

SN

CONSEJO DE
SEGURIDAD NUCLEAR

CSN/AIN/05/SPR/M-0001/2014

Hoja 1 de 10

ACTA DE INSPECCIÓN

D^a [REDACTED] y D^a [REDACTED], Inspectores del Consejo de Seguridad Nuclear,

CERTIFICAN: Que se han personado el día veintidós de enero de dos mil catorce en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, sito en [REDACTED] Madrid (C.P. 28007).

Que la visita tuvo por objeto inspeccionar el Servicio de Protección Radiológica (SPR) del Centro hospitalario, ubicado en el emplazamiento referido, y cuya autorización para su funcionamiento fue concedida por acuerdo del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) de fecha 13 de febrero de 1986.

Que la Inspección fue recibida por D. [REDACTED], Jefe del SPR, D. [REDACTED], D^a [REDACTED] y D^a [REDACTED], físicos del mismo Servicio, quienes aceptaron la finalidad de la inspección en cuanto se relaciona con la protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes.

Que el representante del titular fue advertido previamente al inicio de la inspección de que el acta que se levante de este acto, así como los comentarios recogidos en la tramitación de la misma, tendrán la consideración de documentos públicos y podrán ser publicados de oficio o a instancia de cualquier persona física o jurídica. Lo que se notifica a efectos de que el titular exprese qué información o documentación aportada durante la inspección podría no ser publicable por su carácter confidencial o restringido.

Que de las comprobaciones efectuadas por la Inspección, así como de la información requerida y suministrada por la persona previamente citada, resulta que:

I.- DEPENDENCIA FUNCIONAL Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- El SPR forma parte del “Servicio de Dosimetría y Radioprotección” del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), está incluido en los Servicios Centrales y según se refleja en el organigrama disponible en la página web del hospital, depende directamente de la Dirección Gerencia.

- El SPR da cobertura a las siguientes instalaciones:
 - Instalaciones Radiactivas del Hospital Gregorio Marañón (Radioterapia, Medina Nuclear, Cirugía Experimental, RIA e Inmunología)
 - Radiodiagnóstico (RD) del HGUGM
 - Radiodiagnóstico Hospital Psiquiátrico
 - Radiodiagnóstico Centro de Especialidades Moratalaz
 - Radiodiagnóstico Centro de especialidades Hermanos Sangro
 - Radiodiagnóstico Hospital Virgen de la Poveda de Navalcarnero.
- Respecto al acta anterior se han producido como principales cambios:
 - Cierre del “Instituto de Cardiología” en marzo de 2013. Se procedió a la clausura administrativa de la instalación de Medicina Nuclear y a la destrucción de los tubos de rayos, estando aún en trámite la baja de éstos.
 - los Hospitales de El Escorial y Guadarrama han pasado a depender de la CPH
- En los hospitales periféricos realizan los controles de calidad de los equipos de RX y se encargan del control medico y dosimétrico del personal.
- El SPR participa en la elaboración de todas las documentaciones relativas a informes anuales, solicitudes de autorizaciones y declaraciones de las instalaciones a las que da cobertura.

II.- MEDIOS HUMANOS

- En la actualidad prestan sus servicios en la Unidad de Radiofísica Hospitalaria del Hospital las siguientes personas:
 - Jefe de Servicio: D. [REDACTED], a cargo del servicio desde abril 2009, fecha de jubilación de D^a [REDACTED], con diploma concedido por el CSN en mayo de 2010
 - Siete Radiofísicos: D. [REDACTED], D^a [REDACTED], D^a [REDACTED], D^a [REDACTED], D^a [REDACTED] y [REDACTED]
 - Seis técnicos especialistas superiores
 - Un administrativo.
- Respecto a lo expresado en el acta anterior disponen de un administrativo menos y, aunque el nº de radiofísicos es el mismo, uno de ellos, D. [REDACTED] del Río presta sus servicios en comisión de servicio.
- Las ausencias del jefe del SPR son cubiertas habitualmente por D. [REDACTED]
- Las responsabilidades del personal del SPR sobre las diferentes actividades del

servicio, Protección Radiológica, Control de calidad en medicina nuclear y RD, actividades de radiofísica en Radioterapia, están claramente definidas.

