



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 24 de Febrero del 2012.

VISTOS :

El Informe N° 008-2012-UO-OEPE-INCN, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 109-2011- INCN /OGC de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

CONSIDERANDO:

Que, el literal m), del Art. 8° de la Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud y el Inc. h) del Art. 10 del Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por la Resolución Ministerial N° 787-2006-MINSA faculta al Director General lograr la mejora continua de procesos organizacionales en el Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas enfocando en los objetivos de los usuarios y conduciendo las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo del modelo organizacional.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA; se aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"; y con Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud;

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud";

Que, a través del documento de vistos, la Oficina de Gestión de la Calidad hace entrega de la Directiva Sanitaria N° 001-INCN/OGC-V.01 "Directiva Sanitaria para el Registro de Notificación y Análisis de Eventos Adversos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas";

Que, la Directiva Sanitaria N° 001-INCN/OGC-V.01 "Directiva Sanitaria para el Registro de Notificación y Análisis de Eventos Adversos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas", tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención del paciente, capaz de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Ciencias Neurológica;

Que, las disposiciones legales establecen que la máxima autoridad Administrativa de la entidad, aprueba mediante resolución, directivas, normas, reglamentos, planes, procedimientos para el mejor desarrollo y logro de sus fines y objetivos; y que, los Arts. 10° y 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto, aprobado por Resolución Ministerial N° 787-2006-MINSA, establecen la visión, misión y objetivos estratégicos, y faculta al Director General, normar y establecer procedimientos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 701-2004/MINSA, se delega facultades y atribuciones a los titulares de los Institutos Especializados; y que, es atribución y responsabilidad del Director General expedir resoluciones de los asuntos de su competencia; y,

Con la opinión favorable del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y,

Con el Visto Bueno de Asesoría Jurídica;



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 001-INCN/OGC-V.01 "Directiva Sanitaria para el Registro de Notificación y Análisis de Eventos Adversos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas", constituido por X Capítulos que forma parte de la presente resolución.

Artículo Segundo.- Poner a conocimiento de las diferentes Direcciones, Departamentos, Jefaturas y Personal del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrese y comuníquese



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas


Dra. YRMA S. QUISPE ZAPANA
Directora General (e)

YQZ/JCM/RPZ/CBV/kcv.





