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b></p>	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO</b>	<b>FECHA:</b> 07-07-2020
	<b>Versión: 02</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-376
	<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/> <b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/> <b>OBSOLETO</b> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 2 de 5

4. Copia del nombramiento del representante legal o máxima autoridad del establecimiento de salud.		
5. Esquema organizacional del o los equipos de donación y trasplante que formarán parte del programa según las etapas y/o actividades para las que soliciten su acreditación, que incluya los nombres de los responsables en cada perfil; de conformidad al siguiente detalle: i. Equipo de procuración ii. Equipo quirúrgico de trasplantes iii. Equipo clínico de trasplantes El esquema general con la conformación de los equipos, que debe contener los nombres de los profesionales		
6. Documento que certifique que su establecimiento de salud tiene un sistema de gestión de calidad.		
7. Perfil epidemiológico de morbi- mortalidad del establecimiento de salud, relacionado con las patologías cardíacas y susceptibles de indicación de trasplante cardíaco.		
8. Carta motivada para la creación del programa de donación y trasplante cardíaco suscrito por la máxima autoridad del establecimiento de salud.		
9. Proyección anual de trasplantes cardíacos a realizarse en el periodo de acreditación o re acreditación.		
10. Proyección anual de donantes a ser identificados por el establecimiento de salud.		
11. Planificación anual de vacaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante, que garanticen el funcionamiento permanente del programa durante el primer año de acreditación. Para los años subsiguientes deberán enviar la información mediante comunicación formal al INDOT.		
12. Planificación anual de capacitaciones para los miembros del equipo, que garanticen el funcionamiento permanente del programa y la formación de nuevos profesionales en trasplante cardíaco, para los dos años de acreditación.		
13. Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con: i. Un equipo de soporte circulatorio mecánico de corto plazo que incluya balón de contrapulsación o ECMO (oxigenación por membrana extracorporea) además del profesional que demuestre su experticia en el manejo del mismo ii. Un servicio de Infectología con un profesional en este campo con experiencia en control y seguimiento de pacientes inmunosuprimidos iii. Un servicio de patología que cuente con al menos un profesional que certifique experiencia en el reporte de patologías cardíacas, con capacidad para la detección de rechazo humoral iv. Un servicio de anestesiología con un equipo de profesionales con experiencia en cirugías cardíacas de alta complejidad. v. Un servicio de Imagenología que cuente con profesionales con mención o formación en imagen cardíaca (ecocardiografía, resonancia magnética, medicina nuclear, angiotomografía). ecografía, eco-doppler y tomografía. vi. Un servicio de psiquiatría y psicología con un equipo de profesionales con experiencia en evaluación de pacientes con proyección a someterse en cirugías de alta complejidad. vii. Un servicio de enfermería con profesionales experimentados en atención directa a pacientes con patologías cardíacas. viii. Un servicio de asistencia social con profesionales experimentados en atención directa a pacientes con patologías cardíacas alta complejidad y evaluación de condiciones social adecuadas para garantizar buena condición social en pacientes Con proyección a someterse en cirugías de alta complejidad..		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b></p>	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO</b>		<b>FECHA:</b> 07-07-2020
			<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-376
	<b>Versión: 02</b>		<b>PÁGINA:</b> 3 de 5
<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Garantizar mediante un certificado, las condiciones para la movilización y logística del equipo quirúrgico de ablación, en el caso de aceptar una oferta cardíaca de una ciudad distinta a la que se encuentra el establecimiento de salud.		
15. Listado de los exámenes serológicos para evaluación del donante, en base de la normativa vigente. En caso de no contar con el servicio centralizado, el mecanismo implementado para su realización.		
16. Protocolos o procedimientos, que incluya los siguientes temas; los establecimientos de salud deberán presentar los protocolos clínicos y quirúrgicos según la fase en que se solicitan la acreditación: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Etapa de donación <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Procuración <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificación, evaluación y mantenimiento del donante cadavérico</li> </ul> </li> <li>2. Ablación <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cirugía de ablación cardíaca</li> <li>b. Embalaje del órgano (en caso de que este sea movilizad a otro establecimiento de salud)</li> <li>c. Restauración del cadáver</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>ii. Etapa de trasplante <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Selección y evaluación pre trasplante: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Procedimiento de recepción del paciente que viene transferido o derivado de otro establecimiento de salud y que tiene una patología susceptible de trasplante.</li> <li>b. Selección y evaluación del receptor para inclusión en la lista de espera única nacional</li> </ul> </li> <li>2. Procedimiento de trasplante <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Admisión y evaluación pre operatoria</li> <li>b. Anestesia para trasplante cardíaca</li> <li>c. Cirugía de implante cardíaco</li> </ul> </li> <li>3. Fase de seguimiento pos trasplante <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Manejo post operatorio en cuidados intensivos</li> <li>b. Manejo de complicaciones pos trasplante</li> <li>c. Manejo post operatorio cuidados intermedios</li> <li>d. Inmunosupresión</li> <li>e. Control, manejo y seguimiento pos trasplante en consulta externa</li> <li>f. Protocolo de seguimiento químico farmacéutico (en caso de pacientes trasplantados).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>		
17. Listado de los equipos e instrumental quirúrgico a ser usados para la actividad trasplantológica.		
18. Listado de insumos y materiales a ser utilizados para la actividad trasplantológica que incluya la disponibilidad y el cálculo de necesidades anuales.		
19. Listado de medicamentos a ser utilizados en la actividad trasplantológica, según protocolos, que incluya la disponibilidad; el cálculo de necesidades anuales y la planificación de compras.		
20. Planificación anual de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos a ser usados en la actividad trasplantológica.		

## 2.2. LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTE

Nombre:
N° de Registro SENESCYT
Especialidad:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:



 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO</b>		FECHA: 07-07-2020
			CÓDIGO: RG-INDOT-376
	Versión: 02		PÁGINA: 5 de 5
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


**2.6. LISTA DE CHEQUEO DE LOS SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**

	SI	NO
<b>SERVICIOS PARA LA EVALUACIÓN PRE TRASPLANTE Y SEGUIMIENTO POS TRASPLANTE.</b>		
1. Consulta externa		
2. Hospitalización		
3. Imagenología		
4. Anatomía Patológica		
<b>SERVICIOS PARA DONACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE</b>		
1. Emergencia		
2. Laboratorio		
3. Bloque quirúrgico y Anestesiología		
4. Cuidados Intensivos o área de cuidado postrasplante inmediato		
5. Insumos y medicación		
6. Banco de sangre		
<b>OTROS SERVICIOS:</b>		
1. Control Epidemiológico		
2. Mantenimiento		
3. Derechos del paciente y cuidado del paciente		

En....., a ..... de .....del .....

<b>Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de Salud</b>
<b>Nombre, firma y sello de Máxima Autoridad del Establecimiento de Salud</b>