



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**NOMBRE Y CLAVE**

Procedimiento para la realización de estudios de gammagrafía y administración de material radiactivo para diagnóstico y tratamiento en los Departamentos de Medicina Nuclear de las Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social  
2430-003-021

**AUTORIZACIÓN**

**Aprobó**

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto  
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

**Revisó**

Dr. Juan Manuel Lira Romero  
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Efraín Arizmendi Uribe  
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

**Elaboró**

Lic. Martha Patricia Galán Hermosillo  
Jefe de la División de Apoyo a la Gestión

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN  
Y COMPETITIVIDAD  
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

**ACTUALIZACIÓN 07 MAYO 2020**

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1 Base normativa	5
2 Objetivo	5
3 Ámbito de aplicación	5
4 Definiciones	5
5 Políticas	7
6 Descripción de actividades	12
Etapa I Otorgamiento de cita	12
Modalidad A Paciente que no requiere internamiento (externo)	13
Modalidad B Paciente hospitalizado en otra Unidad médica	15
Modalidad C Paciente hospitalizado en la misma Unidad médica	18
Etapa II Atención médica	20
Modalidad A Realización de estudios de gammagrafía	21
A.1 Paciente que no requiere internamiento	27
A.2 Paciente hospitalizado en la misma Unidad médica	28
A.3 Paciente hospitalizado en otra Unidad médica	29
Modalidad B Administración de material radiactivo para tratamiento	31
B.1 Paciente que requiere dosis menor a 1100 MBq (<30mCi)	32
B.2 Paciente que requiere dosis mayor a 1100 MBq (=>30mCi)	37
7 Diagrama de flujo	42
8 Anexos	



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
Anexo 1	Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco Clave 2430-009-026.	57
Anexo 2	Solicitud de estudios de medicina nuclear Clave 2430-009-037.	65
Anexo 3	Indicaciones para el estudio de medicina nuclear Clave 2430-009-043.	71
Anexo 4	Carta de consentimiento informado para procedimientos diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear Clave 2430-009-044.	74
Anexo 5	Carta de consentimiento informado para Estudio de Gammagrama Cardíaco Clave 2430-009-045.	80
Anexo 6	Instrucciones para el personal de enfermería durante la instalación al paciente de dispositivo central o periférico para la ministración de terapia de infusión intravascular Clave 2430-005-008.	86
Anexo 7	Instrucciones para el personal de enfermería para el traslado del paciente Clave 2430-005-021.	97
Anexo 8	Bitácora de medicina nuclear Clave 2430-022-027.	109
Anexo 9	Interpretación de estudios de medicina nuclear Clave 2430-009-046	113
Anexo 10	Relación de estudios interpretados de medicina nuclear Clave 2430-009-047.	122



## INDICE

		<b>Página</b>
Anexo 11	Indicaciones de seguridad radiológica para el paciente que recibió tratamiento con material radiactivo Clave 2430-009-048.	126
Anexo 12	Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe tratamiento con material radiactivo Clave 2430-009-049.	129
Anexo 13	Indicaciones para los familiares del paciente a quien se le ha administrado material radiactivo Clave 2430-009-050.	134



## 1 Base normativa

- Artículo 82 Fracción IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Numerales 8.1.5.3 párrafo 3 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, validado y registrado el 08 de febrero de 2018.

## 2 Objetivo

Establecer las directrices del personal de salud adscrito al Departamento de Medicina Nuclear para la realización de estudios de gammagrafía y administración de material radiactivo con fines diagnóstico terapéutico en las Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para las Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social que cuentan con Departamento de Medicina Nuclear.

## 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

- 4.1. administración de material radiactivo:** Incorporación de material radiactivo en el organismo por cualquier vía y según prescripción médica.
- 4.2. becquerel (Bq):** Unidad de medición de la radioactividad.
- 4.3. CENTRACOM:** Central de Comunicaciones dependiente del Área de Transportes Terrestres, Aéreos y Traslado de Pacientes del Instituto, en la cual se reciben, programan y transmiten los datos de la solicitud de traslado de pacientes programados y ordinarios a la tripulación de la ambulancia designada, proporciona seguimiento al traslado e interviene en el caso de que el paciente no sea atendido o recibido en la unidad médica Institucional o en su domicilio, así como ante cualquier incidencia en la transportación.
- 4.4. cuarto de hospitalización:** Habitación destinada para pacientes de atención médica hospitalaria, a quienes se les ha administrado material radiactivo y que requieren aislamiento por cuestiones de protección radiológica o médica, el cual debe contar con dimensiones y blindajes apropiados.



- 4.5. cuerpo de gobierno:** Grupo de servidores públicos de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada de nivel jerárquico inmediato inferior al de su titular, cuyas funciones son ejercidas en los términos de los manuales respectivos.
- 4.6. desecho radiactivo:** Cualquier material para el que no se tenga previsto uso alguno, y que contenga o esté contaminado con radionúclidos a concentraciones o niveles de actividad mayores a los establecidos por la NOM-035-NUCL-2013, Criterios para la dispensa de residuos con material radiactivo o la que la sustituya.
- 4.7. dosis de exposición:** Cantidad de radiación que recibe el paciente.
- 4.8. egreso de un paciente:** Condición radiológica de un paciente al que se le ha administrado material radiactivo, que hace posible permitirle el abandono de la zona controlada de la instalación.
- 4.9. gamma cámara:** Equipo que detecta la radiación gamma del radio fármaco administrado al paciente por el cual se obtiene una imagen.
- 4.10. gammagrafía:** Estudio de imagen no invasivo que utiliza elementos radiactivos (in vivo e in vivo) basado en radiación gamma.
- 4.11. material radiactivo:** Cualquier material que contiene uno o varios radionúclidos que emiten espontáneamente partículas o radiación electromagnética, o que se fisiónan espontáneamente.
- 4.12. milicurie:** Unidad de medición de la radio actividad que equivale a  $3.7 \times 10^7$  desintegraciones por segundo.
- 4.13. OIMAC:** Oficina de Información Médica y Archivo Clínico en las unidades médicas de tercer nivel que se encarga del proceso de los sistemas de información para el acopio, captura, monitoreo, resguardo, administración de catálogos e insumos para la producción de información médica de manera oportuna, confiable y de calidad, así como del archivo clínico para la apertura, control, clasificación, depuración y resguardo de expedientes clínicos y legajos que se generen. También se denomina ARIMAC (Área de Información Médica y Archivo Clínico) o DIMAC (Departamento de Información Médica y Archivo Clínico).
- 4.14. personal ocupacionalmente expuesto (POE):** Persona que en el ejercicio y con motivo de su ocupación está expuesta a la radiación ionizante (personal adscrito al Departamento de Medicina Nuclear), quedan excluidos los trabajadores que ocasionalmente en el curso de su trabajo puedan estar expuestos a este tipo de radiación, siempre que el equivalente de dosis efectiva anual que reciban no exceda el límite establecido para el público en el Reglamento General de Seguridad Radiológica.
- 4.15. radio fármaco:** Compuesto radiactivo utilizado en medicina nuclear para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.



**4.16. radio núclido:** Átomo radiactivo que se administra al paciente para realizar algunos estudios de medicina nuclear.

**4.17. radio farmacia:** Lugar donde se reciben, almacenan, preparan, controlan y dispensan los radiofármacos.

**4.18. ropa de protección radiológica:** Prenda diseñada para cubrir a manera de barrera física y primaria entre la persona y la contaminación radiactiva, que minimiza la contaminación del personal.

**4.19. SICEH:** Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales.

## 5 Políticas

### 5.1. Generales

**5.1.1** La entrada en vigor del presente procedimiento actualiza y deja sin efecto el siguiente documento “Procedimiento para la realización de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento en los Servicios de Medicina Nuclear del Instituto Mexicano del Seguro Social”, con clave 2430-003-021, fecha de registro 18 de junio de 2013.

**5.1.2** La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, será la responsable de interpretar el presente procedimiento, así como resolver los casos no previstos en el mismo.

**5.1.3** El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y demás disposiciones aplicables al respecto.

**5.1.4** El lenguaje empleado en el presente documento, formatos y anexos, no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza del tema, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

**5.1.5** El personal de salud adscrito al Departamento de Medicina Nuclear deberá identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el estudio o tratamiento; con el uso de, al menos, dos datos para identificar a un paciente. Acorde al “Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, 2018”.

**5.1.6** El personal de salud adscrito al Departamento de Medicina Nuclear tratará al paciente, familiar, y/o persona legalmente responsable, con respeto, amabilidad y dignidad; se dirigirá en todo momento con un lenguaje claro, directo y sencillo que permita comprender las observaciones e instrucciones de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.



**5.1.7** El personal de salud adscrito a la Unidad Médica deberá mantener la confidencialidad de la información relativa a los casos evaluados y se asegurarán de que los datos personales de los derechohabientes tengan el manejo que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**5.1.8** El Cuerpo de Gobierno supervisará e implementará acciones para que se realice de manera correcta la Higiene de manos de acuerdo a “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”, clave 2430-005-026, antes y después de proporcionar la atención médica.

NOTA 1: Las “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud” clave 2430-005-026 es el Anexo 4 del “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-004.

NOTA 2: La Higiene de manos se puede realizar con alcohol-gel, antes y después de proporcionar la atención médica y en caso de no tener contacto con secreciones.

**5.1.9** El Cuerpo de Gobierno de la Unidad y el personal de salud que labora en el Departamento de Medicina Nuclear, considerarán la protección al trabajador, a la población derechohabiente, al público y al medio ambiente como el fin primordial de dar cumplimiento a las actividades contenidas en este procedimiento.

**5.1.10** El Departamento de Medicina Nuclear de las Unidades Médicas Hospitalarias, deberá contar con un manual de procedimientos técnico administrativos, un manual de procedimientos de seguridad radiológica y un plan acorde al presente procedimiento.

**5.1.11** Los Departamentos de Medicina Nuclear podrán establecer métodos específicos de trabajo con base en el presente Procedimiento, previamente autorizados por los órganos normativos correspondientes. Lo anterior, con base en el apéndice F de la Norma para la elaboración, autorización y registro de los documentos normativos internos en el IMSS, clave 1000-001-001.

**5.1.12** El presente procedimiento atiende el contenido de:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917 y sus reformas.
- Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995 y sus reformas.
- Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de febrero de 1985 y sus reformas.



- Reglamento General de Seguridad Radiológica publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de noviembre de 1988.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-NUCL-2011, Control de la contaminación radiactiva publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-NUCL-2016, Requisitos y criterios de funcionamiento que deben cumplir los instrumentos de medición de radiación ionizante y los dosímetros de lectura directa publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de enero de 2017.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológica para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de octubre de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de abril de 2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-NUCL-2009, Manejo de desechos radiactivos en instalaciones radiactivas que utilizan fuentes abiertas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de agosto de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-NUCL-2013, Criterios para la dispensa de residuos con material radiactivo publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de mayo de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-NUCL-2016, Requisitos de seguridad radiológica para la práctica de medicina nuclear publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de agosto de 2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-NUCL-2013, Límites anuales de incorporación y concentraciones en liberaciones, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 06 de mayo de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2006.

## 5.2 Específicas

**Titular de la Dirección Médica y Jefe de División de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento o responsables:**



**5.2.1** Difundirán entre el personal a su cargo, el presente procedimiento.

**5.2.2** Conducirán en el ámbito de responsabilidad y nivel organizacional la implementación del presente procedimiento.

**5.2.3** Vigilarán de forma conjunta con el Jefe de Departamento Clínico de Medicina Nuclear y el Encargado de Seguridad Radiológica, que el personal de salud realice las actividades conforme a lo establecido en el presente procedimiento e implementará las medidas correspondientes.

**Titular de la Jefatura Médica del Departamento Clínico de Medicina Nuclear o responsable:**

**5.2.4** Será responsable directo de la eficiencia del proceso, encaminado en tres aspectos: la administración, el trabajo en equipo y el enfoque al usuario.

**5.2.5** Revisará en forma continua los recursos, operaciones, directrices y procedimientos de las diferentes áreas del Departamento de Medicina Nuclear en conjunto con el Encargado de Seguridad Radiológica.

**Médico No Familiar en Medicina Nuclear:**

**5.2.6** Asegurará la protección radiológica global del paciente, que la exposición sea la mínima necesaria para alcanzar el objetivo que se desea, teniendo en cuenta los niveles orientativos para exposiciones médicas.

**5.2.7** Otorgará la información a los familiares o acompañantes del paciente de los posibles riesgos que conlleva la administración de material radioactivo, y los cuidados posteriores a un estudio o tratamiento radioactivo instalado.

**5.2.8** Evaluará cualquier incidente o accidente con material radiactivo desde el punto de vista médico.

**Encargado de Seguridad Radiológica:**

**5.2.9** Elaborará el registro de los pacientes, (Nombre, Número de Seguridad Social y agregado), de las dosis de radio núcleo y radio fármaco otorgado, pruebas de las fuentes de radiación ionizantes y equipos, con el debido resguardo en el Departamento Clínico de Medicina Nuclear por espacio mínimo de 10 años, como lo marca la NOM-040-NUCL-2016, Límites anuales de incorporación y concentraciones en liberaciones.

**Personal de Enfermería del Departamento Clínico de Medicina Nuclear:**

**5.2.10** Proporcionará cuidado integral, con calidad, eficiencia y oportunidad para lograr la satisfacción del paciente en el Departamento Clínico de Medicina Nuclear.



**Técnico en Medicina Nuclear:**

**5.2.11** Deberá verificar y mantener una calibración adecuada de aparatos electro-médicos del Departamento Clínico de Medicina Nuclear, con base a las indicaciones del fabricante.

**5.2.12** Llevará a cabo el sistema de registro gráfico, y realizará las proyecciones o imágenes indicadas para los estudios de Medicina Nuclear,

**Personal Ocupacionalmente Expuesto adscrito en el Departamento Clínico de Medicina Nuclear:**

**5.2.13** Deberá utilizar invariablemente durante toda su jornada de trabajo, el uniforme reglamentario de acuerdo con su categoría, así como ropa de protección radiológica, guantes de látex y dosímetro termo luminiscente corporal y/o de extremidades cuando el caso lo requiera.

**5.2.14** Deberá asistir a los programas de capacitación, de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables.

**5.2.15** Llevará a cabo los estudios de gammagrafía, así como la administración de material radiactivo bajo condiciones de seguridad radiológica para los pacientes que lo requieren, evitando todo acto deliberado que se pudiera originar, para él mismo o para terceros; así como las situaciones de infracción de los requisitos establecidos por los ordenamientos legales aplicables.

**5.2.16** Atenderá las disposiciones técnicas, operativas y administrativas necesarias para la aplicación de las medidas de protección radiológica establecidas en la normatividad institucional y federal aplicable.

**5.2.17** Realizará el control de calidad del equipo y accesorios necesarios con apego a las instrucciones y al manual de operación específico.

**Personal que labora en el Área de Radio farmacia del Departamento de Medicina Nuclear de las Unidades Médicas Hospitalarias:**

**5.2.18** Registrará estrictamente la recepción, manejo y desecho del material radiactivo bajo la supervisión del Encargado de Seguridad Radiológica, de acuerdo a lo establecido a la Normativa Sectorial e Institucional vigente



Responsable	Descripción de actividades
<p data-bbox="152 275 605 338"><b>6. Descripción de Actividades</b></p> <p data-bbox="152 449 558 480">Médico No Familiar Tratante</p>	<p data-bbox="878 344 1203 415" style="text-align: center;"><b>Etapa I Otorgamiento de cita</b></p> <ol data-bbox="639 449 1446 590" style="list-style-type: none"><li>1. Determina la necesidad de estudio o tratamiento de Medicina Nuclear en base a las condiciones clínicas del paciente y sus necesidades terapéuticas.</li></ol> <p data-bbox="711 632 1446 751">NOTA: A todo paciente que se le requiera administrar una dosis mayor de 1110 megabecquerels (MBq) (30 millicuries) de material radiactivo requiere ser hospitalizado en un cuarto de hospitalización para evitar exposición al público.</p> <ol data-bbox="639 785 1446 961" style="list-style-type: none"><li>2. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la necesidad de realizar el estudio o de administrar tratamiento con material radiactivo, explica con claridad y de manera sencilla los riesgos y eventuales complicaciones.</li></ol> <p data-bbox="818 995 1341 1066" style="text-align: center;"><b>Acepta la realización del estudio o administración del tratamiento</b></p> <p data-bbox="711 1100 1089 1131">Continúa en la actividad 6.</p> <p data-bbox="794 1165 1365 1236" style="text-align: center;"><b>No acepta la realización del estudio o administración del tratamiento</b></p> <ol data-bbox="639 1270 1446 1381" style="list-style-type: none"><li>3. Orienta al paciente o familiar, o persona legalmente responsable sobre las consecuencias que dicho acto puede originar.</li></ol> <p data-bbox="711 1415 1446 1507">NOTA: Si el paciente cambia de decisión y acepta la realización del estudio o administración del tratamiento, continúa en la actividad 6.</p> <ol data-bbox="639 1541 1446 1724" style="list-style-type: none"><li>4. Elabora en original y copia Nota médica en formato "Notas médicas y de prescripción" clave 4-30-128/72, en el cual especifica la denegación del estudio o administración de tratamiento de Medicina Nuclear.</li></ol> <ol data-bbox="639 1757 1446 1942" style="list-style-type: none"><li>5. Entrega al paciente, o familiar o persona legalmente responsable el original de la Nota médica en formato "Notas médicas y de prescripción" clave 4-30-128/72 y anexa la copia al "Expediente clínico" y concluye procedimiento.</li></ol>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar tratante	<p data-bbox="818 275 1341 342"><b>Acepta la realización del estudio o administración del tratamiento</b></p> <p data-bbox="638 384 1170 415">6. Procede de acuerdo al paciente:</p> <p data-bbox="712 457 1446 562"><b>Modalidad A. Paciente que no requiere internamiento (Externo).</b></p> <p data-bbox="712 604 1089 636">Continúa en la actividad 7.</p> <p data-bbox="712 678 1414 745"><b>Modalidad B. Paciente hospitalizado en otra unidad médica.</b></p> <p data-bbox="712 787 1105 819">Continúa en la actividad 14.</p> <p data-bbox="712 861 1446 966"><b>Modalidad C. Paciente hospitalizado en la misma unidad médica.</b></p> <p data-bbox="712 1008 1105 1039">Continúa en la actividad 23.</p> <p data-bbox="737 1081 1344 1186"><b>Modalidad A Paciente que no requiere internamiento. (Externo)</b></p> <p data-bbox="638 1228 1446 1295">7. Elabora y entrega al paciente o familiar o persona legalmente responsable el siguiente documento:</p> <ul data-bbox="659 1337 1446 1558" style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2), original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia.</li></ul> <p data-bbox="712 1600 1446 1747">NOTA 1: El formato de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” es el Anexo 2 del “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-004.</p> <p data-bbox="712 1789 1446 1856">NOTA 2: El formato de “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”, se elaborará en aquellas Unidades médicas que no cuenten con los Anexos 1 y 2 del presente procedimiento.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Médico No Familiar tratante</p> <p>Asistente Médica o Personal Administrativo del Departamento de Medicina Nuclear</p>	<p><b>8.</b> Solicita al paciente o familiar o persona legalmente responsable acudir al Departamento de Medicina Nuclear para solicitar cita para el estudio.</p> <p><b>9.</b> Recibe al paciente o familiar o persona legalmente responsable, le solicita con amabilidad y cortesía los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de Medicina Nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia, o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia;</li><li>• “Cartilla Nacional de Salud”.</li></ul> <p>verifica los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre del paciente;</li><li>• Número de Seguridad Social;</li><li>• Tipo de estudio solicitado (diagnóstico o terapéutico)</li><li>• Nombre, matrícula y firma del médico solicitante.</li><li>• Vigencia de derechos en “Constancia de Vigencia de Derechos”, clave IMSS-02-020-B”.</li></ul> <p>NOTA: La “Constancia de Vigencia de Derechos IMSS-02-020-B, se obtiene en apego al “Procedimiento para el registro de derechohabiente, prórroga de servicios médicos y certificación de la vigencia en Unidad de Medicina Familiar”, clave 9220-B03-340; introduciendo el NSS y/o la CURP del (la) asegurado (a) o pensionado(a), la cual obtendrá a través del “Sistema AcceDer Unificado”, conforme al “Manual de Usuario del Sistema AcceDer Unificado”, clave 9220-022-600 ubicado en intranet, ingresando a la siguiente liga: <a href="http://intranet/Paginas/Index.aspx">http://intranet/Paginas/Index.aspx</a> --Listado de Aplicaciones-- Acceder Unificado--Módulo Ventanilla Dirección Entrar al Sistema ingresar usuario y contraseña correspondiente. En caso de no contar con sistema se puede obtener a través del portal del IMSS en internet <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual</a>.</p> <p><b>10.</b> Otorga la cita de acuerdo a la “Agenda de citas 4-30-7” y/o “Agenda Electrónica” (SICEH u otros) y realiza las siguientes anotaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de seguridad social y agregado;</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Asistente Médica o Personal Administrativo del Departamento de Medicina Nuclear	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo del paciente;</li><li>• Unidad de procedencia y</li><li>• Estudio a realizar o tratamiento a administrar.</li></ul> <p><b>11.</b> Anota en la “Cartilla Nacional de Salud” los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha de la cita (día, mes, año y hora),</li><li>• Nombre del estudio.</li></ul> <p><b>12.</b> Explica al paciente o familiar o persona legalmente responsable, el contenido de las “Indicaciones para el estudio de medicina nuclear” clave 2430-009-043 (Anexo 3), para la preparación que debe realizar para su atención el día de su cita y lo anexa a la “Cartilla Nacional de Salud”.</p> <p><b>13.</b> Devuelve al paciente o familiar o persona legalmente responsable los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia; o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia; o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia;</li><li>• “Constancia de Vigencia de Derechos”, clave IMSS-02-020-B;</li><li>• “Cartilla Nacional de Salud”;</li><li>• “Indicaciones para el estudio de medicina nuclear” clave 2430-009-043” (Anexo 3).</li></ul> <p>NOTA: Se puede realizar el resguardo de los formatos de solicitud, hasta el día de la cita acordada conforme a la organización y recurso humano de la Unidad Médica.</p> <p>Continúa en la actividad 33.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Paciente hospitalizado en otra unidad médica.</b></p>
Médico No Familiar tratante de la unidad médica que refiere	<p><b>14.</b> Realiza comunicación con Jefatura del Departamento de Medicina Nuclear de la Unidad de referencia; informa el caso clínico correspondiente y anota en Nota médica, en</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Asistente Médica o Personal Administrativo del Departamento de Medicina Nuclear de la Unidad de referencia	<p><b>18.</b> Solicita a la Asistente Médico del Departamento Clínico de la Unidad que refiere la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tipo de estudio o tratamiento solicitado,</li><li>• Nombre completo del paciente,</li><li>• Número de seguridad social y agregado,</li><li>• Diagnóstico,</li><li>• HGZ u HGR de procedencia.</li></ul> <p><b>19.</b> Otorga la fecha disponible de acuerdo a la programación del Departamento de Medicina Nuclear y tipo de estudio o tratamiento a realizar; realiza las anotaciones correspondientes en la “Agenda de citas 4-30-7” y/o “Agenda Electrónica” (SICEH u otros) y registra los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de seguridad social y agregado,</li><li>• Nombre completo del paciente,</li><li>• Diagnóstico,</li><li>• HGZ u HGR de procedencia y</li><li>• Estudio a realizar o tratamiento a administrar.</li></ul> <p><b>20.</b> Informa a la Asistente Médica, fecha, hora del estudio y las condiciones en que debe presentarse el paciente; verifica la información proporcionada.</p>
Asistente Médica del Departamento clínico de la Unidad que refiere	<p><b>21.</b> Anota fecha, hora y las condiciones en que debe presentarse el paciente para la realización del estudio, en el formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia, o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia,</li></ul> <p>y lo entrega al Médico No Familiar solicitante.</p>
Médico No Familiar Tratante	<p><b>22.</b> Elabora Nota e Indicaciones médicas en el formato “Notas médicas y de prescripción” clave 4-30-128/72 e informa a la Jefatura Médica y de Enfermería del Departamento Clínico fecha, hora e indicaciones a realizar previas al estudio o</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar Tratante	<p>tratamiento en el Departamento de Medicina Nuclear. Anexa al “Expediente clínico” el formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia, o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia.</li></ul> <p>Continúa en la actividad 33.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad C</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Paciente hospitalizado en la misma unidad médica</b></p> <p><b>23.</b> Elabora el siguiente formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de Medicina Nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia;</li></ul> <p>NOTA 1. Los requerimientos de dosis de material radiactivo para tratamiento deben estar anotados en la “Solicitud de estudios de Medicina Nuclear”, clave 2430-009-037 (Anexo 2).</p> <p>NOTA 2. En el caso de paciente que requiere tratamiento con material radiactivo con dosis mayor a 1100 MBq (<math>\Rightarrow</math>30mCi), se continúa en la Modalidad B.2. “Paciente que requiere dosis mayor a 1100 MBq (<math>\Rightarrow</math>30mCi) del presente procedimiento.</p> <p><b>24.</b> Comunica al Médico No Familiar de Medicina Nuclear el caso y estudio solicitado y recibe las condiciones en las que debe presentarse el paciente para el estudio o tratamiento.</p> <p><b>25.</b> Explica al paciente o familiar o persona legalmente responsable en qué consistirá el estudio o tratamiento que requiere y aclara las dudas existentes.</p> <p><b>26.</b> Solicita la firma del paciente o familiar o persona legalmente responsable en el siguiente formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia; o</li><li>• “Solicitud de estudios de Medicina Nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia.</li></ul>