PERÚ

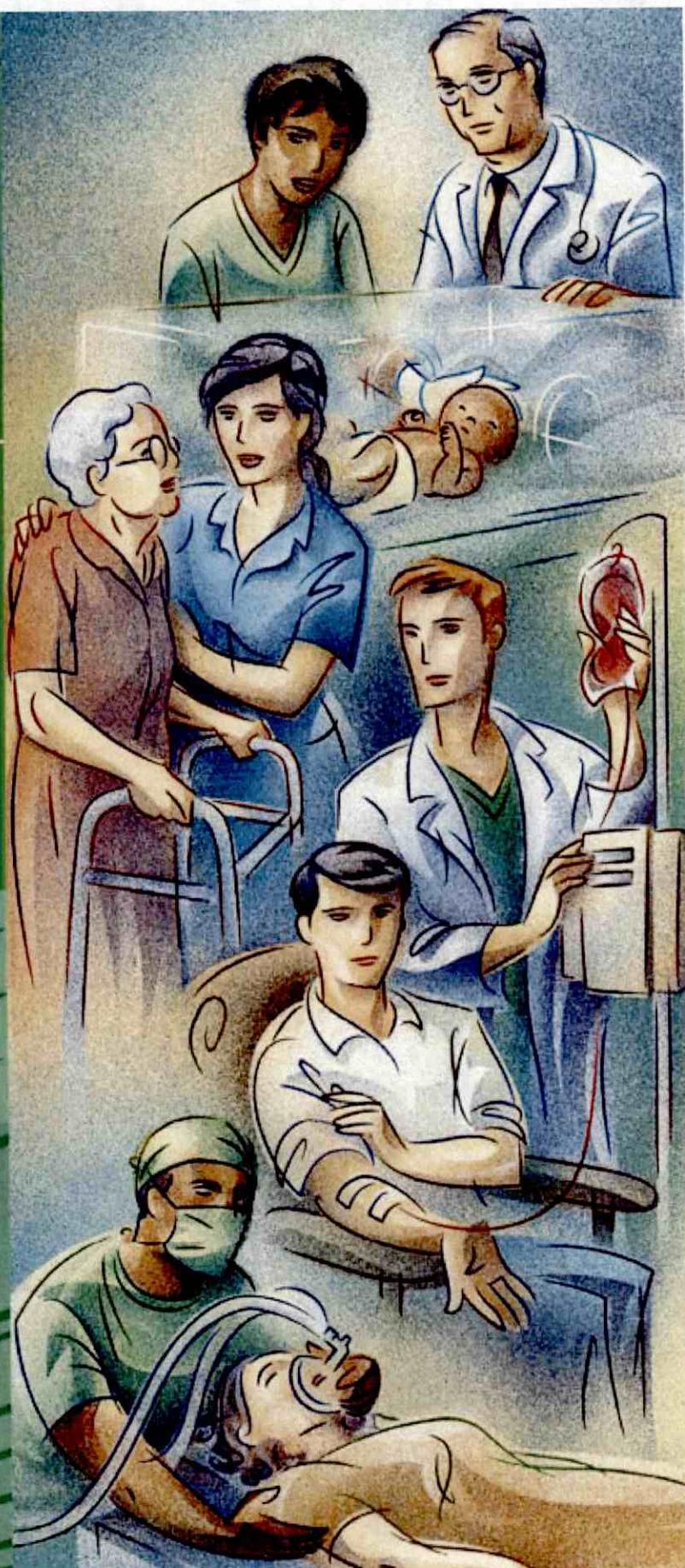
Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS NEUROLÓGICAS



OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

DIRECTIVA DE NOTIFICACIONES Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS



Jr. Ancash 1271
Barrios Altos, Lima 1 – Perú
Dirección General – Teléfono 328-1473
Fax 328-7382 Central telefónica 411-7700
www.icn.minsa.gob.pe

 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 2
Versión : 1.0	DIRECTIVA SANITARIA N° 001-INCN/OGC-V.01 REGISTRO DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS		

DIRECTORIO

Dra. Irma Quispe Zapana
Directora General

Dr. Luis Crovetto Romero
Director Ejecutivo de Administración

Lic. María del Rosario Palacios Zevallos
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Jesús Carbajal Moya
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico



ELABORADO:	REVISADO	APROBADO	VIGENCIA:
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	OEPE	D.G.	

 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 3
Versión : 1.0	DIRECTIVA SANITARIA N° 001-INCN/OGC-V.01 REGISTRO DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS		

INDICE

- I. **FINALIDAD**
- II. **OBJETIVOS**
- III. **AMBITO DE APLICACION**
- IV. **BASE LEGAL**
- V. **DEFINICIONES Y SIGLAS**
- VI. **DISPOSICIONES GENERALES**
- VII. **DISPOSICIONES ESPECIFICAS**
- VIII. **RESPONSABILIDADES**
- IX. **DISPOSICIONES FINALES**
- X. **REGISTROS / ANEXOS**



ELABORADO:	REVISADO	APROBADO	VIGENCIA:
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	OEPE	D.G.	

 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 4
Versión : 1.0	DIRECTIVA SANITARIA N° 001-INCN/OGC-V.01 REGISTRO DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS		

DIRECTIVA SANITARIA N° 001-INCN/OGC-V.01
DIRECTIVA SANIATARIA PARA EL REGISTRO DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS
ADVERSOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

II. OBJETIVOS

2.1. General

Promover una cultura de la seguridad del paciente, capaz de reconocer errores, aprender de ellos y sobre todo mejorar los procesos de atención.

