



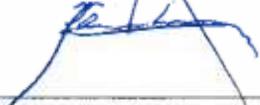
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

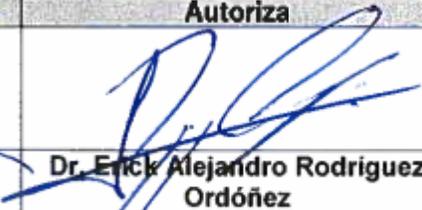
gea
hospital

**DIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
INSTITUCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA NUCLEAR**

OCTUBRE, 2021

Responsable del Área	Cargo	Firma
Dra. Irma Jiménez Escobar	Directora Médica	
Dr. José de Jesús Herrera Esquivel	Subdirector de Cirugía	
Dr. Víctor Manuel Esquivel Rodríguez	Subdirector de Anestesia	
Dra. Arlene Orta Guerrero	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	
Dra. Lorena Hernández Delgado	Subdirectora de Pediatría	
Dr. Juan Pablo Ramírez Hinojosa	Subdirector de Epidemiología e Infectología	
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez	Subdirectora de Enfermería	
Dr. Agustín Vélez Pérez	Subdirector de Gestión de Calidad	
Dr. José Jesús Acevedo Mariles	Subdirector de Urgencias y Medicina	

Elabora	Revisa	Autoriza
		
Dr. José Antonio Flores Rangel Jefe de Departamento de Medicina Nuclear	Dr. José Antonio Flores Rangel Jefe de Departamento de Medicina Nuclear	Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez Director de Integración y Desarrollo Institucional

ÍNDICE	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	4
II.- MARCO JURÍDICO	5
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE DIVERSOS ESTUDIOS A PACIENTES.	
2. PPROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LAS FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE.	
3. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL TAMIZ NEONATAL.	
4. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	
5. PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE EL ORGANISMO REGULADOR EN MATERIA NUCLEAR Y ESTE DEPARTAMENTO.	
6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 3 de 9
---	---------------------------------	---	--------------------------------------

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Medicina Nuclear del Hospital, inicia sus actividades en 1973, al obtener por donación de la Campaña Nacional contra la Tuberculosis, un analizador de la radiación gamma dotado de un pozo para los estudios “in vitro” y de una sonda detectora para estudios dinámicos “in vivo”.

La Comisión Nacional de Energía Nuclear, a través de la Dirección de Medicina Nuclear donó un Gammógrafo Lineal Mark I Picker y en el año de 1982 se adquirió una Cámara de Gammagrafía Dyna 4715 Picker, que mejoró sustancialmente la calidad de los estudios.

A finales del 2006, la Fundación “Gonzalo Río Arronte IAP”, donó al Hospital una Gammacamara de última generación que puede realizar estudios por Tomografía de Emisión de Positrones (PET), Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT) y gammagrafía biplanar convencional.

El Departamento de Medicina Nuclear está dividido en dos secciones:

- a) Laboratorio de Hormonas Especiales y Tamiz Neonatal con área de toma y recepción de muestras.
- b) Unidad PET/SPECT/CT de Gammagrafía.

Actualmente el Departamento de Medicina Nuclear, está adscrito a la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional. El presente Manual de Procedimientos se elaboró de acuerdo a la Estructura Orgánica Funcional y considerando la “Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos”, emitida por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud; conformándose con los siguientes apartados: el objetivo del manual; el marco jurídico y los procedimientos sustantivos que se llevan a cabo en la Institución. Cada uno de los procedimientos contiene: el propósito; alcance; políticas de operación; normas y lineamientos, así como su descripción y diagramación; los documentos de referencia; registros y glosario de términos.

La actualización se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendadas, así como por modificaciones a la estructura Orgánica Funcional.

Las áreas responsables de la elaboración, actualización y difusión del Manual de Procedimientos son, esta área con Revisión Técnica de la Subdirección de Planeación, a través del Departamento de Organización y Métodos de este Hospital.

Una vez autorizado este manual por las instancias competentes, será de observancia general y para su difusión se hará del conocimiento del personal del área.

El presente manual, consta de 6 procedimientos, congruentes con las atribuciones del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y concuerdan con las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman: Áreas Sustantivas o Médico-Asistenciales, Enseñanza, Investigación y Administrativas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 4 de 9
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer las políticas, normas, mecanismos y procedimientos a los que deberá apegarse el personal que labora en Medicina Nuclear y todas aquellas personas que de alguna manera se encuentren dentro de su jurisdicción; para el buen desarrollo de las actividades administrativas, clínicas, operaciones normales y operaciones de emergencia encomendadas al Departamento de Medicina Nuclear, así como de las áreas que lo conforman.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 5 de 9
---	---------------------------------	---	--------------------------------------

II.- MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

LEYES

Ley General de Salud.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Ley General de las Personas Adultas Mayores.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley de Asistencia Social.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley de Salud del Distrito Federal.

Ley Ambiental del Distrito Federal.

Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento General de Seguridad Radiológica.

Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

Reglamento de la Ley Ambiental del Distrito Federal.

Reglamento de Insumos para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Trasplantes.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 6 de 9
---	---------------------------------	---	--------------------------------------

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Reglamento Interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.

Reglamento Del Sistema Nacional de Investigadores.

DECRETOS

Decreto de Creación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Decreto por el que se rige el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Decreto por el que se establece el Sistema Nacional de Cartillas Nacionales de Salud.

Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal.

Decreto por el que se reforma el Artículo 61 de la Ley General de Salud.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

ACUERDOS

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud.

Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Trasplantes como una Comisión Intersecretarial de la Administración Pública Federal, que tendrá por objeto promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.

Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y para el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 7 de 9
---	---------------------------------	---	--------------------------------------

Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el título Tercero bis de la Ley General de Salud

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

Acuerdo para el Desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de atención Médica

Acuerdo que establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo régimen no contributivo. D.O.F. 14-VII-2008

Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos.

Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud.

Acuerdo POR EL QUE SE ESTABLECE EL Comité Institucional de Buen Gobierno de la Secretaría de Salud.

NORMAS

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Educación en Salud, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la Prevención y Control de enfermedades bucales.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la Prevención y Control de la Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 8 de 9
---	---------------------------------	---	--------------------------------------

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud-atención pre hospitalaria de las urgencias médicas.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la Prevención y Control de defectos al nacimiento

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005, estabilidad de fármacos y medicamentos (modifica a la NOM-073-SSA1-1993) estabilidad de medicamentos publicada el 03 de agosto de 1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-NUCL-2016, Requisitos de seguridad radiológica para la práctica de medicina nuclear, 2016.

OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES

Manual de Trámites y Servicios al Público del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Políticas Bases y Lineamientos Generales para la aceptación, recepción y registro de donaciones en especie que reciba el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Normas, Criterios, Políticas y Bases para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso o enajenación de espacios físicos no hospitalarios en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Disposiciones Generales para celebrar contratos plurianuales de Obras Públicas, Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, aprobadas en la Tercera Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Hospital, celebrada el día 9 de septiembre de 2008.

Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables.

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité Interno de Ahorro de Energía del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Manual de Organización Específico del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Manual General de Procedimientos del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Estatuto Orgánico del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL / COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DEL CUADRO BÁSICO DEL INSUMO DEL SECTOR SALUD.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 9 de 9
---	---------------------------------	---	-------------------------------

Edición 2011 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.
Sexta actualización a la edición 2011 D.O.F. 04IX-2012.

Edición 2011 del Cuadro Básico de Instrumental y Equipo Médico.
D.O.F. 11-V-2011.

Edición 2011 del Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico.
D.O.F. 01-X-2011.

Edición 2011 del Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación.
D.O.F. 27-IX-2011.

Catálogo de Medicamentos Genéricos.
D.O.F. 17-VIII-1998.
Sexagésima tercera

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	1. Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear.		Hoja: 1 de 11

1.- PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE DIVERSOS ESTUDIOS A PACIENTES.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		Hoja: 2 de 11
	1. Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear.		

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades a seguir para recibir a los pacientes, que los médicos especialistas de la Consulta Externa del Hospital envían al Departamento de Medicina Nuclear para realizar diagnósticos, aplicar tratamientos, realizar estudios de laboratorio y/o imagen.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Medicina Nuclear, responsable de realizar diagnósticos, determinar tratamientos y realizar estudios, a las Subdirecciones Médicas del Hospital responsable de referir a los pacientes.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que requieren atención en el servicio de Medicina Nuclear.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear, es responsable de realizar los estudios de Tamiz Neonatal y Gammagrafías a los pacientes referidos de la consulta externa, hospitalización y externos (referidos de otras Instituciones).
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar al médico adscrito y/o familiar del paciente hospitalizado al Departamento de Medicina Nuclear, con la solicitud de estudio Gammagráfico y/o Tamiz Neonatal debidamente requisitada, para solicitar una cita.
- 3.3 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa, es responsable de recibir a los pacientes externos referidos de otras instituciones públicas y/o privadas con la hoja de "Referencia y Contra-Referencia" y/o solicitud de estudio emitido por un médico del Sistema Nacional de Salud y/o privado; la cual debe indicar que tipo de estudio solicitado, el diagnóstico presuntivo y un resumen clínico del padecimiento del paciente.
- 3.4 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa, es responsable de evaluar al paciente y determinar si el paciente requiere de estudios en el Departamento de Medicina Nuclear, llenando el formato de solicitud de estudio "Gammagráfico y Tamiz Neonatal".
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar al paciente al Departamento de Medicina Nuclear con solicitud de "estudios de Gammagrafía y Tamiz Neonatal debidamente requisitada.
 - Nombre completo del paciente
 - Fecha de Nacimiento.
 - Edad.
 - Sexo.
 - Número de Registro.
 - Cama No.
 - Servicio solicitante.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	1. Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear.		Hoja: 3 de 11

- Fecha de la solicitud.
- Diagnóstico y/o resumen clínico.
- Exámenes o estudios solicitados.
- Nombre y firma del médico solicitante.
- Cédula Profesional.

- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear, es responsable de brindar atención a pacientes en el horario será el siguiente:
- Unidad de Tamiz Neonatal de: Lunes a Viernes de: 08:00 a 14:00 horas y de: 15:00 a 20:00 horas, para realizar citas, elaboración de estudios y entrega de resultados.
 - Unidad PET/SPECT/CT de: Lunes a Viernes de: 08:00 a 14:30 horas y de: 15:00 a 19:00 horas, para realizar citas, elaboración de estudios y entrega de resultados.
- 3.8 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear y de los médicos adscritos son responsable de dar las indicaciones para la administración del material radiactivo para la realización del estudio.
- 3.9 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear, es responsable de tener los contenedores de basura respectivos para cada residuo.