- Según se manifestó, el número de personas y las tareas a realizar están proporcionados y no recurren a servicios externos excepto para la realización de pruebas de hermeticidad de las fuentes de cobalto de alta actividad, que encargan a la empresa [REDACTED]:
- Todo el personal del SPR expuesto a radiaciones ionizantes está clasificado como de Categoría B. Todos ellos disponen de dosímetro personal de tipo TL y según comprobó la Inspección sus lecturas acumuladas anuales, a fecha de diciembre de 2013, eran de “Fondo”.
- Los miembros del SPR manifestaron haber realizado en 2013 diversas actividades de formación, como publicaciones, asistencia y comunicaciones a congresos, estancia formativa sobre aceleradores portátiles en Italia, etc. Se mostró a la Inspección un programa de sesiones semanales internas del servicio, a la cual asisten ocasionalmente residentes de diversas especialidades con intereses en la radioprotección. De la mayor parte de estas actividades no guardan constancia o registro escrito.

III.- MEDIOS TÉCNICOS

- No se han modificado la ubicación ni las dependencias del servicio desde la anterior inspección, que consta de: despachos en la primera planta en edificio anexo al pabellón de psiquiatría, despachos para los radiofísicos de RT en la planta sótano y un almacén de residuos. El servicio está adecuadamente señalado como “Servicio de Dosimetría y Radioprotección”.
- Se entregó a la Inspección un listado actualizado de los equipos de medida de que dispone en la actualidad el SPR para la realización de sus funciones, en el que consta su número de serie, ubicación y la fecha de la última calibración. De varios de ellos se comprobó su existencia y los certificados de calibración.
- Según comprobó la Inspección, los equipos están almacenados en dos armarios del servicio, denominados “armario de residentes” y “armario de pasillo”. Se encuentran ordenados en bandejas, figurando en la parte exterior de la puerta un listado indicando la ubicación.
- Disponen además de otros equipos para tareas específicas de radiofísica en Radioterapia y de equipamiento y material complementario para el control de calidad en Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia.

- No disponen de un procedimiento específico ni calendario para las calibraciones, que llevan a cabo aproximadamente cada 5 años, intentando tener siempre un monitor de radiación y otro de contaminación, con calibración en vigor. Sí disponen de un proceso de verificación anual por el SPR, que fue mostrado a la Inspección.
- Según el procedimiento de verificación antes citado, se realiza una calibración cada 5 años de uno de los equipos de detección y medida de la radiación ambiental (en concreto, el [REDACTED]) y, utilizando éste, se verifican semestralmente el resto de los equipos de que disponen. Los equipos también pueden ser verificados mediante las fuentes radiactivas pertenecientes al hospital. Del equipo de medida para Rayos X, de marca [REDACTED], se realizó la última calibración, en el [REDACTED] en fecha 10 de noviembre de 2004.
- A petición de la Inspección se mostro el procedimiento de "*Comprobación de hermeticidad de las fuentes*" que incluye: inventario de fuentes, protocolo de pruebas de hermeticidad y resultados. Se comprobaron las últimas pruebas realizadas, en diciembre de 2013, todas en márgenes de tolerancia.
- Según se manifestó, el equipamiento disponible es suficiente, en cualidad y en cantidad, para el desempeño de las funciones que el SPR tiene asignadas.