2.1. Específicos

- Disponer de un instrumento para la identificación, registro y notificación de eventos adversos.
- Promover la participación de los usuarios internos en el análisis de los eventos adversos y la implementación de proyectos de mejora continua de la calidad.
- Diseñar e implementar procesos de atención segura.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de cumplimiento obligatorio de todo el personal que labora en el Instituto nacional de Ciencias Neurológicas, Áreas Funcionales de Hospitalización, Consulta Externa, Oficina de Epidemiología, Oficina de Gestión de la Calidad.

IV. BASE LEGAL

- I.1 Constitución Política del Perú
- I.2 Ley N° 26842 Ley General de Salud – Art. 3°
- I.3 DL - 27657-Ley del Ministerio de Salud, Título I Artículo 4° Inciso a sobre Vigilancia de las funciones esenciales de la Salud Pública.
- I.4 DL 27815 Ley del Código de Ética de la función Pública
- I.5 DL 27927 Ley de Transparencia y acceso a la información
- I.6 RM N° 474-2005/MINSA, Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud.
- I.7 RM N° 519-2006-SA/DM Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- I.8 RM N° 143-2006-MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente
- I.9 RD N° 012-2011-DG-INCN Plan Para la Seguridad del Paciente del Instituto nacional de Ciencias Neurológicas.

ELABORADO:	REVISADO	APROBADO	VIGENCIA:
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	OEPE	D.G.	



 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 5
Versión : 1.0	DIRECTIVA SANITARIA N° 001-INCN/OGC-V.01 REGISTRO DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS		

V. DEFINICIONES Y SIGLAS

Análisis de Causa Raíz: Metodología que permite el análisis de los procesos de una atención en el cual se ha identificado un evento adverso, determinando las posibles fallas o errores de la atención con la finalidad de corregirlos, evitando así su repetición.

Evento adverso: es una lesión, complicación, incidente o resultado inesperado e indeseado en la salud.

Se puede clasificar el evento adverso de acuerdo al tipo de impacto que ocasiona.

Leve: evento adverso que se auto limita

Moderado: evento adverso que resulta en la necesidad de tratamiento o intervención y causa daño temporal al paciente.

Severo: evento adverso que resulta en daño permanente o muerte del paciente.

Evento Centinela: hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave.

Incidente: hecho que estuvo a punto de ocurrir. Acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, o fue detenida evitando la aparición de potenciales efectos.

Proyectos de mejora continua de la calidad: metodología aplicada a revisar y rediseñar procesos de atención, minimizando las posibles fallas o errores de la atención del paciente, orientado hacia una atención de calidad.

Seguridad del paciente: reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente.

Unidad productora de servicios: Unidad básica de recursos humanos, físicos y tecnológicos organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios.

SIGLAS

DG : Director General

EVA : Eventos Adversos

INCN: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

FOR : Formulario

OGC : Oficina de Gestión de la Calidad

CMCC: Comité de Mejora Continua de la Calidad

OE : Oficina de Epidemiología



ELABORADO: OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	REVISADO OEPE	APROBADO D.G.	VIGENCIA:
--	------------------	------------------	-----------

 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 6
Versión : 1.0	DIRECTIVA SANITARIA N° 001-INCN/OGC-V.01 REGISTRO DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS		

VI. DISPOSICIONES GENERALES

Del Registro y Flujo de Información

1. Al identificar el Evento Adverso el personal de salud (Lic. Enfermería) del INCN lo registra y notifica en el FOR-OGC, dicho formulario está a disposición del departamento de enfermería y facilitado por la OGC.
2. La enfermera Jefe de servicio recibe el FOR y comunica a un responsable de la OGC quien recoge el FOR.
3. El personal de la OGC ingresa la información a la base de datos diseñada especialmente, evalúa la información con el comité de seguridad del paciente y define el impacto.
4. La OGC y el Comité de Seguridad del Paciente comunica a los jefes de servicio los eventos adversos leves o moderados para la solución y el análisis con el personal, utilizando herramientas de Análisis Causa Raíz y rediseñar procesos a fin de mejorar la calidad de atención de los pacientes y disminuir la ocurrencia del evento.
5. Según corresponda se realizarán proyectos de Mejora Continua de la Calidad, los que serán elevados a la Dirección General para su conocimiento y aprobación.
6. Los eventos adversos severos serán reportados mensualmente por el jefe del servicio a la OGC en el FOR.
7. Si se considera un evento centinela o severo será analizado por los responsables designados de la OE, OGC, Jefe del departamento, Jefe del Servicio involucrado según corresponda y la Dirección General.