	PROCEDIMIENTO
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
	Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear

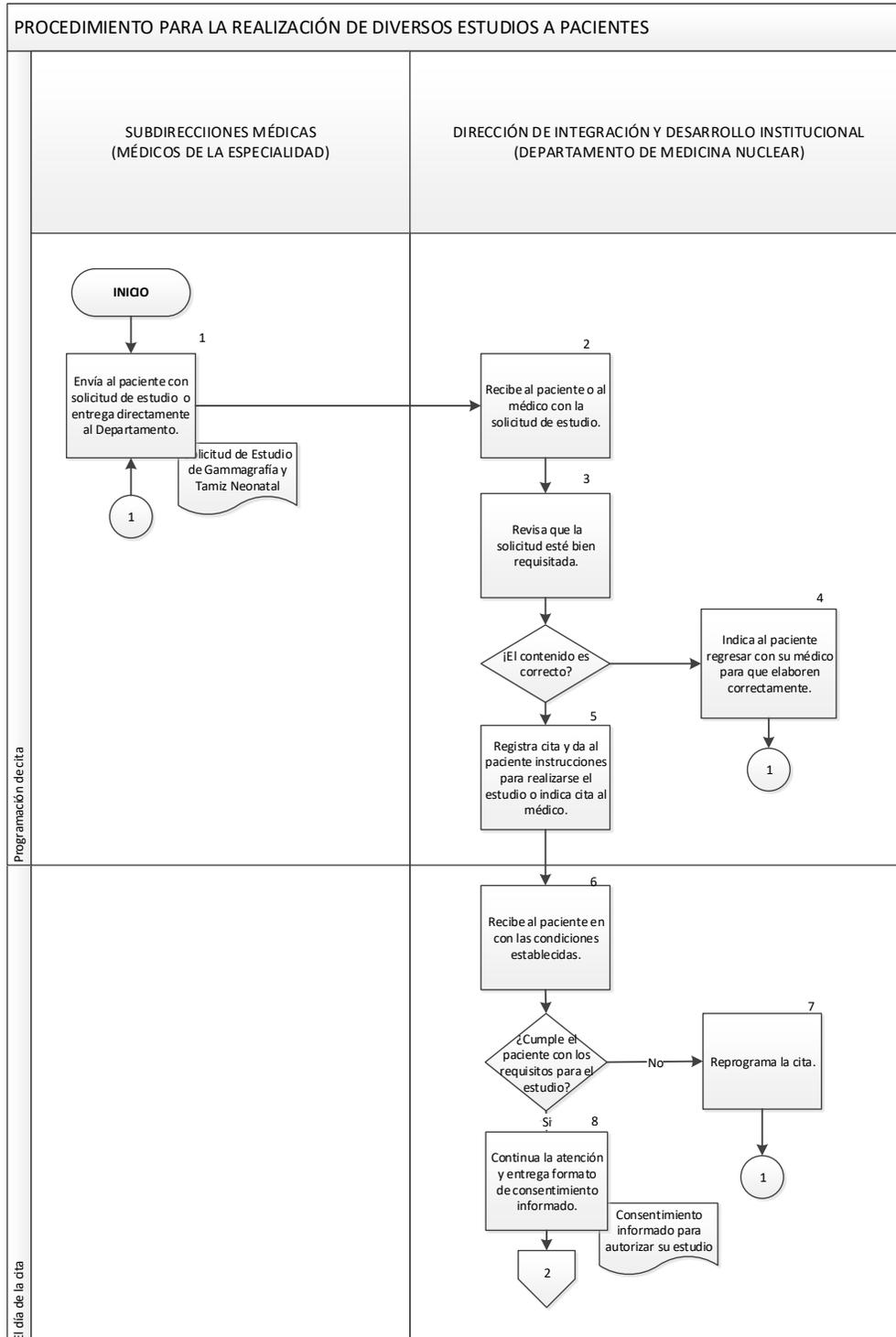
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Subdirectores (as) Médicos (Médico de la especialidad)	1	Envía al paciente con solicitud de estudio o entrega la solicitud de los pacientes hospitalizados al Departamento.	Solicitud de Estudio de Gammagrafía y Tamiz Neonatal
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefe del Depto. de Medicina Nuclear)	2	Recibe al paciente o al médico con la solicitud de estudio.	
	3	Revisa que la solicitud esté bien requisitada.	
	4	¿El contenido es correcto?	
	5	No: Indica al paciente regresar con su médico para que elaboren correctamente. Regresa actividad 1.	
	6	Si: Registra cita en la Libreta Control de Citas y en carnet, entrega información e instrucciones para poder realizarse el estudio o indica cita al médico.	
	7	Recibe al paciente el día de la consulta, y con las condiciones establecidas...	
	8	¿Cumple el paciente con los requisitos para el estudio?	
	9	No: Reprograma la cita, regresa a actividad 3.	
	10	Si: Continúa la atención y entrega formato de consentimiento informado para autorizar su estudio.	
	11	Toma muestra sanguínea al paciente para la determinación de hormonas.	
	12	Administra trazadores radiactivos según el estudio solicitado.	
	13	Determina las hormonas y/o realiza gammagrafías y administra dosis terapéuticas.	
			Procesa y reporta por escrito los valores

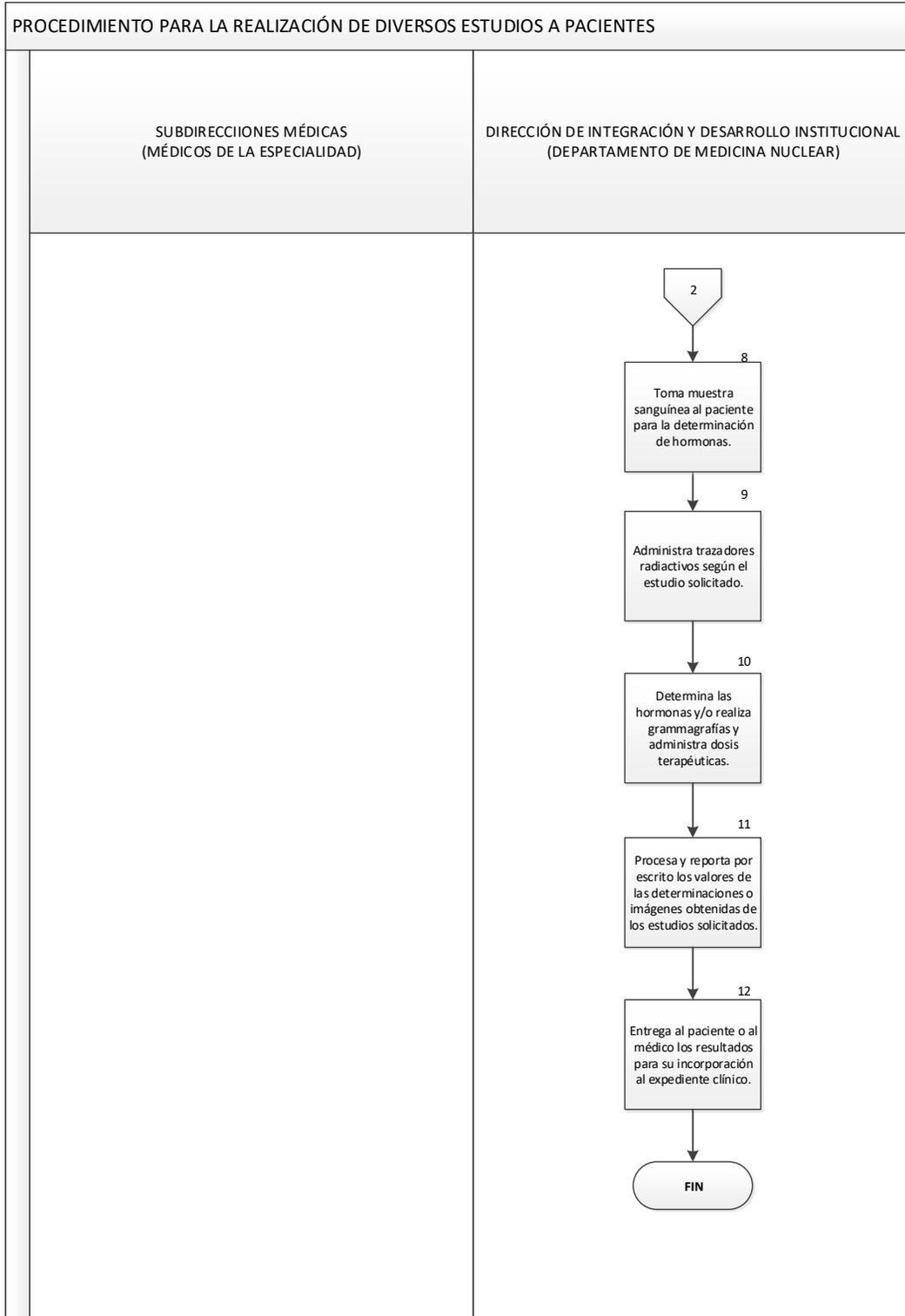
	PROCEDIMIENTO	
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional	
	Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
		<p>de las determinaciones o imágenes obtenidas de los estudios solicitados.</p> <p>Entrega al paciente o al médico los resultados para su incorporación al expediente clínico.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA</p>	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	1. Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear.		Hoja: 7 de 11



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	1. Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear.		Hoja: 8 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en material nuclear	No aplica
6.2 Reglamento General de Seguridad Radiológica, publicado en el D.O.F. 22-11-1988	No aplica
6.3 NOM-001-NUCL-2013, NOM-003-NUCL-2015	No aplica
6.4 NOM-013-NUCL-2009	No aplica
6.5 NOM-007-NUCL-1993	No aplica
6.6 Ley General de Salud, publicada en el D.O.F. el 7 de febrero de 1984, última modificación: 24-01-2020	No aplica
6.7 Reglamento de la Ley General de Salud, capítulo V. D.O.F. 29-04-86.	No aplica
6.8 NOM-034-SSA2-2002, NOM-007-SSA-1993, Decreto por el que se reforma el Artículo 61 de la Ley General de Salud D.O.F. 25-01-2013	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de estudios del Depto. de Medicina Nuclear	3 años	Depto. De Medicina Nuclear	Folio Consecutivo

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMINETO

- 8.1 Muestra sanguínea.-** Pequeña cantidad de sangre (tejido orgánico que sirve para conocer sus propiedades o cualidades).
- 8.2 Consentimiento informado:** El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud.
- 8.3 Trazadores radioactivos:** Isótopo o sustancia que incorporado a las células puede localizarlas, mediante un detector de radiación o por métodos histoquímicos, según los casos, y conocer de este modo su distribución en el organismo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	1. Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear.		Hoja: 9 de 11

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	11/02/2021	Actualización de formato, políticas, descripción y diagrama del procedimiento.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de estudios del Departamento de Medicina Nuclear

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	1. Procedimiento para la realización de diversos estudios a pacientes en Medicina Nuclear.		Hoja: 10 de 11

10.1 Solicitud de estudios del Departamento de Medicina Nuclear

P-53



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Departamento de Medicina Nuclear
SOLICITUD DE ESTUDIO GAMMAGRÁFICO Y TAMIZ NEONATAL

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Número de registro: _____ Sexo: _____ Cama No. _____

Servicio solicitante: _____ Fecha de la solicitud: ____/____/____

Marque con una cruz el estudio solicitado en el espacio que antecede a la clave de cobro:

CARDIOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2340 Valoración de Corto circuitos Cardiacos	<input type="checkbox"/> 2350 Fracción de expulsión ventricular (MUGA)
<input type="checkbox"/> 2344 Gammagrafia perfusoria con 201 Tl/99mTc-MIBI	
ENDOCRINOLOGÍA - PEDIATRÍA	
<input type="checkbox"/> 2320 Determinación del índice de captación de 131I	<input type="checkbox"/> 2330 Gammagrama Tiroideo con 99mTcO4
<input type="checkbox"/> 2348 Gammagrama Tiroideo con 131I	
GASTROENTEROLOGÍA - PEDIATRÍA - URGENCIAS	
<input type="checkbox"/> 2300 Búsqueda de Mucosa Gástrica Ectópica	<input type="checkbox"/> 2317 Gammagrafia de Glándulas Salivales
<input type="checkbox"/> 2301 Búsqueda de Reflujo- Gastroesofágico	<input type="checkbox"/> 2319 Gammagrafia de Vías Biliares
<input type="checkbox"/> 2302 Búsqueda de Sangrado de Tubo Digestivo	<input type="checkbox"/> 2324 Gammagrafia Hepato - esplénica
<input type="checkbox"/> 2313 Gammagrafia con eritrocitos Dañados (Bazo)	<input type="checkbox"/> 2352 Gammagrama de vaciamiento gástrico
<input type="checkbox"/> 2314 Gammagrafia de transito esofágico	
INFECTOLOGÍA - PEDIATRÍA	
<input type="checkbox"/> 2359 Rastreo con Leucocitos Marcados	<input type="checkbox"/> 2316 Gammagrama articular con 99mTcO4
REUMATOLOGÍA	
URGENCIAS	
<input type="checkbox"/> 2327 Gammagrama Pulmonar Ventilatorio	<input type="checkbox"/> 2332 Gammagrama Pulmonar Perfusorio/ Ventilatorio
UROLOGÍA - NEFROLOGÍA - ONCOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2325 Gammagrama óseo de una a tres fases	<input type="checkbox"/> 2346 Gammagrafia renal con furosemide F. Glomerular
<input type="checkbox"/> 2328 Gammagrafia Renal con DTPA- 99mTcO4	<input type="checkbox"/> 2349 Gammagrafia Renal con MAG-3- 99mTcO4
<input type="checkbox"/> 2345 Gammagrafia renal con DTPA con Captopril	<input type="checkbox"/> 2351 Gammagrafia Renal con DMSA- 99mTcO4
VASCULAR - PERIFÉRICO	
<input type="checkbox"/> 2326 Gammagrafia venosa de miembros inferiores	<input type="checkbox"/> 2333 Linfogramagrafia
<input type="checkbox"/> 2341 Venocavogramagrafia	
ONCOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2305 Rastreo con 67Ca	<input type="checkbox"/> 2337 Rastreo con Metadobenzilguanidina
<input type="checkbox"/> 2315 Gammagrafia Paratiroidea	<input type="checkbox"/> 2338 Rastreo con Octeotrido
<input type="checkbox"/> 2335 Rastreo con Norcolesterol	<input type="checkbox"/> 2347 Terapia del dolor con Estroncio/ Samario
<input type="checkbox"/> 2336 Rastreo corporal con 131I	<input type="checkbox"/> 2353 Viabilidad Tumoral con Tallo/MIBI
NEUROLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2303 Cisternogramagrafia	<input type="checkbox"/> 2321 Gammagrafia Cerebral con ECD-99 TcO4
TERAPIA CON YODO RADIOACTIVO - OTORRINOLARINGOLOGÍA - ONCOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2308 Dosis de Yodo -131 de 1 a 10mCi (131I)	<input type="checkbox"/> 2309 Dosis de Yodo - 131 de 11 a 30mCi (131I)
TRAUMA - ORTOPEDIA	
<input type="checkbox"/> 2325 Gammagrama ósea de 1 a 3 fases	<input type="checkbox"/> 2318 Gammagrama de Medula Ósea
PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2342 Tamiz Metabólico Neonatal ampliado	
TOMOGRÁFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)	
<input type="checkbox"/> 2343 PET/CT (Especifique el órgano de estudio):	
OTROS ESTUDIOS	
<input type="checkbox"/> Especifique el estudio gammagráfico :	

Nombre y Firma del Médico solicitante: _____

Cédula Profesional: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	2. Procedimiento para la recepción y almacenamiento de las fuentes de radiación ionizante		Hoja: 1 de 10

|

2.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE LAS FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	2. Procedimiento para la recepción y almacenamiento de las fuentes de radiación ionizante		
			Hoja: 2 de 10

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para la recepción, registro, almacenamiento y desecho de las fuentes de radiación para dosis individual.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Medicina Nuclear que lleva el control de las fuentes de radiación

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable al proveedor que entrega las fuentes de radiación ionizante.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de hacer uso de material radiactivo en dosis individuales.
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear (Físico-Médico, Encargado de Seguridad Radiológica (ESR)), es responsable de la recepción del material radiactivo en el almacén de material radiactivo exclusivamente de dosis individual, revisará las condiciones de integridad del embalaje y medición de los niveles de radiación del bulto registrándolos en la libreta correspondiente.
- 3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de llevar el registro de origen y paciente destino del material, de acuerdo a su remisión. El registro debe contener fecha, nombre del proveedor, actividad a la fecha en que se recibe la fuente, radioisótopo, volumen, forma química y física, actividades empleadas, su uso, actividades residuales desechadas, así como fecha y forma de eliminación de las mismas.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear (ESR), al recibir el pedido de material radiactivo de dosis individual, es responsable de verificar su actividad con el calibrador de actividad del Departamento de Medicina Nuclear, en caso de que exista una diferencia mayor al 10%, se deberá informar al proveedor y tomar las medidas necesarias.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear (ESR), es responsable de registrar la actividad corregida por decaimiento, fecha, hora y radioisótopo aplicado al paciente, incluyendo el nombre del paciente y número de expediente.
- 3.6 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear (ESR), es responsable de registrar los radioisótopos residuales desechados, incluyendo fecha, actividad corregida por decaimiento y forma de eliminación, verificando previamente si se requiere permiso previo de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (C.N.S.N.S.) para el desecho respectivo.
- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear (ESR) es responsable de puede designar por escrito al personal de su departamento para que reciba el material radiactivo en su ausencia, siguiendo este procedimiento establecido.
- 3.8 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de ubicar con sus recipientes dentro del corral de plomo que se encuentra dentro del almacén de material radiactivo, en el caso de Tamiz Neonatal en el refrigerador.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	2. Procedimiento para la recepción y almacenamiento de las fuentes de radiación ionizante		Hoja: 3 de 10

- 3.9 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de extraer el material radiactivo para su aplicación a los pacientes, el material sobrante deberá nuevamente concentrarse en el corral de plomo. Los materiales contaminados con material radiactivo deberán ubicarse en una bolsa de plástico con una etiqueta que indique la fecha, exposición a un metro y a contacto, forma química y física, y se concentrará en el almacén de material radiactivo.
- 3.10 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de revisar que todo recipiente que contenga fuentes abiertas, cuando no se encuentre en uso, deberá estar en un contenedor apropiado y en el corral de plomo dentro del almacén de material radiactivo.
- 3.12 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de conservar siempre en buen estado los rótulos de los recipientes y contenedores que alberguen fuentes abiertas y en caso de deterioro serán reemplazados de inmediato. Los rótulos deben tener el símbolo internacional que indica la presencia de radiación; el radioisótopo que contiene la actividad y fecha en que es válida, y la forma química y física de la fuente.
- 3.13 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de que el almacén de material radiactivo debe estar dedicado exclusivamente para tal fin y debe tener seguridad física y radiológica que de acuerdo a las características de las fuentes que allí se almacenen resulten aplicables.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable, de que el almacén de material radiactivo esté debidamente señalizado, además de contar con los sistemas de seguridad apropiados que impidan el acceso de personas no autorizadas.
- 3.6 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de vigilar que no se introduzcan bebidas y alimentos, así como fumar y maquillarse dentro del almacén de material radiactivo y zonas controladas.
- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear, Durante la operación con las fuentes no se permitirá la presencia de personal no autorizado dentro del almacén de material radiactivo y zonas controladas.

	PROCEDIMIENTO
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
	Procedimiento para la recepción y almacenamiento de las fuentes de radiación ionizante

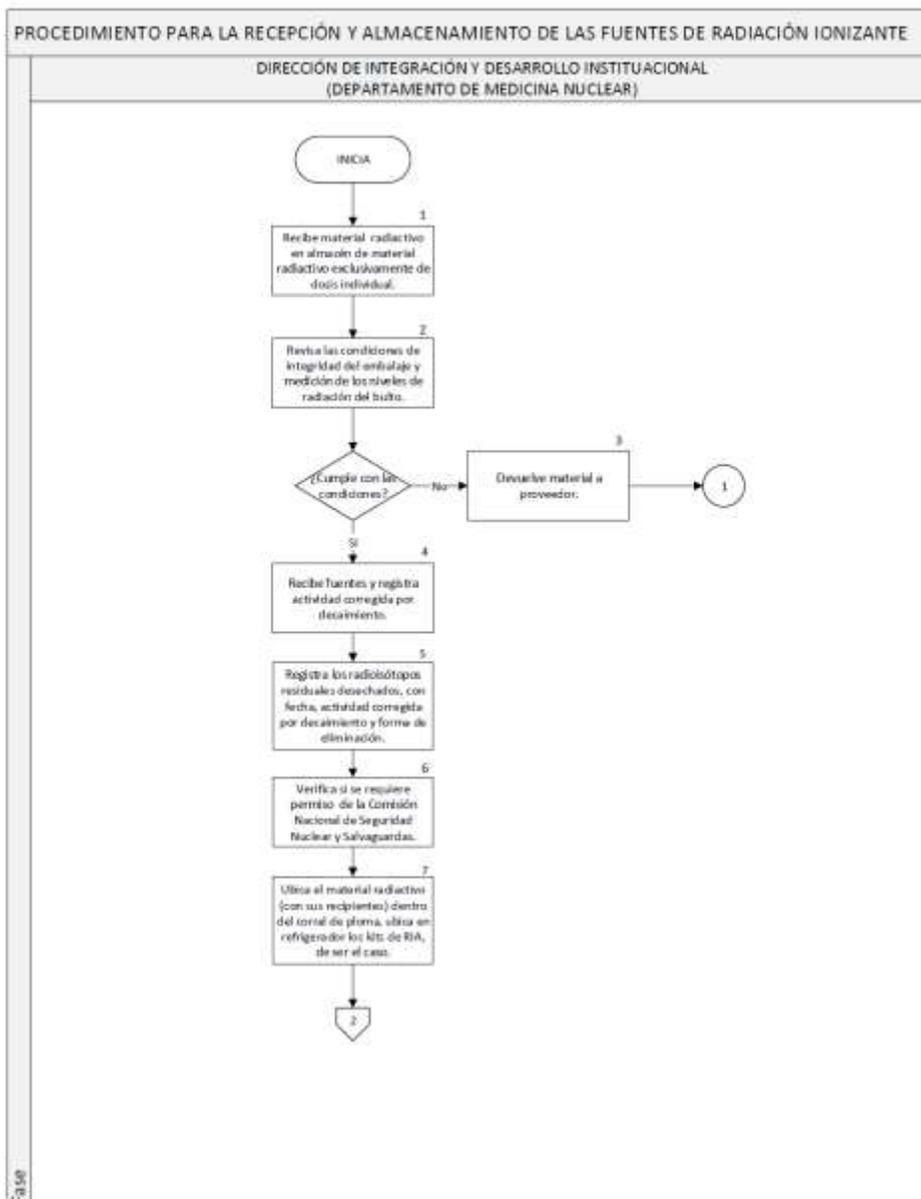
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