<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal de Enfermería del Departamento de Medicina Nuclear</p> <p>Médico No Familiar del Departamento de Medicina Nuclear</p>	<p>2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia.</li></ul> <p><b>38.</b> Solicita al paciente el formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2), original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia.</li></ul> <p>verifica que el paciente no cumple con las indicaciones para el estudio, elabora Nota médica en formato “Notas médicas y de prescripción” 4-30-128/72 o “Referencia-Contrarreferencia” clave 4-30-8/98, especificando la imposibilidad de realizar el estudio.</p> <p><b>39.</b> Entrega al paciente, o familiar, o persona legalmente responsable:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2), original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia.</li></ul> <p>y le solicita re-agende su cita.</p> <p>Continúa en actividad 6.</p> <p>NOTA: En aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados en la misma unidad, la “Notas Médicas y de Prescripción” clave 4-30128/72 se anexan al “Expediente clínico” y se notifica a Jefatura de Departamento Clínico correspondiente.</p>
<p>Médico No Familiar en Medicina Nuclear</p>	<p style="text-align: center;"><b>Cumple indicaciones</b></p> <p><b>40.</b> Explica en forma clara el estudio a realizar, elabora el formato y solicita firma del paciente, o familiar, o persona legalmente responsable:</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Médico No Familiar en Medicina Nuclear</p> <p>Personal de Enfermería del Departamento de Medicina Nuclear</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Carta de consentimiento informado para procedimientos diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear” clave 2430-009-044 (Anexo 4) o</li><li>• “Carta de consentimiento informado para estudio de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-045 (Anexo 5).</li></ul> <p><b>41.</b> Toma signos vitales, anota la resultante en formato que se enlistan a continuación e indica al paciente el área de atención y de espera.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia.</li></ul> <p>NOTA 1: Cuando los signos vitales se encuentren anormales, comunica a Médico No Familiar quién determina si se realizará el estudio, en caso de negativa, continúa en la actividad 39.</p> <p>NOTA 2: Acorde a la estructura y organización de la Unidad Médica, el paciente debe permanecer en el área de espera asignada hasta que sea llamado para la realización del estudio.</p> <p><b>42.</b> Cumple con las indicaciones médicas para la atención del paciente y entrega a Médico No Familiar en Medicina Nuclear el formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia.</li></ul> <p>e instala catéter venoso periférico, acorde con “Instrucciones para el personal de enfermería durante la instalación al paciente de dispositivo central o periférico para la ministración de terapia de infusión intravascular”, clave 2430-005-008 (Anexo 6).</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal de Enfermería del Departamento de Medicina Nuclear</p> <p>Médico No Familiar en Medicina Nuclear</p>	<p><b>43.</b> Colabora con el Técnico en Medicina Nuclear en la preparación y cuidado del paciente, así como en la realización del estudio.</p> <p><b>44.</b> Recibe el formato y verifica el tipo de estudio a realizar en el paciente conforme al diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2), original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia.</li></ul> <p>Resguarda temporalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Carta de consentimiento informado para procedimientos diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear” clave 2430-009-044 (Anexo 4) o</li><li>• “Carta de consentimiento informado para estudio de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-045 (Anexo 5).</li></ul> <p><b>45.</b> Valora la indicación del estudio solicitado, en relación al diagnóstico, y determina el tipo y dosis del radio fármaco en el formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia y</li></ul> <p>NOTA: El Médico No Familiar de Medicina Nuclear debe anotar el tipo y dosis del radio fármaco a administrar, según el caso, en los formatos “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) o “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2).</p> <p><b>46.</b> Informa al Técnico en Medicina Nuclear del estudio a realizar y entrega el formato con la especificación de tipo y dosis de radio fármaco a administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave</li></ul>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar en Medicina Nuclear  Técnico en Medicina Nuclear          Químico clínico	<p>2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia.</li></ul> <p><b>47.</b> Prepara la gamma cámara de acuerdo al estudio a realizar, acorde con lo especificado en los documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Manual de protocolo de adquisición y procesamiento” de la gamma cámara y</li><li>• “Manual de procedimientos de medicina nuclear” del Departamento de Medicina Nuclear.</li></ul> <p><b>48.</b> Solicita al Químico Clínico, la dosis del radio fármaco, de acuerdo al estudio indicado del paciente y entrega el formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia.</li></ul> <p><b>49.</b> Recibe del Técnico en Medicina Nuclear el formato del paciente, con la especificación del tipo y dosis del radio fármaco a preparar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1) original y copia, o</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</li><li>• “Referencia Contrarreferencia 4-30-8/98”, original y copia.</li></ul> <p><b>50.</b> Marca y dosifica el radio fármaco de acuerdo a lo solicitado y lo registra en la “Relación de material radiactivo, adquirido, utilizado y desechado” clave 2430-022-017.</p> <p>NOTA: El formato “Relación de material radiactivo, adquirido, utilizado y desechado” clave 2430-022-017, es el Anexo 1 del “Procedimiento para el manejo de material radiactivo en condiciones de seguridad radiológica en el servicio de medicina nuclear y laboratorios de investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-024. Con base a la NOM-040-NUCL-2016 Requisitos de seguridad radiológica para la práctica de medicina nuclear; se resguarda por espacio de 10 años.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Químico clínico	<p><b>51.</b> Entrega al Técnico en Medicina Nuclear la dosis del radio fármaco y el original del formato correspondiente al paciente; archiva la copia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de Gammagrama Cardíaco” clave 2430-009-026 (Anexo 1),</li><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”.</li></ul>
Técnico en Medicina Nuclear	<p><b>52.</b> Verifica previo a la administración, que el paciente y el radio fármaco sean los correctos conforme a las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente” del “Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM”</p> <p>NOTA En caso de que haya inconsistencias con el radio fármaco y el paciente, solicita al Químico Clínico la aclaración de las mismas.</p> <p><b>53.</b> Coloca los registros gráficos necesarios para el estudio en el paciente, según la técnica señalada, aplica la dosis del radio fármaco al paciente y realiza el estudio de acuerdo con el “Manual de procedimientos de medicina nuclear”.</p> <p>NOTA: Acorde a la organización y recursos humanos de la Unidad Médica, esta actividad puede ser realizada por el Médico No Familiar de Medicina Nuclear.</p>
Médico No Familiar de Medicina Nuclear	<p><b>54.</b> Vigila, proporciona cuidados específicos al paciente y verifica la secuencia del estudio a realizarse.</p>
Técnico en Medicina Nuclear	<p><b>55.</b> Verifica que el estudio se grabe correctamente en el equipo, comunica al Médico No Familiar de Medicina Nuclear la conclusión del estudio.</p>
Médico No Familiar de Medicina Nuclear	<p><b>56.</b> Evalúa el estado del paciente al término del estudio confirma la conclusión del mismo al Técnico en Medicina Nuclear, Personal de Enfermería de Medicina Nuclear y al paciente.</p> <p>NOTA: Si el paciente se encuentra hospitalizado establece las indicaciones médicas en el formato “Notas médicas y de prescripción 4-30-128/72” y anexa a “Expediente clínico”.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Personal de Enfermería de Medicina Nuclear y/o Técnico en Medicina Nuclear	<p><b>57.</b> Solicita al Personal de Limpieza e Higiene realizar la limpieza y desinfección del área una vez que egresa el paciente.</p> <p>NOTA: En el caso de que exista eventualidad alguna, que pudiese contaminar la camilla o el equipo, se notificará al encargo de Seguridad Radiológica, tomando las acciones necesarias para verificar el nivel de contaminación existente.</p>
Personal de Limpieza e Higiene	<p><b>58.</b> Recolecta, retira y traslada al área correspondiente, la ropa sucia, basura y residuos peligrosos, biológicos e infecciosos (RPBI) del área; una vez que el paciente y el personal de salud se retiran.</p> <p>NOTA: Para RPBI aplica "GUÍA DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002".</p> <p><a href="http://comunidades:106/sites/cc/dpm/miprin/Evidenciascientificas/13%20Residuos%20Peligrosos%20Biológicos%20Infecciosos%20(RPBI)/Normatividad/GUIA_CUMPLIMIENTO_y_NO_M-087-SEMARNAT-SSA1-2002_RPBI.pdf">http://comunidades:106/sites/cc/dpm/miprin/Evidenciascientificas/13%20Residuos%20Peligrosos%20Biológicos%20Infecciosos%20(RPBI)/Normatividad/GUIA_CUMPLIMIENTO_y_NO_M-087-SEMARNAT-SSA1-2002_RPBI.pdf</a></p>
Personal de Enfermería del Departamento de Medicina Nuclear	<p><b>59.</b> Realiza la limpieza y desinfección del mobiliario, equipo y accesorios médicos, del área. Al término comunica a Personal de Enfermería de Medicina Nuclear y Técnico en Medicina Nuclear la disponibilidad de la unidad.</p> <p><b>60.</b> Entrega al paciente con su familiar, o persona legalmente responsable, o acompañante. Aclara dudas, y procede acorde a la referencia del paciente.</p> <p><b>A.1 Paciente que no requiere internamiento</b></p> <p>Continúa en la actividad 61.</p> <p><b>A.2 Paciente hospitalizado en la misma unidad médica</b></p> <p>Continúa en la actividad 63.</p> <p><b>A.3 Paciente hospitalizado en otra unidad</b></p> <p>Continúa en la actividad 67.</p> <p><b>A.1 Paciente que no requiere internamiento</b></p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Médico No Familiar en Medicina Nuclear y/o Técnico en Medicina Nuclear</p> <p>Asistente Médica o Personal administrativo de Medicina Nuclear</p>	<p><b>61.</b> Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable o acompañante los cuidados específicos que se debe de tener posterior a la realización del estudio en Medicina Nuclear.</p> <p><b>62.</b> Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable la fecha de entrega del reporte del estudio en la ventanilla del Departamento de Medicina Nuclear.</p> <p>NOTA: En el caso que el paciente pertenezca a la misma Unidad Médica donde se realizó el estudio, se le informa que el reporte del estudio se encontrará en el "Expediente clínico" el día de la cita con su Médico No Familiar tratante.</p> <p>Continúa en la actividad 71.</p> <p><b>A.2 Paciente hospitalizado en la misma Unidad médica</b></p>
<p>Médico No Familiar en Medicina Nuclear y/o Técnico en Medicina Nuclear</p>	<p><b>63.</b> Informa al Personal de Enfermería y Asistente Médica o Administrativo del Departamento de Medicina Nuclear la conclusión del estudio y entrega el "Expediente clínico" correspondiente al paciente con el siguiente formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "Carta de consentimiento informado para procedimientos diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear" clave 2430-009-044 (Anexo 4), o</li><li>• "Carta de consentimiento informado para estudios de Gammagrama Cardíaco" clave 2430-009-045 (Anexo 5).</li></ul>
<p>Personal de Enfermería de Medicina Nuclear</p>	<p><b>64.</b> Informa a la Enfermera Jefe de Piso del Departamento Clínico de referencia, la conclusión del estudio y le otorga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre del paciente;</li><li>• Número de Seguridad Social con agregado;</li><li>• Número de Cama / Cuna correspondiente;</li><li>• Observaciones de la condición del paciente, en su caso.</li></ul>
<p>Enfermera Jefe de Piso</p>	<p><b>65.</b> Recibe la información de la conclusión del estudio, solicita a Personal de Camillería del Departamento clínico acudir al Departamento de Medicina Nuclear para el traslado del paciente.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal de Camillería</p> <p>Médico No Familiar en Medicina Nuclear y/o Técnico en Medicina Nuclear</p> <p>Asistente Médica o Personal Administrativo de Medicina Nuclear</p> <p>Personal de CENTRACOM</p>	<p><b>66.</b> Acude con el paciente al Departamento de Medicina Nuclear, lo moviliza a la camilla de traslado en la posición indicada con movimientos rápidos, precisos y seguros y lo traslada al Departamento clínico correspondiente, en compañía de Enfermera del Departamento de Medicina Nuclear.</p> <p>Continúa en la actividad 71.</p> <p><b>A.3 Paciente hospitalizado en otra Unidad Médica</b></p> <p><b>67.</b> Comunica la conclusión del estudio al personal:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrativo del Departamento de Medicina Nuclear o Asistente Médica;</li><li>• Enfermería, para traslado del paciente de acuerdo a “Instrucciones para el personal de enfermería para el traslado del paciente” clave 2430-005-021 (Anexo 7).</li></ul> <p><b>68.</b> Elabora en original y dos copias el formato “Solicitud de Traslado de Pacientes Programados” clave 1270-009-001 o “Solicitud de traslado de pacientes ordinarios” clave 1270-009-005 y recaba la firma de autorización del Jefe del Departamento Clínico.</p> <p>NOTA: Los formatos “Solicitud de Traslado de Pacientes Programados” clave 1270-009-001 y “Solicitud de traslado de pacientes ordinarios” clave 1270-009-005, son los Anexos 1 y 5 del Procedimiento para la atención de solicitudes de traslado de pacientes programados y ordinarios en ambulancias de tipo convencional”, clave 1270-003-017.</p> <p><b>69.</b> Realiza la solicitud de ambulancia en comunicación con CENTRACOM y registra los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre del Orientador receptor de telefonía,</li><li>• Número de folio de traslado y</li><li>• Hora en la que solicita el servicio.</li></ul> <p><b>70.</b> Acude e informa a Asistente Médica o el Personal Administrativo y/o el Personal de Enfermería del Departamento de Medicina Nuclear, folio de traslado, hora de salida y número de Ambulancia.</p>









<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal de Enfermería de Medicina Nuclear</p> <p>Médico No Familiar del Departamento de Medicina Nuclear</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia.</li></ul> <p><b>85.</b> Verifica que el paciente no cumple con las indicaciones, elabora Nota médica en formato “Notas Médicas y de Prescripción” 4-30-128/72 o “Referencia-Contrarreferencia” clave 4-30-8/98, especificando la imposibilidad de realizar el tratamiento.</p> <p><b>86.</b> Entrega al paciente, o familiar, o persona legalmente responsable Nota médica en formato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Notas médicas y de prescripción” clave 4-30-128/72, o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia” clave 4-30-8/98.</li></ul> <p>Solicita le informe a Médico No Familiar tratante, para determinar las acciones a realizar y concluye esta parte del procedimiento.</p> <p style="text-align: center;"><b>Cumple Indicaciones</b></p> <p><b>87.</b> Explica en forma clara el tratamiento que recibirá, elabora el formato, “Carta de consentimiento informado para procedimientos diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear” clave 2430-009-044 (Anexo 4) y solicita firma del paciente, o familiar o persona legalmente responsable.</p>
<p>Personal de Enfermería de Medicina Nuclear</p>	<p><b>88.</b> Toma signos vitales, anota la resultante en alguno de los formatos que se enlistan según corresponda e indica al paciente el área de atención y de espera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear”, clave 2430-009-037 (Anexo 2), original y copia, o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” original y copia.</li></ul> <p>NOTA 1: Cuando los signos vitales se encuentren anormales, comunica a Médico No Familiar quién determina si se realiza el estudio, en caso de negativa, continúa en la actividad 39.</p> <p>NOTA 2: Acorde a la estructura y organización de la Unidad</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Químico Clínico</p> <p>Médico No Familiar de Medicina Nuclear o Encargado de Seguridad Radiológica</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de estudios de medicina nuclear” 2430-009-037 (Anexo 2) o</li><li>• “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”</li></ul> <p><b>94.</b> Verifica, previo a la administración, que el paciente y el material radiactivo sean los correctos, acorde con las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”; del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM”.</p> <p>NOTA: En el caso de inconsistencias con el radiofármaco y/o el paciente, solicita al Químico Clínico de Radio Farmacia la aclaración de las mismas</p> <p><b>95.</b> Ministra el material radiactivo al paciente, y constata la ingesta del mismo.</p> <p><b>96.</b> Determina la rapidez de equivalente de dosis a un metro de distancia del abdomen del paciente y anota los valores correspondientes en el “Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe tratamiento con material radiactivo” clave 2430-009-049 (Anexo 12).</p> <p>NOTA: Para otorgar el egreso al paciente, se debe marcar una rapidez de equivalente de dosis menor a 0.05mSvh-1 a un metro de distancia, o actividad residual del material radio activo administrado sea menor a 1110mBq (&lt;30mCi). Acorde a NOM-013-NUCL-2009.</p> <p>NOTA 2: En el caso de que la rapidez de equivalente de dosis no disminuya, el paciente no podrá ser egresado del Departamento clínico de Medicina Nuclear, hasta que alcance los niveles específicos para ello</p> <p><b>97.</b> Elabora y entrega al paciente, familiar o persona legamente responsable los documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Indicaciones de seguridad radiológica para el paciente que recibió tratamiento con material radiactivo” clave 2430-009-048 (Anexo 11) e</li><li>• “Indicaciones para los familiares del paciente a quien se le ha administrado material radiactivo”, Clave 2430-009-050 (Anexo 13).</li></ul> <p>Verifica que se haya entendido la información contenida en los documentos.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar de Medicina Nuclear	<p><b>98.</b> Elabora Nota médica en formato “Notas médicas y de prescripción”, 4-30-128/72, en la cual especifica los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha y hora de la administración del material radiactivo;</li><li>• Fecha y hora del egreso del paciente;</li><li>• Actividad del material radio fármaco administrado;</li><li>• Material radiactivo administrado;</li><li>• Vía de administración (Gotas / Cápsulas)</li><li>• La rapidez de equivalente de dosis medida a 1.0m de distancia del abdomen del paciente.</li></ul> <p>NOTA 1: La Nota médica se realiza en apego a lo establecido en el numeral 5.1 de la NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológica para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.</p> <p>NOTA 2: En el caso de paciente externo, la Nota médica se realiza en la contraparte de “Referencia-Contrarreferencia” 4-30-8/98, en original y copia.</p> <p><b>99.</b> Anexa en orden correspondiente al “Expediente clínico” del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe tratamiento con material radiactivo” clave 2430-009-049 (Anexo 12),</li><li>• “Solicitud de estudios de Medicina Nuclear”, clave 2430-009-037 (Anexo 2) o “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”; e</li><li>• “Indicaciones de seguridad radiológica para el paciente que recibió tratamiento con material radiactivo” clave 2430-009-048 (Anexo 11) copia firmada.</li></ul> <p>NOTA: Acorde a la estructura y organización de la Unidad Médica, esta acción puede llevarse a cabo en el archivo del Departamento clínico de Medicina Nuclear.</p> <p>y concluye esta parte del procedimiento.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Personal de Enfermería del Departamento de Hospitalización</p> <p>Médico No Familiar de Medicina Nuclear</p> <p>Químico Clínico</p> <p>Médico No Familiar de Medicina Nuclear o Encargado de Seguridad Radiológica</p>	<p><b>B.2 Paciente que requiere dosis mayor a 1100 MBq (=&gt;30mCi)</b></p> <p><b>100.</b> Recibe e instala al paciente en el cuarto de hospitalización para el manejo de pacientes que reciben tratamiento con material radiactivo.</p> <p><b>101.</b> Informa al Personal de Salud del Departamento clínico de Medicina Nuclear, el ingreso del paciente con registro con material radiactivo.</p> <p><b>102.</b> Recibe la notificación del ingreso, acude al cuarto de hospitalización, donde se ubica el paciente. Extrae del “Expediente clínico” el formato en original y copia “Solicitud de estudios de medicina nuclear”, clave 2430-009-037 (Anexo 2).</p> <p><b>103.</b> Analiza la información contenida en “Expediente clínico”, verifica la dosis de material radiactivo registrado en la “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2) original y copia, y entrega al Químico Clínico de Radio Farmacia.</p> <p><b>104.</b> Dosifica el material radiactivo de acuerdo a lo especificado en “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2), registra en la “Relación de material radiactivo adquirido, utilizado y desechado” clave 2430-022-017.</p> <p><b>105.</b> Coloca el material radiactivo en el carro blindado y entrega al Médico No Familiar de Medicina Nuclear o al Encargado de Seguridad Radiológica, en conjunto con “Solicitud de estudios de medicina nuclear” 2430-009-037 (Anexo 2) original; archiva copia.</p> <p><b>106.</b> Recibe el material radiactivo en carro blindado y formato “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-003-037 (Anexo 2), transporta al cuarto de hospitalización donde se encuentra el paciente que va a recibir el tratamiento.</p> <p><b>107.</b> Comprueba previo a la administración, que el material radiactivo y el paciente a quien se le va administrar sean los correctos, conforme a las</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar de Medicina Nuclear o Encargado de Seguridad Radiológica	<p>“Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente” del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM”.</p> <p>NOTA: En caso de que los datos no correspondan, gestiona ante el Químico clínico de Radio Farmacia, la aclaración de la inconsistencia y/o solución.</p> <p><b>108.</b> Ministra el tratamiento con material radiactivo al paciente, confirma la conclusión del mismo y evalúa el estado del paciente al término.</p> <p><b>109.</b> Determina la rapidez de equivalente de dosis a un metro de distancia del abdomen del paciente y anota los valores correspondientes en el “Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe tratamiento con material radiactivo” clave 2430-009-049 (Anexo 12) original y copia.</p> <p><b>110.</b> Elabora en original y copia los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Indicaciones de seguridad radiológica para el paciente que recibió tratamiento con material radiactivo” clave 2430-009-048 (Anexo 11), e</li><li>• “Indicaciones para los familiares del paciente a quien se le ha administrado material radiactivo”, Clave 2430-009-050 (Anexo 13).</li></ul> <p>Verifica que se haya entendido la información contenida en los documentos y solicita firma de recibido en ambas copias al paciente, familiar o persona legalmente responsable.</p>
Médico No Familiar de Medicina Nuclear	<p><b>111.</b> Elabora Nota médica en el formato “Notas médicas y de prescripción 4-30-128/72” y especifica los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha y hora de la administración del material radiactivo;</li><li>• Nombre del médico que prescribe la administración de material radiactivo;</li><li>• Nombre y firma del médico especialista en Medicina Nuclear que administró el material radiactivo;</li><li>• Material radiactivo administrado;</li><li>• Actividad del material radiactivo administrado;</li></ul>





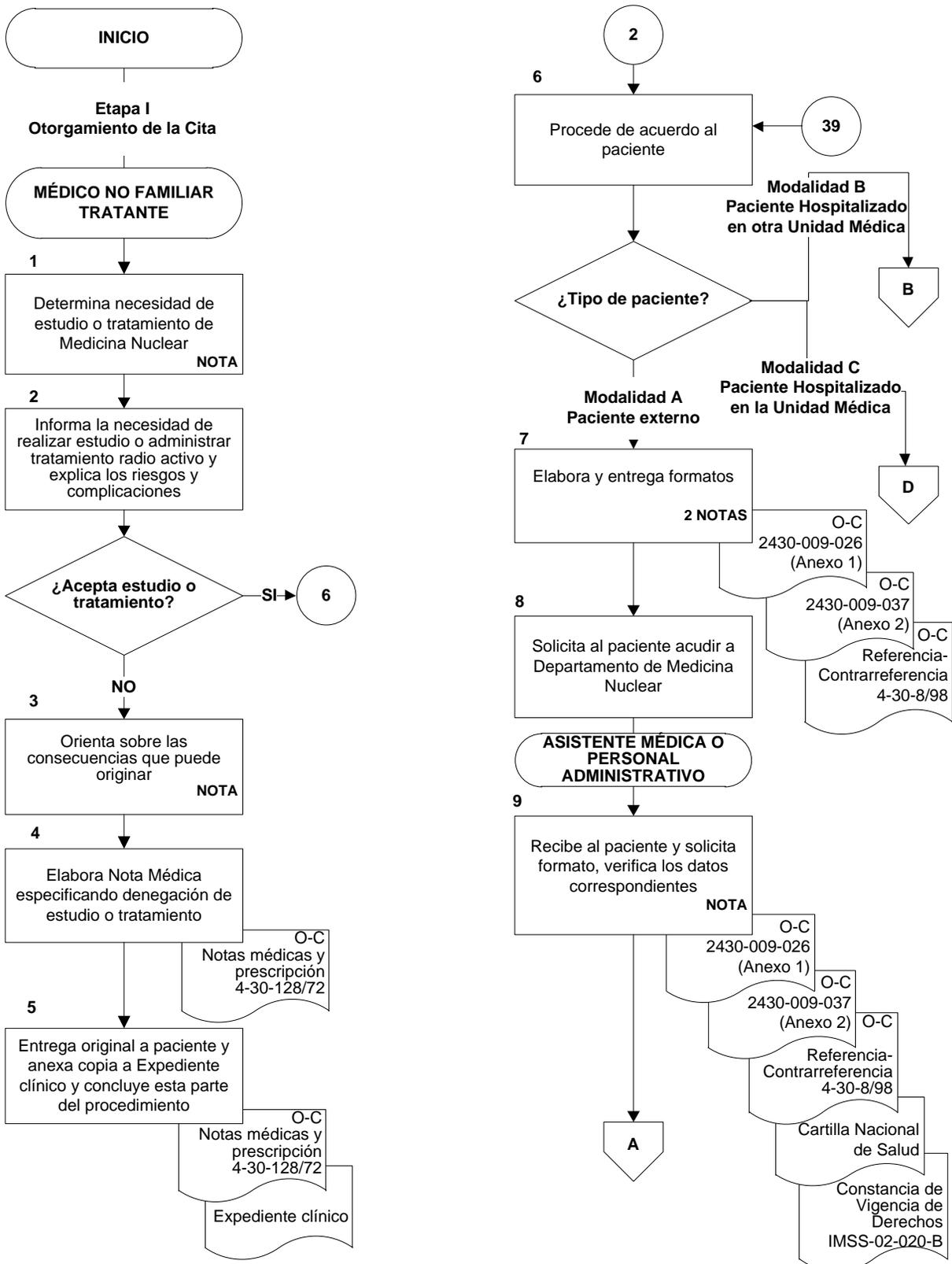
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Médico No Familiar tratante  Médico No Familiar en Medicina Nuclear o Encargado de Seguridad Radiológica	<p><b>115.</b> Recibe notificación de la conclusión de la administración del tratamiento con material radiactivo y la resultante del registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente, valora al paciente y realiza las acciones correspondientes para la continuidad de la atención del paciente hospitalizado.</p> <p><b>116.</b> Realiza la determinación de rapidez de exposición y anota en “Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe tratamiento con material radiactivo” clave 2430-009-049 (Anexo 12).</p> <p>NOTA: Únicamente se podrá egresar al paciente que cumpla con las indicación específicas del numeral 5.3 de la NOM-013-NUCL-2009.</p>
Personal de Enfermería de Medicina Nuclear	<p><b>117.</b> Realiza la atención integral del paciente hospitalizado que recibió tratamiento con material radiactivo, realiza registro de sus acciones y de los niveles de rapidez de dosis en formato “Registro clínico, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” 4-30-61/86. Hasta el egreso determinado por el Médico No Familiar Tratante.</p>
Médico No Familiar tratante	<p><b>118.</b> Elabora “Solicitud de estudios de medicina nuclear” clave 2430-009-037 (Anexo 2), para el rastreo post-dosis, lo entrega al paciente, o familiar, o persona legalmente responsable y le informa que pase al Departamento Clínico de Medicina Nuclear a solicitar cita.</p> <p>NOTA: La cita de rastreo post-dosis debe otorgarse en el Departamento clínico de Medicina Nuclear, a la semana posterior a la alta hospitalaria</p> <p><b>119.</b> Elabora el formato “Hoja de alta hospitalaria Alta 1/17”, clave 2E10-009-013 en original y copia y las anexa al “Expediente clínico”. Informa al Personal de Enfermería el egreso del paciente.</p> <p>NOTA: El formato “Hoja de alta hospitalaria, Alta 1/17”, clave 2E10-009-013, es el Anexo 13 del Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativa, clave 2E10-003-002.</p>