Del Uso de la Información:

La información generada del Análisis Causa Raíz será utilizada para el rediseño del proceso de atención y la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en Seguridad del paciente.

VII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

- El medio de notificación del evento adverso será por escrito a través del formulario FOR-OGC-001.
- El registro y notificación será confidencial
- La información registrada no será utilizada con carácter punitivo sino que se realiza en el marco de la mejora continua de la calidad de la atención en salud.

ELABORADO:	REVISADO	APROBADO	VIGENCIA:
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	OEPE	D.G.	

 PERÚ Ministerio de Salud	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	 INCN	Pág. 7
Versión : 1.0	DIRECTIVA SANITARIA N° 001-INCN/OGC-V.01 REGISTRO DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS		

VIII. RESPONSABILIDADES

1. La DG aprobará la presente Directiva Mediante resolución Directoral.
2. La OGC programará los recursos necesarios para la implementación del registro, notificación, procesamiento, y análisis de eventos adversos.
3. Los Departamentos y Servicios socializarán la presente Directiva al personal del INCN que labora en áreas de influencia y tendrán la obligación de cumplirla.
4. La OGC con apoyo del Departamento de Enfermería recogerá los formularios de los eventos adversos de los diferentes servicios.
5. La OGC en coordinación con el Comité de Seguridad del Paciente procesa la información y define el impacto y asesora a los servicios en el Análisis Causa Raíz y en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

IX. DISPOSICIONES FINALES

La confidencialidad será uno de los principios a cumplir en el manejo de la información del evento adverso por lo que las personas involucradas en el procesamiento de información mantendrá absoluta reserva.