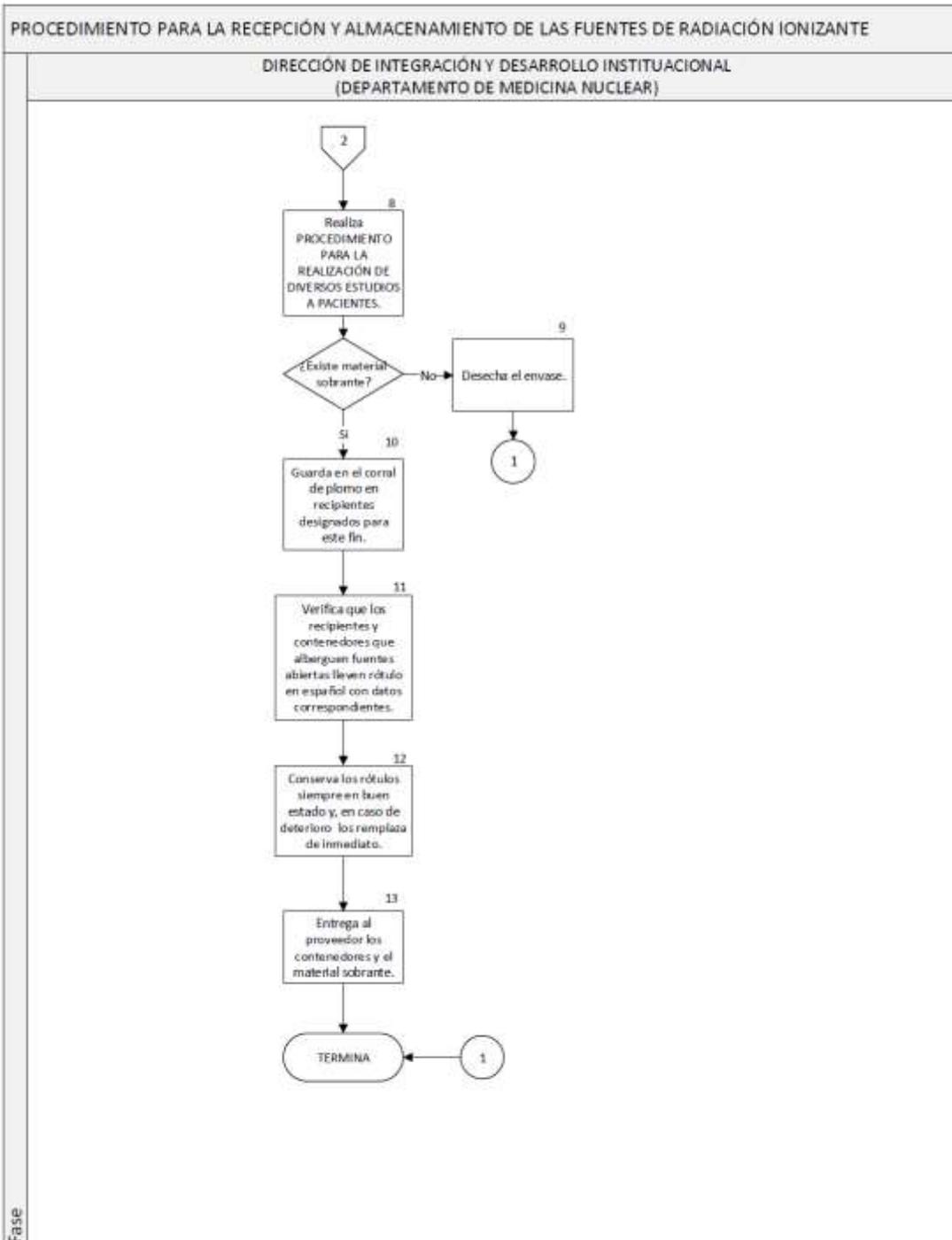
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefe de Departamento de Medicina Nuclear)	1	Recibe el material radiactivo en el almacén de material radiactivo exclusivamente de dosis individual.	Libretas de registros correspondientes
	2	Revisa las condiciones de integridad del embalaje y medición de los niveles de radiación del bulto. ¿Cumple con las condiciones?	
	3	No: Devuelve el material al proveedor. Termina procedimiento.	
	4	Si: Recibe las fuentes radiactivas y registra la actividad corregida por decaimiento, fecha, hora y radioisótopo aplicado al paciente, incluyendo el nombre del paciente y número de expediente.	
	5	Registra los radioisótopos residuales desechados, incluyendo fecha, actividad corregida por decaimiento y forma de eliminación.	
	6	Verifica previamente si se requiere permiso de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (C.N.S.N.S) para el desecho respectivo.	
	7	Ubica el material radiactivo (con sus recipientes) dentro del corral de plomo que se encuentra dentro del almacén de material radiactivo, en el caso de los kits de RIA se almacena en el refrigerador.	
	8	Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE DIVERSOS ESTUDIOS A PACIENTES. ¿Existe material sobrante?	
	9	No: Desecha envase, termina procedimiento.	
	10	Si: Guarda en el corral de plomo en recipientes designados para este fin.	

	PROCEDIMIENTO
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
	Procedimiento para la recepción y almacenamiento de las fuentes de radiación ionizante

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
	11	Verifica que los recipientes y contenedores que alberguen fuentes abiertas lleven un rótulo en español con: el símbolo internacional que indica la presencia de radiación; el radioisótopo que contiene; la actividad y fecha en que es válida, y la forma química y física de la fuente.	
	12	Conserva los rótulos siempre en buen estado y, en caso de deterioro los reemplaza de inmediato.	
	13	Entrega al proveedor los contenedores y el material sobrante.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	2. Procedimiento para la recepción y almacenamiento de las fuentes de radiación ionizante		Hoja: 8 de 10

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en material nuclear	No aplica
6.2 Reglamento General de Seguridad Radiológica. D.O.F. 22-11-88	No aplica
6.3 NOM-002-NUCL-2015, NOM-003-NUCL-2015	No aplica
6.4 NOM-008-NUCL-1994, NOM-012-NUCL-2016	No aplica
6.5 NOM-018-NUCL-1995, NOM-019-NUCL-1995	No aplica
6.6 NOM-040-NUCL-2016	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Libreta entrega de estudios realizados en la Unidad PET/SPECT/CT	3 años	Área de Gammagrafía del Depto. De Medicina Nuclear	Nombre, procedencia, estudio, diagnóstico, firma
7.2 Libreta registro de recepción de material radioactivo	3 años	Área de Gammagrafía del Depto. De Medicina Nuclear	Isótopo, forma química, fecha de recepción, actividad recibida, fecha de calibración y tasa de exposición máxima.
7.3 Libreta registro de pruebas de buen funcionamiento de los detectores.	3 años	Área de Gammagrafía del Depto. De Medicina Nuclear	Fecha, detector, marca, modelo, serie, resultado de la prueba.
7.4 Libreta registro mensual de los niveles de contaminación por frotis de la superficie.	3 años	Área de Gammagrafía del Depto. De Medicina Nuclear	Lectura de fondo, áreas que componen la Unidad PET/SPECT

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	2. Procedimiento para la recepción y almacenamiento de las fuentes de radiación ionizante		Hoja: 9 de 10

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Embalaje.-** Todos los medios necesarios para envolver o empacar un material radioactivo para ser transportado.
- 8.2 Radioisótopos residuales.-** Material radioactivo que no fue utilizado con fines de diagnóstico o tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1** Libretas de registros correspondientes

10.1 Libretas de registros correspondientes

NO. TARJETA	F. Nac.	Nombre de la madre del R/N	TSH
137	16-04-21	[Redacted]	1.10 0.41
138	16-04-21	[Redacted]	1.36 0.86
139	17-04-21	[Redacted]	2.58 1.81
140	17-04-21	[Redacted]	5.72
141	18-04-21	[Redacted]	1.66
142	18-04-21	[Redacted]	1.44 0.91
143	19-04-21	[Redacted]	22.1 1.16
144	19-04-21	[Redacted]	3.96 0.57
145	19-04-21	[Redacted]	2.33 0.62
146	19-04-21	[Redacted]	1.97 0.37

NO. CONCEPTO	NO. Tarjeta	TSH Corchón	TSH Ampliado	TY	17CH	GGPD
0137	0102384	1.10	0.41	12.4	3.73	5.2
0138	0102385	1.36	0.86	8.61	4.20	5.3
0139	0102386	2.58	1.81	11.4	6.35	6.0
0140	0102388	5.72				
0141	0102389	1.66				
0142	0102390	1.44	0.91	9.40	4.44	6.4
0143	0102391	22.1	1.16	8.50	7.12	6.5
0144	0102392	3.96	0.57	14.4	4.14	6.0
0145	0102393	2.33	0.62	13.3	2.86	7.5
0146	0102395	1.97	0.37	8.11	4.73	7.9
0147	0102396	9.11	1.45	8.94	19.3	7.0
0148	0102397	3.03	2.88	12.4	8.17	5.2
0149	0102398	1.81				

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 1 de 9

**3.- PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL TAMIZ NEONATAL
(PARA LA DETERMINACIÓN DE HORMONAS, ENZIMAS, CARBOHIDRATOS Y
AMINOACIDOS QUE CONFORMAN EL PERFIL DE 9 PRUEBAS
REFERENTES A: TSH (TIROTROFINA), T4 (TIROXINA), 17OH (ALPHA-
HIDROXIPROGESTERONA), GAL-TOTAL (GALACTOSA TOTAL),
BIOTINIDASA, PKU (FENILALANINA), G6PD (GLUCOSA 6 FOSFATO), IRT
(TRIPSINA INMUNOREACTIVA), GAL-TRANSFERASA (GALACTOSA 1
FOSFATO URIDIL TRANSFERASA)**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para recibir y procesar las muestras de tamiz neonatal de pacientes, que los médicos especialistas de la Consulta Externa del Hospital envían al Departamento de Medicina Nuclear para realizar diagnósticos, aplicar tratamientos, realizar estudios de laboratorio (tamizaje).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas, envían muestras de los pacientes, el Departamento de Medicina Nuclear procesa las muestras para confirmar diagnósticos y realizar estudios de laboratorio (tamizaje).

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que requieren atención en el servicio de Medicina Nuclear.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear (tamiz neonatal), es responsable de realizar los estudios de hormonas, enzimas, carbohidratos y aminoácidos que conforman el Tamiz Neonatal Ampliado del perfil de nueve pruebas del Tamiz Neonatal, referentes a: TSH (Tirotrófina), T4 (Tiroxina), 17OH (alpha-hidroxiprogesterona), GAL-TOTAL (Galactosa Total), BIOTINIDASA, PKU (Fenilalanina), G6PD (Glucosa 6 Fosfato), IRT (Tripsina Inmunoreactiva), GAL-TRANSFERASA (Galactosa 1 Fosfato Uridil Transferasa), que esta instancia ofrece a los pacientes referidos de la Consulta Externa, Hospitalización y Externos (referidos de otras Instituciones).que se presentan con hoja de referencia .

3.2 Las Subdirecciones Médicas son responsables de entregar al familiar de los pacientes hospitalizados, la solicitud de estudio para tamiz Metabólico Neonatal Ampliado, para que acuden a obtener una cita, la solicitud deberá contener la siguiente información:

- Nombre completo del paciente.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Número de Registro.
- Servicio solicitante.
- Diagnóstico y/o resumen clínico.
- Exámenes o estudios solicitados.
- Nombre del médico solicitante y cédula profesional.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 3 de 9