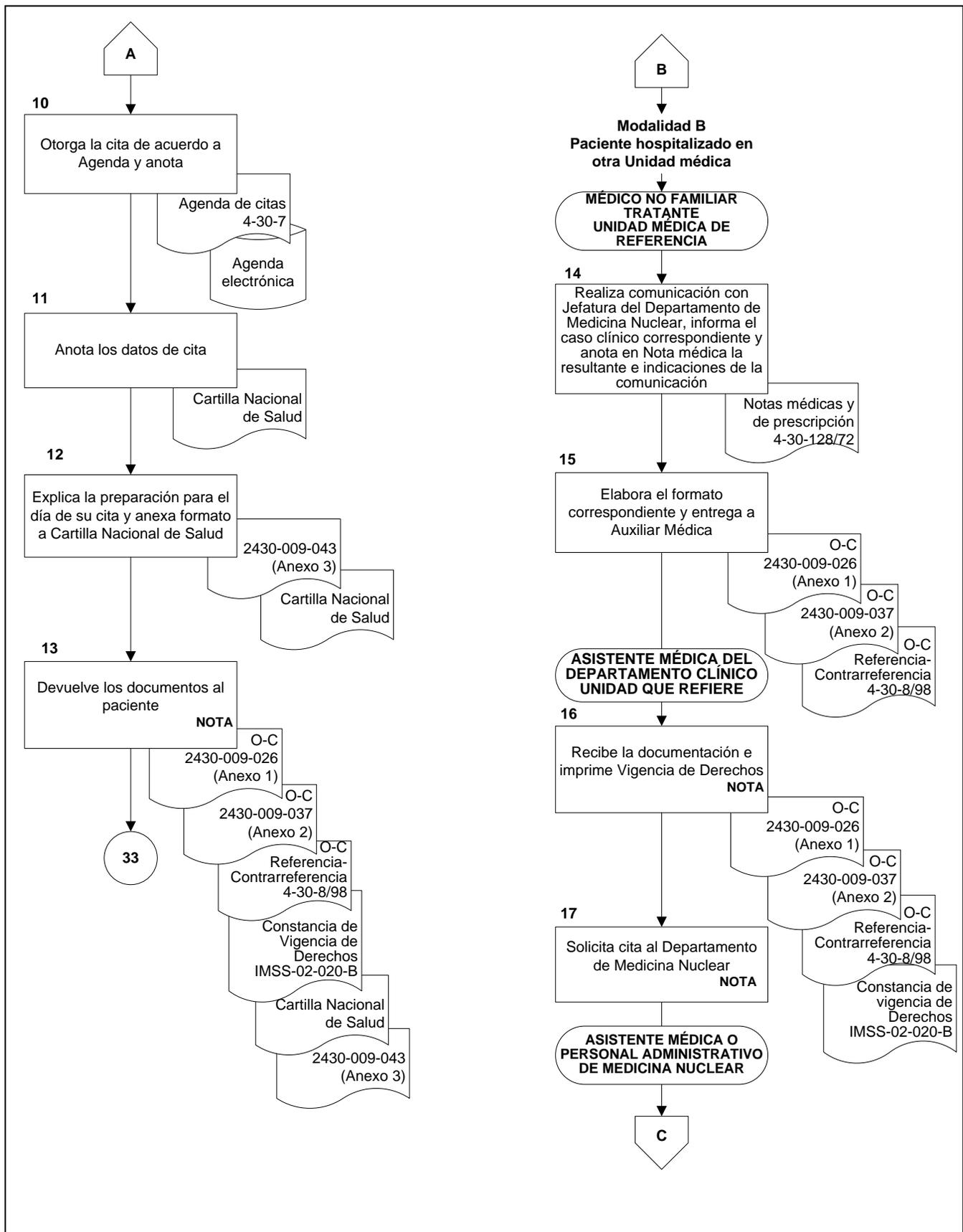


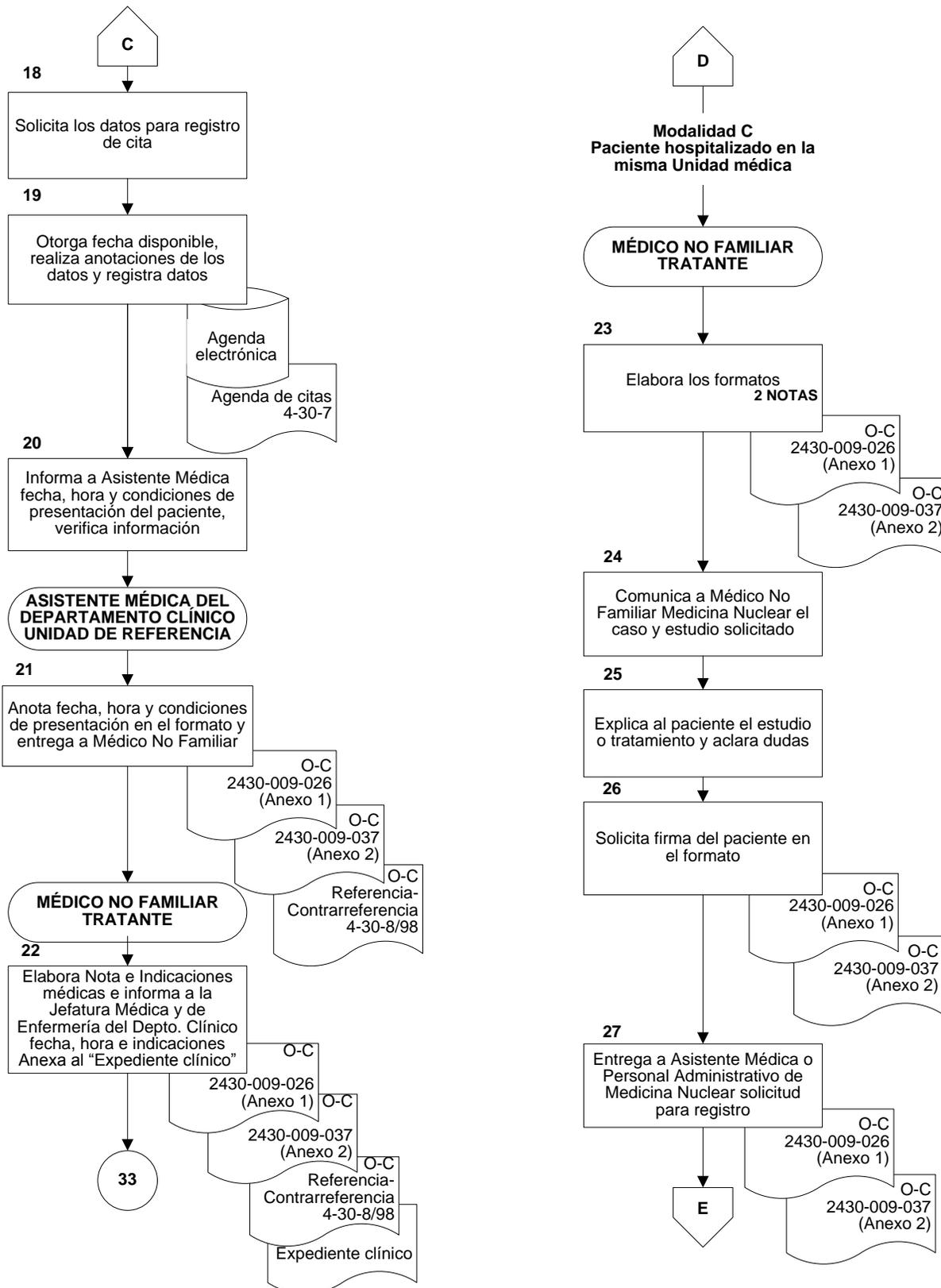
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal de Enfermería responsable del paciente</p> <p>Asistente Médica del Departamento clínico de Hospitalización</p> <p>Médico No Familiar de Medicina Nuclear o Encargado de Seguridad Radiológica</p> <p>Personal de Limpieza e Higiene</p>	<p><b>120.</b> Prepara al paciente para su egreso, solicita la ropa al familiar o persona legalmente responsable e informa a la Asistente Médica del departamento Clínico de Hospitalización del egreso del paciente.</p> <p><b>121.</b> Comunica al paciente o familiar o persona legalmente responsable las indicaciones médicas a seguir, los trámites administrativos a realizar y solicita firma en “Registro de pacientes hospitalizados” 4-30-51/72. Otorga el egreso.</p> <p>NOTA: El formato “Registro de pacientes hospitalizados” 4-30-51/72 es el anexo 1 del “Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención” 2430-003-034.</p> <p><b>122.</b> Realiza el registro de los niveles de radiación del cuarto de hospitalización, una vez que se ha retirado el paciente. Informa a Enfermera Jefe de Piso del Departamento Clínico de Hospitalización, que en cuanto proceda lleven a cabo de la limpieza y desinfección del área.</p> <p><b>123.</b> Recolecta, retira y traslada al área correspondiente, la ropa sucia, basura y residuos peligrosos, biológicos e infecciosos (RPBI) del área; una vez que el paciente y el personal de salud se retiran.</p> <p>NOTA: Para RPBI aplica “GUÍA DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002”.</p> <p><a href="http://comunidades:106/sites/cc/dpm/miprin/Evidenciascientificas/13%20Residuos%20Peligrosos%20Biologicos%20Infecciosos%20(RPBI)/Normatividad/GUIA_CUMPLIMIENTO_y_NO_M-087-SEMARNAT-SSA1-2002_RPBI.pdf">http://comunidades:106/sites/cc/dpm/miprin/Evidenciascientificas/13%20Residuos%20Peligrosos%20Biologicos%20Infecciosos%20(RPBI)/Normatividad/GUIA_CUMPLIMIENTO_y_NO_M-087-SEMARNAT-SSA1-2002_RPBI.pdf</a></p> <p><b>124.</b> Realiza la limpieza y desinfección del mobiliario, equipo y accesorios médicos, del área. Al término comunica a Personal de Enfermería del Departamento clínico de Hospitalización la disponibilidad de la unidad.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fin del procedimiento</b></p>