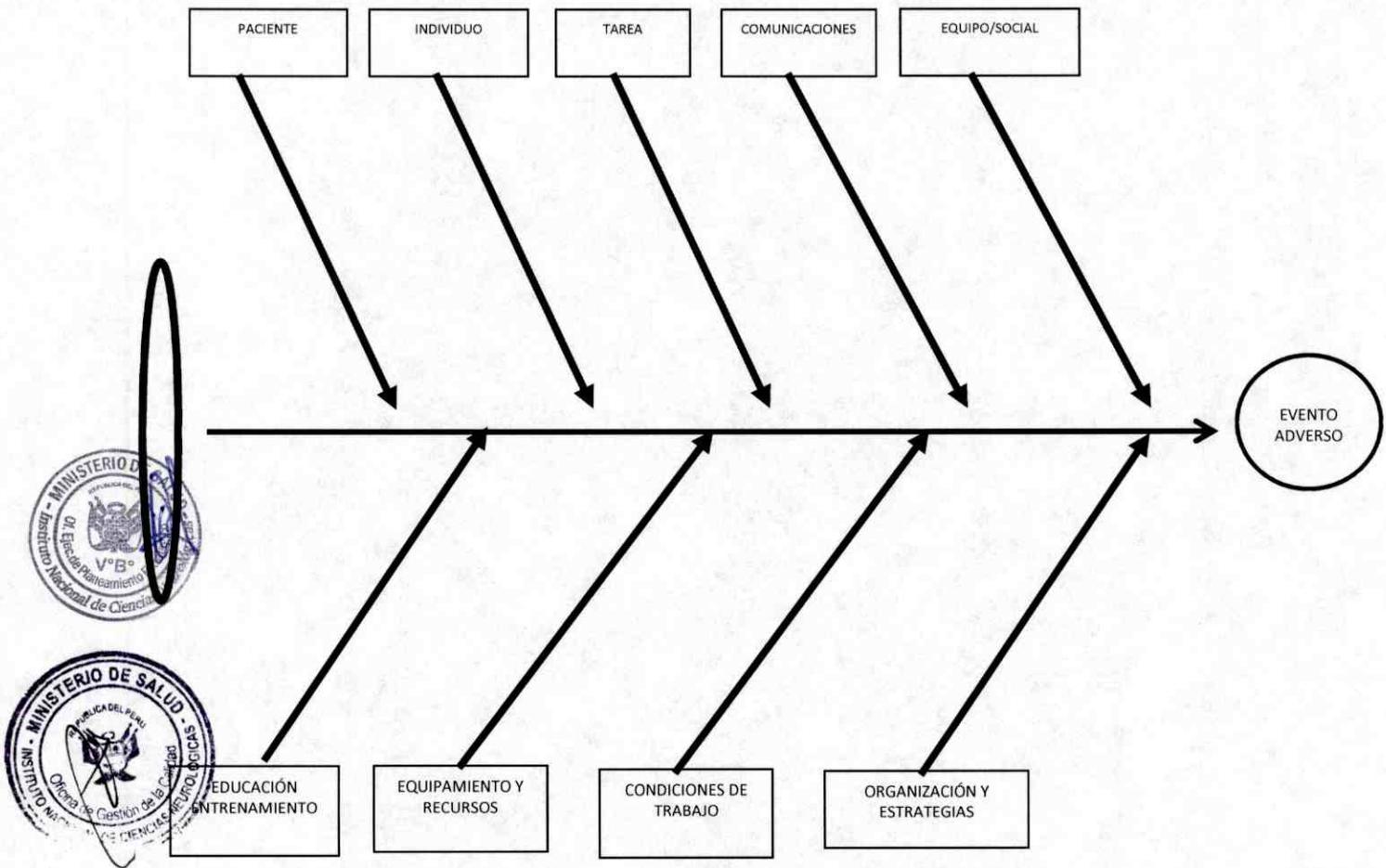
X. REGISTROS / ANEXOS

- Formulario de Registro y Notificación de eventos adversos con impacto leve, moderado y severo.
- Espina de Ishikawa a usar en el Análisis Causa Raíz.
- Flujograma de hospitalización.



ELABORADO:	REVISADO	APROBADO	VIGENCIA:
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	OEPE	D.G.	

ESPINA ISHIKAWA A USAR EN EL ANÁLISIS CAUSA RAIZ



ELABORADO:	REVISADO	APROBADO	VIGENCIA:
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	OEPE	D.G.	



INCN

FORMATO N° 1

HC N°:

NOTIFICACION DIARIA DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL INCN

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN (dd/mm/aa):

NOMBRES Y APELLIDOS:.....

EDAD:..... SEXO:..... SERVICIO/DEPARTAMENTO:.....

DIAGNÓSTICO MEDICO EN HC:.....

FECHA DE NOTIFICACION:..... FECHA DE OCURRENCIA:..... HORA DE OCURRENCIA:.....

Sírvase llenar este formato con letra clara y legible. Este formato debe ser llenado por ocurrencia de evento por personal médico y/o enfermera del Servicio/area de ocurrencia. Ver guía de definición de términos al reverso.

SU COLABORACION ES VALIOSA GRACIAS.