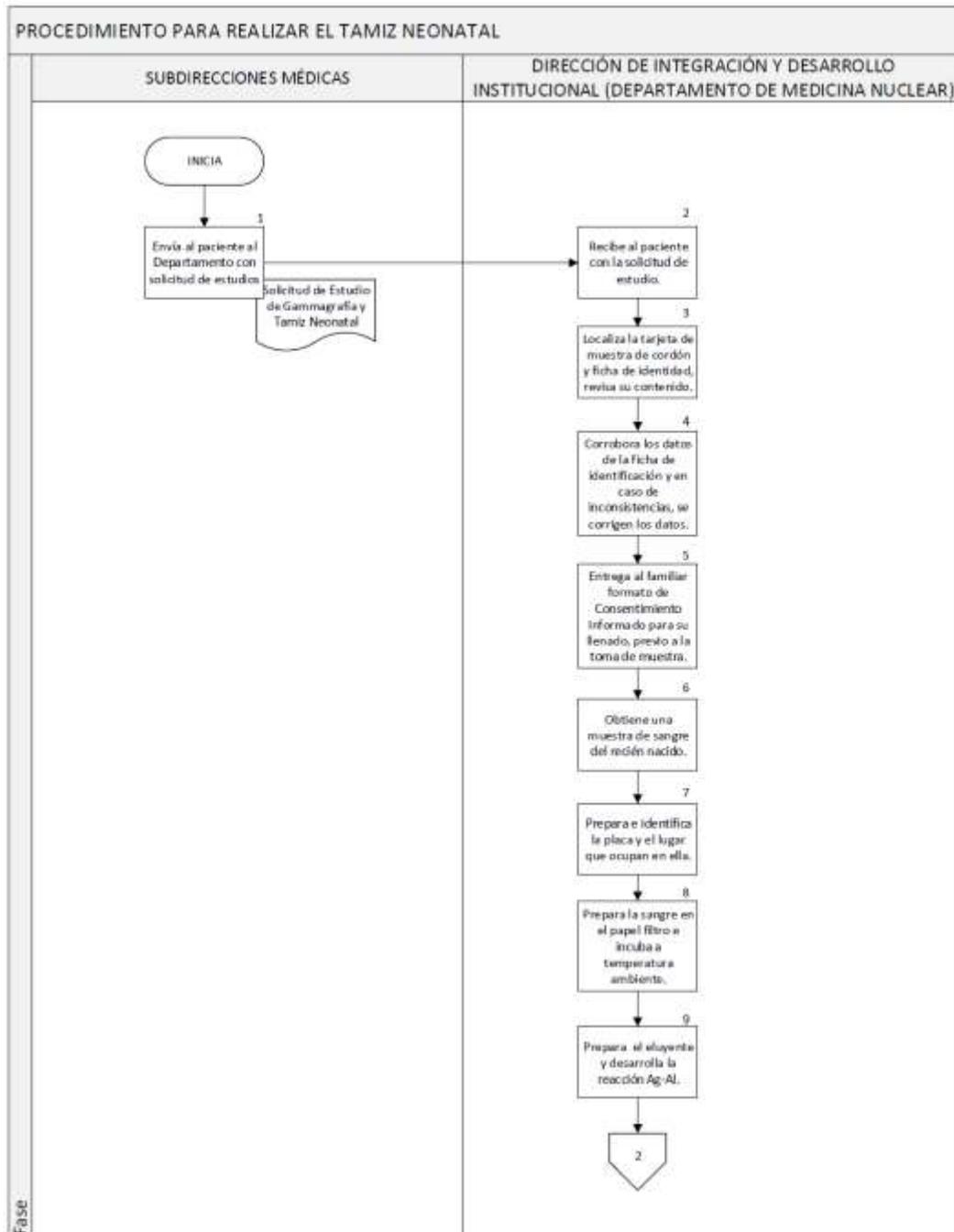
- 3.3 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa es responsable de recibir a los pacientes referidos de otras instituciones públicas y/o privadas con la hoja de "Referencia" y/o solicitud de estudio emitido por un médico del Sistema Nacional de Salud y/o privado; la cual debe indicar que tipo de estudio solicito, el diagnóstico presuntivo y un resumen clínico del padecimiento del paciente.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de entregar al paciente el formato de "Indicaciones para Entrega de Resultados" con la siguiente información:
- El número de tarjeta y consecutivo,
 - El nombre de la Madre del RN,
 - La fecha y hora en que se realizó la toma de tamiz.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de brindar atención a los pacientes en un horario de: Lunes a Viernes de: 10:00 a 13:00 hrs., para realizar citas, elaboración de estudios y entrega de resultados de: 1500 a 21:00 hrs., para procesamiento y recolección de muestras de piso.
- 3.6 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de tener los contenedores de basura respectivos para cada residuo.
- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear, es responsable de procesar las muestras con la técnica respectiva.

	PROCEDIMIENTO
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
	Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal

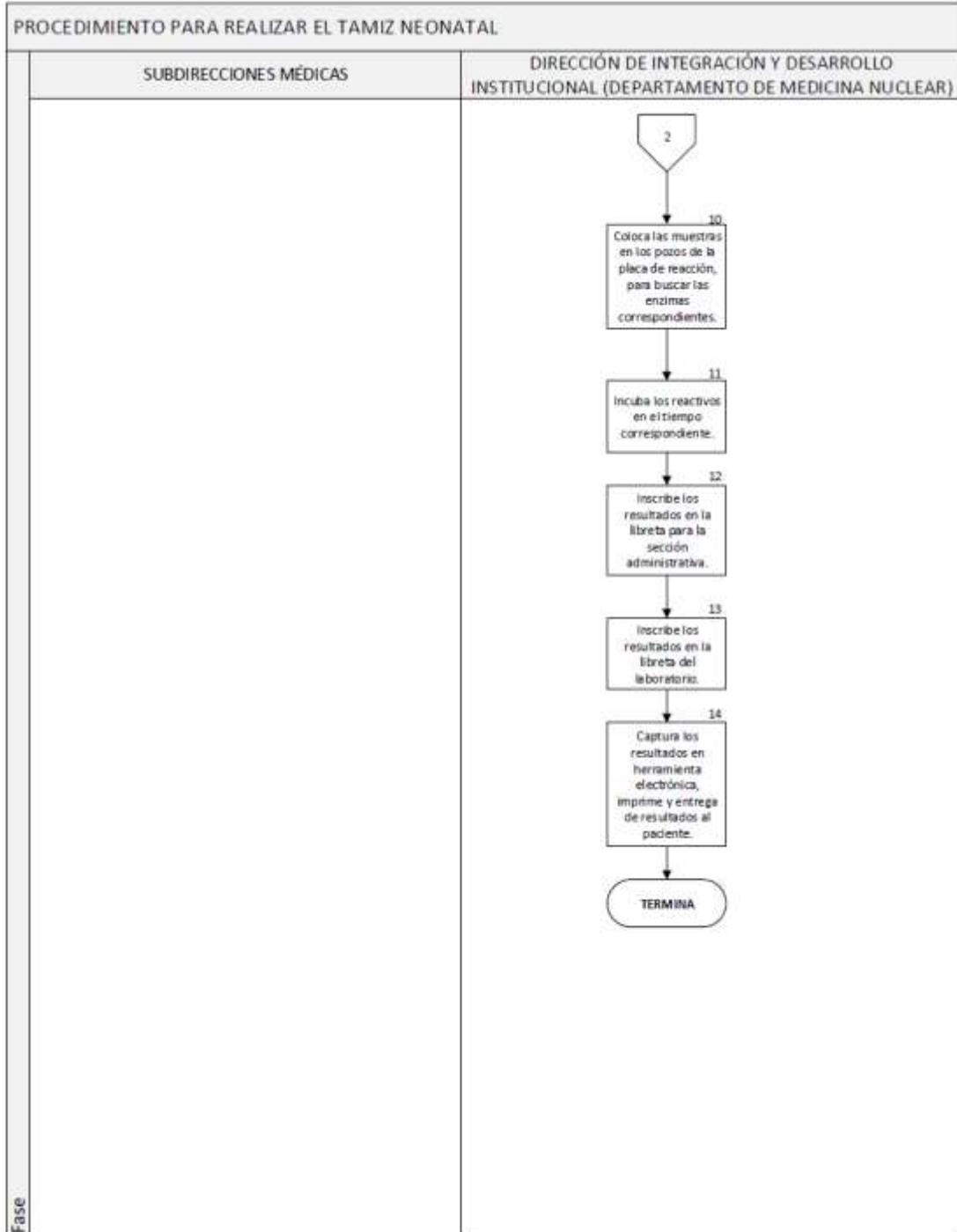
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Subdirectores Médicos	1	Envía al paciente al Departamento con solicitud de estudios.	Solicitud de Estudio de Gammagrafía y Tamiz Neonatal
Director de Integración y Desarrollo Institucional y Jefe del Depto. de Medicina Nuclear	2	Recibe al paciente con la solicitud de estudio.	Formatos de consentimiento informado y de resultados
	3	Localiza la tarjeta de muestra de cordón y ficha de identidad, revisa su contenido.	
	4	Corroborar los datos de la ficha de identificación y en caso de inconsistencias, se corrigen los datos.	
	5	Entrega al familiar formato de Consentimiento Informado para su llenado, previo a la toma de muestra.	
	6	Obtiene una muestra de sangre capilar del recién nacido, con lanceta para determinación de hormonas, enzimas, carbohidratos y aminoácidos	
	7	Prepara e identifica la placa y el lugar que ocupan en ella tanto curva de calibración, controles y muestras.	
	8	Prepara la sangre en el papel filtro e incuba a temperatura ambiente.	
	9	Prepara el eluyente y desarrolla la reacción Ag-AI.	
	10	Coloca las muestras en los pozos de la placa de reacción, para buscar las enzimas correspondientes.	
	11	Incuba los reactivos en el tiempo correspondiente.	
	12	Inscribe los resultados en la libreta para la sección administrativa para consulta de información de los estudios realizados.	
	13	Inscribe los resultados en la libreta del laboratorio para el control de resultados positivos o sospechosos y así poder indicar una segunda toma y seguimiento.	
	14	Captura los resultados en herramienta electrónica, imprime y entrega de resultados al paciente para que los presente con su pediatra y/o médico especialista.	
	TERMINA		

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 6 de 15



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 7 de 15

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el 5 de febrero de 1917	No aplica
6.2 Ley General de Salud, publicada en el D.O.F. el 7 de febrero de 1984	No aplica
6.3 Reglamento de la Ley General de Salud, capítulo V. D.O.F. 14-05-86.	No aplica
6.4 NOM-034-SSA2-2002, NOM-007-SSA-1993, Decreto por el que se reforma el Artículo 61 de la Ley General de Salud D.O.F. 25-01-2013	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de estudios	3 años	Departamento de Medicina Nuclear	Nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, servicio solicitante, fecha de solicitud, No. de registro, Cama No, Nombre y firma del médico solicitante y cédula de profesiones

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Tamiz Neonatal.** - Examen de laboratorio practicado al recién nacido para detectar padecimientos de tipo metabólico congénitos a través de la toma de muestra sanguínea obtenida del talón en el periodo del tercer al quinto día de vida.
- 8.2 Muestra sanguínea.** - Pequeña cantidad de sangre (tejido orgánico que sirve para conocer sus propiedades o cualidades).

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 8 de 15

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Estudio de Gammagrafía y Tamiz Neonatal**
- 10.2 Tarjeta de toma de muestra para tamiz neonatal ampliado**
- 10.3 Consentimiento informado**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dirección de Integración y Desarrollo Institucional

3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal



Rev. 01

Hoja: 9 de 15

10.1 Solicitud de Estudio de Gammagrafía y Tamiz Neonatal



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Departamento de Medicina Nuclear

SOLICITUD DE ESTUDIO GAMMAGRÁFICO Y TAMIZ NEONATAL

Nombre del paciente: Edad: Fecha Nacimiento: / /

Número de registro: Sexo: Casa No.

Servicio solicitante: Fecha de la solicitud: / /

Marque con una cruz el estudio solicitado en el espacio que antecede a la clave de cobro:

Table with columns for medical specialties and procedures. Includes sections like CARDIOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA - PEDIATRÍA, GASTROENTEROLOGÍA - PEDIATRÍA - URGENCIAS, etc.

Nombre y Firma del Médico solicitante:

Cédula Profesional

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 10 de 15



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Departamento de Medicina Nuclear
SOLICITUD DE ESTUDIO GAMMAGRÁFICO Y TAMIZ NEONATAL

RESUMEN CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		

10.2 Tarjeta de toma de muestra para tamiz neonatal ampliado



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 13 de 15



IV. Estudio / prueba de Tamiz solicitada

Su médico pediatra ha solicitado que se realice el estudio /prueba denominada:

TAMIZ METABOLICO NEONATAL AMPLIADO

V. Acto autorizado del procedimiento.

El Tamiz Neonatal, es una prueba sencilla y segura a todos los recién nacidos se les tomará la muestra de talón de preferencia entre el 3ro. y 4º día de vida o antes de cumplir un mes de nacido; es un estudio que no tiene ninguna reacción, consiste en la recolección de cuatro o cinco gotas de sangre en papel filtro específico.

VI. Riesgos y beneficios esperados.

Riesgos: NINGUNO.

Beneficios: CONOCER EL ESTADO METABOLICO DE SU HIJO (A).