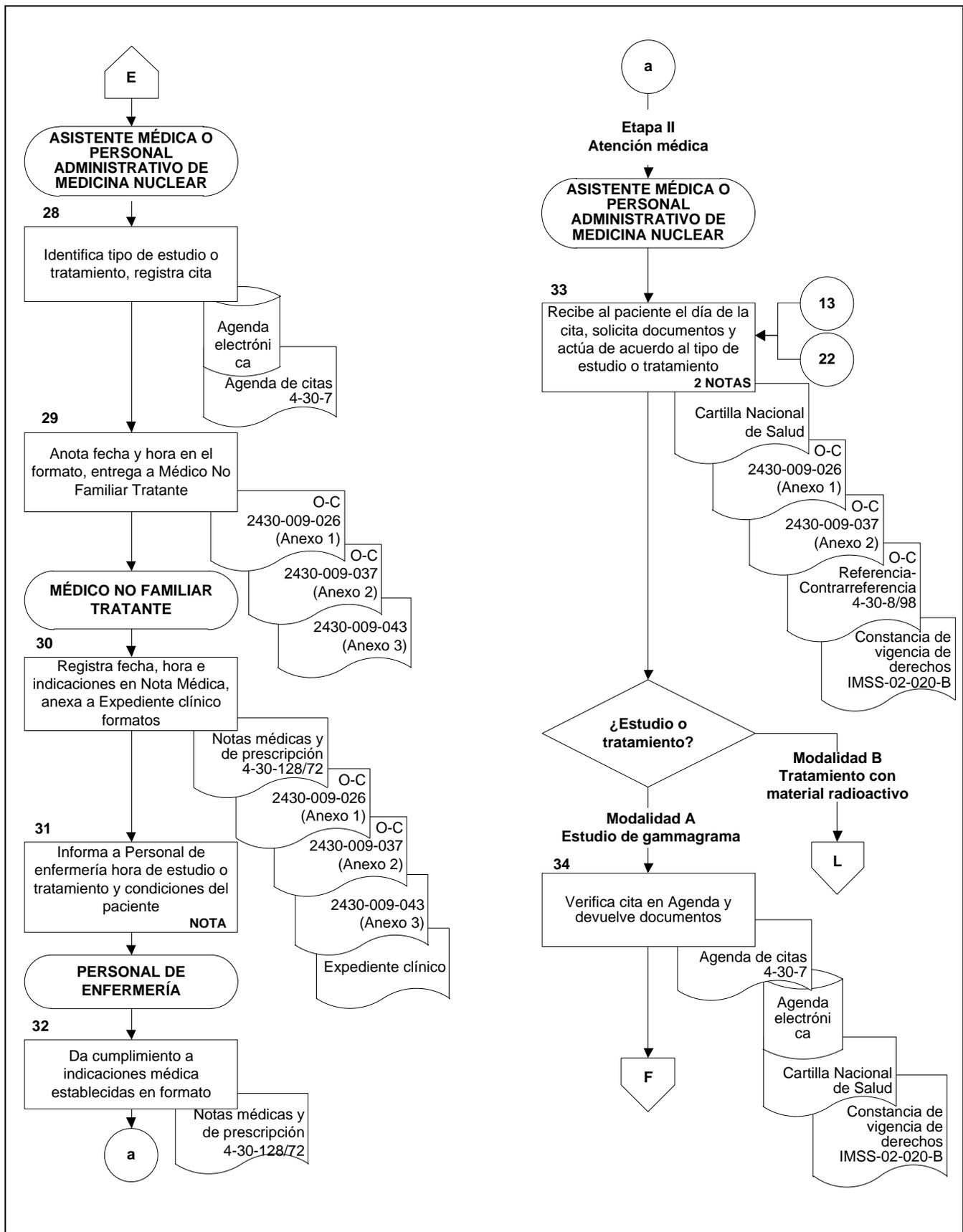


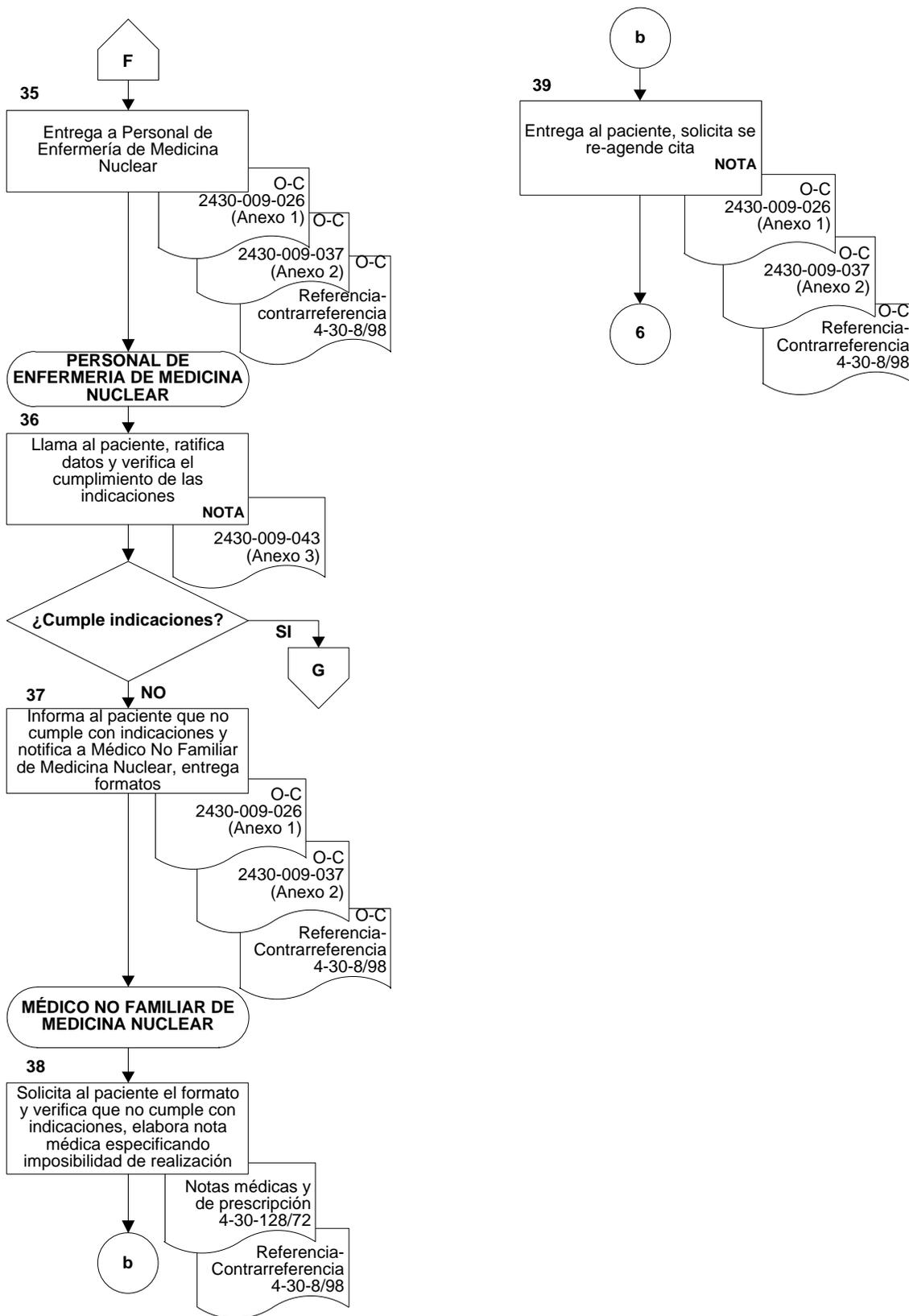
## 7. Diagrama de flujo

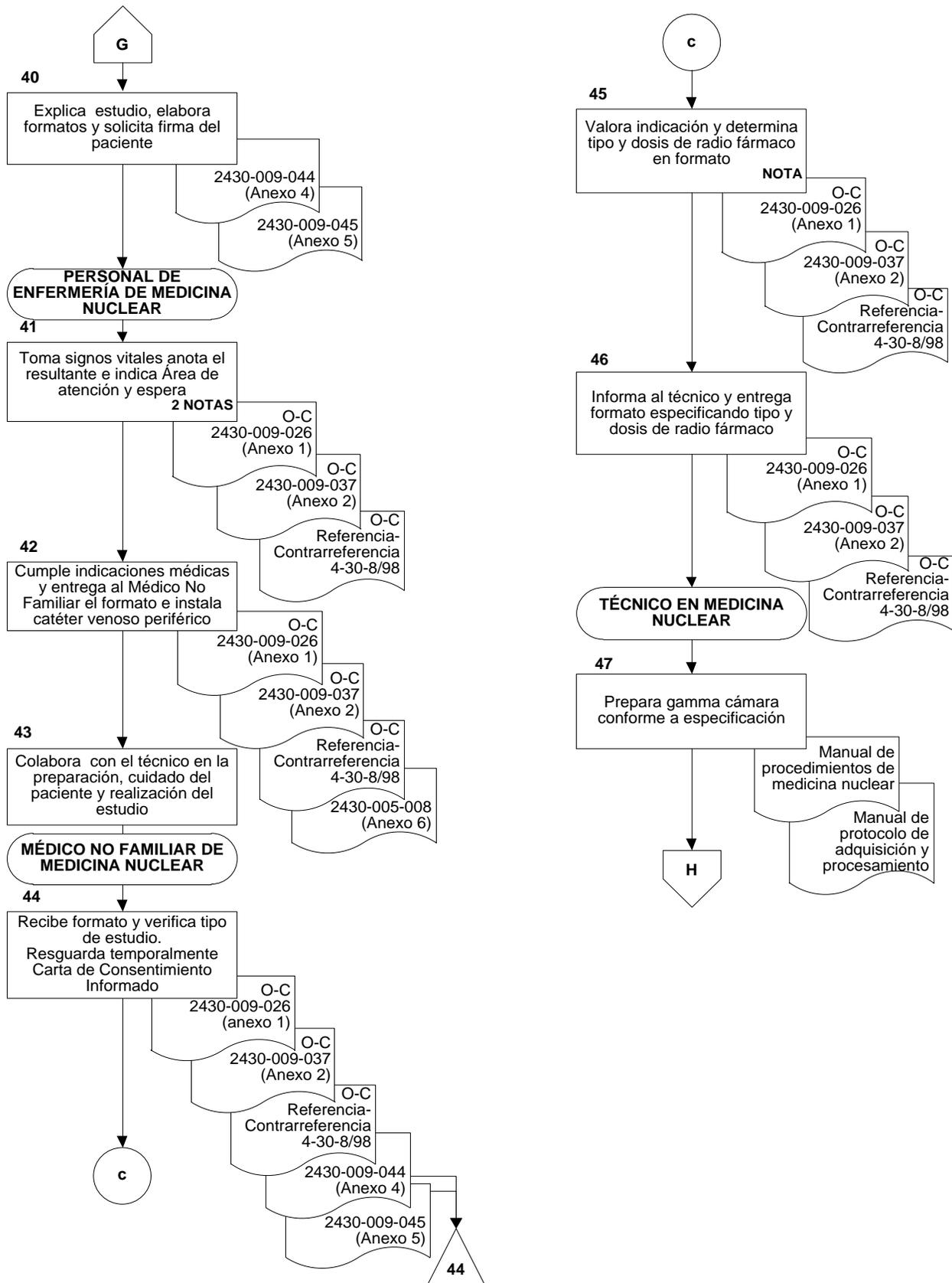


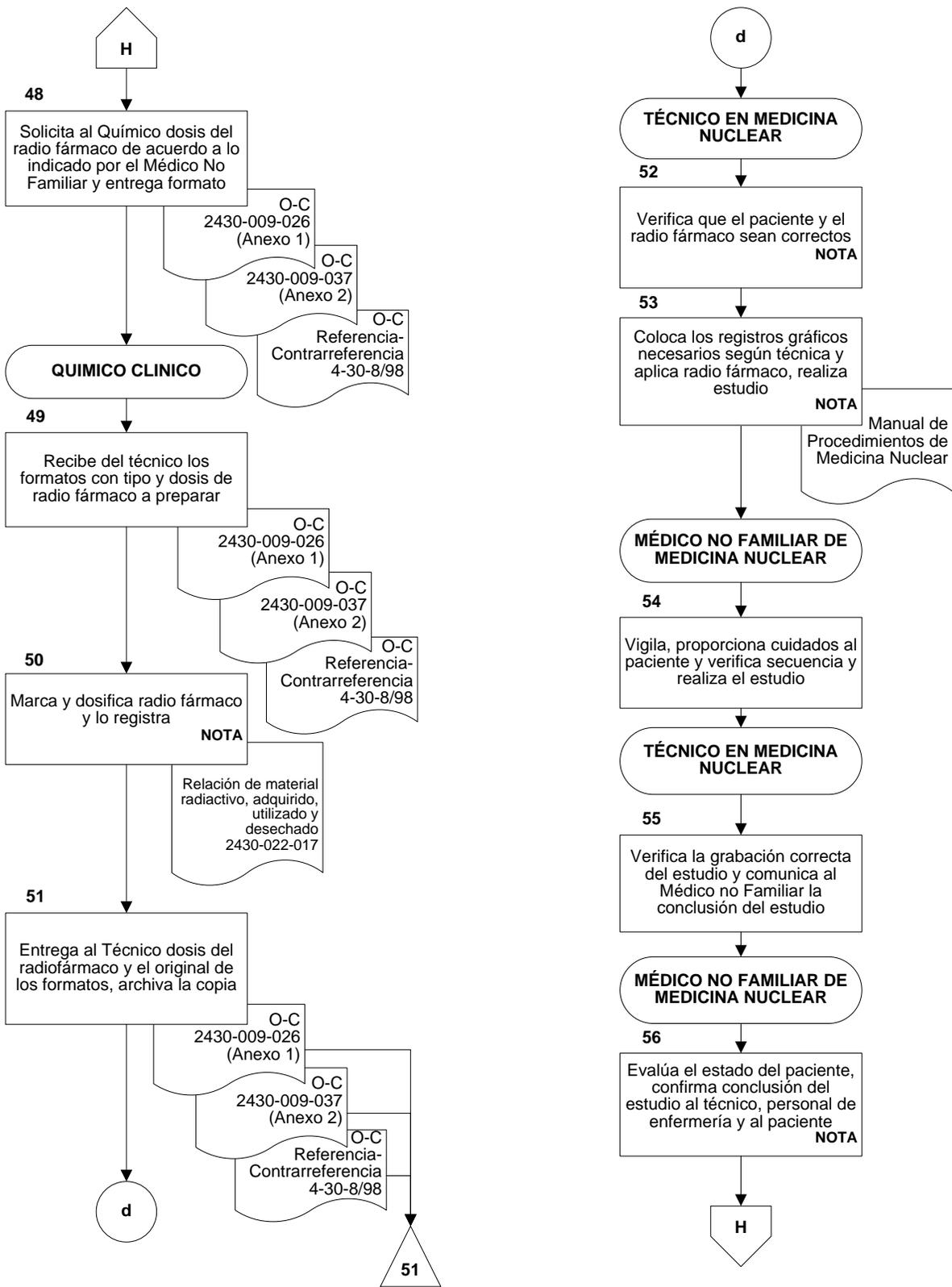


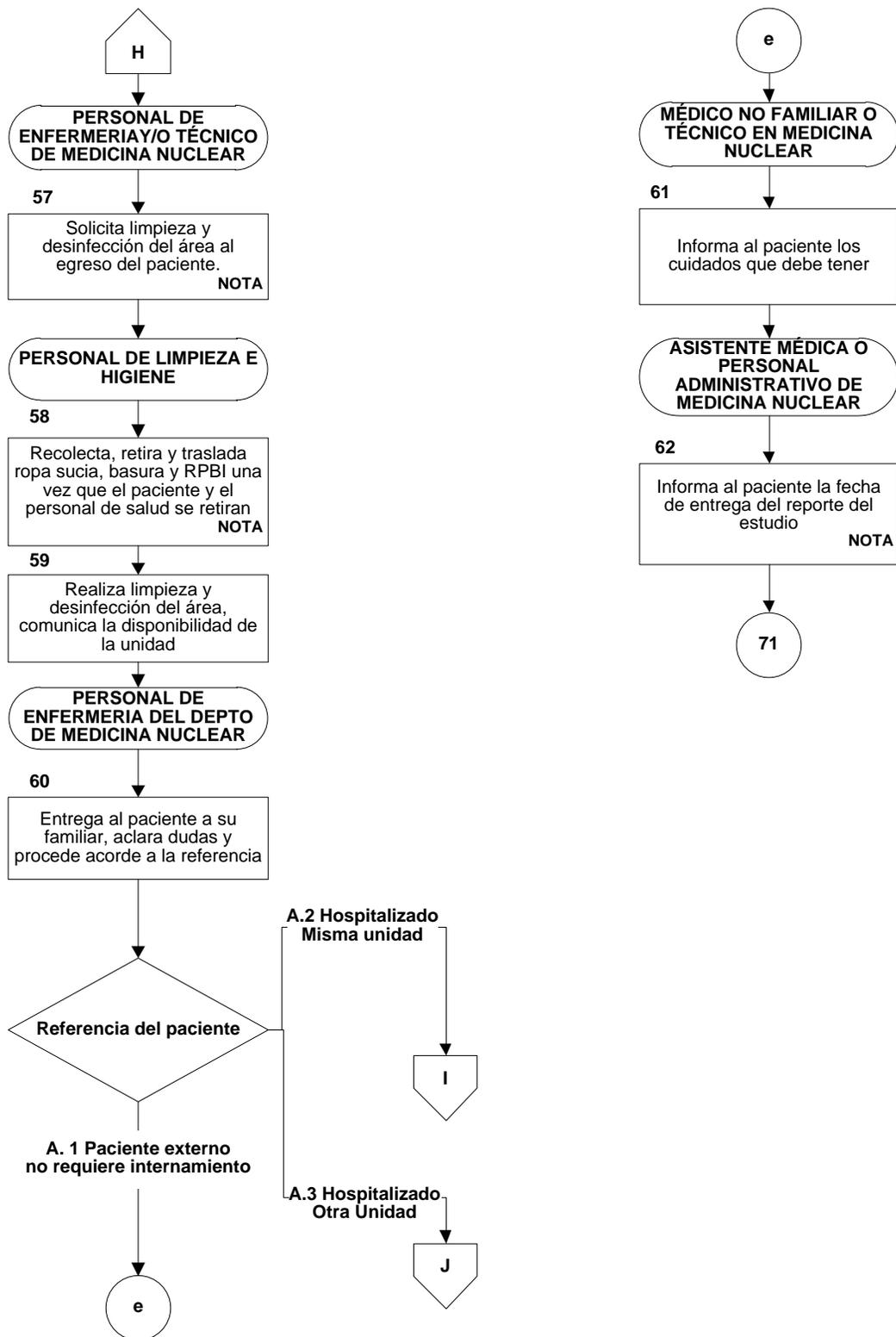


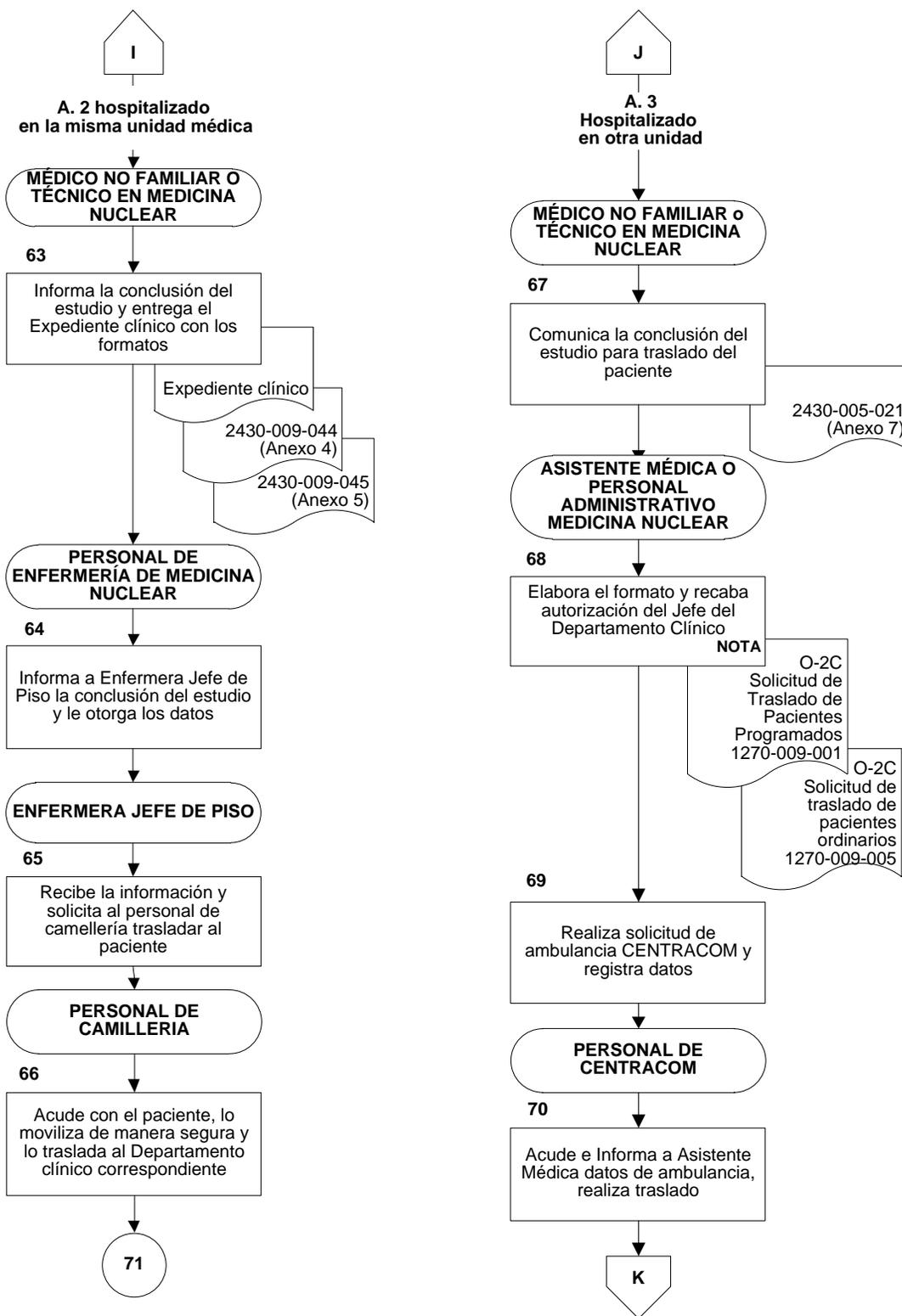


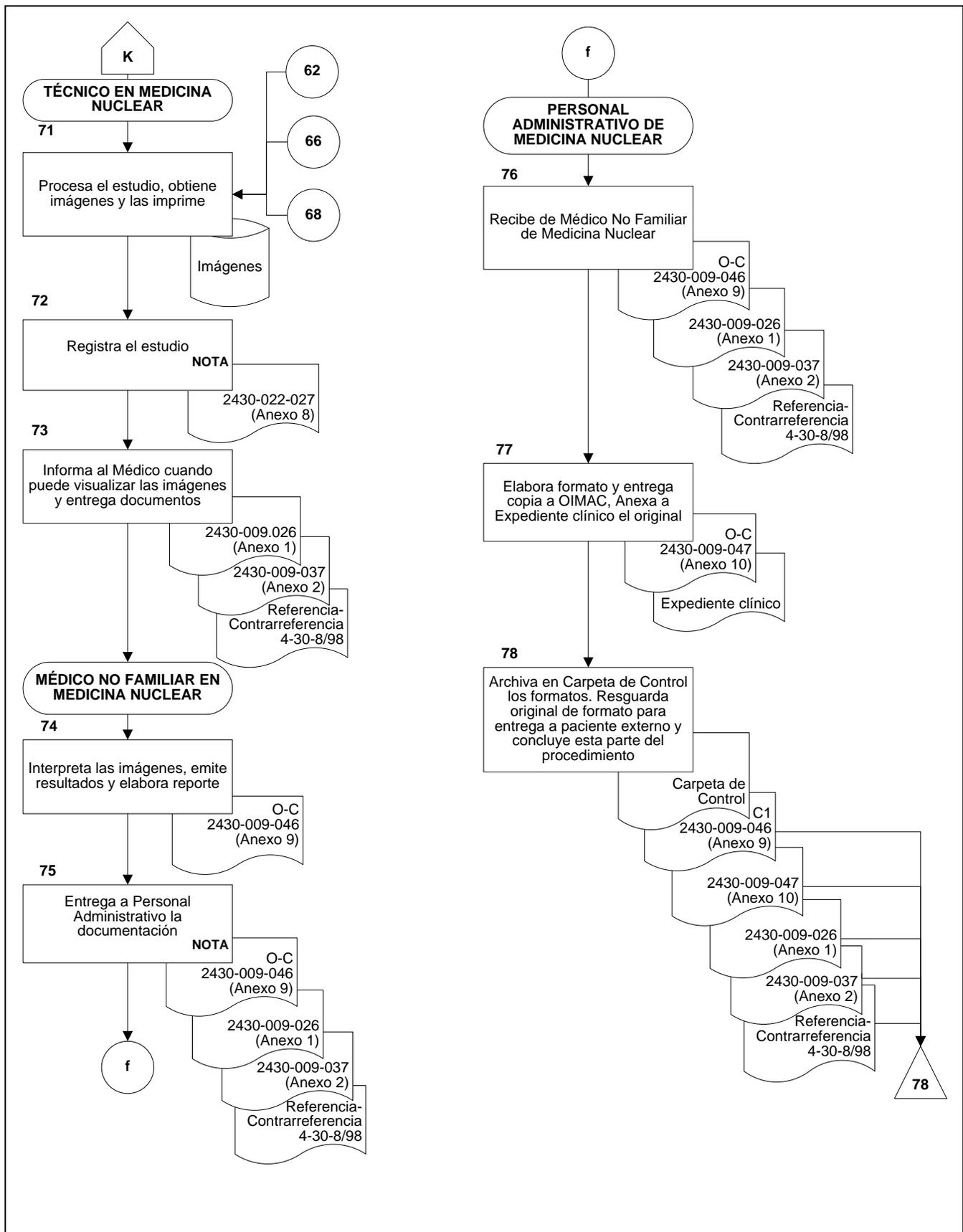


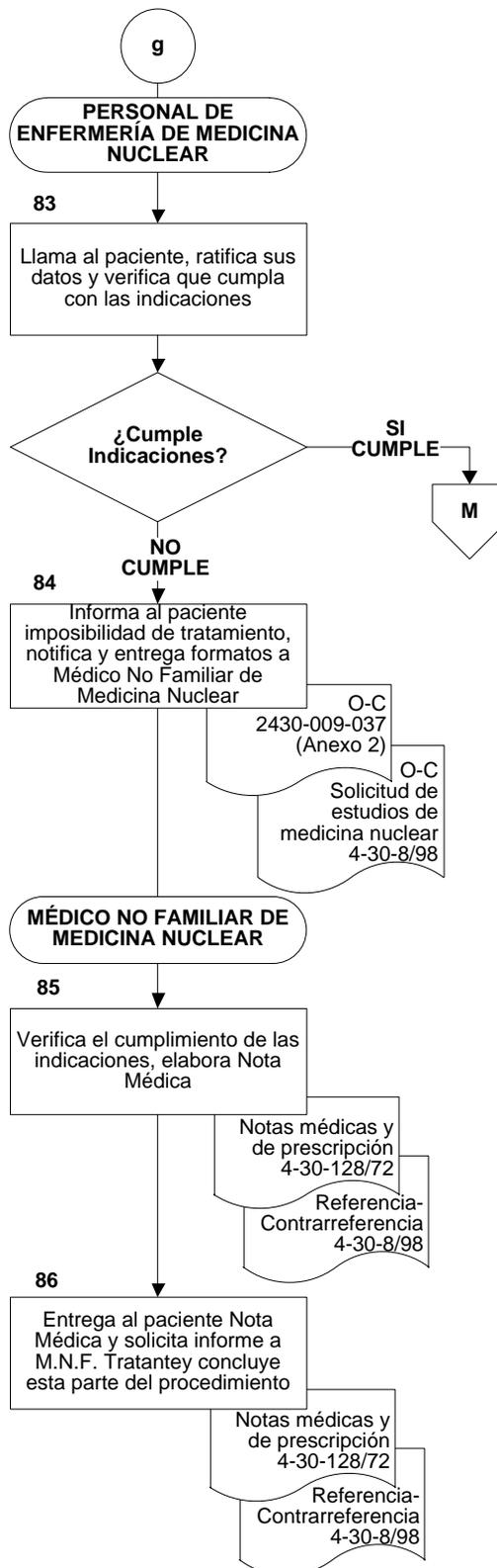
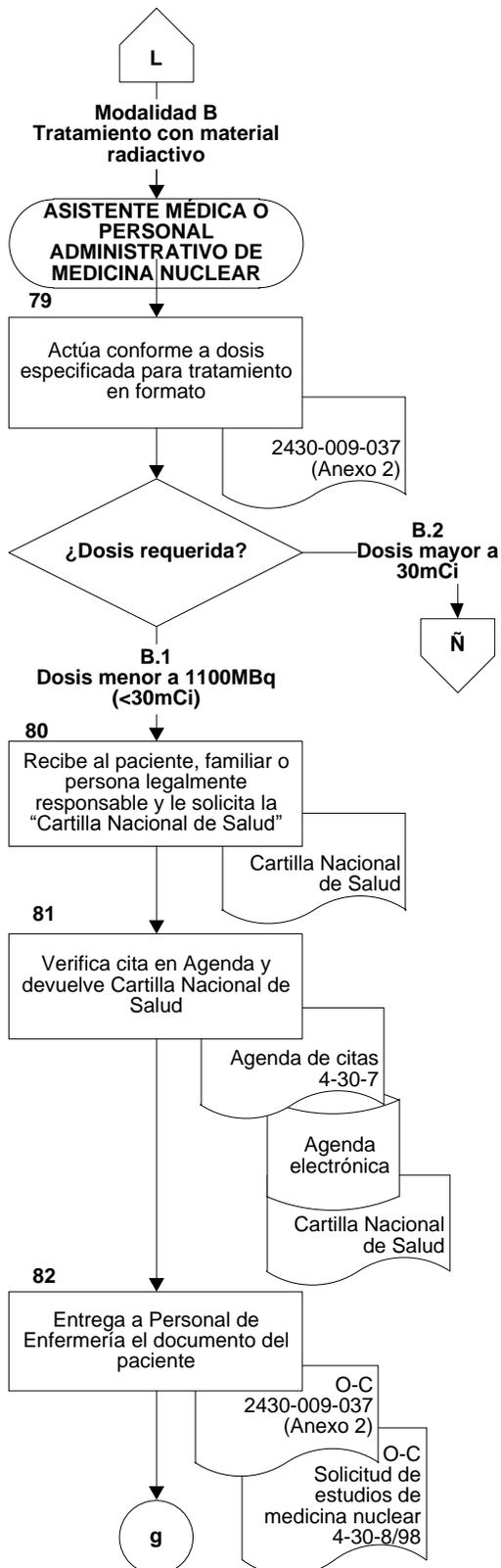


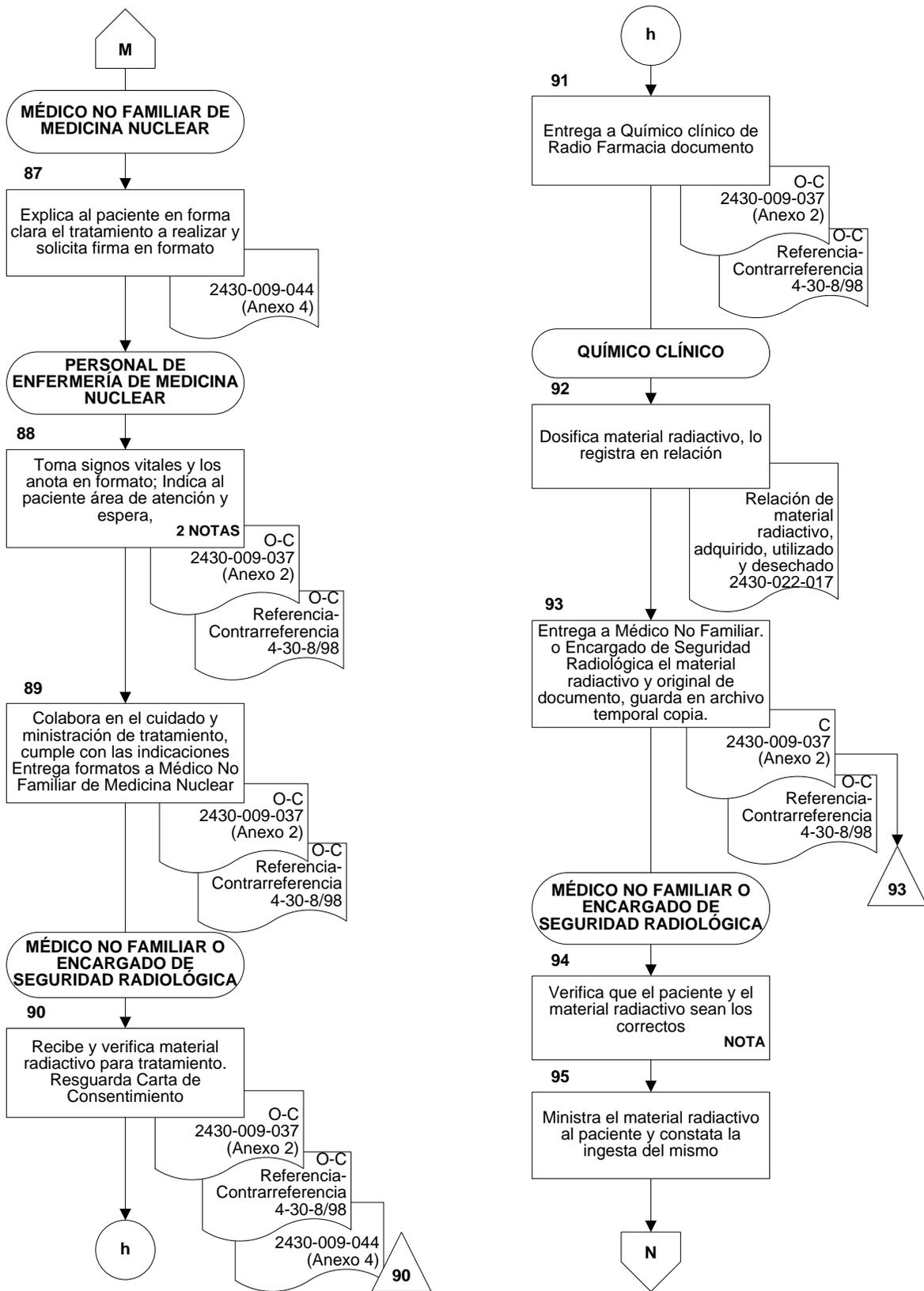


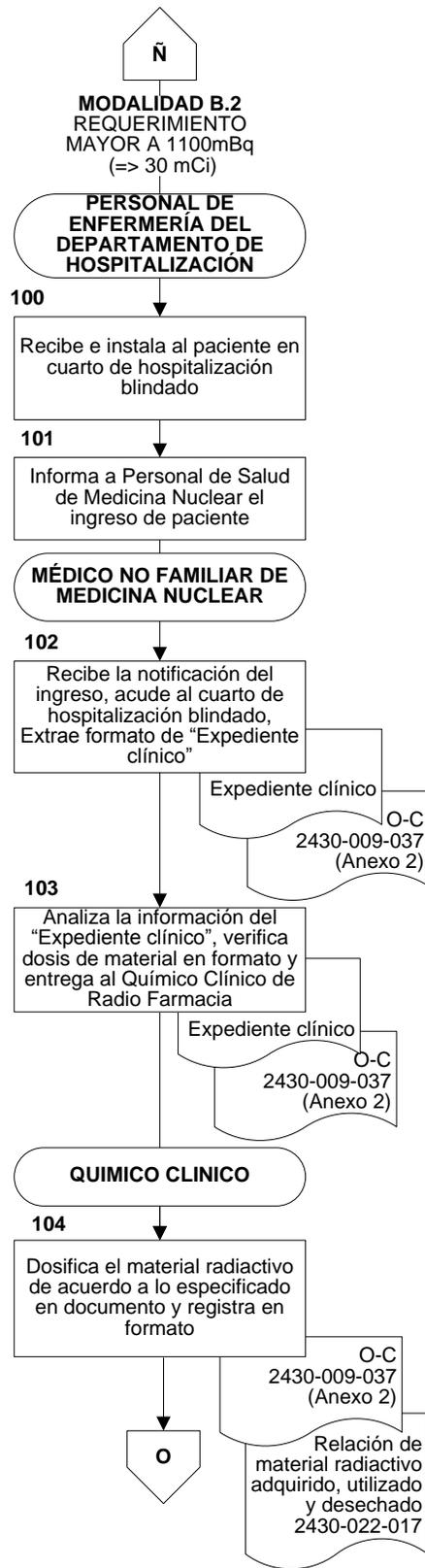
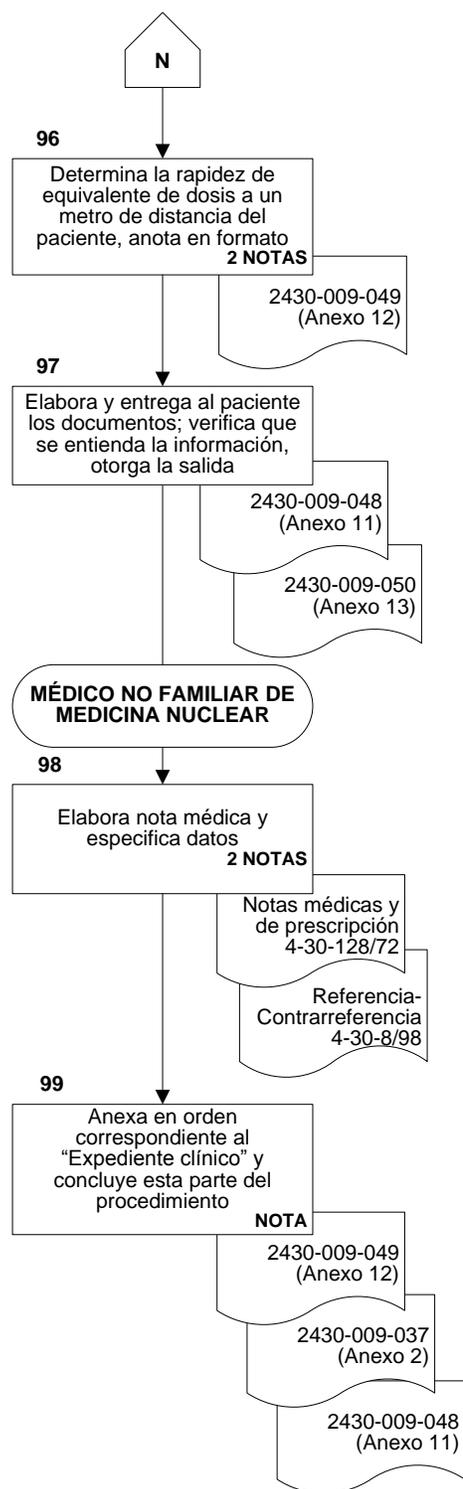