SITUACIONES POTENCIALES A MEJORAR

ASPECTOS GENERALES

1	Infección Intrahospitalaria *	18	Colocación frustra de C.V.C.
2	Colocación frustra de cateter venoso periférico	19	C.V.C. Mal posicionado
3	Cateter venoso periférico mal insertado	20	Hematoma post punción vascular
4	Retiro accidental de cateter y/o drenes invasivos y/o TET	21	Flebitis por acceso venoso
5	Intubación fallida	22	Quemadura por agua, agentes químicos u otros
6	Neumotorax por cateter venoso central	23	Úlcera por presión
7	Neumotorax por ventilación mecánica	24	Caída del paciente
8	Punción lumbar frustra	25	Fuga de paciente
9	Cefalea post punción lumbar	26	Error en la identificación del paciente
10	Espanto hemoptico post fibrobroncoscopia	27	Error en la prescripción del medicamento (confusión)
11	Suspensión de procedimientos médicos y Ex de Apoyo al Dx.	28	Error en la dispensación del medicamento
12	Enfisema subcutáneo post procedimiento	29	Error en la administración del medicamento
13	Neumonía aspirativa	30	No administración de fármaco pautado y necesario
14	Venipuntura fallida en toma de muestra	31	Administración de fármaco contaminado
15	Repetición de punción por muestra hemolizada	32	Reacción adversa a medicación
16	Ordenes de laboratorio solicitada y que no encuentra resultado en H.C. Dentro de las 24 hr. y 12hr EMRG,UCI	33	Paciente crítico con ingreso diferido a cuidados intensivos
34		Reingreso antes de los 7 días	
17	Estancia hospitalaria prolongado mayor a 20 días	35	Reacción adversa a transfusión de sangre

RELACIONADAS A PACIENTES QUIRURGICOS

36	Suspensión de una intervención quirúrgica programada	43	Embolia pulmonar postoperatoria
37	Anestesia por punción lumbar fallida	44	Enfisema subcutáneo post quirúrgico por Co2
38	Lesión de órgano durante cirugía	45	Cirugía en lugar errado
39	Cuerpo extraño quirúrgico	46	Paro cardiorespiratorio intra o postoperatorio
40	Hipotensión arterial/Shock intra/post operatorio	47	Neumonía por aspiración
41	Reintervención quirúrgica	48	Quemadura intraoperatoria
42	Hemorragia Intra/postoperatoria que requiere transfusión sanguínea		

RELACIONADOS CON EL TRABAJO DEL PROFESIONAL

49	Medicamento prescrito no disponible en Farmacia del Instituto	52	Agresión física o verbal al personal por el paciente y/o familiar
50	Análisis de Laboratorio requerido NO disponible en la Institución		
51	Radiografía y/o Tomografía requerida y no realizada por equipo inoperativo.		

OBSERVACIONES:

- * A cargo de la enfermera de Vigilancia de I.H.
- En caso de ocurrencia del evento adverso anotar:
 - Circunstancias en que ocurrieron
 - Factores asociados
 - Acciones tomadas frente al evento adverso



**NOTIFICACION DIARIA DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO EN EL INCN
(Guía de definición de términos)**