VII. Derechos del paciente.

El Hospital Gea González, está sujeto a cumplir con carácter de obligatorio, los Derechos Generales de los Pacientes, además del cumplimiento de las leyes y reglamentos que traten sobre la materia de salud.

VIII. Confidencialidad.

Toda la información que usted proporcione sobre su persona o terceros, será tratada en forma confidencial y se utilizarán todos los recursos para salvaguardarla, con excepción de aquellos casos en los que el profesional de salud determine que esté en riesgo su vida o la de otros y cuando previamente y por escrito las autoridades civiles, sanitarias o judiciales lo soliciten.

IX. Autorización al personal de salud.

Autorizo al personal Médico, Químico, Biólogo, Técnico Rad. y/o de Enfermería del Departamento de Medicina Nuclear del Hospital Gea González; para que proceda a realizar el estudio o prueba de Tamiz Neonatal y sus pruebas complementarias si así se requieren, que servirá para descubrir o tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica cuidadosa.

El Departamento de Medicina Nuclear del Hospital Gea González, cuenta con los recursos necesarios y personal capacitado para contrarrestar, hasta donde sea médicamente posible las eventuales complicaciones que pudieran presentarse, por lo que estoy de acuerdo con las medidas que para ello se tomen.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 14 de 15



Además reconozco y acepto que con motivo de los procedimientos que se me practicarán durante mi estancia en las instalaciones del hospital, me encontraré expuesto al riesgo de contagio de SARS.CoV2 (COVID-19), en virtud de la pandemia recientemente declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), deslindando en este acto de cualquier responsabilidad al hospital por el riesgo de contagio señalado.

Deslindo de toda responsabilidad al Hospital Gea González y al personal del Departamento de Medicina Nuclear, en caso de que se presente un desastre de la naturaleza, que impida complementar el estudio o prueba solicitada.

También expreso, que este documento ha sido debidamente explicado y entiendo todo lo que en él se señala.

ACEPTO Y AUTORIZO

Nombre y firma del familiar más cercano, tutor o representante legal.

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre completo y firma.

Nombre completo y firma.

PERSONAL DE MEDICINA NUCLEAR

Nombre, firma y cargo del personal que realizó la punción en el talón

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	3. Procedimiento para realizar el Tamiz Neonatal		Hoja: 15 de 15

Se entrega paciente:			
Fecha y hora de ingreso a la toma de muestra:			
Con las siguientes condiciones:			
Respiración Normal	SI	NO	
Frecuencia Cardíaca Normal	SI	NO	
Respuesta a estímulos	SI	NO	
Recibe al niño (a) en buenas condiciones			
Fecha y hora de salida:			
Nombre y Firma del familiar que recibe al niño (a)			Nombre y Firma de quien toma la muestra

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	4. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 1 de 8

4. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	4. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 2 de 8

1. PROPÓSITO

Determinar las actividades que debe realizar el personal médico para solicitar el apoyo de las demás áreas médicas del hospital y brindar al paciente un manejo multidisciplinario.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica es responsable de la atención médica integral del paciente y solicita la interconsulta para su diagnóstico y rehabilitación.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados que requieren atención complementaria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica está conformada por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.2 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas, es responsable de que toda interconsulta que se solicite a otra especialidad deberá ser a través de la solicitud de interconsulta escrita debidamente requisitada y autorizada por el área correspondiente.
- 3.3 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas determina, dependiendo las condiciones médicas, qué paciente tiene la necesidad de ser valorado por otra Especialidad Médica o Servicio de Apoyo.
- 3.4 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas verifica que se realicen las Interconsultas y el seguimiento oportuno al paciente mediante el formato de solicitud de interconsulta.
- 3.5 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta externa y las asistentes Médicas de las especialidades son responsables de asignar cita de interconsulta cuando el paciente la solicite.
- 3.6 En el caso de pacientes con múltiples patologías, la Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de ingresar al paciente en la especialidad donde corresponda la patología principal y los demás darán seguimiento como interconsultantes.
- 3.7 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable del ingreso a otra especialidad, solo en caso de que la patología de ingreso ya haya sido resuelta por el servicio principal.
- 3.8 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de solicitar el pago de la interconsulta el día de su cita en la consulta externa. Y en el caso de pacientes hospitalizados se le deberá entregar en la hoja de cargos antes del egreso hospitalario.
- 3.9 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable que al recibir una interconsulta debe sellar y anotar fecha y hora.
- 3.10 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de consulta externa es responsable de enviar al paciente a la especialidad correcta en caso de no pertenecer a su área.
- 3.11 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de hospitalización es responsable de solicitar las interconsultas necesarias, en caso de que las especialidades interconsultantes no sean las adecuadas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	4. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 3 de 8

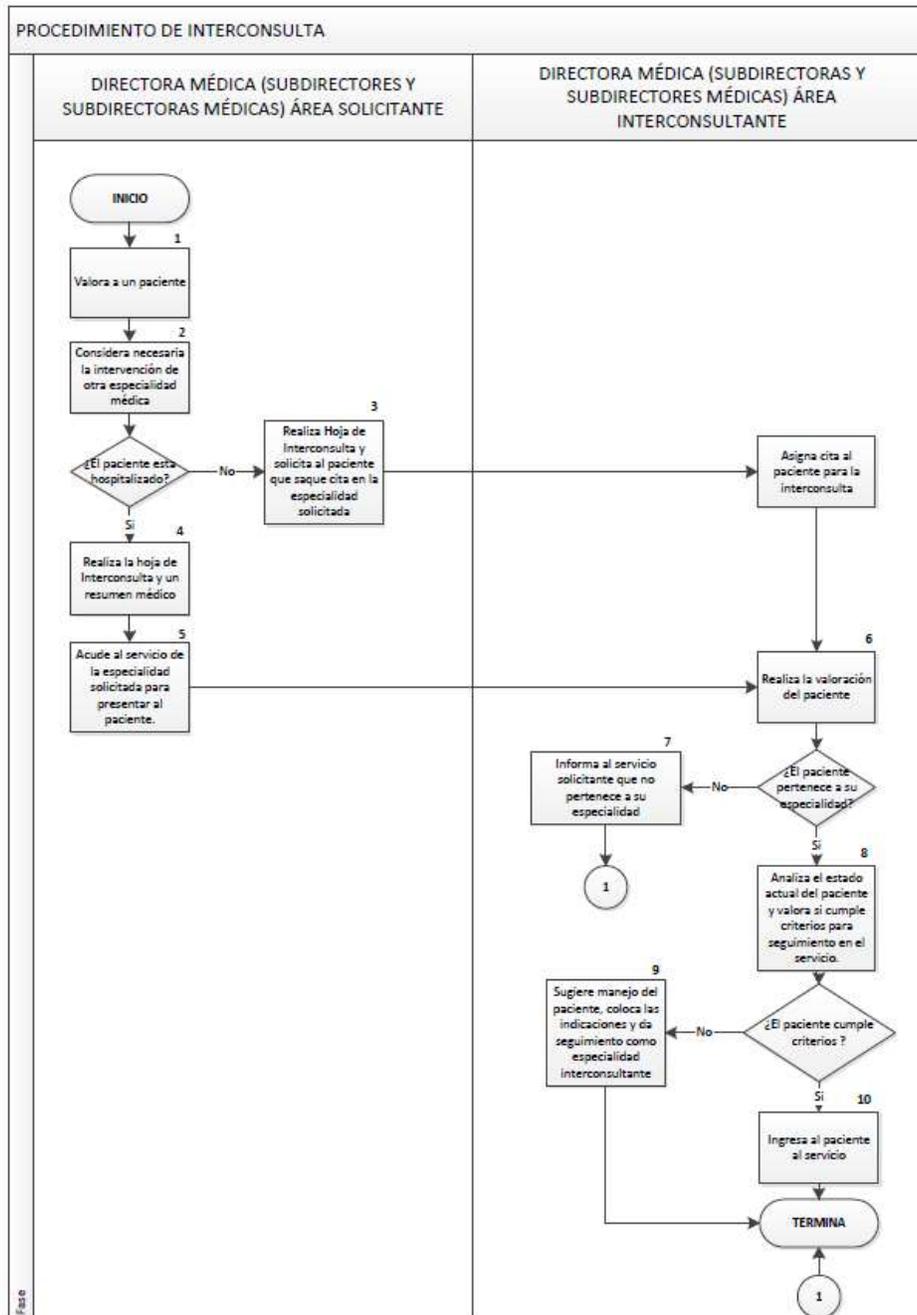
- 3.12 La Subdirección de Cirugía a través de las Divisiones de Ortopedia, Cirugía Plástica y Reconstructiva, y Otorrinolaringología, son la excepción para elaborar la solicitud de interconsulta a la División de Rehabilitación, dado que cuentan con personal de dicha División en sus servicios.

	PROCEDIMIENTO
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
	Procedimiento de Interconsulta

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (Subdirectores y Subdirectorías médicas) Área solicitante	1	Valora a un paciente	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	2	Considera necesaria la intervención de otra especialidad médica	
	3	¿El paciente está hospitalizado?	
		No: Realiza Hoja de Interconsulta y solicita al paciente que saque cita en la especialidad solicitada.	
	4	*Asigna cita al paciente para la interconsulta y el día de su cita, continua la actividad 6.	
5	Si: Realiza la hoja de Interconsulta y un resumen médico.		
Directora Médica (Subdirectores y Subdirectorías médicas) Área Interconsultante	6	Acude al servicio de la especialidad solicitada para presentar al paciente.	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	7	Realiza la valoración del paciente	
	8	¿El paciente pertenece a su especialidad?	
	9	No: Informa al servicio solicitante que no pertenece a su especialidad. Termina Procedimiento	
	10	Si: Analiza el estado actual del paciente y valora si cumple criterios para seguimiento en el servicio	
	¿El paciente cumple criterios?		
	No: Sugiere manejo del paciente coloca las indicaciones y da seguimiento como especialidad interconsultante		
	Si: Ingresa al paciente al servicio.		
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	4. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 6 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Nom-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	3 años	Dirección Médica Área interconsultante	Fecha y nombre del paciente

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Área Solicitante.** - Especialidad médica que solicita la interconsulta.
- 8.2 Área Interconsultante.** - Especialidad médica que proporciona la interconsulta.
- 8.3 Diagnóstico.** - Proceso de acercamiento gradual al conocimiento científico de una patología, que permite destacar los elementos más significativos de una alteración.
- 8.4 Interconsulta.** - Acción realizada para solicitar la atención u opinión para el tratamiento de un paciente por otra especialidad distinta a la del tratante.
- 8.5 Manejo multidisciplinario.** - Manejo integral.
- 8.6 Valoración.** - Revisión detallada y sistemática de un paciente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	19 Septiembre 2018	Actualización de formato y políticas de operación, normas y lineamientos Se actualiza el diagrama de operación.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta
- 10.2 Nota de Evolución

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	4. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 7 de 8

10.1 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____
SEXO: _____	Nº. EXP. _____	SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____ TALLA _____ PESO _____
FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____		
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:		
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:		
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:		
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:		
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:		
PLAK DE ESTUDIO:		
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:		
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:		
PRONÓSTICO:		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA: _____		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____		
AM- 54 LICENCIA SANITARIA 1014004673		
		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	5. Procedimiento para la comunicación entre el organismo regulador en materia nuclear y este Departamento		Hoja: 1 de 6

5. PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE EL ORGANISMO REGULADOR EN MATERIA NUCLEAR Y ESTE DEPARTAMENTO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	5. Procedimiento para la comunicación entre el organismo regulador en materia nuclear y este Departamento		Hoja: 2 de 6