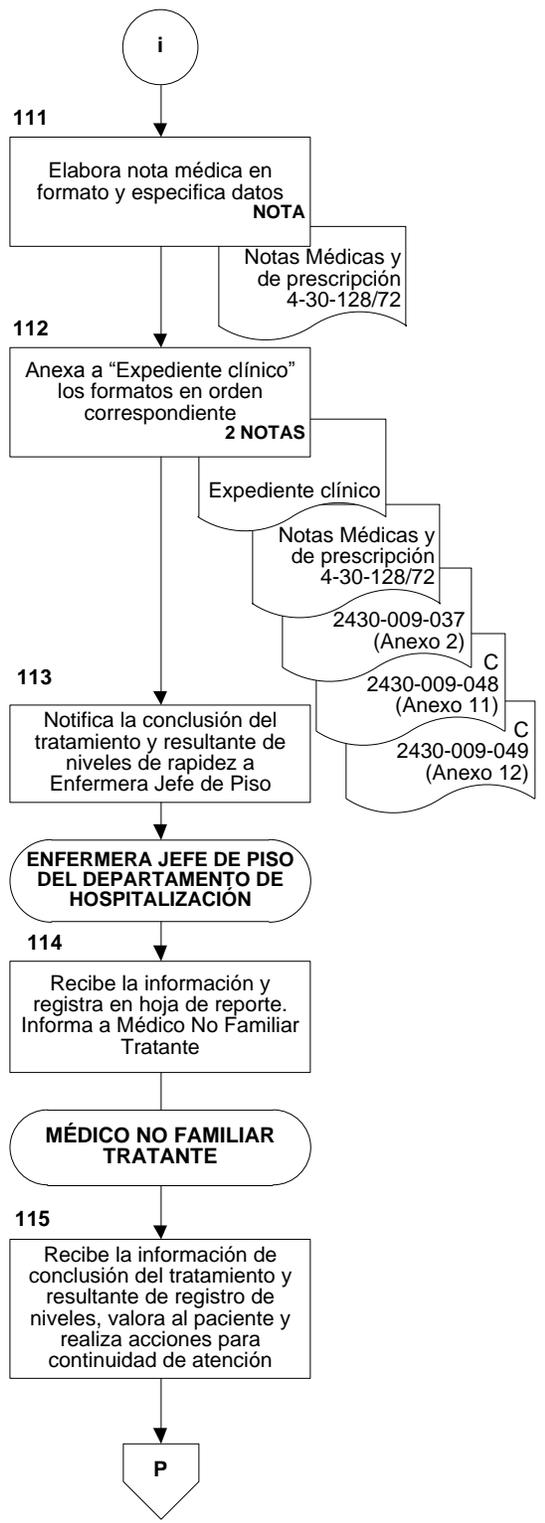
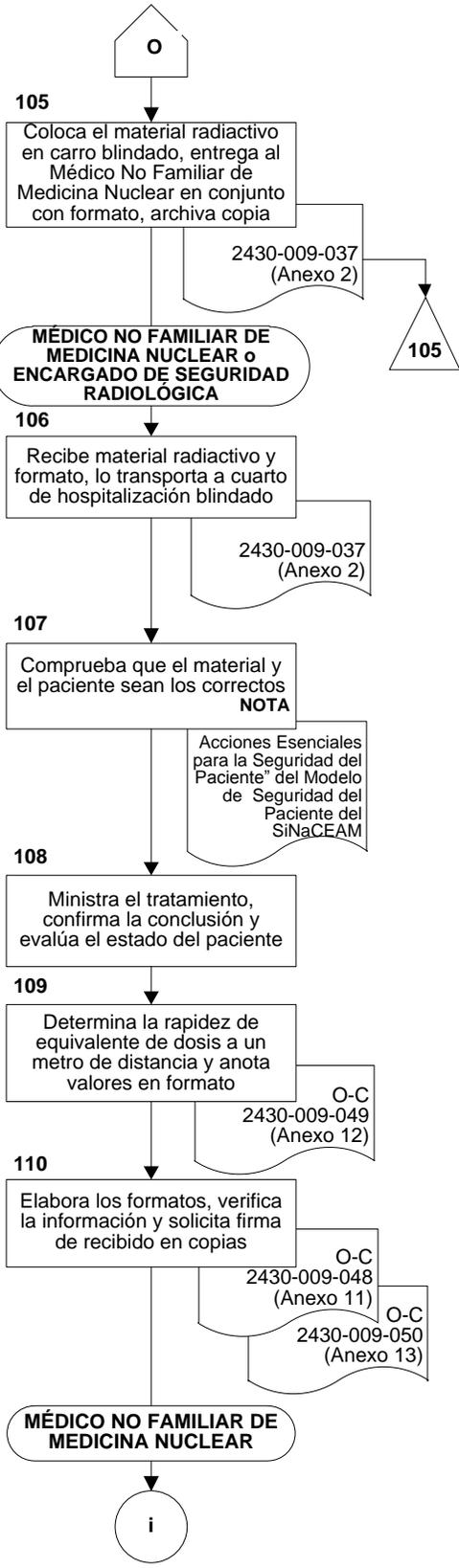


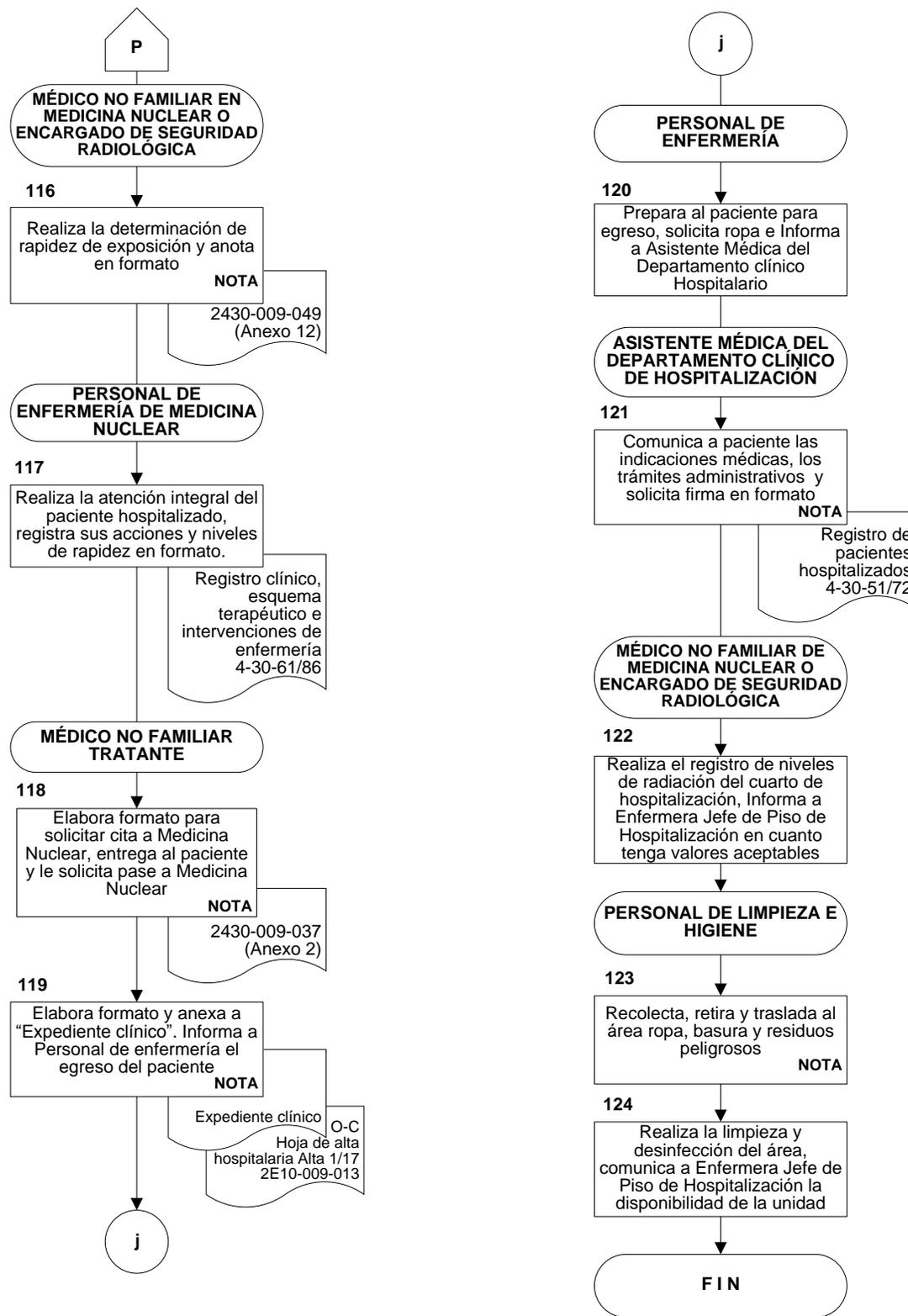














**ANEXO 1**

**Solicitud de Estudio de Gammagrama Cardiaco**  
**2430-009-026**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICA  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
SOLICITUD DE ESTUDIO DE GAMMAGRAMA CARDÍACO  
(PRUEBA DE ESFUERZO)

UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA: 1		FECHA: 2 / /	
PRUEBA DE ESFUERZO: FÍSICA: 3		FARMACOLÓGICA:	
RADIOTRAZADOR: <sup>201</sup> TALIO 4	<sup>99m</sup> Tc-MIBI	<sup>99m</sup> Tc-MYO VIEW	
5 DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
NOMBRE DEL PACIENTE:		N.S.S. y Agregado:	
Edad:	Género (Sexo):	Peso:	Estatura: Teléfono:
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Municipio/Alcaldía, C.P.)			
Fecha de Nacimiento DIA:		MES:	AÑO:
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	U.M.F.	DELEGACIÓN:	
PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO CARDIOLOGO			
6 Antecedentes Personales Patológicos:			
Valvulopatía	Tabaquismo	HTAS	
D.M.	Angina de Pecho	Infarto del miocardio	
Trombolisis	Angioplastia Coronaria	Revascularización	
Marcapaso Definitivo	Prótesis Valvulares		
7 Estudios de Gabinete (Cardiológicos):			
ECG Reposo	Rx Tórax Simple	Ecocardiograma	
Cateterismo	Otros		
8 Electrocardiograma de Esfuerzo (Simple)			
Si	No	Motivo	
Fecha	Angina SI	NO	
Arritmias	ECG Cambios		
Significativos: SI (Especifique)		NO	
Etapas	FCME	%	Motivo (Suspensión)
Respuesta presora	Conclusión Dx:	Positiva ( )	Negativa ( )
NO Valorable (motivo)			
TRATAMIENTO (actual): 9			
DIAGNOSTICO: 10			
FINALIDAD DEL ESTUDIO 11			
Médico Solicitante: 12	Matrícula:	Firma:	



### INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

**Medicamentos que suspender: 3 días antes del estudio:** (Digital, Diuréticos, B. Bloqueadores) 13

**Medicamentos que suspender 24 horas (1 día) antes del estudio:** (Dipiridamol, Nitritos, Calcio Bloqueadores, Inhibidores de ECA)

**A** 14 Presentarse en **AYUNO TOTAL** (nada de comida, medicamentos o agua en el día del estudio)

**B** **TRAER** consigo los medicamentos que tiene indicados para ese día (Una vez terminado el estudio podrá reanudar el tratamiento)

**C** Presentarse **BAÑADO**

**D** **ROPA** (ropa holgada o pants), **NO** utilizar playera: **MUJERES:** Blusa de botones al frente **HOMBRES:** Camisa de botones al frente (SIN camiseta debajo)

**E** **ZAPATOS** cómodos con suela de goma o tenis

**F** **TRAER** una toalla pequeña (de manos) limpia y seca

**G** **HOMBRES:** Favor de **RASURARSE** el área del tórax, **SIN** untarse aceite o crema en el pecho el día del estudio

**H** **OBLIGATORIO:** se debe venir acompañado de un familiar y/o acompañante responsable, (el mismo que deberá permanecer en sala de espera durante 6 horas aproximadamente)

**I** **NO** ingerir bebidas alcohólicas al menos 24 horas antes del estudio

Confirmando que el médico me ha descrito en forma clara y con un lenguaje entendible, las posibles complicaciones que se pueden presentar al momento del estudio. Por lo que mi testigo y yo aceptamos la realización del estudio:

Paciente:

15

Firma:

Testigo:

16

(parentesco)

Firma:

### PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL PERSONAL DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha y hora para presentarse al estudio:

17

Tiempo que debe disponer para la realización del estudio:

18

DD      MMM      AAAA      HORA      MINUTOS      SALA

HORAS: \_\_\_\_\_

TIPO DE RADIO FÁRMACO ADMINISTRADO:

19

DOSIS DEL RADIO FÁRMACO ADMINISTRADO:

20

Médico No Familiar de Medicina Nuclear:

21

Observaciones:

22

Nombre

Matrícula

Firma



**ANEXO 1**  
**Solicitud de estudio de gammagrafía cardiaco**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR				
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria que solicita el estudio.  Ejemplo: HGZ No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”.				
2	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza la solicitud del estudio en el Departamento de Cardiología, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.  Ejemplo: 05 / 12 / 2018.				
3	Prueba de esfuerzo	Marcar con una “X” el tipo de estudio solicitado  Ejemplo: <table border="1" data-bbox="597 1052 1409 1087"> <tr> <td>FÍSICA</td> <td align="center"><b>X</b></td> <td>FARMACOLÓGICA</td> </tr> </table>	FÍSICA	<b>X</b>	FARMACOLÓGICA	
FÍSICA	<b>X</b>	FARMACOLÓGICA				
4	Radiotrazador	El radiotrazador que se requiere utilizar en el estudio solicitado  Ejemplo: <table border="1" data-bbox="597 1283 1409 1325"> <tr> <td><sup>201</sup>Talio</td> <td><sup>99m</sup>Tc-MIBI</td> <td align="center"><b>X</b></td> <td><sup>99m</sup>Tc-MYO VIEW</td> </tr> </table>	<sup>201</sup> Talio	<sup>99m</sup> Tc-MIBI	<b>X</b>	<sup>99m</sup> Tc-MYO VIEW
<sup>201</sup> Talio	<sup>99m</sup> Tc-MIBI	<b>X</b>	<sup>99m</sup> Tc-MYO VIEW			
5	Datos generales del paciente					
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.				
	NSS y Agregado	El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado.  Este deberá de transcribirse de la “Cartilla Nacional de Salud” u otro documento con el que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210 59 1670 1M1959OR.				

2430-009-026



**ANEXO 1**  
**Solicitud de estudio de gammagrafía cardiaco**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR						
Edad		<p>La edad del paciente de acuerdo al número de seguridad social o al número del agregado, en números arábigos.</p> <p>Ejemplo: 38 años.</p>						
Género (sexo)		<p>El género (sexo) del paciente: Masculino / Femenino.</p> <p>Ejemplo: Femenino.</p>						
Peso		<p>El peso del paciente en gramos.</p> <p>Ejemplo: 67,500.</p>						
Estatura		<p>La estatura del paciente en metro y centímetros.</p> <p>Ejemplo: 1.70.</p>						
Teléfono		<p>El número telefónico que el paciente haya dado para poderlo localizar, del familiar o persona legalmente responsable, incluyendo clave lada, en su caso.</p> <p>Ejemplo: (01- 722) - 2790-1273.</p>						
Domicilio		<p>El nombre de la calle, número, colonia, alcaldía o municipio y Código Postal, donde se encuentra ubicado el domicilio del paciente.</p> <p>Ejemplo: Independencia No. 5, Colonia Centro, Municipio de Lerma, Edo. de México. C.P. 52001</p>						
Fecha de Nacimiento		<p>La fecha en que se encuentra registrado el nacimiento del paciente.</p> <p>Ejemplo:</p> <table border="1" data-bbox="597 1598 1409 1640"> <tr> <td>DÍA</td> <td>25</td> <td>MES</td> <td>Septiembre</td> <td>Año</td> <td>1959</td> </tr> </table>	DÍA	25	MES	Septiembre	Año	1959
DÍA	25	MES	Septiembre	Año	1959			
Unidad de adscripción		<p>El número de la Unidad de Medicina Familiar al que pertenece el paciente y el número de la Delegación institucional a la que corresponde.</p> <p>Ejemplo:</p> <table border="1" data-bbox="597 1843 1219 1885"> <tr> <td>UMF</td> <td>223</td> <td>Méx. Pte</td> </tr> </table>	UMF	223	Méx. Pte			
UMF	223	Méx. Pte						

2430-009-026



**ANEXO 1**  
**Solicitud de estudio de gammagrafía cardiaco**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR								
<b>PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO CARDIÓLOGO</b>										
6	Antecedentes Personales Patológicos	Anotar una "X" en el recuadro correspondiente al antecedente presente en el paciente  Ejemplo: <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Trombólisis</td> <td>Angioplastia Coronaria <b>X</b></td> <td>Revascularización</td> </tr> </table>	Trombólisis	Angioplastia Coronaria <b>X</b>	Revascularización					
Trombólisis	Angioplastia Coronaria <b>X</b>	Revascularización								
7	Estudios de Gabinete (Cardiológicos)	Anotar una "X" en el recuadro correspondiente al estudio que se le realizó previamente al paciente.  Ejemplo: <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Cateterismo <b>X</b></td> <td>Otros</td> </tr> </table>	Cateterismo <b>X</b>	Otros						
Cateterismo <b>X</b>	Otros									
8	Electrocardiograma de Esfuerzo (Simple)	Anotar una "X" si se realizó el ECG simple, en caso de negativo anotar los motivos por los cuales no se realizó. La fecha en que se realizó el ECG, y lo reportado en el mismo.  Ejemplo: <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>SÍ</td> <td><b>X</b></td> <td>NO</td> <td>MOTIVO</td> </tr> <tr> <td>Fecha 11/01/19</td> <td>Angina</td> <td>SÍ <b>X</b></td> <td>NO</td> </tr> </table>	SÍ	<b>X</b>	NO	MOTIVO	Fecha 11/01/19	Angina	SÍ <b>X</b>	NO
SÍ	<b>X</b>	NO	MOTIVO							
Fecha 11/01/19	Angina	SÍ <b>X</b>	NO							
9	Tratamiento (actual)	Escribir con letra clara los medicamentos indicados por Cardiología al paciente, nombre, dosis y horario.  Ejemplo: Metoprolol 100 mg VO cada 12 Hrs.								
10	Diagnóstico	El nombre del padecimiento cardiaco que porta el paciente.  Ejemplo: Isquemia cardiaca								
11	Finalidad del Estudio	La búsqueda final del estudio  Ejemplo: Visualización de isquemia miocárdica								
12	Médico solicitante	El nombre, apellido paterno, materno y nombre(s) del médico Cardiólogo que solicita el estudio de gammagrafía cardiaca, número de matrícula y firma autógrafa.								



**ANEXO 1**  
**Solicitud de estudio de gammagrafía cardiaca**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13	Medicamentos que suspender 24 horas (1día) antes del estudio	Anotar los medicamentos que deberá suspender un día antes del estudio, acorde a las indicaciones del médico.  Ejemplo: Metoprolol 100 mg VO Dosis matutino (en la mañana).
14	Indicaciones	Las recomendaciones e instrucciones que el paciente requiere realizar previo al estudio de gammagrafía cardiaca.
15	Paciente	Nombre de puño y letra, y firma autógrafa; una vez que acepta la realización del estudio.
16	Testigo	Nombre de puño y letra, y firma autógrafa; de la persona designada por el paciente como testigo de su autorización a la realización del estudio.

**PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL PERSONAL DE MEDICINA NUCLEAR**

17	Fecha y hora para presentarse al estudio	La fecha, en formato día, mes y año; así como la hora y minutos y el número de la sala en que debe de presentarse a la realización del estudio de medicina nuclear.  Ejemplo: 21 / 01 / 2019 12 : 30 B
18	Tiempo que debe de disponer para la realización del estudio	El tiempo en formato de horas en que tanto el paciente como el familiar deberán permanecer en el Departamento de Medicina Nuclear para la realización del estudio programado.  Ejemplo: 6 horas 30 minutos.
19	Tipo de radiofármaco administrado	El nombre del radiofármaco utilizado durante la realización de su estudio.  Ejemplo: Tecnecio 201

2430-009-026



**ANEXO 1**  
**Solicitud de estudio de gammagrafía cardiaca**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
20	Dosis del radiofármaco administrado	Anotar la cantidad del radiofármaco utilizado durante la realización del estudio.  Ejemplo: 800MBq
21	Médico No Familiar de Medicina Nuclear	El nombre empezando por el apellido paterno, materno y nombre, así como la matrícula institucional y la firma autógrafa del Médico No Familiar de Medicina Nuclear que realizó el estudio al paciente.  Ejemplo: Cazares Martínez Cesar A. Matrícula 10874567 Firma
22	Observaciones	Anotar cualquier eventualidad presentada u observada durante la realización del estudio.

2430-009-026



**ANEXO 2**

**Solicitud de estudios de medicina nuclear  
2430-009-037**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**SOLICITUD DE ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR**

<b>1</b> Fecha de la solicitud ____ / ____ / ____ Día Mes Año	<b>2</b> Fecha en que se recibe la solicitud ____ / ____ / ____ Día Mes Año	<b>3</b> Fecha de la cita ____ / ____ / ____ Día Mes Año	<b>4</b> Fecha en la que se realiza el estudio ____ / ____ / ____ Día Mes Año
---	---	--	---

**5** Datos generales del paciente

Nombre del paciente:		NSS y Agregado:		
Edad:	Género (Sexo):	Peso:	Estatura:	Teléfono:

**6** Antecedentes de importancia (En caso de estudios cardiológicos)

Hipertensión arterial	SI	NO	Obesidad	SI	NO	Tabaquismo	SI	NO
Hipercolesterolemia	SI	NO	Infarto agudo al miocardio	SI	NO	Diabetes Mellitus	SI	NO
Otros:	SI	NO		SI	NO		SI	NO

Estudios previos de laboratorio y gabinete (especificar) **7**

Medicamentos administrados **8**

Datos clínicos **9**

Estudio solicitado: **10**

Servicio que solicita:	Unidad que envía:	Unidad que realiza el estudio:
------------------------	-------------------	--------------------------------

**11** Médico no Familiar Tratante

Nombre	Matrícula	Firma
--------	-----------	-------

**12** Para ser llenado exclusivamente por el Médico no Familiar de Medicina Nuclear

Tipo de radiofarmaco administrado:	Dosis del radiofarmaco administrado:
------------------------------------	--------------------------------------

			<b>13</b> Observaciones
Nombre	Matrícula	Firma	



**ANEXO 2**  
**Solicitud de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha de la solicitud	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que el Médico No Familiar solicita el estudio, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 30 / 11 / 2018.</p>
2	Fecha en que se recibe la solicitud	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se recibe la solicitud del estudio en el Departamento de Medicina Nuclear, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 05 / 12 / 2018.</p>
3	Fecha de la cita	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se cita al paciente para que se le realice el estudio, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 19 / 12 / 2018.</p>
4	Fecha en la que se realiza el estudio	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el estudio al paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 19 / 12 / 2018.</p>
5	Datos generales del paciente	
	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>

2430-009-037



**ANEXO 2**  
**Solicitud de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	NSS y Agregado	<p>El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado.</p> <p>Este deberá de transcribirse de la “Cartilla Nacional de Salud” u otro documento con el que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210 59 1670 1M1959OR.</p>
	Edad	<p>La edad del paciente de acuerdo al número de seguridad social o al número del agregado, en números arábigos.</p> <p>Ejemplo: 58 años.</p>
	Género (sexo)	<p>El género (sexo) del paciente: Masculino / Femenino.</p> <p>Ejemplo: Femenino.</p>
	Peso	<p>El peso del paciente en gramos.</p> <p>Ejemplo: 67,500.</p>
	Estatura	<p>La estatura del paciente en metro y centímetros.</p> <p>Ejemplo: 1.70.</p>
	Teléfono	<p>El número telefónico que el paciente haya dado para poderlo localizar, del familiar o persona legalmente responsable, incluyendo clave lada, en su caso.</p> <p>Ejemplo: 55-56-70-12-73.</p>
6	Antecedentes de importancia	<p>Una “X” en el espacio correspondiente a “Si” o “No”, según sea el caso.</p>
	Otros	<p>Cualquier otro padecimiento que no esté contemplado en el formato.</p> <p>Ejemplo: Hepatitis C</p>

2430-009-037



**ANEXO 2**  
**Solicitud de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
7	Estudios previos de laboratorio y gabinete	Los resultados de laboratorio y gabinete que sean útiles para el estudio a realizar.  Ejemplo: ECG Normal.
8	Medicamentos administrados	Tratamiento farmacológico prescrito por el médico tratante al paciente.  Ejemplo: Enalapril y bezafibrato.
9	Datos clínicos	El diagnóstico clínico o los signos y síntomas más importantes del padecimiento a investigar.  Ejemplo: Hepatopatía en estudio.
10	Estudio solicitado	El nombre del estudio a realizar por parte del Departamento de Medicina Nuclear.  Ejemplo: Gammagrama hepatoesplénico.
	Departamento que solicita	El nombre del Departamento o especialidad solicitante del estudio.  Ejemplo: Medicina Interna.
	Unidad que envía	El tipo y el número de la unidad hospitalaria que envía al paciente.  Ejemplo: HGR No. 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro".
	Unidad que realiza el estudio	El tipo y número de unidad hospitalaria que realiza el estudio.  Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "Siglo XXI".
11	Médico No Familiar tratante	

2430-009-037



**ANEXO 2**  
**Solicitud de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Nombre Matrícula Firma	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico No Familiar tratante que solicita el estudio.  Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González. Matrícula: 6970698. Firma.
12	Para ser llenado exclusivamente por el Médico No Familiar de Medicina Nuclear	
	Tipo de Radiofármaco administrado	El nombre del compuesto radiactivo a aplicar al paciente.  Ejemplo: Coloide de tecnecio 99mTc.
	Dosis del Radiofármaco administrado	La cantidad del compuesto radiactivo que se va a aplicar al paciente, en Becquerels.  Ejemplo: 370 MBq.
	Nombre Matrícula Firma	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico No Familiar del Departamento de Medicina Nuclear.  Ejemplo: Juan Robles González. 6979698. Firma.
13	Observaciones	La información complementaria que se considere necesaria.