IV.- VIGILANCIA DOSIMÉTRICA

- Disponen de un procedimiento de fecha 2009 que fue mostrado a la Inspección, "*Protocolo elaborado para establecer la sistemática de clasificación de personal, los procedimientos de dosimetría, la adjudicación de dosímetros personales y la asignación de dosis*".
- Se mostró un listado de los trabajadores expuestos (TE) con la clasificación por servicios, en el que figura el código de servicio y la categoría funcional. Se clasifican como TE de Categoría A algunas personas de los servicios de Medicina Nuclear, Hemodinámica, Cirugía Vascular, Endoscopias. Medicina y Cirugía Experimental (PET), Electrofisiología, Radiología vascular intervencionista, Hemodinámica infantil, y Hemodinámica digestiva. El resto de los TE están clasificados como B.
- Actualmente el total de trabajadores con dosímetro personal es de 661, siendo 63 de ellos de Categoría A y 598 B. Ciento treinta TE disponen además de dosímetro de muñeca y 17, de anillo. No tienen TE controlados exclusivamente mediante dosimetría de área.
- Disponen de dosímetro de anillo sólo algunos TE del PET en Medicina Nuclear y Cirugía Experimental. Según manifestaron, son reacios a su uso por incomodidad.

- Disponen de unos 5 dosímetros rotatorios de solapa para trabajadores de nueva incorporación, en tanto se les adjudica su dosímetro personal, para suplencias y a veces también para mujeres embarazadas no clasificadas como expuestas.
- Existen normas de utilización de los dosímetros, incluidas en el Manual de Protección Radiológica, cuya última actualización disponible era de 2009.
- Disponen de un “procedimiento de gestión dosimétrica” y de un “procedimiento de comunicación de incidencias” que fueron mostrados a la inspección.
- Los dosímetros son repartidos por los técnicos del SPR a los casilleros de los diferentes servicios y recambiados mensualmente. Según manifestaron, no es posible conocer el grado de utilización de los mismos.
- El SPR tiene acceso a la base de datos del [REDACTED] para conocer los resultados de las lecturas mensuales de los dosímetros de los centros de su ámbito de actuación. Además el SPR recibe del [REDACTED], en papel, los resultados dosimétricos correspondientes al Hospital. Los datos del [REDACTED] son volcados mensualmente en una base de datos del servicio para facilitar su gestión y análisis.
- Los resultados de la dosimetría son evaluados generalmente por D^a [REDACTED]. Sus valores son comunicados mensualmente por correo electrónico a todos los TE. En caso de no disponer de dirección de email, se envían por correo postal con periodicidad mensual a los A y anual a los B. Asimismo se envían a los responsables de Riesgos Laborales. En caso de lecturas anómalas para la actividad específica del TE se comunica al interesado y a Salud Laboral y se investigan las causas.
- El SPR dispone de un archivo dosimétrico individualizado de los trabajadores expuestos del Complejo Hospitalario. La Inspección requirió los datos relativos a clasificación y dosimetría de 13 TE elegidos al azar, verificando que ambos tipos de datos estaban disponibles. En ninguno de estos 13 TE, la dosis acumulada superaba los 39 mSv/5 años.
- La incidencia de dosis administrativas en 2013, según pudo comprobar la Inspección, fue inferior al 5% (20 de 661). El criterio del SPR es no modificarlas salvo casos excepcionales.
- Se mostró escrito del SPR dirigido a los usuarios que no recambian su dosímetro durante 3 meses consecutivos en la que propone dar de baja el dosímetro.
- Se mostraron los archivos sobre “investigación de incidencias en dosimetría” de 2013, las cuales figuran incluidas en el Informe Anual de 2012 remitido al CSN.

- Cuando un trabajador es dado de baja como TE se le entrega el historial completo si lo solicitan, trámite que pueden realizar a través de un cuestionario disponible en la página web del hospital.
- Se mostraron a la Inspección los resultados de un estudio sobre dosis colectiva, que están llevando a cabo dentro del programa de garantía de calidad en Medicina Nuclear, y en el que se tratan de identificar “indicadores de calidad”. Como límites se consideran 8 mSv en solapa y 55 en manos, proponiendo medidas para mejorar los resultados.