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades en materia nuclear para el control y supervisión de los procedimientos operativos y de seguridad radiológica que se realizan en el Departamento de Medicina Nuclear, en materia de protección radiológica, con la finalidad de ejercer control, vigilancia y supervisión del material radiactivo; tal como lo establece la normativa oficial y el organismo regulador.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Medicina Nuclear, supervisa y aplica las medidas en materia de protección radiológica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (C.N.S.N.S) que vigila y supervisa en materia de protección radiológica, de acuerdo con la normativa oficial.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de aplicar los apéndices, normas técnicas, manuales e instructivos, relacionados con el manejo de material radiactivo, que expide la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (C.N.S.N.S).
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear, para los efectos Seguridad Radiológica, es responsable de considerar peligro o riesgos inminentes para el personal de una instalación radiactiva o para la sociedad en general, cuando:
- I.- Se carezca de la autorización, permiso o licencia requeridos por la Ley.
 - II.- Las fuentes selladas pierdan su hermeticidad.
 - III.- Los sistemas o equipos de control de la fuente de radiación o equipo que la contenga se encuentren en condiciones que contravengan las disposiciones de este Reglamento.
 - IV.- No se cuente con el equipo de medición de radiación ionizante requerido o éste no se encuentre en condiciones adecuadas de funcionamiento.
 - V.- El uso de las fuentes de radiación o equipos que las contengan se realice en contravención a las disposiciones de este Reglamento.
 - VI.- Las barreras de ingeniería de protección física y radiológica no cumplan las especificaciones requeridas por la Comisión.
 - VII.- El personal encargado de la utilización de las fuentes de radiación o equipos que las contengan, carezca de la autorización de la Comisión respecto a su capacitación y adiestramiento.
 - VIII.- La liberación de material radiactivo fuera de la instalación exceda los límites fijados en el permiso o licencia respectivos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	5. Procedimiento para la comunicación entre el organismo regulador en materia nuclear y este Departamento		Hoja: 3 de 6

- IX.-** Los sistemas de control de las fuentes de radiación o equipos que las contengan, operen de manera deficiente o estén próximos a sufrir alguna falla.
- X.-** Se pierda la hermeticidad de las fuentes selladas y se provoque en la instalación contaminación superficial superior a los límites establecidos en la norma técnica correspondiente.
- XI.-** La cantidad de material radiactivo suspendido en el aire exceda los límites establecidos en la norma técnica correspondiente.
- XII.-** Los niveles de contaminación superficial de bienes muebles o inmuebles, excedan los límites establecidos en la norma técnica correspondiente, y la descontaminación no sea posible.
- XIII.-** Las condiciones de las instalaciones que albergan las fuentes de radiación o equipos que las contengan, pudieran afectar la seguridad de estos.

La Comisión podrá ordenar y ejecutar como medidas preventivas o de seguridad, las siguientes:

- 1.-** Retención, aseguramiento o depósito de las fuentes de radiación ionizante o equipo que las contenga, así como de cualquier bien contaminado;
- 2.-** Clausura temporal, parcial o total, de instalaciones radiactivas o bienes inmuebles contaminados;
- 3.-** Clausura definitiva de instalaciones radiactivas o bienes inmuebles contaminados, y
- 4.-** Ocupar temporalmente las instalaciones nucleares y radiactivas en los términos del artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 27 constitucional en materia nuclear.

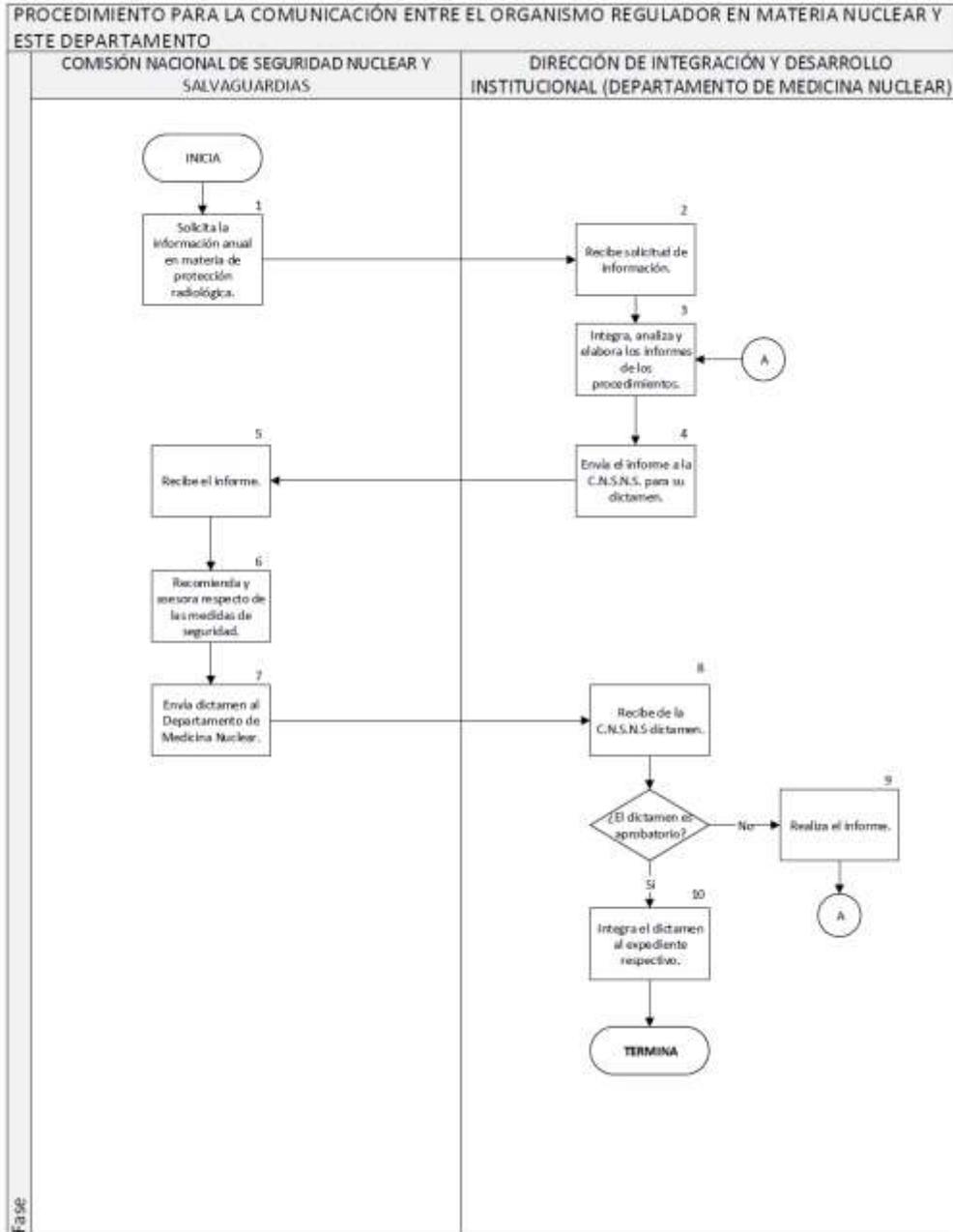
3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Medicina Nuclear es responsable de enviar el Informe Anual de Actividades en Protección Radiológica correspondiente al año actual de operación, como el poseedor de una Licencia de Operación (permisionario).

	PROCEDIMIENTO
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
	Procedimiento para la comunicación entre el organismo regulador en materia nuclear y este Departamento

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias	1	Solicita la información anual en materia de protección radiológica.	
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefe de Departamento de Medicina Nuclear)	2	Recibe solicitud de información.	
	3	Integra, analiza y elabora los informes de los procedimientos en materia de protección radiológica que se realizaron en los 12 meses previos.	
	4	Envía el informe a la C.N.S.N.S. para su dictamen.	
Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias	5	Recibe el informe.	
	6	Recomienda y asesora respecto de las medidas de seguridad nuclear, radiológica, física, de salvaguardias y administrativas.	
	7	Envía dictamen al Departamento de Medicina Nuclear.	
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefe de Departamento de Medicina Nuclear)	8	Recibe de la C.N.S.N.S dictamen de la evaluación de la información suministrada.	
	9	¿El dictamen es aprobatorio?	
	10	No: Realiza el informe, regresa a actividad 3. Si: Integra el dictamen al expediente respectivo.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	5. Procedimiento para la comunicación entre el organismo regulador en materia nuclear y este Departamento		Hoja: 6 de 6

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en material nuclear	No aplica
6.2 Reglamento General de Seguridad Radiológica. D.O.F. 22-11-88	No aplica
6.3 Ley General de Salud, última reforma publicada 24-01-2020	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe Anual de Seguridad Radiológica.	3 años	Depto. de Medicina Nuclear	No aplica
7.2 Dictamen de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.	3 años	Depto. de Medicina Nuclear	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (CNSNS).**- Órgano Desconcentrado, dependiente de la Secretaría de Energía, regulador de las actividades que utilicen o empleen material radioactivo.
- 8.2 Radiación Ionizante.**- Emisión electromagnética o particulada que al interactuar con la materia produce formación de pares eléctricos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	23/09/2021	Actualización de formato, propósito, alcance, descripción y diagrama del procedimiento.

10. ANEXOS

- 10.1** No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		Hoja: 1 de 12
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		

6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para la integración, validación, el procesamiento y el análisis de la información de las áreas de atención médica del hospital y su posterior envío para generar informes e indicadores oportunamente, para facilitar la toma de decisiones estratégicas en la institución.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, y la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional las cuáles son responsables de la coordinación del envío de la información de las Subdirecciones, Divisiones y Departamentos a su cargo. Las Subdirecciones adscritas a estas direcciones son encargadas de enviar la información derivada de la atención médica de las áreas a su cargo en los tiempos y formatos establecidos, la Subdirección de Planeación es responsable de recolectar la información enviada.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Secretaria de Salud e Instituto Nacional de Acceso a la información (INAI), responsable de enviar los criterios necesarios para la información estadística.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica y de Integración y Desarrollo Institucional son responsables de coordinar que la información estadística que se genera en las áreas a su cargo, sea entregada puntualmente.
- 3.2 Las Subdirecciones son responsables de la información que generan las áreas a su cargo.
- 3.3 Las Subdirecciones son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales y que sea válida exacta, completa y consistente.
- 3.4 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos (semanal, mensual, trimestral, semestral o anual).
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de concentrar y enviar la información diaria derivada de la atención médica en la Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, la cuál se recibirá al día hábil siguiente, antes de las 10:00 horas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 3 de 12

- 3.7 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de establecer el periodo de cierre de la información, mismo que será informado por oficio a las subdirecciones que generan información para que informen a las áreas a su cargo.
- 3.8 Las Subdirecciones son responsables de concentrar y enviar la información mensual derivada de toda la atención clínica que generan las áreas a su cargo no mencionadas en el punto 3.6, en los dos primeros días hábiles del mes en el formato establecido por la normativa interna y/o externa del hospital, acompañada del soporte en electrónico (base de datos) y un oficio firmado donde reporte la cifra final al cierre del periodo respectivo. Las cifras recibidas antes de las 10:00 horas, serán las que se tomen en cuenta para la integración del informe mensual.
- 3.9 La información que se entregue de forma extemporánea no será contabilizada para la productividad del servicio y será devuelta por oficio con copia a la Dirección correspondiente para tomar las medidas pertinentes.
- 3.9 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística notificará de forma oficial a las Subdirecciones generadoras de información si existen cambios en las fechas de entrega establecidas, así como en los mecanismos y métodos de entrega de la información.
- 3.10 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos.
- 3.11 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de utilizar la Plataforma “Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud”, en caso de que la plataforma no esté disponible se utilizarán las siguientes: “Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Sistema de Información en Salud y Sistema de Lesiones” o las que las autoridades pertinentes determinen para carga de información.
- 3.12 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de solicitar al Departamento de Informática el respaldo mensual de la información generada y entregada, para la generación de los informes bioestadísticos.
- 3.13 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de enviar al Departamento de Información de Control de Gestión el informe bioestadísticos final.