2430-009-037



**ANEXO 3**

**Indicaciones para el estudio de medicina nuclear  
2430-009-043**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**INDICACIONES PARA EL ESTUDIO DE MEDICINA NUCLEAR**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA

1

FECHA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD    MMM    AAAA

NOMBRE:

2

(Apellido paterno, materno y nombre(s))

3

NSS Y AGREGADO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha y hora para el estudio

4

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    \_\_\_\_:\_\_\_\_  
DD    MMM    AAAA    Hora    Min

Tiempo que debe de disponer para la  
realización del estudio: \_\_\_\_\_

5

Horas

Nombre del estudio:

6

CONDICIONES EN QUE DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE

7

Bañado:	SÍ	NO	En ayuno:	SÍ	NO
Ropa cómoda:	SÍ	NO	Pecho rasurado:	SÍ	NO
Suspender alimentos:	SÍ	NO	Cuáles:		
Traer alimentos:	SÍ	NO	Cuáles:		
Traer líquidos:	SÍ	NO	Cuáles:		

Otros:

8

**NOTA: En caso de no presentarse en la hora señalada para la realización del estudio y/o en las condiciones indicadas, el estudio programado se suspenderá.**

**2430-009-043**



**ANEXO 3**  
**Indicaciones para el estudio de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria a la que se envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "Siglo XXI".</p>
2	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
3	NSS y Agregado	<p>El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado.</p> <p>Este deberá de transcribirse de la "Cartilla Nacional de Salud" u otro documento con el que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210 59 1670 1M1959OR</p>
4	Fecha y hora para el estudio	<p>El día, mes y año, así como la hora en que el Departamento de Medicina Nuclear otorgará la cita para la realización del estudio, así como la hora.</p> <p>Ejemplo 16 / 11 / 2018 a las 10:15 horas.</p>
5	Tiempo que debe de disponer para la realización del estudio	<p>El número de horas necesarias que deberá de disponer el paciente para la realización del estudio de medicina nuclear.</p> <p>Ejemplo: 2:30 (dos horas treinta minutos).</p>
6	Nombre del estudio	<p>El nombre del estudio de medicina nuclear que se le realizará al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gammagrafía ósea.</p>
7	Condiciones en que debe presentarse el paciente	<p>Una "X" en el espacio correspondiente a "Si" o "No", de acuerdo a las condiciones requeridas en que debe presentarse el paciente.</p>
8	Otros	<p>Especificar otra condición en que debe presentarse el paciente al estudio que no esté considerada en el formato.</p> <p>Ejemplo: Acudir acompañado al estudio.</p>

2430-009-043



**ANEXO 4**

**Carta de consentimiento informado para procedimientos  
diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear  
2430-009-044**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS DE MEDICINA NUCLEAR**

Las NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM 004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO, en su punto 10.1 y LA LEY GENERAL DE SALUD y demás relativos sustentan que Usted tiene derecho a ser informado(s) por el médico nuclear certificado mediante Carta de Consentimiento informado sobre los riesgos y beneficios esperados del procedimiento o terapéutica en Medicina Nuclear que se le propone con fines diagnósticos o terapéuticos. Si Usted otorga su consentimiento informado el procedimiento diagnóstico o terapéutico se llevará a cabo de acuerdo a lo dispuesto en la NOM-013-NUCL-2009 REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD RADIOLOGICA PARA EGRESAR PACIENTES A QUIENES SE LES HA ADMINISTRADO MATERIAL RADIACTIVO.

Yo: \_\_\_\_\_ <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ <sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Número de seguridad social y agregado

1.- \_\_\_\_\_ <sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
2.- \_\_\_\_\_, en que consiste(n) y los objetivos del(os) mismo(s)  
(Nombre(s) del(os) procedimiento(s))

Por medio de la presente, acepto y autorizo al Personal Ocupacionalmente Expuesto, que se ha identificado como tal, quien me ha explicado que es conveniente y/o necesaria en mi situación el uso de material radiactivo para fines diagnósticos o terapéuticos.

Me han explicado, mediante esta Carta de Consentimiento Informado y la información proporcionada por mi médico, el significado del procedimiento diagnóstico o terapéutico mediante el uso de radiofármacos, los beneficios y los riesgos inherentes al mismo. Respecto de la atención de contingencias y/o urgencias posibles relacionadas con el acto autorizado, he tenido la oportunidad de formular preguntas y resolver mis dudas. Declaro así estar debidamente informado(s) en los términos de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO

Hago constar que el médico me informó sobre el hecho de que no existen alternativas a tal procedimiento diagnóstico o terapéutico, por tratarse de procedimientos diagnósticos o terapéuticos fisiológicos específicos, sin embargo, pueden complementarse con otra modalidad de estudios de imagen o combinarse la terapéutica..

Los efectos y consecuencias esperados si no se hace(n) el(os) procedimiento(s).

En todo momento existió disposición para aclarar dudas o ampliar información por parte del personal médico que me está atendiendo.

Se me comunicó la posibilidad de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al(os) procedimiento(s). Asimismo, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique o en caso de llegar a tener alguna molestia o duda.

Nombre de la Unidad Hospitalaria <sup>4</sup> \_\_\_\_\_ Fecha <sup>5</sup> \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dia Mes Año

Médico tratante <sup>6</sup>			Paciente, familiar o persona legalmente responsable <sup>7</sup>	
NOMBRE	MATRICULA	FIRMA	NOMBRE	FIRMA

Testigo 1 <sup>8</sup>		Testigo 2	
NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
CARTA DE NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS  
DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS DE MEDICINA NUCLEAR**

Las NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM 004-SSA3-2012.DEL EXPEDIENTE CLINICO, en su punto 10.1. y LA LEY GENERAL DE SALUD y demás relativas sustentan que Usted tiene derecho a ser informado(a) por el médico de Medicina nuclear certificado; sobre los riesgos y beneficios esperados del procedimiento o terapéutica en Medicina Nuclear que se le propone con fines diagnósticos o terapéuticos.

YO: \_\_\_\_\_ (9)  
(Nombre(s), apellido paterno y materno)

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ (10) Edad: \_\_\_\_\_ (11)

Expreso mi libre voluntad para no autorizar la realización de procedimiento diagnóstico o terapéutico en mi persona, a realizarse en el Departamento de Medicina Nuclear; después de haberme proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los beneficios, posibles riesgos, complicaciones y secuelas.

De igual forma hago constar que el médico me ha orientado sobre las consecuencias que dicho acto pueda originar.

En apego al Reglamento de la Ley General de Salud, artículo 79; debo registrar la leyenda "Eximo de toda responsabilidad médica, legal y administrativa que pudiera resultar de mi determinación, al Instituto Mexicano del Seguro Social y personal de salud que labora en esta Unidad Médica". En donde se me indique de puño y letra, con firma autógrafa.

Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria \_\_\_\_\_ (12) Fecha: \_\_\_\_\_ (13) / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

Médico Tratante		Paciente, familiar o persona legalmente responsable	
MATRÍCULA	FIRMA	(15)	
Testigo 1		Testigo 2	
(16)			
NOMBRE COMPLETO, (PARENTESCO), FIRMA		NOMBRE COMPLETO, (PARENTESCO), FIRMA	

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ANEXO 4**  
**Carta de consentimiento informado para procedimientos**  
**diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
2	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-55-1670-1M1955OR.</p>
3	Nombre(s) del(os) procedimiento(s)	<p>El nombre del estudio a realizar por parte del Departamento de Medicina Nuclear.</p> <p>Ejemplo: Gammagrafía ósea.</p>
4	Nombre de Unidad Hospitalaria	<p>El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "La Raza".</p>
5	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el consentimiento informado, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 30 / 11 / 2018.</p>
6	Médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma del Médico No Familiar tratante del departamento que solicita.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González. Matrícula 6970698. Firma</p>

2430-009-044



**ANEXO 4**  
**Carta de consentimiento informado para procedimientos**  
**diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
7	Paciente, familiar o persona legalmente responsable	El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio o del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: Octavio Lara Mariscurrena.
8	Testigo	El nombre completo de los testigos por parte del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: José Manuel Segura Zavala. Firma:

**CARTA DE NEGATIVA**

9	Nombre(s), apellido paterno y materno	El nombre completo del paciente que da negativa para la realización del estudio, iniciando por el nombre(s), los apellidos paterno y materno, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Gutiérrez Rodríguez Soledad.
10	Número de Seguridad Social y agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 2067-66- 1243-1M1966OR.
11	Edad	Los años o meses o días correspondientes a la edad del paciente.  Ejemplo 1: 25 años Ejemplo 2: 3 meses Ejemplo 3: 20 días de nacido

2430-009-044



**ANEXO 4**  
**Carta de consentimiento informado para procedimientos**  
**diagnóstico-terapéuticos de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
12	Nombre de la Unidad Hospitalaria	<p>El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho”, Puebla, Pue.</p>
13	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el consentimiento informado, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 30 / 11 / 2018.</p>
14	Médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma del Médico No Familiar tratante del Departamento que solicita.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Roberto Díaz Contreras. Matrícula 11568740. Firma</p>
15	Paciente, familiar o persona legalmente responsable	<p>El nombre completo del paciente que da negativa para la realización del estudio o del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: Javier Hidalgo Vázquez.</p>
16	Testigo	<p>El nombre completo de los testigos por parte del paciente que da negativa para la realización del estudio, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: Angélica Durero Torres.</p> <p>Firma</p>



**ANEXO 5**

**Carta de consentimiento informado para estudio de Gammagrama Cardíaco  
2430-009-045**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS|  
UNIDAD DE ATENCION MEDICA  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE GAMMAGRAMA  
CARDIACO**

Las NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM004-SSA3-2012.DEL EXPEDIENTE CLINICO, en su punto 10.1 y LA LEY GENERAL DE SALUD y demás relativas sustentan que Usted tiene derecho a ser informado(a) por el médico nuclear certificado mediante Carta de Consentimiento informado sobre los riesgos y beneficios esperados del procedimiento o terapéutica en Medicina Nuclear que se le propone con fines diagnósticos o terapéuticos. Si Usted otorga su consentimiento informado el procedimiento diagnóstico o terapéutico se llevará a cabo de acuerdo a lo dispuesto en la NOM-013-NUCL-2009 REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD RADIOLOGICA PARA EGRESAR PACIENTES A QUIENES SE LES HA ADMINISTRADO MATERIAL RADIACTIVO.

Yo: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_ (2)  
Nombre del Paciente Número de seguridad social y agregado

1.- \_\_\_\_\_ (3)  
2.- \_\_\_\_\_, en que consiste(n) y los objetivos del(os) mismo(s)  
(Nombre(s) del(os) procedimiento(s))

Por medio de la presente, acepto y autorizo al Personal Ocupacionalmente Expuesto, que se ha identificado como tal, quien me ha explicado que es conveniente y/o necesaria en mi situación el uso de material radiactivo para fines diagnósticos o terapéuticos.

Me han explicado, mediante esta Carta de Consentimiento Informado y la información proporcionada por mi médico, el significado del procedimiento diagnóstico o terapéutico mediante el uso de radiofármacos, los beneficios y los riesgos inherentes al mismo. Respecto de la atención de contingencias y/o urgencias posibles relacionadas con el acto autorizado, he tenido la oportunidad de formular preguntas y resolver mis dudas. Declaro así estar debidamente informado(s) en los términos de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO

Hago constar que el médico me informó sobre el hecho de que no existen alternativas a tal procedimiento diagnóstico o terapéutico, por tratarse de procedimientos diagnósticos o terapéuticos fisiológicos específicos, sin embargo, pueden complementarse con otra modalidad de estudios de imagen o combinarse la terapéutica..

Los efectos y consecuencias esperados si no se hace(n) el(os) procedimiento(s).

En todo momento existió disposición para aclarar dudas o ampliar información por parte del personal médico que me está atendiendo.

Se me comunicó la posibilidad de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al(os) procedimiento(s). Asimismo, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique o en caso de llegar a tener alguna molestia o duda.

Nombre de la Unidad Hospitalaria (4) Fecha (5) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dia Mes Año

Médico tratante (6)			Paciente, familiar o persona legalmente responsable (7)	
NOMBRE	MATRICULA	FIRMA	NOMBRE	FIRMA
Testigo 1 (8)			Testigo 2	
NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA	

2430-009-045



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
CARTA DE NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE  
GAMMAGRAMA CARDIACO**

Las NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM 004-SSA3-2012.DEL EXPEDIENTE CLINICO, en su punto 10.1. y LA LEY GENERAL DE SALUD y demás relativas sustentan que Usted tiene derecho a ser informado(a) por el médico de Medicina nuclear certificado; sobre los riesgos y beneficios esperados del procedimiento o terapéutica en Medicina Nuclear que se le propone con fines diagnósticos o terapéuticos.

YO: \_\_\_\_\_ (Nombre(s), apellido paterno y materno)

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Expreso mi libre voluntad para no autorizar la realización de procedimiento diagnóstico o terapéutico en mi persona, a realizarse en el Departamento de Medicina Nuclear; después de haberme proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los beneficios, posibles riesgos, complicaciones y secuelas.

De igual forma hago constar que el médico me ha orientado sobre las consecuencias que dicho acto pueda originar.

En apego al Reglamento de la Ley General de Salud, artículo 79; debo registrar la leyenda "Eximo de toda responsabilidad médica, legal y administrativa que pudiera resultar de mi determinación, al Instituto Mexicano del Seguro Social y personal de salud que labora en ésta Unidad Médica". En donde se me indique de puño y letra, con firma autógrafa.

Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Médico Tratante		Paciente, familiar o persona legalmente responsable	
14		15	
MATRÍCULA	FIRMA		
Testigo 1		Testigo 2	
16			
NOMBRE COMPLETO, (PARENTESCO), FIRMA		NOMBRE COMPLETO, (PARENTESCO), FIRMA	

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ANEXO 5**  
**Carta de consentimiento informado**  
**para estudio de Gammagrama Cardíaco**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
2	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-55-1670-1M1955OR.</p>
3	Nombre(s) del(os) procedimiento(s)	<p>El nombre del estudio a realizar por parte del Departamento de Medicina Nuclear.</p> <p>Ejemplo: Gammagrama Cardíaco.</p>
4	Nombre de Unidad Hospitalaria	<p>El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "La Raza".</p>
5	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el consentimiento informado, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 30 / 11 / 2018.</p>
6	Médico tratante en Medicina Nuclear	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma del Médico No Familiar en Medicina Nuclear del departamento que solicita.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González. Matrícula 6970698. Firma</p>

2430-009-045



**ANEXO 5**  
**Carta de consentimiento informado**  
**para estudio de Gammagrama Cardíaco**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
7	Paciente, familiar o persona legalmente responsable	El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio o del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: Octavio Lara Mariscurrena.
8	Testigo	El nombre completo de los testigos por parte del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: José Manuel Segura Zavala. Firma:

**CARTA DE NEGATIVA**

9	Nombre(s), apellido paterno y materno	El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por el nombre, apellidos paterno y materno, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Gutiérrez Rodríguez Soledad.
10	Número de seguridad social y agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210-55-1670-1M1955OR.
11	Edad	Los años o meses o días correspondientes a la edad del paciente.  Ejemplo 1: 25 años Ejemplo 2: 3 meses Ejemplo 3: 20 días de nacido
12	Nombre de la Unidad Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.

2430-009-045



**ANEXO 5**  
**Carta de consentimiento informado**  
**para estudio de Gammagrama Cardíaco**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
		Ejemplo: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho”, Puebla, Pue.
13	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el consentimiento informado, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.  Ejemplo: 30 / 11 / 2018
14	Médico Tratante-en Medicina Nuclear	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma del Médico No Familiar tratante en Medicina Nuclear del departamento que solicita.  Ejemplo: Nombre: Roberto Díaz Contreras. Matrícula11568740. Firma
15	Paciente, familiar o persona legalmente responsable	El nombre completo del paciente que da la negativa para la realización del estudio o del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: Javier Hidalgo Vázquez.
16	Testigo	El nombre completo de los testigos por parte del paciente que dan negativa para la realización del estudio, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.  Ejemplo: Angélica Durero Torres. Firma

2430-009-045



**ANEXO 6**

**Instrucciones para el personal de enfermería, durante la instalación al paciente un dispositivo central o periférico para la ministración de terapia de infusión intravascular  
2430-005-008**



## INSTALACIÓN DE TERAPIA DE INFUSIÓN AL PACIENTE

### Objetivo

Procedimiento donde interviene el personal profesional de Enfermería durante la inserción de un catéter central o periférico en la luz de una vena, a través del cual se infunden líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes, así como el mantenimiento y retiro del catéter.

- Contar con una vía distal o central para infusión de líquidos o para restituir el equilibrio ácido-base.
- Monitorizar el estado hemodinámico del paciente.

### Principios

- El torrente circulatorio constituye un buen vehículo para el transporte de soluciones, medicamentos y nutrientes.
- La asepsia y antisepsia de la piel inhiben o destruyen microorganismos y por consiguiente reducen el riesgo de infecciones relacionadas a flebitis o bacteriemia.
- La contaminación de soluciones se incrementa cuando se fraccionan las presentaciones de volúmenes mayores para ministrar cantidades pequeñas de líquidos intravasculares.

### Fases de la terapia de infusión intravenosa.

- Prescripción médica.
- Instalación o colocación del catéter.
- Manejo de infusión.
- Retiro del catéter.

**Catéter venoso central:** Conducto tubular largo y suave, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para infundir solución intravenosa directamente a la vena cava.

**Catéter venoso periférico:** Conducto tubular corto y flexible, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para la infusión de la solución intravenosa al organismo a través de una vena distal.

**Venopunción:** Procedimiento mediante el cual se introduce una aguja a través de la piel para insertar un catéter en una vena.

**Técnica estéril:** Conjunto de acciones que incluye el lavado meticuloso de las manos con jabón antiséptico, uso de barreras estériles, como: campos quirúrgicos, guantes estériles, mascarilla simple cubreboca el uso de todo el instrumental estéril así como la utilización de antiséptico para preparación de la piel.

2430-005-008



## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Investigue antecedentes de alergia.
- Valore a la persona para seleccionar el acceso vascular periférico idóneo.
- Aplique precauciones de barrera máxima durante la inserción, mantenimiento y retiro del catéter.

-Los equipos de infusión deberán ser cambiados cada 24 horas si se está infundiendo una solución hipertónica: dextrosa al 10%, 50% y NPT, y cada 72 horas en soluciones hipotónicas e isotónicas.

NOTA: En caso de contaminación o precipitación debe cambiarlo inmediatamente.

-El uso inadecuado de llave de tres o cuatro vías representa un riesgo para la introducción de microorganismos a los catéteres vasculares.

-Utilice equipos de volumen medido, para la administración de medicamentos, especial atención con los pacientes que tienen prescripción de control de líquidos.

-Evite desconectar las vías de infusión innecesariamente, por ejemplo en procedimientos de cuidados generales como el baño, aplicación de medicamentos, deambulación, traslado, entre otros.

NOTA: Cuando sea necesario, debe hacerse con técnica aséptica.

-Todos los insumos necesarios para la terapia de infusión intravenosa deben de estar sellados en su envase primario y antes de utilizar verifique los siguientes datos: esterilidad, que sea desechable, fecha de caducidad, número de lote, integridad de la envoltura.

-Realice asepsia de la piel con: alcohol al 70%, yodopovidona del 0.5 al 10% y gluconato de clorhexidina al 2%, según sea el caso.

-Conserve como exclusivo el lumen para la nutrición parenteral, al conectar el equipo hágalo con técnica estéril, desconecte el equipo solo en casos exclusivos y en caso de emergencia.

-Utilice bombas de infusión en soluciones de alto riesgo o que requieran mayor precisión en su ministración.

-Etiquete el contenedor de la solución con los siguientes datos: nombre del paciente, número de cama, fecha, nombre de la solución intravenosa, hora de inicio, hora de término, frecuencia y nombre completo de quién la instaló.

## MEDIDAS DE SEGURIDAD Y DE CONTROL

- Evite instalar catéter en los miembros con fistulas arteriovenosas, o donde hubo vaciamiento ganglionar axilar, con déficit motor y sensitivo.

2430-005-008



- Evite la salida de sangre obturando el extremo distal del catéter o tubo del equipo de venoclisis.
- Lleve a cabo precauciones estándar, principios de asepsia y antisepsia durante la instalación, mantenimiento y retiro del catéter.
- Realice higiene de manos de acuerdo a “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud” 2430-005-026.
- Realice las anotaciones correspondientes en, según corresponda:
  - Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería, 4-30-61/86.
  - Registros clínicos e intervenciones de enfermería del paciente quirúrgico, clave 2430-021-076.
  - Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva 2430-009-041.
  - Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en el área de hemodiálisis, clave 2660-009-142.

#### **INTEGRE MATERIAL Y EQUIPO.**

De acuerdo al catéter que se vaya a instalar:

- Charola con:
  - Solución parenteral prescrita con equipo de infusión conectado
- Carro de curación:
  - Equipo de instalación
  - Material de curación estéril
  - Catéter venoso periférico (diferente calibre)
  - Catéter venoso central
  - Mascarilla (cubre bocas)
  - Guantes de diferentes tamaños
  - 1 Ligadura
  - Torundas
  - Llave de 4 vías
  - Apósito transparente micro poroso auto adherible
  - Material hemostático
  - Bata quirúrgica estéril
  - Compresas sencillas estériles
  - Lidocaína al 2 %
  - Heparina 1000 UI/ml
  - Agua inyectable
  - Soluciones antisépticas:

2430-005-008



- Alcohol isopropilico al 70 %
- Yodopovidona solución
- Clorhexidina al 2%
- Sutura monofilamento sintética no absorbible

## INSTRUCCIONES DE OPERACIÓN

### Instalación de catéter venoso periférico corto.

1. Preséntese e identifique al paciente con nombre completo y NSS.
2. Explique al paciente, familiar o persona legalmente responsable el procedimiento y objetivo del mismo.
3. Seleccione el sitio de inserción preferentemente que sea en la mano no dominante.
4. Coloque al paciente en posición cómoda de acuerdo a la zona de punción.
5. Colóquese cubrebocas y realice higiene de manos.
6. Apoye la región a puncionar sobre un plano resistente.
7. Coloque el torniquete (ligadura) a unos 10 o 15 cm por arriba del sitio de punción.
8. Al elegir la vena, palpe con el dedo índice y el dedo medio y colóquese guantes.
9. Realice asepsia del centro a la periferia en un radio de 5-7 cm deseche la torunda o gasa.
10. Repita la acción en un segundo tiempo sin contaminar y permita que seque el área.

NOTA: Evite palpar el sitio de punción después de la asepsia.

11. Abra la envoltura del catéter sin contaminar, tome el catéter y realice la punción en un ángulo de 15° a 30° e inserte el catéter con el bisel de la guía hacia arriba.

NOTA: Efectúe únicamente una punción, si no le es posible canalizar el vaso, solicite apoyo a su jefe inmediato superior o a la persona con mayor experiencia.

12. Verifique el retorno venoso en la cámara del catéter, retroceda un poco la guía y deslice el catéter
13. Coloque una gasa estéril por debajo del cono de conexión del catéter y retire el torniquete.

2430-005-008



14. Realice ligera presión en la parte superior de la vena que canalizó para evitar la salida de sangre y finalice la extracción de la guía.
15. Conecte el equipo de infusión y abra la llave de paso lentamente, retire la gasa y coloque el apósito para fijar el catéter.
16. Sin estirar, presione el apósito del centro a la periferia para que el adhesivo se fije a la piel, y cubra el sitio de inserción.
17. Tome una de las cintas y sujete con ella el catéter en forma de corbata para darle mayor seguridad y los extremos de las tiras adhiéralas sobre el apósito.
18. Coloque la etiqueta sin obstruir la visibilidad del sitio de punción con los siguientes datos; calibre del catéter, fecha, hora, nombre e iniciales de los apellidos de la persona que realizó el procedimiento.
19. Cerciórese que las conexiones del equipo de infusión estén seguras.
20. Controle el goteo o ml/h en la bomba de infusión de acuerdo a indicación médica.

#### **Mantenimiento del catéter.**

1. Realice acciones de seguridad para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Médica.
2. Mantenga el catéter permeable.
3. Observe diariamente las condiciones del sitio de inserción a través del apósito transparente.
4. Mantenga el circuito cerrado en todo momento.
5. Irrigue el catéter después de administrar medicamentos, componentes sanguíneos.
6. Realice asepsia del sitio de inserción y cambio del apósito con técnica aséptica.
7. Asegure la fijación del dispositivo y cúbralo antes del baño de regadera del paciente.
8. Mantenga comunicación con el paciente para detectar con oportunidad signos y síntomas de alarma; hormigueo, dolor, cambio de coloración, ardor, entre otros.
9. Retire el catéter ante cualquier dato de complicación como; flebitis, infiltración, extravasación.