V.- VIGILANCIA SANITARIA

El hospital dispone de un “Servicio de Prevención de Riesgos Laborales” (SPRL), cuya jefa actual es Dra. [REDACTED]. Este Servicio es quien se encarga de las citaciones para el reconocimiento médico reglamentario, haciéndolo de forma individualizada y anualmente, para los A, y cada 3 años, a los B.

- El SPRL recibe desde “Personal”, un listado de los trabajadores de nueva incorporación a los servicios donde se utilizan radiaciones. Por otra parte, y con carácter anual el SPR envía al SPRL la relación de profesionales expuestos de Categoría A.
- El SPR desconoce el porcentaje de asistencia a las citaciones medicas y tampoco recibe información sobre la aptitud de los TE, teniendo constancia únicamente de la realización de las revisiones medicas cuando coinciden con la renovación de la licencia.
- De los 13 expedientes solicitados por la inspección, los relativos a TE de categoría A disponían de Apto médico reciente o estaban citados para el reconocimiento médico. Esta información no constaba en el propio SPR pero era accesible a través del Servicio de Prevención de riesgos Laborales.

VI.- TRABAJADORAS GESTANTES

- Disponen de un “*Protocolo de declaración de embarazo*” que siguen desde octubre de 2005 y cuyos registros pudo comprobar la Inspección. Incluyen la declaración del embarazo, el documento de confirmación de recepción de información sobre normas de protección radiológica a seguir en el puesto de trabajo, firmado por la trabajadora, una ficha con los datos personales y dosimétricos de la gestante y un documento firmado indicando si se acoge o no al convenio colectivo del hospital que permite el cambio a un puesto sin radiaciones.

Según manifestaron, se acogen a dicho convenio el 50% aproximadamente de las TE gestantes.

- Se adjudican dosímetros de abdomen adicionales a las trabajadoras gestantes si se considera oportuno en función del puesto de trabajo.

VII.- PROCEDIMIENTOS

- La gestión de los residuos radiactivos no ha variado sustancialmente con respecto a la inspección anterior.
- Los residuos sólidos, procedentes de MN y RIA (I-125) son retirados al almacén por una persona del SPR cada mes, excepto en agosto, retirándose los procedentes de Inmunología a demanda de dicho Servicio.
- Se mostraron a la Inspección los registros firmados por el personal del SPR, en que consta identificación del isótopo, actividad, y fecha en que se almacenan. Transcurrido un mes se clasifican, miden y se calcula la fecha de evacuación. De dicha evacuación se encarga, desde hace 2 años, el Servicio de Medio Ambiente, con acreditación ISO para gestión de residuos.
- En el almacén de residuos se encuentran asimismo algunas fuentes de calibración pendientes de ser gestionadas por ENRESA, cuya última retirada fue en 2009.
- Se elimina como basura convencional, tras decaimiento, los residuos textiles y alimentos procedentes de la Unidad de Terapia Metabólica, para cuyo almacenamiento provisional disponen de un pequeño almacén y un frigorífico. Los residuos de flúor procedentes del PET en MN y cirugía experimental son también gestionados como basura convencional directamente en las correspondientes instalaciones.
- En relación con el Radio, isótopo autorizado para participar en un ensayo clínico, manifestaron haber recibido el escrito del CSN de fecha 18 de julio 2013 relativo a las impurezas con actinio. Los residuos procedentes de los únicos 2 casos realizados han sido segregados y se encuentran convenientemente almacenados en MN a la espera de la remisión, por parte de la casa suministradora del producto [REDACTED], de un procedimiento general para su gestión.
- Disponen de 6 tanques para almacenamiento de los residuos líquidos, orinas de pacientes de terapia metabólica. Los 3 tanques más antiguos vierten por gravedad, disponiendo los otros 3, de la firma [REDACTED], de control de dilución y vertido automático. Se mostraron los registros de los vertidos realizados en 2013, siendo 3 en total.