1. A cargo de la enfermera de Vigilancia Epidemiológica Activa
2. Hace referencia a la imposibilidad de canalizar una vía EV periférica luego de tres intentos independientemente del número de operadores.
3. Catéter venoso periférico de accesos venoso evidenciado por tumefacción, dolor.
4. Hace referencia a catéteres, drenes invasivos: catéter venoso central, catéter periférico, sonda vesical, línea arterial, TET, SNG, drenajes ventriculares, torácicos.
5. Más de tres intentos por dos operadores distintos
6. Neumotórax evidenciado por Rx de tórax en paciente a quien se colocó acceso venoso central en las 12 horas previas.
7. Neumotórax evidenciado por Rx de tórax en paciente con ventilación mecánica
8. imposibilidad de acceso lumbar luego del tercer intento
9. Presencia de cefalea "de novo" dentro de las 24 horas subsiguientes a la realización de punción lumbar.
10. Aparición de esputo con rasgos hemáticos rojo "de novo" en un paciente a quien se le realizó broncoscopia dentro de las primeras 24 horas post procedimiento.
11. Procedimientos médicos o exámenes de apoyo al diagnóstico programado y suspendido: RNM, TAC, EEG, EMG, Pan angiografías, Radiografías, Angiotomografía.
12. Enfisema de tejido celular subcutáneo post punción
13. Neumonía pos aspiración definida en historia clínica por médico tratante.
14. Imposibilidad de toma de muestra para análisis de laboratorio clínico luego del tercer intento.
15. Necesidad de nueva toma de muestra por personal de laboratorio.
16. Orden de laboratorio solicitado por escrito y sin resultado en Historia Clínica dentro de las próximas 24 horas (Hospitalización general) 12 horas (Emergencia UCI) de solicitada.
17. Estancia mayor de 20 veinte días desde su ingreso a la institución Hospitalización general, mayor de 10 diez días desde su ingreso a la institución UCI
18. Colocación frustra de catéter venoso central más de tres accesos.
19. Catéter venoso central fuera de vía venosa central
20. Hematoma secundario a punción vascular, arterial y/o venosa.
21. Flebitis definido por mayor de 2 signos de flogosis secundario a acceso venoso central y/o periférico.
22. Quemadura de cualquier grado evidenciado y corroborado por personal médico durante su internamiento.
23. Ulcera de presión por ocurrencia de cualquier grado I,II,III
24. Caída de paciente por ocurrencia
25. Fuga de paciente fuera de la Institución
26. Paciente que ha sido sometido a un procedimiento o examen auxiliar (RX, TAC, RMN) equivocadamente a nombre de otro paciente.
27. Receta con nombre errado o de otro paciente
28. Farmacia entrega medicamentos que no corresponden a lo prescrito en la receta médica
29. Medicación administrado en forma inapropiada o distinto a lo indicado en la historia clínica(FORMA)
30. Tiene indicación de administración y el fármaco no es administrado.
31. Administración de medicación sin cumplir con las medidas correctas de bioseguridad.
32. Reacción que se presenta post administración de medicación
33. Paciente con indicación de manejo en cuidados intensivos que no pasa a UCI por falta de disponibilidad de cama por mas de 24 horas.
34. Paciente que habiendo sido dado de alta de la Institución reingresa para ser hospitalizado antes de los 7 días de su alta previa.
35. Reacción que se presenta post administración de hemoderivados
36. Cuando una cirugía programada no se realiza en la hora y fecha programada.
37. Cuando el paciente se queja de dolor pese haber recibido anestesia por punción lumbar
38. Lesión de órgano accidental ocurrida durante el procedimiento quirúrgico
39. Evidencia objetiva de cuerpo extraño por algún examen auxiliar en paciente con antecedente de haber sido sometido a intervención quirúrgica en el Instituto.
40. Paciente con presión arterial insuficiente para la perfusión adecuada de sus órganos P/A Sistólica menor de 90mmhg P/A diastólica menor de 90 mmHg. Presentada en el intra / post operatorio mediato.
41. Paciente que es reintervenido quirúrgicamente con un intervalo de tiempo menor de 72 horas entre cirugía y cirugía.
42. Es la pérdida de sangre mayor de un volumen sanguíneo evidenciado por descenso la hemoglobina, hematocrito y/o estado de shock hipovolémico
43. Evidenciada por la presencia de disnea súbita y desaturación en pulsioximetría e incremento de Gradiente alveolo arterial (GA-a) en los análisis de gases arteriales
44. Presencia de crepitación a la palpación en el tejido celular subcutánea después de ocurrida la intervención quirúrgica.
45. Neurocirugía realizada fuera del área anatómica programada para tratamiento (incluye acceso e intervención definitiva).
46. Arresto cardiaco definido por anestesiología producido durante el acto quirúrgico o post operatorio mediato (24horas).
47. Presencia de infiltrado parenquimal por radiología o necesidad nueva de suplemento oxigenatorio post acto quirúrgico y evaluado por médico tratante.
48. Quemadura de cualquier grado evidenciada o producida durante el acto quirúrgico.
49. Cuando un medicamento solicitado en receta no se encuentra disponible y/o accesible en la farmacia de la Institución.
50. Cuando un análisis de laboratorio no se encuentra disponible y/o accesible en el laboratorio de la institución (Análisis de gases arteriales).
51. Examen de Radiología y/o TAC no realizada en el momento de ser solicitado por referencia de equipo inoperativo.
52. Examen de Radiología y/o TAC no realizada en el momento de ser solicitado por referencia de equipo inoperativo.
53. Cuando el personal de salud sufre agresión física y/o verbal directa por parte del paciente y/o su familiar.





FLUXOGRAMA