#### **Retiro del catéter.**

2430-005-008



1. Prepare el material, equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
2. Explique al paciente el procedimiento a realizar.
3. Suspenda el paso del flujo de la infusión.
4. Retire el apósito suavemente, evite utilizar alcohol.
5. Realice asepsia del sitio de inserción.
6. Extraiga el catéter suavemente y deseche en el contenedor para basura municipal.
7. Haga presión del sitio de punción con una torunda o gasa el tiempo necesario.
8. Verifique no haya salida de sangre del sitio de inserción y coloque un apósito transparente.
9. Deje cómodo al paciente.

### **CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)**

Actividades que realiza el personal profesional de Enfermería durante la instalación de un catéter por el médico tratante en pacientes que requieren terapia intravascular por tiempo prolongado.

Los CVC se insertan a través de venas consideradas centrales: subclavia, yugular y femoral.

-Variables:

- Situación anatómica
- Duración
- Número de lúmenes
- Técnica de implantación
- Abordaje

Complicaciones:

Mecánicas: Punción arterial, hematoma local, trombosis venosa, neumotórax, arritmias cardíacas, obstrucción del catéter, embolismo aéreo, ruptura, punción accidental de estructuras vecinas.

Infecciones: Bacteriemia, trombosis séptica, endocarditis bacteriana, septicemia.

### **OBJETIVOS**

Reducir el número de venopunciones traumáticas a pacientes que requieren tratamientos prolongados, con fines diagnósticos o terapéuticos.

2430-005-008



Evitar los daños al paciente por extravasación y necrosis.

Proporcionar un acceso directo en una vena de grueso calibre para monitoreo hemodinámico, terapia de infusión con características específicas hiper-osmolares con pH ácidos o alcalinos y tratamiento de larga duración.

### **INDICACIONES.**

Pacientes que requieren de terapia de infusión por tiempo prolongado.

Pacientes con prescripción de medicamentos como quimioterapia o nutrición parenteral.

Pacientes que requieren tratamiento de cuidados paliativos, transplante, procedimiento de aféresis, entre otros.

### **MEDIDAS DE SEGURIDAD Y CONTROL.**

Verifique la existencia del consentimiento informado para la realización del procedimiento invasivo.

### **INSTRUCCIONES DE OPERACIÓN**

1. Preséntese con el paciente e identifíquelo con nombre completo y NSS.

2. Monitorice signos vitales.

NOTA: Coloque al paciente en decúbito dorsal, descubra la zona de acuerdo al sitio donde se instalará el catéter.

3. En el caso de catéter subclavio, indique al paciente, rote la cabeza de lado contrario al sitio de inserción.

4. Prepare el material con técnica aséptica.

5. Asista al médico durante la instalación del dispositivo.

6. Cerciórese que la fijación con la sutura no moleste al movimiento propio del paciente.

7. Verifique la permeabilidad del catéter, selle con cloruro de sodio al 0.9 % más heparina cada lumen de acuerdo al volumen recomendado por el fabricante, **cierre** la pinza clamp, coloque tapón a los lúmenes.

NOTA: Prepare 9 ml de cloruro de sodio al 0.9 % mas 1 ml de heparina 1000 UI.

8. Retire el excedente de antiséptico, permita que seque la piel perfectamente.

2430-005-008



9. Cubra el sitio de inserción con gasa y apósito transparente.
10. Instale el membrete con los siguientes datos; calibre, fecha y hora de instalación, apellido paterno e iniciales de apellido y nombre del médico que realiza el procedimiento.
11. Valore, controle y notifique inmediatamente situaciones de emergencia o complicaciones.
12. Registre la fecha, hora, calibre del catéter colocado por el médico y control radiográfico (Portátil o en sala); en "Registro clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería" clave 4-30-61/86.

### **Vigilancia y mantenimiento.**

1. De acuerdo a la valoración, realice el procedimiento de asepsia del sitio de inserción del CVC, cuando sea necesario.
2. Utilice material estéril y extreme medidas de asepsia durante la manipulación del catéter.
3. Observe la evolución del tejido subyacente al sitio de inserción; en caso de presencia de datos de infección, notifique al Médico Tratante.

NOTA: Reporte al equipo de líneas vasculares, la presencia de infección y levante el reporte de evento adverso.

4. Evite que la zona donde se localiza el catéter se humedezca durante el baño.
5. Verifique la perfecta adhesión e integridad del apósito.

### **Retiro del catéter venoso central.**

1. Traslade el carro de curaciones a la Unidad del paciente.
2. Detenga la infusión y cierre los clamp de los lúmenes.
3. El retiro del catéter se realizará por el médico tratante.
4. Proporcione el material y equipo necesario.
5. Asista al médico tratante durante el procedimiento.
6. Coloque una gasa cubierta con un apósito transparente en el sitio de punción.
7. En caso de sangrado coloque material hemostático.

2430-005-008



8. Valore, controle y notifique situaciones de emergencia y/o complicaciones.

9. Explique al paciente el cuidado de la herida.

### MANEJO DE INFUSIÓN.

Terapia de infusión intravenosa: Introducción de sustancias químicas, medicamentosas o sanguíneas al torrente circulatorio con fines diagnósticos, terapéuticos y profilácticos.

### OBJETIVOS

- Restaurar volumen sanguíneo y sus componentes.
- Prevenir el desequilibrio hidroelectrolítico.

### MEDIDAS DE SEGURIDAD Y CONTROL

Las barreras de seguridad deberán implementarse en todo el proceso de medicación.

Lleve a cabo los siete correctos para la administración de soluciones y/o medicamentos:

1. Medicamento correcto: Identifique siempre el medicamento, verifique el nombre del medicamento con las indicaciones médicas del expediente clínico del paciente y en la hoja de enfermería.
2. Paciente correcto: Preguntante al paciente su nombre completo, NSS y/o al familiar o persona legalmente responsable.
3. Dosis correcta: Comprobar en las indicaciones médicas del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
4. Vía correcta: Confirmar la vía de administración del medicamento indicado en la etiqueta, indicaciones médicas del expediente clínico y la hoja de enfermería.
5. Horario correcto: confirmar en las indicaciones médicas del expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
6. Fecha de caducidad el medicamento: Verifique la fecha de caducidad de los medicamentos al recibirlo del CADIT, tomarlos del carro de paro o reanimación o del sitio de almacenamiento y antes de prepararlos.
7. Velocidad de infusión: Corrobore en las indicaciones médicas del expediente clínico, el tiempo para infundir la solución (gotas/min. o ml/h).

Reporte de eventos: cuasifalla, evento adverso o evento centinela en el formato "Sistema Vencer II".

Registro correcto: Inmediatamente después de su administración, en la hoja de enfermería el nombre del fármaco, hora de administración, dosis, vía de administración, velocidad de infusión.

2430-005-008



Realice doble verificación durante la preparación y administración de medicamentos especialmente: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

### INSTRUCCIONES DE OPERACION

1. Prepare con técnica aséptica la solución con los medicamentos prescritos y el equipo de infusión.
2. Elabore “Etiqueta para la solución” con la siguiente información y adhiérala al dispositivo.
  - Nombre del paciente.
  - Número de cama.
  - Tipo de solución.
  - Medicamentos.
  - Goteo por minuto-ml/h.
  - Para cuantas horas.
  - Fecha y hora de inicio.
  - Nombre de la enfermera responsable.
3. Cierre las pinzas de seguridad del equipo de infusión e inserte la bayoneta en el frasco o bolsa, mantenga la esterilidad del contenido durante el procedimiento.
4. Administre los medicamentos a la solución si es que se encuentran indicados.
5. Coloque el frasco o bolsa en el tripié o porta sueros, llene la cámara de goteo por lo menos a la mitad, retire el equipo de protección del equipo de infusión, abra la pinza de seguridad y purgue el equipo, permitiendo que las burbujas sean expulsadas, coloque nuevamente la parte protectora del equipo.
6. Una vez colocado el catéter venoso periférico o el CVC.
7. Conecte el equipo de infusión, al catéter periférico o central y permita que fluya lentamente la solución prescrita.
8. Regule el goteo o ml/h en la bomba de infusión de acuerdo a la prescripción médica.
9. Verifique la permeabilidad del catéter y el paso de la solución durante algunos minutos.
10. Deje cómodo al paciente y oriéntelo sobre las precauciones en las que puede contribuir para prevenir complicaciones, en el caso que sus condiciones lo permitan.
11. Retire el material y equipo de la unidad del paciente, proporcione los cuidados específicos y ordene el material en el sitio que le corresponda.

2430-005-008



**ANEXO 7**

**Instrucciones para el personal de enfermería para el traslado del paciente  
2430-005-021**



## TRASLADO DEL PACIENTE

### CONCEPTO

Conjunto de acciones que se efectúan para trasladar al paciente de un lugar a otro dentro de la misma unidad médica hospitalaria ó a otra unidad médica.

En el traslado del paciente, para evitar daños irreparables, se deben tener en cuenta algunas premisas que preservarán la salud de quien realice la operación y la seguridad de quien debe ser trasladado.

### OBJETIVO

Llevar o traer a un paciente de un lugar a otro de la misma unidad médica o a otra unidad hospitalaria para que la realización de estudios, procedimientos o tratamientos, en las mejores condiciones de estabilidad, evitando riesgos innecesarios que pongan en peligro su vida.

### PRINCIPIOS

Pautas ergonómicas a tener en cuenta:

- No intente movilizar pacientes obesos o poco colaboradores sin la asistencia de otra persona. Solicite ayuda idónea.
- No se confíe. Efectúe antes de del esfuerzo un análisis adecuado del estado del paciente.
- Utilice siempre calzado que posea suela antideslizante.
- Mantenga su columna recta, efectuando el esfuerzo con las piernas (que poseen los músculos más grandes) y no con la columna (zona más débil).

### CONSIDERACIONES ESPECIALES

Existen diferentes causas por las que se hace necesario movilizar un paciente. Ellas son:

- Traslado de la cama a sillas de ruedas.
- Traslado al sanitario.
- Traslado de una cama a otra cama o camilla.
- Traslado desde la cama a una silla y a la inversa.
- Traslado a un vehículo (que no sea ambulancia u otro medio de transporte adaptado a ese fin).

Al efectuar cualquiera de las maniobras de movilización, se deberán tener presentes los siguientes aspectos:



- Tome conocimiento del estado general del paciente (causas por la que se encuentra internado, grado de comprensión o entendimiento que el paciente posee para recibir y ejecutar indicaciones que se le impartan, grado de colaboración), antes de trasladarlo.
- Verifique su estabilidad observando la limitación de movimientos por existencia de férulas, yesos, canalizaciones, patologías óseas, así como tendencias a inclinarse hacia un costado, mareos, u otras causas que afecten su estabilidad.
- Compruebe la fuerza que posee o la resistencia que ofrece al movimiento el paciente.
- Observe si usted se encuentra frente a un paciente activo (que requiere solo una asistencia parcial) o pasivo (que no puede valerse por sí mismo).

#### Pautas básicas.

- Antes de realizar las maniobras de traslado, infórmele sobre las mismas, utilice frases cortas y concretas para dar directivas al paciente sobre la ayuda que el mismo deberá prestar.
- Explíquelo, de ser necesario, la razón del traslado o el objeto de la maniobra, si la edad y condiciones generales lo permiten, así como al familiar.
- Compruebe que el calzado utilizado por el paciente no presente el riesgo de resbalar o tropezarse.
- Movilice al paciente hacia el lado que el mismo mejor pueda valerse por sí mismo.
- Aliente al paciente conforme se esfuerce a fin de incentivar su colaboración.
- Realice la movilización en forma parcial. Si el paciente puede caminar, hágalo junto a él, recorriendo tramos cortos por vez, teniendo en cuenta la existencia de drenajes, ataduras y otros elementos que puedan trabar el desplazamiento.
- Compruebe que al inicio de la maniobra las ruedas de camillas, sillas de ruedas o camas que se va a utilizar tenga freno puesto; en caso de que no cuente con este aditamento, solicite al personal de intendencia que lo inmovilice manualmente, para evitar posibles desplazamientos de las mismas.
- Tome las precauciones necesarias para asegurar al paciente durante el traslado, a fin de evitar su caída.

#### MEDIDAS DE SEGURIDAD Y DE CONTROL

- Lávese las manos antes y después de cada procedimiento y cada vez que sea necesario.
- Respete y proteja la individualidad del paciente en todo momento.
- Verifique la identificación del paciente y el motivo del traslado.
- Solicite al personal de Camillería o Auxiliar de Servicios de Intendencia lleve la camilla o silla de ruedas que se va a utilizar, a la unidad del paciente.
- Corrobore que el vehículo y los aditamentos empleados estén en óptimas condiciones de funcionalidad y protegidos con las ropas necesarias para evitar el riesgo de accidentes.
- Verifique el motivo de traslado; si es a un departamento o servicio de hospitalización de la Unidad corrobore que la cama se encuentre disponible, si es a un estudio de gabinete de diagnóstico o tratamiento confirmar la indicación del procedimiento.
- Vista al paciente considerando el motivo de traslado.

2430-005-021



- Aplique los principios de la mecánica corporal (\*).
  - Verifique que los tratamientos específicos no sean interrumpidos durante el traslado. (NOTA: cuando las condiciones del paciente lo requieran, lo acompañará la enfermera, y cuando se trate de casos críticos, se proveerá de carro rojo (paro cardio-respiratorio) y se hará acompañar por el médico).
  - Reinstale al paciente en su unidad a su regreso y compruebe el cumplimiento de la terapéutica médica.
  - Designe un lugar para el estacionamiento de camilla y sillas de ruedas.
  - Haga las anotaciones correspondientes en:
    - “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” 4-30-61/86,
    - “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva” 2430-009-041,
    - “Registros clínicos e intervenciones de enfermería del paciente quirúrgico” 2430-009-044,
- al término del procedimiento, transcriba con claridad los datos.

(\*)

- Dedos y manos han de extenderse por el objeto para ser levantados con la palma. Los dedos solos, tienen poca potencia.
- Acercarse al objeto, brazos y codos al lado del cuerpo. Si los brazos están extendidos, pierden mucha de su fuerza. El peso del cuerpo está concentrado sobre los pies.
- Comenzar el levantamiento con un empuje del pie trasero.
- Para evitar la torsión del cuerpo, pues es la causa más común de lesión de la espalda, se ha de cambiar el pie delantero en la dirección del movimiento.
- Si el objeto es demasiado pesado para una persona, deben coordinarse entre ellos contando, uno, dos, tres, arriba.
- Separar los pies, uno al lado del paciente y otro al costado, ligeramente detrás.
- Durante la posición de agachado (o posición de sentado) o al movilizar al paciente para cambiarlo de posición, deberá mantenerse la espalda derecha. Esto hace que:
- La espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales estén en alineamiento correcto.
- Se minimice la compresión intestinal que causa hernias
- El cuello y la cabeza sigan la alineación de la espalda, evitando daños en la zona cervical.
- Los dedos y manos han de extenderse por la superficie corporal para realizar el esfuerzo con la palma. Los dedos solos, tienen poca resistencia y pueden sufrir lesiones óseas o musculares.
- Acercarse al objeto con los brazos y codos al lado del cuerpo. Si los brazos están extendidos, pierden mucha de su fuerza y paralelamente, también se pierde el equilibrio corporal. Si acercamos la carga, el peso del cuerpo estará concentrado sobre piernas y pies.
- Comenzar el levantamiento con un empuje del pie posterior.

2430-005-021



- Para evitar la torsión del cuerpo al tener que girar soportando la carga, (pues es la causa más común de lesión de la espalda cuando no se realiza el movimiento correctamente), se ha de cambiar el pie delantero en la dirección del movimiento antes de girar la cintura.

Si el objeto o persona es demasiado pesado para quien realiza la operación, debe coordinarse la acción con un ayudante, contando entre ellos en voz audible hasta tres (a modo de preparación), para luego dar la orden de ejecución correspondiente al movimiento a realizar.

#### Consideraciones Generales:

Cuando la situación o el tipo de traslado lo requiera, el transporte del paciente se ha de realizar mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas. Para ello deberemos tener en cuenta:

- El paciente deberá estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.
- Evitar situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el paciente pueda sentirse incómodo.
- Como norma general, empujaremos la cama o camilla desde la cabecera de la misma, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino. Igualmente la silla de ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma, agarrándola por las empuñaduras.

#### Situaciones Especiales:

- En el caso de que el paciente se encuentre con ventilación mecánica asistida, y/o controlada, y se requiera su traslado a otra área para su atención médica, se debe especificar en "Indicaciones Médicas" por el Médico No Familiar tratante, el acompañamiento del personal de inhaloterapia para asistir y vigilar la ventilación del paciente durante dicho traslado, así como el acompañamiento del personal de salud que se requiera.
- Cuando se tenga que bajar *rampas* con camilla, debemos situarnos en la parte inferior - piecera de la camilla- caminando hacia atrás, de forma que el paciente mire hacia nosotros. Si bajamos la rampa con silla de ruedas, también tirando de la silla hacia atrás, de forma que el paciente mire en la misma dirección que nosotros.
- Para *entrar en el ascensor* debemos abrir la puerta e ir introduciendo la camilla por la parte de la cabecera, en primer lugar, o sea, entrará el Camillero o Auxiliar de Servicios de Intendencia primero y tirará de la camilla, de manera que la cabecera de la camilla entre en primer lugar.
- Para *salir del ascensor* el Camillero o Auxiliar de Servicios de Intendencia abrirá la puerta y comenzará a sacar la camilla por el lado de los pies (si el ascensor fuera lo suficientemente amplio, girará la camilla dentro, y saldrá tirando de la cabecera) evitando al paciente golpes de cualquier clase. Una vez en el pasillo se colocará en el lado de la cabeza del paciente, desde la cual empujará hacia delante, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo paso.

2430-005-021



La *entrada y salida del ascensor* con silla de ruedas se efectúa también de espaldas. Entrará primero el Camillero o Auxiliar de Servicios de Intendencia tirando de la silla hacia atrás y una vez dentro dará la vuelta a la silla para salir nuevamente de espaldas.

#### INTREGRACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO

Integre el material y equipo de acuerdo con el caso:

- Cama para adulto o pediátrica con barandales,
- Camilla para adulto o pediátrica con barandales,
- Silla de ruedas,
- Tanque de oxígeno,
- Incubadora portátil,
- Monitor de frecuencia cardiaca, respiratoria y saturación de Oxígeno.
- Equipo de respiración asistida.
- Accesorios: varillas porta sueros, sujetadores, documentos del paciente, ropa de cama y objetos personales para adulto o niño: colcha, cobertor, sábanas, pijamas, camisón, bata, pañal, piñeras y cubre-cabello.



## INSTRUCCIÓN

### Concepto

Acompañar al paciente a los diferentes departamentos o servicios, o áreas de la UMH, para continuar la atención médica.

### Objetivo

Guiar y orientar al paciente a los diferentes departamentos o servicios áreas de la UMH.

### Principio

El traslado del paciente debe de ser adecuado, confortable y de vigilancia cuando se requiera para no poner en riesgo la vida o permitir complicaciones no relacionadas con el motivo de hospitalización.

### Consideraciones especiales

Todo paciente que esté en condiciones de inestabilidad debe trasladarse con las medidas de seguridad y cuidados necesarios para evitar posibles complicaciones.

1. Utilice este medio cuando las condiciones generales del paciente lo permitan, por lo que deben ser valoradas momentos antes del traslado.
2. Aplique las medidas generales de control y seguridad que se requieran.
3. Calce las sandalias al paciente.
4. Acompañe al paciente en su traslado y tratándose de casos pediátricos, extremar las precauciones.
5. Establezca comunicación durante el traslado para proporcionar apoyo emocional.
6. Compruebe al regreso del paciente su instalación y comodidad en su unidad.
7. Establezca comunicación durante el traslado para proporcionar apoyo emocional.
8. Compruebe al regreso del paciente su instalación y comodidad en su unidad.
9. Establezca comunicación durante el traslado para proporcionar apoyo emocional.
10. Compruebe al regreso del paciente su instalación y comodidad en su unidad.

## INSTRUCCIONES PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE EN CAMA O CUNA

### Concepto

Llevar al paciente a los diferentes departamentos o servicios del hospital, para continuar la atención médica.

### Objetivo

Cuidar en todo momento las condiciones generales del paciente en los diferentes departamentos o servicios del hospital.

### Principio

El traslado de los pacientes debe de ser adecuado, confortable y de vigilancia cuando se requiera para no poner en riesgo la vida, o permitir complicaciones no relacionadas con el motivo de estancia.

2430-005-021



#### Consideraciones especiales:

Todo paciente que esté en condiciones de inestabilidad debe trasladarse con las medidas y cuidados necesarios para evitar posibles complicaciones.

11. Utilice este medio cuando las condiciones del paciente sean tan delicadas que no permitan su movilización, el traslado se hará en su propia cama o cuna.
12. Lleve a cabo las medidas generales de control y seguridad conducentes.
13. Corrobore que los barandales ofrezcan el máximo de seguridad.
14. Aplique las medidas generales conducentes y cubra la parte superior de la cama o cuna en forma de pabellón.
15. Vigile las condiciones generales del paciente durante el trayecto y en el tratamiento o estudio diagnóstico para el cual fue requerido.
16. Verifique al regreso del paciente, y una vez instalado en su unidad, el funcionamiento de las instalaciones generales y específicas que requiera.

### **INSTRUCCIONES PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE EN CARRO-CUNA COLECTIVO**

#### Concepto

Acompañar al paciente a los diferentes servicios del hospital, para continuar la atención médica.

#### Objetivo

Guiar y vigilar en todo momento al paciente que acude a los diferentes servicios del hospital.

#### Principio

El traslado de los pacientes debe de ser adecuado, confortable y de vigilancia cuando se requiera para no poner en riesgo la vida, o permitir complicaciones no relacionadas con el motivo de estancia.

#### Consideraciones especiales

Todo paciente que esté en condiciones de inestabilidad debe trasladarse con las medidas y cuidados necesarios para evitar posibles complicaciones.

17. Aplique las medidas generales de control y seguridad y cubra cada uno de los colchones de los diferentes compartimientos.
18. Coloque al recién nacido en cada uno de los compartimientos en forma individual.
19. Cubra la parte superior del carro-cuna en forma de pabellón.
20. Vigile las condiciones del recién nacido durante el trayecto, al entregarlo a la madre y al reinstalarlo en su unidad.

### **INSTRUCCIONES PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE EN CAMA O CUNA A LA CAMILLA O VICEVERSA**

#### Concepto

El cambio de lugar de un paciente debe realizarse con todas las medidas de seguridad posibles, para evitar complicaciones o accidentes.

2430-005-021



### Objetivo

Cambiar de lugar a un paciente debe de realizarse con todas las medias de seguridad para evitar accidentes.

### Principio

Es importante extremar medidas de seguridad, cuando se movilice a un paciente.

21. Observe las medidas generales de control y seguridad de acuerdo con el caso.
22. Vista la camilla con el procedimiento de cama post-anestesia, auxiliándose de una silla para colocar la ropa limpia.
23. Cumpla con las medidas generales conducentes.
24. Alinee la camilla paralela a la cama de manera que el acordeón quede en el extremo distal del paciente.
25. Solicite al paciente se coloque en decúbito dorsal si sus condiciones generales lo permiten; en caso contrario, asístalo.
26. Deslice la ropa de cama hacia la piecera y observe en qué situación se encuentra el cuerpo del paciente (si tiene sonda, yeso, vendajes, colostomía, etc.), con el objeto de evaluar las medidas a tomar.
27. Quite los bordes de las sabanas que se encuentran debajo del colchón, y dóblelas, colocándolas sobre el paciente.
28. Indique al Camillero o Auxiliar de Servicios de Intendencia que coloque la camilla lateralmente, en forma contigua a la cama, colocando el borde de la sabana, anteriormente puesto sobre el paciente, ahora sobre la camilla (que a su vez se encuentra cubierto por una sábana\*).

NOTA: \* Es importante destacar la función de la sábana colocada sobre la camilla o cama a donde debe trasladarse al paciente, dado que aquel se irá retirando al tiempo que este ocupa el plano de apoyo, disminuyendo considerablemente el rozamiento producido por el roce entre ambas superficies, y reduciendo el esfuerzo necesario para la movilización.

### **Cuando el paciente esté en condiciones de hacerlo**

29. Ubique al Camillero o Auxiliar de Servicios de Intendencia en el lado libre de la camilla y ubíquese en el lado libre de la cama; el primero se asegura de fijar la camilla para que no se mueva y la segunda ayuda al paciente para su movilización.
30. Pídale al paciente que se traslade a la camilla y ayúdelo.

### **Cuando el paciente no esté en condiciones de hacerlo**

31. Ubique al Camillero o Auxiliar de Servicios de Intendencia en la cabecera de la camilla para que sosteniendo la cabeza y los hombros del paciente con la sábana clínica, efectúe el siguiente paso en forma simultánea con la enfermera.