- Utilizan como criterio el vertido de actividades inferiores a 1/100 LIA, manteniéndose siempre por debajo de 1Bq.
- Según manifestaron, el control de la actividad de terapia metabólica es llevado a cabo directamente por el médico responsable de Medicina Nuclear, quien se encarga de establecer los criterios y actuaciones específicas de PR. A estas actuaciones es completamente ajeno el personal del SPR
- No disponen de procedimientos específicos sobre “Justificación de pruebas radiológicas” incluidos en el programa de garantía de calidad. Según manifestaron imparten charlas de carácter informativo a los residentes.
- Aunque no disponen de protocolo específico para TAC en niños manifestaron que se tiene en cuenta la dosis en los diferentes grupos de edad y la optimización de las dosis en pediatría se considera un “indicador de calidad”.
- El SPR realiza, a petición, informes de estimación de dosis por determinadas pruebas radiológicas, en las que no incluyen datos clínicos ni recomendaciones específicas.
- Según manifestaron, el SPR lleva un registro de incidentes en pacientes, pero salvo casos excepcionales no se reportan al ministerio de Sanidad (SINASP).
- Realizan diariamente controles de contaminación. La Inspección comprobó el libro de registros en el que figuran zona, medidas y observaciones.
- Según manifestaron, no realizan verificaciones de blindajes de los búnkeres de los aceleradores
- Se mostró a la Inspección el procedimiento para la realización de los controles de calidad y vigilancia de niveles ambientales en las salas de radiodiagnóstico y las actividades de Mantenimiento de los mismos.
- Aunque no disponían del documento denominado Programa Protección Radiológica, para radiodiagnóstico, el responsable del SPR considera que el Manual de Protección Radiológica puede constituir su equivalente. Según manifestó, este Manual está accesible desde todos los Servicios a los que da cobertura el SPR.
- El SPR manifestó ocuparse del suministro y colocación de los tréboles reglamentarios en las zonas radiológicas así como de los carteles de aviso a embarazadas.

- Según se manifestó, el SPR interviene con frecuencia en la determinación de especificaciones de los equipos de radiodiagnóstico de nueva adquisición e interviene siempre en las pruebas de aceptación de los mismos. Interviene igualmente para dar la conformidad a las peticiones de materiales de protección radiológica de los TE.
- El SPR es responsable de elaborar la documentación de declaración de las instalaciones de radiodiagnóstico así como de realizar los cálculos de diseño y blindajes en sus salas.
- La instalación de radiodiagnóstico de referencia registral RX/M-0988 se encuentra sin actividad radiológica desde hace meses sin que haya sido aún efectuada la Declaración de Baja en el Registro oficial. Según se manifestó, la gestión aún no ha finalizado por estar aclarándose con Electromedicina algunos detalles de identidad de los equipos.
- Aunque el SPR no tiene un papel activo en la gestión de las averías de los equipos de radiodiagnóstico, manifestaron estar al tanto de las reparaciones *a posteriori*, mediante el informe de la reparación que les pasa el servicio de Electromedicina y la Hoja de Trabajo firmada por el Coordinador de los Técnicos. Manifestaron estar al tanto de aquellos equipos que disponen de contrato de mantenimiento y tener acceso a éste, si lo desean.
- El SPR lleva a cabo un control de calidad y la vigilancia de niveles ambientales anuales de todos los equipos a los que da cobertura. La inspección solicitó el informe relativo a tres de ellos, elegidos al azar, no habiendo en ellos anomalías reseñables.
- El SPR ha enviado al CSN, en plazo reglamentario, los informes periódicos de cada una de las instalaciones de radiodiagnóstico a las que da cobertura.

VIII.- FORMACIÓN A TE.s.