	PROCEDIMIENTO
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional
	4. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividad	Documento o Anexo
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional. (Jefes y Jefas de División y Departamento)	1	Genera información relativa de su productividad en las distintas áreas en el electrónico establecido en la normativa interna o externa institucional para ese fin.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	2	Concentra la información diariamente y valida que sea exacta, completa, consistente y correspondiente al periodo reportado por cada área de adscripción en un archivo electrónico de Excel.	Oficio de entrega
	3	Envía a la Subdirección correspondiente para su revisión	
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional.	4	Recibe y revisa la información generada por las divisiones y departamentos a su cargo.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
		¿La información cumple todos los criterios?	Oficio de entrega
	5	No: Envía al área correspondiente para su corrección.	
	6	Si: Concentra la Información recibida por las diferentes áreas a su cargo	
	7	Envía la información de las áreas respecto a la Atención Médica.	
Subdirector de Planeación (Jefa de División de Bioestadística)	8	Recibe la información de las áreas de atención médica	Informe de Bioestadística Final
	9	Valida la información recibida ¿La Información cumple?	



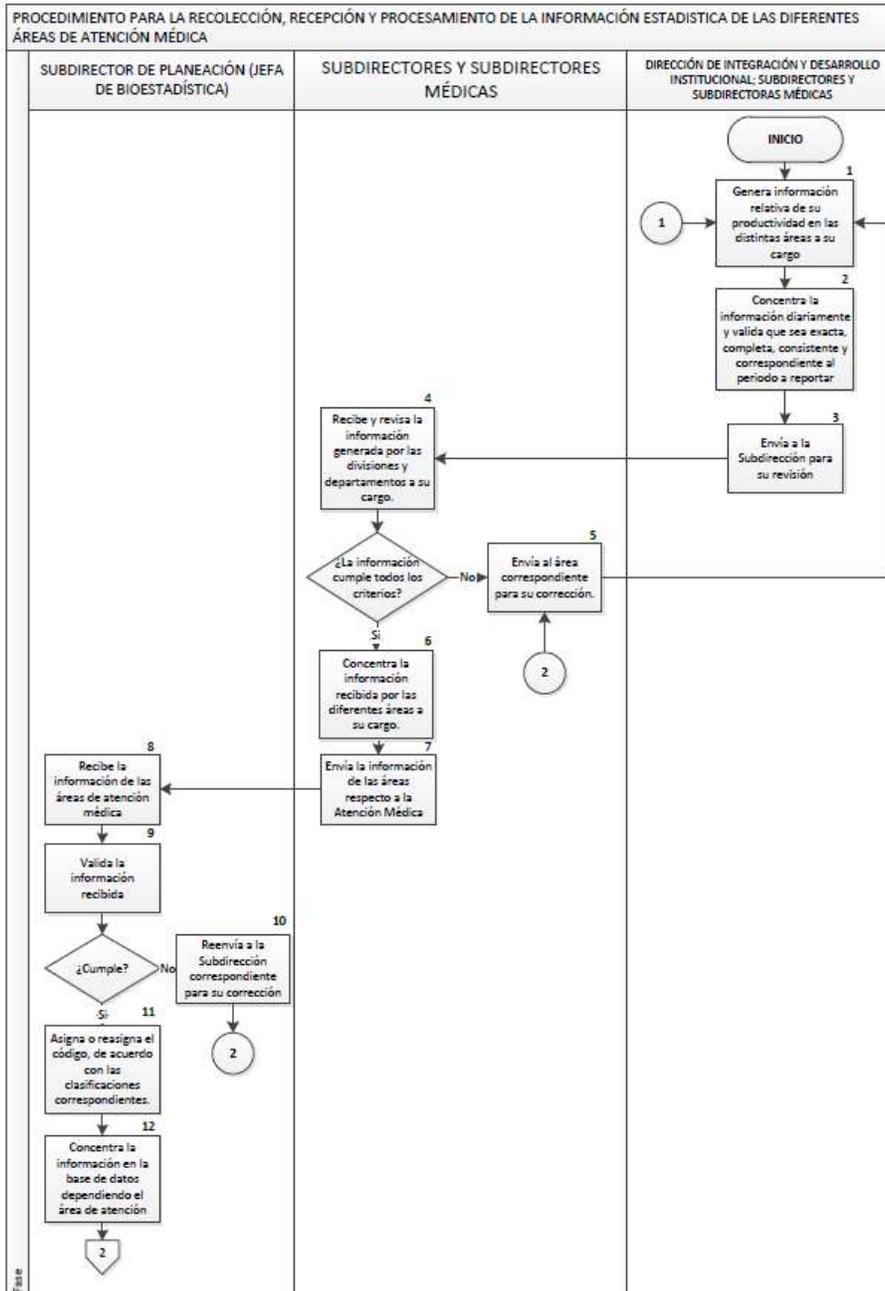
PROCEDIMIENTO

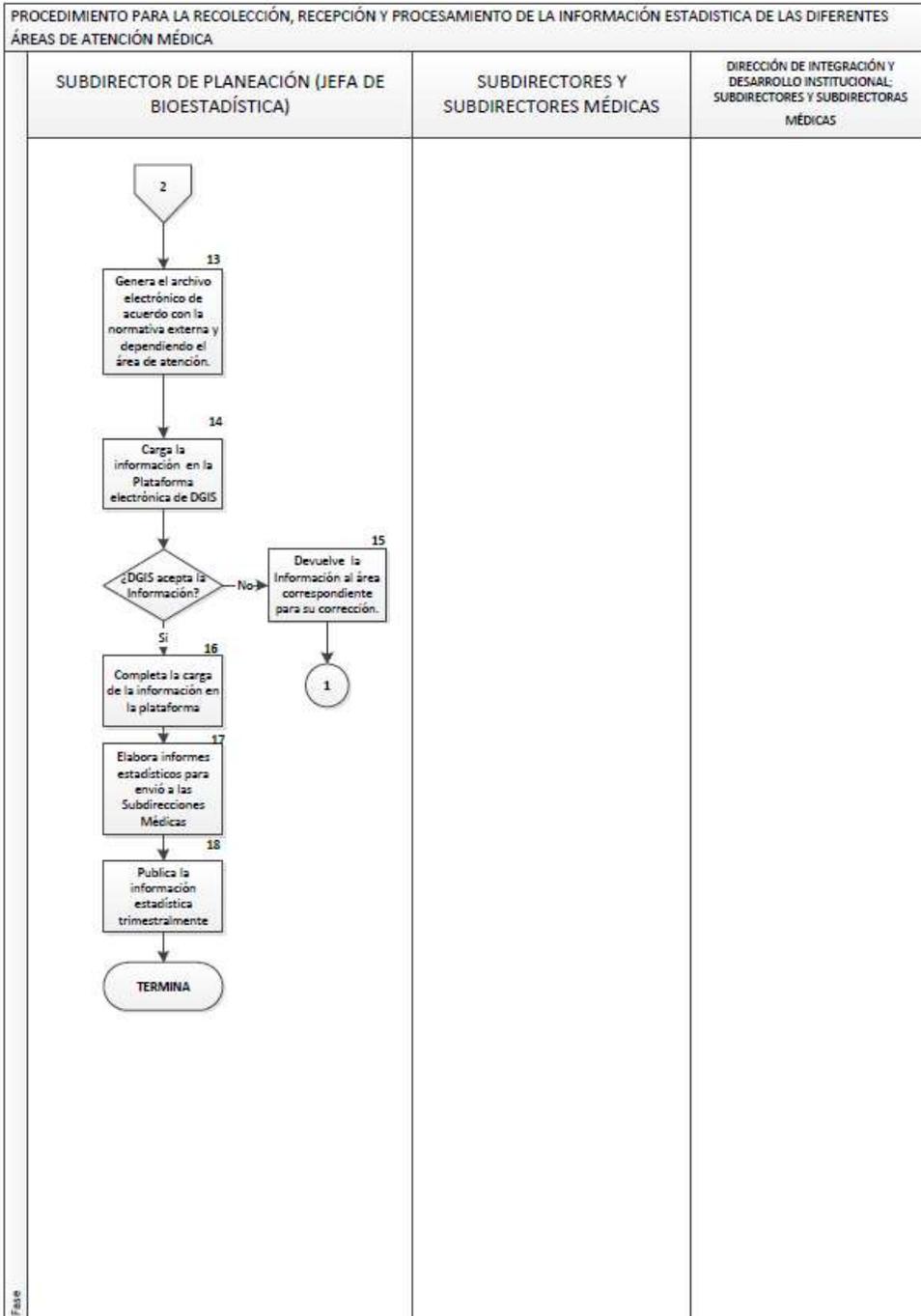
Dirección de Integración y Desarrollo Institucional

4. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas

	10	No: Reenvía la información a la Subdirección correspondiente para su corrección, regresa a la actividad 5.	
	11	Si: Asigna o reasigna el código, de acuerdo con las clasificaciones correspondientes.	
	12	Concentra la información en la base de datos dependiendo el área de atención.	
	13	Genera el archivo electrónico de acuerdo con la normativa externa y dependiendo el área de atención.	
	14	Carga la información en la Plataforma electrónica de DGIS ¿DGIS acepta la Información?	
	15	No: Devuelve la información al área correspondiente para su corrección. Regresa a la actividad 1	
	16	Si: Completa la carga de la información en la plataforma	
	17	Elabora informes estadísticos para envío a las Subdirecciones Médicas	
	18	Publica la información estadística trimestralmente.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 8 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Manual de Organización Funcional	No aplica
6.2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud	No aplica
6.3 Clasificación de Procedimientos	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Archivo Electrónico de Excel	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio
7.2 Informe Estadístico de las Actividades del Médico	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Días de estancia:** número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso.
- 8.2 Egreso hospitalario:** evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios
- 8.3 Fehaciente:** Que hace fe, fidedigno.
- 8.4 Estadística:** Es una rama de la matemática que se refiere a la recolección, análisis e interpretación de los datos obtenidos en un estudio. Es aplicable a una amplia variedad de disciplinas, desde la física hasta las ciencias sociales, ciencias de la salud como la Psicología y la medicina.
- 8.5 Información diaria:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. a las 23:59 hrs. del día natural a reportar, la productividad se cierra con la información enviada hasta las 10 hrs. del primer día del siguiente mes estadístico.
- 8.6 Información mensual:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. Del primer día natural del mes a las 23:59 horas del último día natural del mes.
- 8.7 Morbilidad:** Número Proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 9 de 12

8.8 Defunción/muerte: A la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después del nacimiento vivo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	04/03/2019	Actualización del Formato, se conjuntan el procedimiento 1, 2 y 3 del Manual de Procedimientos, Se cambian políticas de entrega de Información y se agregan anexos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Captura de pantalla Registro Diario de pacientes de consulta externa

10.2 Captura de pantalla Sistema de Registro de pacientes en el área de Urgencias

10.3 Ejemplo de base de Excel para hospitalización.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 10 de 12

10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"





Adsc.

Residente

viernes, 24 de junio de 2016
Fecha de Consulta

Corp
No. Expediente
Recibo de pago
Tipo de Consulta

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)
Sexo
0
0

Estado o delegación
Derechohabencia
 Migrante
 Discapacitado
 Solo llene uno de los dos (Años o Meses)

Diagnóstico (CIE10) Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

Av. Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, D.F. Teléfono: 01 55 4000 3000

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 11 de 12

10.2 CAPTURA DE PANTALLA SISTEMA DE REGISTRO DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Login







HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

04/03/2019

02:19:08 p. m

Usuario:

Contraseña:

Ingresar

Salir de la aplicación