32. La primera persona, sujetando firmemente el borde de la sábana que se encuentra debajo del paciente, tirará del mismo, manteniendo las piernas abiertas, aproximando lo más posible los hombros a la altura del borde de la cama. La segunda persona, apoyando sus manos sobre las sábanas volcadas sobre el paciente a la altura de los muslos y hombros de este, empujará en forma conjunta al esfuerzo de su compañero.
33. A medida que el cuerpo del paciente avanza sobre el plano de apoyo, la persona que se encuentra tirando de la sábana deberá alejarse paulatinamente, adecuando su postura a fin de realizar el esfuerzo en forma correcta, es decir, con piernas y brazos, manteniendo la espalda recta hasta efectuar el traslado a la camilla.
34. Una vez que el paciente está colocado en la camilla, se le tapa con las sábanas
35. Sujete al paciente a la camilla, y si es necesario, extienda sobre esta el acordeón lateral e introduzca los extremos debajo del colchón, lateralmente como la piecera.
36. Fije los barandales e inicia el traslado del paciente.
37. Realice el arreglo de la cama, de acuerdo con los procedimientos establecidos.

NOTA: Para pasar al paciente de la camilla a la cama se efectúan las maniobras descritas en el procedimiento de cama o cuna a camilla.

## **INSTRUCCIONES PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE DE CAMA O CUNA A LA SILLA DE RUEDAS O VICEVERSA**

### Concepto

Transportar a un paciente puede realizarse de diferentes formas, en todas ellas se debe de extremar las medidas de seguridad para evitar accidentes.

### Objetivo

Mantener en todo momento las medidas de seguridad, para evitar accidentes.

### Principio

Cumplir y mantener en todo momento las medidas de seguridad para evitar accidentes.

38. Efectúe las medidas generales procedentes.
39. Prepare la silla de ruedas con sábana, cobertor y colcha en forma de acordeón hacia el centro, las laterales y la piecera, cuando las condiciones del clima en el recorrido del paciente así lo ameritan.
40. Coloque la silla de ruedas abierta cerca de la cama, en forma lateral, con el respaldo en los pies de la misma, fije las ruedas de la misma y de la cama si es necesario; si es necesario, sujete la silla por el respaldo para evitar su movimiento.
41. Coloque un banco de altura, si la cama está muy alta.
42. Siente al paciente en el borde de la cama, ayúdelo a ponerse la bata y sandalias, sitúe la silla de ruedas frente a él.
43. Auxilie al paciente a bajar de la cama y colóquelo en la silla de ruedas.

2430-005-021



44. Asista al paciente cuando por sí mismo no pueda pasar de la cama a la silla de ruedas, siéntelo en la cama y tómelo por debajo de los dos brazos (región axilar) indíquele que coloque uno de los brazos sobre el hombro de la enfermera o del Camillero o Auxiliar de Servicios de Intendencia.
45. Levante al paciente suavemente, pero con firmeza a la posición de pie, una vez que se encuentre de pie frente a usted, coloque una de sus piernas entre las del paciente (para lograr mantener el correcto equilibrio de ambos), girando paulatinamente con él hasta ubicarlo de espaldas a la silla.
46. Acompañe los movimientos que la persona deba realizar para sentarse, solicitando al paciente que se asista sosteniéndose con sus manos sobre los apoya-brazos de la silla de ruedas, agáchese lentamente, acompañando al paciente en la maniobra.
47. Verifique que los pies queden en los soportes correspondientes.
48. Cubra al paciente con las ropas, doblando el extremo inferior sobre los pies y cruce los laterales sobre la cara anterior del cuerpo del paciente.
49. Oriente al paciente en el manejo de la silla de ruedas cuando la utilice por indicación de reposo relativo, en estado de convalecencia o por limitación parcial.
50. Utilice la ropa de protección del paciente en silla de ruedas (colcha, cobertor, sábana), cuando las condiciones de éste así lo requieran.

NOTA: para el traslado de la silla de ruedas a la cama o cuna se realizarán las maniobras descritas anteriormente en este procedimiento.

## **INSTRUCCIONES PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE EN INCUBADORA PORTÁTIL**

### Concepto

Transportar a un recién nacido, dentro o fuera del hospital para continuar su vigilancia o tratamiento.

### Objetivo

Transportar al recién nacido con todas las medidas de seguridad.

### Principio

El transporte del recién nacido debe realizarse con las medidas de seguridad necesarias.

### Equipo y materiales

Incubadora de transporte con reguladores de temperatura y dispositivos de tanques de oxígeno. Así como monitores de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca.

51. Aplique las medidas generales de control y seguridad que el caso amerite.
52. Mantenga la incubadora precalentada y con la ropa de acuerdo con el procedimiento establecido.
53. Instale al recién nacido o lactante con movimientos gentiles y sólo los necesarios.
54. Cierre la cubierta de la incubadora y administre oxígeno en la dosis indicada.
55. El traslado del recién nacido se debe hacer extremando las precauciones y la vigilancia.

2430-005-021



NOTA 1: El traslado del paciente debe ser al área indicada y que se ha mantenido comunicación antes del inicio del transporte.

NOTA 2: El monitoreo continuo de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca son necesarios para transportar en forma correcta al paciente, para no tener que correr y llegar con él en malas condiciones.

NOTA 3: la cuna radiante o cuna donde permanecerá el paciente, debe de estar preparada y precalentada, previa al traslado de la incubadora de transporte a la misma. Así como todas las medidas de higiene y de monitoreo de acuerdo al caso.

**2430-005-021**



**ANEXO 8**

**Bitácora de medicina nuclear**  
**2430-022-027**





**ANEXO 8**  
**Bitácora de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria a la que se envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.</p>
2	No. de la sala de centelleo	<p>Número asignado y de identificación de la sala de centelleo donde se realiza el estudio, en números arábigos.</p> <p>Ejemplo: 2.</p>
3	Número progresivo	<p>Número que representa el conteo de estudios realizados en la sala de centello, en números arábigos y en orden ascendente.</p> <p>Ejemplo: 3.</p>
4	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el estudio, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 12 / 2019.</p>
5	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
6	NSS y agregado	<p>El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado.</p> <p>Este deberá de transcribirse de la “Cartilla Nacional de Salud” u otro documento con el que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210 59 1670 1M1959OR</p>

2430-022-027



**ANEXO 8**  
**Bitácora de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
7	Procedencia	El tipo y número de unidad hospitalaria de donde es enviado el paciente.  Ejemplo: HGZ 29.
	Externo	Una "X" si el paciente es ambulatorio o externo.
	Hospitalizado	Una "X" si el paciente está hospitalizado.
8	Nombre del estudio	El nombre del estudio realizado al paciente.  Ejemplo: Gammagrafía ósea.
9	No. de estudios	El número que indique la cantidad de estudios realizados al paciente.  Ejemplo: 2.
10	Placas	
	C	El número de placas correctas utilizadas para el estudio.  Ejemplo: 3.
	I	El número de placas incorrectas utilizadas para el estudio.  Ejemplo: 1.
	T	El número que indique el total de placas utilizadas para el estudio.  Ejemplo: 4.
11	Firma de quien recibió	La firma de la persona del área administrativa que recibe el estudio interpretado.

2430-022-027



**ANEXO 9**

**Interpretación de estudios de medicina nuclear**  
**2430-009-046**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**INTERPRETACION DE ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: <b>1</b>	FECHA ____ / ____ / ____ DIA MES AAAA
--------------------------------------	---

NOMBRE: <b>2</b>	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: <b>3</b>
------------------	--------------------------------------

SERVICIO SOLICITANTE: <b>4</b>	MÉDICO NO FAMILIAR TRATANTE <b>5</b>		
	_____ NOMBRE	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA

UNIDAD DE REFERENCIA: <b>6</b>	No. DE CAMA: <b>7</b>
--------------------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO DE ENVÍO: <b>8</b>
--------------------------------

NOMBRE DEL ESTUDIO: <b>9</b>	RADIOFÁRMACO:	DOSIS:
------------------------------	---------------	--------

<b>10</b>	INTERPRETACIÓN DEL ESTUDIO

MÉDICO NO FAMILIAR DE MEDICINA NUCLEAR			TÉCNICO EN MEDICINA NUCLEAR		
_____ NOMBRE	<b>11</b> _____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE	<b>12</b> _____ MATRÍCULA	_____ FIRMA

2430-009-046



**REPORTE DE INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE CARDIOLOGIA**

Fecha del reporte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: **13**

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: **14**

GÉNERO:

EDAD:

No. DE CAMA:

SERVICIO:

EXTENSIÓN:

DIAGNÓSTICO DE ENVÍO: **15**

MEDICO NO FAMILIAR TRATANTE

NOMBRE

MATRÍCULA **16**

FIRMA

SE PRACTICÓ GAMAGRAMA PERFUSORIO MIOCÁRDICO SPECT CON **17**

Tálio <sup>201</sup>

MIBI <sup>123m</sup>

Tetrafosmin <sup>182m</sup>

TIPO DE PRUEBA **18**

De esfuerzo:

Farmacológica:

Reposo y estrés:

TIEMPO / SIGNOS VITALES **19**

Minutos

F.C.

T.A.

ECG Basal:

ECG en estrés:

PRUEBA DE ESFUERZO **20**

Suspendida al minuto:

De la etapa:

Debido a:

Del protocolo de:

Alcanzo el \_\_\_\_\_ %de la FCME

METS:

DPI

DPF

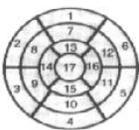
Respuesta presora:

Clase funcional:

Resultado:

Farmacológica:

DATOS GAMAGRÁFICOS **21**



Segmento	Estrés	Reposo	Segmento	Estrés	Reposo	Segmento	Estrés	Reposo
1			7			13		
2			8			14		
3			9			15		
4			10			16		
5			11			17		
6			12					

ISQUEMIA: N = Negativa (0), L = Leve (1), M = Moderada (2), S = Severa (3). RIA = Redistribución Inversa "A" (Aturdimiento)  
RIB = Redistribución Inversa "B" (Hibernación), DTVI = Dilatación Transitoria del V.I., V = Viabilidad Miocárdica.

1. Basal Anterior
2. Basal anteroseptal
3. Basal inferoseptal
4. Basal inferior
5. Basal inferolateral
6. Basal anterolateral
7. Medio anterior
8. Medio anteroseptal
9. Medio interoseptal
10. Medio inferior
11. Medio inferior
12. Medio anterolateral
13. Apical anterior
14. Apical septal
15. Apical inferior
16. Apical lateral
17. Ápex

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

**22**

MÉDICO NO FAMILIAR QUE REPORTA

NOMBRE

MATRÍCULA **23**

FIRMA

2430-009-046



**ANEXO 9**  
**Interpretación de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.  Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "La Raza".
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se requisita el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 20 / 12 / 2019.
2	Nombre	El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.
3	Número de seguridad social	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente que se le efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210-59-1670-1M1959OR
4	Servicio solicitante	El nombre del servicio solicitante del estudio.  Ejemplo: Cardiología.
5	Médico No Familiar tratante	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico No Familiar tratante del paciente.  Ejemplo: Nombre: Luis Antonio Caballero Leal. Matrícula 6971691. Firma

2430-009-046



**ANEXO 9**  
**Interpretación de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
6	Unidad de referencia	El tipo y número de unidad hospitalaria de donde es enviado el paciente.  Ejemplo: HGZ 29.
7	No. de cama	El número de la cama en la que se encuentra el paciente hospitalizado.  Ejemplo: 5.
8	Diagnóstico de envío	El diagnóstico clínico que justifica la realización del estudio.  Ejemplo. Cáncer de próstata.
9	Nombre del estudio	El nombre del estudio realizado al paciente.  Ejemplo: Gamma grama óseo.
	Radiofármaco	El nombre del compuesto radiactivo que se va a aplicar al paciente.
	Dosis	La cantidad del compuesto radiactivo que se va a aplicar al paciente, en Becquereles.
10	Interpretación del estudio	La descripción y el resultado del estudio realizado.
11	Médico No Familiar de Medicina Nuclear	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico No Familiar del Departamento de Medicina Nuclear.  Ejemplo: Nombre: Juan Robles González. Matrícula 6979698. Firma
12	Técnico en Medicina Nuclear	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Técnico en Medicina Nuclear.  Ejemplo: Nombre: Pablo Rojas Trejo. Matrícula: 8909591. Firma

2430-009-046



**ANEXO 9**  
**Interpretación de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
<b>Reporte de interpretación de estudios de cardiología</b>		
	Fecha del reporte	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el estudio, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 20 / 12 / 2019.
13	Nombre	El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.
14	Número de seguridad social	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente que se le efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210-59-1670-1M1959OR.
	Género	El género (sexo) del paciente: Masculino / Femenino.  Ejemplo: Femenino.
	Edad	La edad del paciente de acuerdo al número de seguridad social o al número del agregado.  Ejemplo: 59 años.
	No. de cama	El número de la cama en la que se encuentra el paciente hospitalizado.  Ejemplo: 821.

2430-009-046



**ANEXO 9**  
**Interpretación de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Servicio	El nombre del servicio solicitante del estudio.  Ejemplo: Cardiología.
	Extensión	El número de la extensión telefónica del servicio en la que se encuentra el paciente hospitalizado.  Ejemplo: 25671.
15	Diagnóstico de envío	El diagnóstico clínico que justifica la realización del estudio.  Ejemplo: Angina Inestable.
16	Médico No Familiar tratante	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la especialidad del Médico No Familiar del servicio que solicita.  Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González. Matrícula 6970698. Medicina Interna.
17	Se practicó gamagrama perfusorio miocárdico spect con:	
	Talio <sup>201</sup>	Una "X" si se utilizó Talio <sup>201</sup> .
	MIBI <sup>Tc99m</sup>	Una "X" si se utilizó MIBI <sup>Tc99m</sup>
	Tetrafosmin <sup>Tc99m</sup>	Una "X" si se utilizó Tetrafosmin <sup>Tc99m</sup>
18	Tipo de prueba:	
	De esfuerzo	Una "X" si se utilizó prueba de esfuerzo (en banda).
	Farmacológica	El nombre del medicamento utilizado.

2430-009-046



**ANEXO 9**  
**Interpretación de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Reposo y estrés	Una "X" si el estudio se realiza en reposo y estrés.
19	Tiempo / Signos vitales	
	Minutos	Los minutos en que se realiza el registro.  Ejemplo: 15.
	Frecuencia cardiaca	El número de latidos por minuto que presenta el paciente en ese momento.  Ejemplo: 120.
	Presión Arterial	Las cifras correspondiente de presión arterial que presenta el paciente en ese momento.  Ejemplo: 120/85.
	ECG Basal	El diagnóstico del electrocardiograma de base.  Ejemplo: normal.
	ECG en estrés	El diagnóstico del electrocardiograma después del estrés.  Ejemplo: normal.
20	Prueba de esfuerzo:	
	Suspendida al minuto	El minuto en que se suspendió la prueba.
	De la etapa	La etapa en que se suspendió la prueba.
	Debido a	La causa de suspensión de la prueba.
	Del protocolo de	El nombre del protocolo de la prueba de esfuerzo.
	Alcanzó el _____ % de la FCME	El porcentaje de la frecuencia cardiaca máxima esperada alcanzada por el paciente.

2430-009-046



**ANEXO 9**  
**Interpretación de estudios de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Reposo y estrés	Una "X" si el estudio se realiza en reposo y estrés.
	METS	La cifra de la tasa metabólica esperada alcanzada por el paciente.
	D.P.I.	La cifra correspondiente al doble producto inicial que tiene el paciente.
	D.P.F.	La cifra correspondiente al doble producto final que tuvo el paciente.
	Respuesta presora	La evaluación de la respuesta presora al estrés.
	Clase funcional	La evaluación de la clase funcional del paciente.
	Resultado	La interpretación de la prueba de esfuerzo.
	Farmacológica	La interpretación de la prueba farmacológica.
21	Datos gammagráficos	La sigla correspondiente en las áreas involucradas.
22	Impresión diagnóstica	La interpretación final del estudio.
23	Médico No Familiar que reporta	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico No Familiar del Departamento de Medicina Nuclear que reporta.  Ejemplo: Nombre: Juan Robles González. Matrícula 6979698. Firma

2430-009-046



**ANEXO 10**

**Relación de estudios interpretados de medicina nuclear  
2430-009-047**





**ANEXO 10**  
**Relación de estudios interpretados de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo y número de unidad médica hospitalaria correspondiente.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.</p>
2	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza la relación de estudios, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 12 / 2019.</p>
3	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se le efectuó el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-59-1670-1M1959OR.</p>
4	Nombre del paciente	<p>El nombre completo del paciente al que se le efectuó el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
5	Elaboró (Medicina Nuclear)	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Personal Administrativo quien elaboró la relación.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Laura González Gómez. Matrícula: 9056331. Firma</p>
6	Recibió (OIMAC)	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Oficial de Oficinas del OIMAC que recibe la relación de estudios.</p> <p>Ejemplo: Nombre: José Luis Zamora Sánchez. Matrícula: 7811456 Firma</p>

2430-009-047



**ANEXO 10**  
**Relación de estudios interpretados de medicina nuclear**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Sello (OIMAC)	El sello con la fecha de recibido del OIMAC.

2430-009-047



**ANEXO 11**

**Indicaciones de seguridad radiológica para el paciente que recibió tratamiento  
con material radiactivo  
2430-009-048**



## DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

### INDICACIONES DE SEGURIDAD RADIOLOGÍA PARA EL PACIENTE QUE RECIBIO TRATAMIENTO CON MATERIAL RADIACTIVO

#### DATOS DEL PACIENTE AL QUE SE LE ADMINISTRÓ EL MATERIAL RADIACTIVO

NOMBRE:	①	NSS Y Agregado: _____/_____/_____-____
---------	---	---

Se le acaba de administrar material radioactivo, como parte del tratamiento de su enfermedad, el cual fue indicado por su Dr. \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_, médico especialista.

1.- El material radiactivo se elimina en unos días, por la orina, excremento, sudor y saliva, para su seguridad y la de las personas que conviven con usted, se le sugiere haga lo siguiente por la menos DURANTE LOS SIGUIENTES 3 (TRES) DÍAS.

- A) Manténgase a distancias mayores a un metro y durante el menor tiempo posible cerca de lactantes, niños y mujeres embarazadas.
- B) De ser posible, durante los 3 (TRES) días duerma sólo(a) en una cama, aunque en la recámara duerman otras personas.
- C) De ser posible, lavar sus trastes y ropa por separado del resto de la familia.
- D) De ser posible, evitar relaciones sexuales durante el periodo indicado.
- E) Después de ir al baño, jale el agua del excusado por lo menos 3 veces.
- F) Tome sus medicinas como le indique su médico y asista a su cita.
- G) Tome suficientes líquidos durante el tiempo indicado.
- H) Si tiene dolor en el cuello o cualquier otra molestia, acuda a su médico tratante.
- I) En caso de ocurrir vómitos o alguna otra eventualidad que amerite atención médica, comunicarse al teléfono \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_, con el Dr. \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_, para recibir instrucciones.
- J) De ser posible evite frecuentar lugares y transportes públicos.



**ANEXO 11**  
**Indicaciones de seguridad radiológica para el paciente que recibió tratamiento con material radiactivo**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Datos del paciente al que se le administro material radiactivo	
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se le administro el material radiactivo, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.
	NSS y agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se le realizó el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210-59-1670-1M1959OR
2	Dr. _____	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, del Médico No Familiar Tratante que prescribió la administración del material radiactivo.  Ejemplo: Nombre: Juan Robles González.
3	Teléfono _____	El número telefónico del Médico No Familiar Medicina Nuclear que administró el material radiactivo, donde lo pueda localizar, incluyendo clave lada, en su caso.  Ejemplo: 55-56-70-12-73.
4	Dr. _____	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, del Médico No Familiar Medicina Nuclear que administró el material radiactivo.  Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González

2430-009-048



**ANEXO 12**

**Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe  
tratamiento con material radiactivo  
2430-009-049**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**REGISTRO DE NIVELES DE RAPIDEZ DE EQUIVALENTE DE DOSIS EN EL PACIENTE**  
**QUE RECIBE TRATAMIENTO CON MATERIAL RADIACTIVO**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: <span style="border:1px solid black; border-radius:50%; padding:2px 5px;">1</span>	FECHA ____/____/____ DIA      MES      AAAAA
--	--

TERAPIA CON: 2

DATOS DEL PACIENTE 3

NOMBRE:		NSS Y AGREGADO:		
EDAD:	GÉNERO (SEXO):	MASCULINO	FEMENINO	No. DE CAMA:

NIVELES DE EXPOSICIÓN 4

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA      MES      AAAAA

RAPIDEZ DE EXPOSICIÓN A UN METRO DE DISTANCIA: \_\_\_\_\_  
mR/h.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA      MES      AAAAA

RAPIDEZ DE EXPOSICIÓN A UN METRO DE DISTANCIA: \_\_\_\_\_  
mR/h.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA      MES      AAAAA

RAPIDEZ DE EXPOSICIÓN A UN METRO DE DISTANCIA: \_\_\_\_\_  
mR/h.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA      MES      AAAAA

RAPIDEZ DE EXPOSICIÓN A UN METRO DE DISTANCIA: \_\_\_\_\_  
mR/h.

OBSERVACIONES: 5

MÉDICO NO FAMILIAR MEDICINA NUCLEAR <span style="border:1px solid black; border-radius:50%; padding:2px 5px;">6</span>	ENCARGADO DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA <span style="border:1px solid black; border-radius:50%; padding:2px 5px;">7</span>
--	---

NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA
--------	-----------	-------	--------	-----------	-------

**2430-009-049**



**ANEXO 12**  
**Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe**  
**tratamiento con material radiactivo**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad médica hospitalaria que realiza el estudio.  Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "La Raza".
	Fecha de la solicitud	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que el Médico No Familiar solicita el estudio, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 20 / 12 / 2019.
2	Terapia con	El nombre del material radiactivo administrado.  Ejemplo: Yoduro de sodio – 131 (I-131).
3	Datos del paciente	
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.
	NSS y Agregado	El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Este deberá de transcribirse de la "Cartilla Nacional de Salud" u otro documento con el que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210 55 1670 1M1955OR.
	Edad	La edad del paciente de acuerdo al número de seguridad social o al número del agregado.  Ejemplo: 58 años.



**ANEXO 12**  
**Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe**  
**tratamiento con material radiactivo**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Género (sexo)	Una "X" en el cuadro correspondiente, de acuerdo al género (sexo) del paciente.  Ejemplo: Femenino X.
	No. de cama	El número de cama donde se encuentre hospitalizado el paciente al que se le administró material radioactivo.  Ejemplo: 12.
4	Niveles de exposición	
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en el que se realiza la medición del nivel de exposición al paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 22 / 01 / 2019.
	Rapidez de exposición a un metro de distancia	La cantidad, expresada en (mR/h), de la rapidez de exposición a un metro de distancia.  Ejemplo: 4.5 mR/h.
5	Observaciones	La información complementaria que se considere necesaria.
6	Médico No Familiar	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico No Familiar del Departamento de Medicina Nuclear.  Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González. Matrícula: 6970698. Firma.

2430-009-049



**ANEXO 12**

**Registro de niveles de rapidez de equivalente de dosis en el paciente que recibe  
tratamiento con material radiactivo  
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
7	Encargado de Seguridad Radiológica	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Encargado de Seguridad Radiológica.

Ejemplo: Nombre: Juan Robles González.  
Matrícula: 8979611.  
Firma.

2430-009-049



**ANEXO 13**

**Indicaciones para los familiares del paciente a quien se le ha  
administrado material radiactivo  
2430-009-050**





**ANEXO 13**

**Indicaciones para los familiares del paciente a quien se le ha administrado material radiactivo**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria donde se administró el material radiactivo	El tipo y número de unidad médica hospitalaria correspondiente.  Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "La Raza".
2	Nombre del Médico Familiar Tratante que prescribió la administración del material radiactivo	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico No Familiar del Departamento de Medicina Nuclear.  Ejemplo: Nombre: Juan Robles González. Matrícula: 90956534.
3	Encargado de Seguridad Radiológica	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Encargado de Seguridad Radiológica del Departamento de Medicina Nuclear.  Ejemplo: Nombre: Daniel Oros Gómez. Matrícula: 90911522.
4	Datos del paciente al que se le administró el material radioactivo	
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se le administro el material radiactivo, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.  Ejemplo: Godínez Córdova Misael.
	NSS y agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se le realizó el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.  Ejemplo: 1210-55-1670-1M1955OR.

**2430-009-050**



### ANEXO 13

## Indicaciones para los familiares del paciente a quien se le ha administrado material radiactivo

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
5	Datos del Médico No Familiar que administró el material radioactivo	
	Nombre	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, del Médico No Familiar Medicina Nuclear que administró el material radiactivo.  Ejemplo: Bernardo Alva González.
	Teléfono	El número telefónico del Médico No Familiar de Medicina Nuclear que administró el material radiactivo, donde lo pueda localizar, incluyendo clave lada, en su caso.  Ejemplo: 55-56-70-12-73.
6	Datos del material radioactivo	
	Tipo Radionúclido	El nombre del material radiactivo administrado al paciente.  Ejemplo: Yoduro de sodio I <sup>131</sup>
	Actividad	La cantidad, expresada en mBq, del material radiactivo administrado.  Ejemplo: 740 mBq  La cantidad, expresada en mCi, del material radiactivo administrado.  Ejemplo: 20 mCi



### ANEXO 13

## Indicaciones para los familiares del paciente a quien se le ha administrado material radiactivo

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
	Fecha de administración	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se administró el material radiactivo al paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 20 / 12 / 2019.
	Rapidez de exposición a un metro de distancia, al egresar el paciente	La cantidad, expresada en C/Kg/h (mR/h), de la rapidez de exposición a un metro de distancia.  Ejemplo: 5mR/h.
	No se requiere observar ninguna precaución especial sobre seguridad radiológica después de esta fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que no se requiere observar ninguna precaución especial sobre seguridad radiológica después de esta, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 23 / 12 / 2019.