- El SPR gestiona la solicitud y renovación de las licencias de personal operador y supervisor.
- De los 13 expedientes personales de TE solicitados por la inspección, constaban en ellos las actividades de formación continuada en 5 de los casos aunque, según se manifestó, se han realizado otras actividades de formación en los últimos años que no han sido documentadas.
- En el caso de los médicos que realizan procedimientos intervencionistas, el papel del SPR hasta la actualidad en los cursos obligatorios de 2º nivel es gestionar la participación de algunos de ellos en cursos organizados por otras instancias ajenas al Hospital. No disponían de confirmación de los Diplomas obtenidos.

SN

CONSEJO DE
SEGURIDAD NUCLEAR

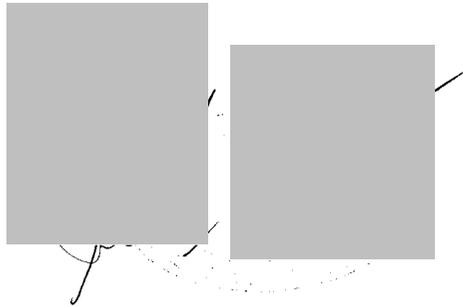
CSN/AIN/05/SPR/M-0001/2014

Hoja 10 de 10

DESVIACIONES

- El Certificado periódico de las instalaciones de radiodiagnóstico, relativo al año 2013, redactado por el SPR y remitido al CSN, no se ajusta a lo especificado en el artículo 18.e) del Real Decreto 1085/2009 o Reglamento de instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico. _____

Que con el fin de que quede constancia de cuanto antecede y a los efectos que señala la Ley 15/1980 (reformada por la Ley 33/2007) de creación del Consejo de Seguridad Nuclear, la Ley 25/1964 sobre Energía Nuclear, el Real Decreto 1891/1991 sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico, el Real Decreto 1836/1999 (modificado por el Real Decreto 35/2008) por el que se aprueba el Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas y el Real Decreto 783/2001 por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, se levanta y suscribe la presente acta por triplicado en Madrid, en la sede del Consejo de Seguridad Nuclear, a siete de febrero de dos mil catorce.



TRÁMITE - Se invita a un representante autorizado del Hospital Universitario "Gregorio Marañón" de Madrid para que, con su firma, lugar y fecha, manifieste su conformidad o reparos al contenido del Acta.

Se adjunta document conteniendo alegaciones al acta

Madrid, 20 de Febrero de 2014

Hospital General Gregorio Marañón
Servicio de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

*Jefe del Servicio de Protección Radiológica
HGU Gregorio Marañón*

Trámite al Acta de Inspección del Servicio de Protección Radiológica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CSN/AIN/05/SPR/M-0001/2014

En la Hoja nº 2, entre las instalaciones a las que el SPR da cobertura dice: “Radiodiagnóstico Hospital Virgen de la Poveda de Navalcarnero”, debería decir “Hospital Virgen de la Poveda de **Villa del Prado**”.

En la Hoja nº 2, MEDIOS HUMANOS, dice “D. [REDACTED]”, debería decir dice “D. [REDACTED]”.

En la Hoja nº 3, tercer párrafo, donde dice “pruebas de hermeticidad de las fuentes de cobalto”, debería decir “pruebas de hermeticidad de las fuentes de **cesio**”.

En la Hoja nº 3, cuarto párrafo, donde dice “De la mayor parte de dichas actividades no guardan constancia o registro escrito”, debería decir “De **algunas** de dichas actividades no guardan constancia o registro escrito”.

En la Hoja nº 3, MEDIOS TÉCNICOS, penúltimo párrafo, donde dice “armario de residentes”, debería decir “armario de **técnicos**”.

En la Hoja nº 4, VIGILANCIA DOSIMÉTRICA, penúltimo párrafo, donde dice “No tienen TE controlados exclusivamente mediante dosimetría de área”, debería decir “No tienen TE controlados exclusivamente mediante dosimetría de área **de modo permanente, pero sí en suplencias temporales o personas con dedicación parcial a labores que impliquen exposición a las radiaciones**”.

En la Hoja nº 6, VIGILANCIA SANITARIA, primer párrafo, donde dice “Dra. [REDACTED]”, debería decir “Dra. [REDACTED]”.

En la Hoja nº 6, VIGILANCIA SANITARIA, tercer párrafo, donde dice “tampoco recibe información sobre la aptitud de los TE”, debería decir “solo recibe información en caso **de falta** de aptitud de los TE”.

En la Hoja nº 7, PROCEDIMIENTOS, último párrafo, donde dice “Los 3 tanques más antiguos vierten por gravedad, disponiendo los otro 3, de la firma [REDACTED], de control de dilución y vertido automático. Se mostraron los registros de los vertidos realizados en 2013, siendo 3 en total”, debería decir “Los 3 tanques más antiguos vierten por gravedad, disponiendo los otro 3, de un sistema de bombeo. Se mostraron los registros de los vertidos realizados en 2013, siendo 3 en total”.

En la Hoja nº 8, tercer párrafo, donde dice “No disponen de procedimientos específicos sobre “Justificación de pruebas radiológicas” incluidos en el programa de garantía de calidad. Según manifestaron imparten charlas de carácter informativo a los residentes”, debería decir “**Desconocen si los responsables clínicos** disponen de procedimientos específicos sobre “Justificación de pruebas radiológicas” incluidos en el programa de garantía de calidad. Según manifestaron imparten una **formación reglada** de esta materia a los residentes, así como charlas y sesiones clínicas de carácter informativo a los profesionales implicados”.

En la Hoja nº 8, cuarto párrafo, donde dice “Aunque no disponen de protocolo específico para TAC en niños...” debería decir “**Disponen** de protocolo específico para el cálculo de la dosis en TAC pediátrica, **aunque no disponen de valores de referencia particularizados para pediatría...**”

En la Hoja nº 8, octavo párrafo, donde dice “no realizan verificaciones de blindaje en los búnkeres de los aceleradores”, debería decir “no realizan verificaciones de blindaje en los búnkeres de los aceleradores, **pero sí realizan medidas diarias en la puerta y puestos de control**”.

En la Hoja nº 9, tercer párrafo, donde dice “La instalación de radiodiagnóstico de referencia registral RX/M-0988 se encuentra sin actividad radiológica desde hace meses sin que haya sido aún efectuada la Declaración de Baja en el Registro oficial” debería decir “La instalación de radiodiagnóstico de referencia registral RX/M-0988 se encuentra sin actividad radiológica desde hace meses, **habiéndose tramitado la baja en el Registro oficial, cuya notificación favorable ha sido recibida con posterioridad a la realización de la inspección, fecha 3 de febrero de 2014, registro de salida 10 de febrero de 2014**”

En la Hoja nº 9, FORMACIÓN A TEs, último párrafo, donde dice “En el caso de los médicos que realizan procedimientos intervencionistas, el papel del SPR hasta la actualidad en los cursos obligatorios de 2º nivel es gestionar la participación de algunos de ellos en cursos organizados por otras instancias ajenas al Hospital”, debería decir “En el caso de los médicos que realizan procedimientos intervencionistas, respecto de los cursos obligatorios de 2º nivel, **el SPR colabora activamente con la realización de dichos cursos impartiendo el módulo práctico a los profesionales inscritos del centro, que previamente han sido seleccionados por el propio SPR. Estos curso se imparten de manera centralizada para todos los profesionales de los centros públicos de la Comunidad de Madrid, dentro del programa de formación en Protección Radiológica gestionado por la Consejería de Sanidad, en el que participa activamente el SPR**”

En la Hoja nº 10, DESVIACIONES, donde dice “relativo al año 2013”, debería decir “relativo al año 2012”.

Madrid, 20 de febrero de 2014



Jefe del Servicio de Dosimetría y Radioprotección

*Hospital General Universitario
Gregorio Marañón
Comunidad de Madrid
Servicio de Dosimetría
y Radioprotección*

Jefe del Servicio de Dosimetría y Radioprotección